



**HAL**  
open science

# Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate

Yannick Kollmann

► **To cite this version:**

Yannick Kollmann. Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297441

**HAL Id: hal-03297441**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297441v1>**

Submitted on 23 Jul 2021

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2018

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

M Yannick KOLLMANN

Né le 08/08/1990

Le 11 octobre 2018

## **OBSTACLES AU TOUCHER RECTAL EN MEDECINE GENERALE LORS DU DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DE LA PROSTATE**

### **Examineurs de la thèse :**

Mr le Professeur Jacques HUBERT	Président
Mr le Professeur Philippe JUDLIN	Juge
Mr le Professeur Francis GUILLEMIN	Juge
Mme le Professeur Sophie SIEGRIST	Juge et directrice



**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ,

Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Julien SCALA-BERTOLA

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Président de Conseil Pédagogique :* Pr Bruno CHENUÉL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*SIDES :* Pr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

*CUESIM :* Pr Stéphane ZUILY

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN

*Commission de prospective facultaire :* Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACÉS :* Dr Mathias POUSSEL

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====  
**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -  
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY  
- Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE  
- Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -  
Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone  
GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude  
HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -  
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN -  
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre  
MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -  
Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU -  
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel  
SCHMITT - Michel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle  
SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT  
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN  
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

**2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie générale*)**

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET



=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

### 66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**

**Monsieur le Professeur Jacques HUBERT**

**Professeur Universitaire Praticien Hospitalier d'urologie**

Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider cette thèse.

Votre expertise est une chance pour notre travail.

Veillez trouver, en ces quelques mots, l'expression sincère de notre entière gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN**

**Professeur Universitaire Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique**

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse. Vous nous faites l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Soyez assuré de notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN**

**Professeur Universitaire Praticien Hospitalier d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention**

Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

## **A NOTRE MAITRE, DIRECTRICE ET JUGE**

**Madame le Professeur Sophie SIEGRIST**

**Professeur associé de Médecine Générale**

Nous vous remercions d'avoir su nous guider de l'initialisation de ce projet à sa finalisation.

Que ce travail soit le témoignage de notre reconnaissance.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

### **À Chloé, ma femme, mon amour,**

merci pour ton souci constant de me rendre heureux, ce que tu réussis si bien. Merci pour ces moments passés ensemble, tous ces petits plaisirs au quotidien et nos petits rituels. Merci d'être infernale, on s'ennuierait. J'ai hâte de pouvoir faire avec toi tout ce que nous n'avons pas encore eu le temps de faire. J'adore notre complicité, tout est si simple entre nous. Je t'aime Chewba !

### **À mes parents,**

vous m'avez permis de faire ces études et de mener à bien mes projets, en me guidant avec indulgence et en me laissant faire mes propres choix. Vous m'avez inculqué les valeurs qui font de moi le médecin que je suis. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous. Je suis fier d'être votre fils. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime.

### **À ma sœur et à mes frères,**

on a grandi ensemble et, en tant que bon dernier de la fratrie, j'ai pu apprendre de chacun d'entre vous. Ma réussite est donc aussi la vôtre. Je vous souhaite le meilleur dans votre vie personnelle et professionnelle. On ne se voit malheureusement pas assez et je ne vous dis jamais à quel point vous comptez pour moi et que je vous aime, donc je vous l'écris ici.

### **À ma grand-mère,**

pour ta gentillesse, pour les souvenirs d'enfance quand tu nous invitais à manger chez toi. Quand j'ai commencé médecine, tu me disais, en riant, que tu ne seras plus là d'ici la fin de mes études, tu vois, ça n'était pas si long en fait. J'espère que ce travail te rendra fière. À Aloyse.

### **À toute ma famille,** cousins, parrain et marraine,

à mes oncles, maintenant que je suis docteur je vais pouvoir vous embêter avec le tabac, merci particulièrement à toi Christian pour avoir fait tout ce chemin pour assister à ma soutenance.

À Rose et à Antoine, je suis heureux que vous agrandissiez notre famille.

### **À mon autre famille,**

Patou, belle-maman « de malheur », et Didier, beau-papa maître d'œuvre, merci de m'avoir si bien accueilli, de nous accompagner dans nos projets et d'avoir fait une fille si facile à vivre même si je dois encore corriger de temps en temps son éducation. Merci Mayou pour ta gentillesse constante et ta disponibilité. Alexandre, cher confrère, Aurélie, chère consœur, un membre de plus dans le clan des docteurs de la famille. À Léopold et Bérénice.

### **À mes amis de Porcellette City,**

Baptiste, Bruno, François et Laura, Juliette, Lionel et Murielle, Maxime et Elise, Menier et Manon, Philippe, Osmuk. Les années les plus studieuses m'auront parfois éloigné temporairement de vous, merci de votre fidélité. On se connaît depuis tellement longtemps, depuis la maternelle pour certains, que notre amitié dure toujours. Merci pour vos questions plus ou moins médicales à l'infini, maintenant que je suis docteur, j'y répondrai peut-être. Vous m'avez proposé de nombreux sujets de thèse... j'espère que celui-ci vous a quand même plu. Et pour finir, à Osmuk !

### **À mes amis de médecine,**

ces longues et laborieuses années auraient été encore plus difficiles sans vous. Merci plus particulièrement à Marie-Laure qui était là depuis le début et même avant que l'aventure médecine ne commence, Alexandre, Emmanuelle, Sarah pour les bons moments et les moins bons : les colles. Et à toi Alexandre aussi en souvenirs de nos premiers pas communs dans l'internat avec ce premier semestre complètement fou.

Merci enfin à Najat et à toi Steven, je ne sais toujours pas si j'aurais pu tenir ce fameux semestre sans toi en tant que co-interne.

### **À toutes les personnes ayant participé à ma formation,**

à l'ensemble des médecins, infirmières, aides-soignantes, et secrétaires rencontrés durant mon parcours. Merci tout particulièrement au Dr Delique pour son humanité envers ses patients, au Dr Metzinger pour sa bienveillance et sa patience à toute épreuve, au Dr Robin pour sa passion de transmettre son expérience, au Dr Brulliard pour m'avoir montré comment m'y prendre avec les tout-petits et au Dr Bouchy pour être un exemple de rigueur dans sa pratique de tous les jours.

## SERMENT

« **A**u 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 sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai 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 ».

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	16
1. RAPPELS SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE.....	18
1.1. DEPISTAGE .....	19
1.1.1. Définition du dépistage .....	19
1.1.2. Les différents types de dépistage.....	19
1.1.3. Critères d'un bon dépistage .....	20
1.1.4. Le test de dépistage .....	20
1.2. LA PROSTATE .....	23
1.2.1. Anatomie de la prostate .....	23
1.2.2. Fonction de la prostate .....	24
1.2.3. Le cancer de la prostate.....	24
1.2.3.1. Épidémiologie .....	25
1.2.3.2. Évolution du cancer de la prostate .....	26
1.2.3.3. Facteurs de risque.....	27
1.2.3.4. Prévention primaire .....	28
1.2.3.5. Prévention secondaire/dépistage individuel .....	28
1.2.3.6. Intervention en cas de test positif.....	30
1.2.3.7. Diagnostic.....	31
1.2.3.8. Pronostic.....	31
1.2.3.9. Bilan d'extension .....	33
1.2.3.10. Moyens thérapeutiques.....	33
1.2.3.11. Sur-diagnostic et sur-traitement .....	36
1.2.3.12. Controverse concernant le dépistage de la prostate .....	37
1.2.3.12.1. Étude PLCO .....	37
1.2.3.12.2. Étude ERSPC .....	38
1.2.3.12.3. Les autres études .....	39
1.2.3.12.4. Des recommandations qui diffèrent .....	40
1.2.3.13. Information des hommes concernés .....	41
2. ENQUETE QUALITATIVE .....	43
2.1. INTERET DU SUJET .....	44
2.2. MATERIEL ET METHODE .....	45

2.2.1. Objectif.....	45
2.2.2. Choix de la méthode.....	45
2.2.3. Population étudiée .....	45
2.2.4. Recueil des données .....	47
2.3. RESULTATS .....	50
.....	50
2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate .....	50
2.3.1.1. Avis positifs .....	50
2.3.1.1.1. Permet de détecter un cancer à un stade précoce .....	50
2.3.1.1.2. Impact négatif de la controverse .....	51
2.3.1.1.3. Reproche en cas de dépistage non fait, non proposé.....	51
2.3.1.2. Avis négatifs .....	52
2.3.1.2.1. Absence de consensus entre les différentes autorités .....	52
2.3.1.2.2. Mauvaise organisation de ce dépistage .....	53
2.3.1.2.3. Doute sur l'intérêt et le bénéfice du dépistage.....	53
2.3.1.2.4. Les outils utilisés pour le dépistage considérés comme peu fiables .....	53
.....	54
2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate .....	54
2.3.2.1. Connaissance du dépistage, de ses modalités et des bonnes pratiques .....	54
2.3.2.1.1. Incertitudes .....	54
2.3.2.1.2. Confusion entre dépistage et diagnostic.....	55
2.3.2.1.3. Utilisation de l'échographie prostatique .....	55
2.3.2.1.4. Utilisation restreinte du toucher rectal .....	55
2.3.2.1.5. Utilisation variable des outils de dépistage .....	55
2.3.2.2. Des pratiques très différentes d'un généraliste à un autre .....	56
2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate.....	57
2.3.3.1. Obstacles liés aux médecins .....	57
2.3.3.1.1. Outils de dépistage jugés peu fiables .....	57
2.3.3.1.2. Oubli de la part du généraliste.....	57
2.3.3.1.3. Informations en faveur d'une limitation des prescriptions du PSA.....	58
2.3.3.1.4. Nécessité de convaincre le patient .....	58
2.3.3.2. Obstacles liés aux patients.....	58
2.3.3.2.1. Le toucher rectal entraînant un renoncement au dépistage .....	58

2.3.3.2.2. Parler de cancer .....	59
2.3.3.2.3. Manque d'information des patients .....	59
2.3.3.2.4. Refus des patients .....	59
.....	60
2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate .....	60
2.3.4.1. Obstacles liés aux patients.....	60
2.3.4.1.1. Pudeur.....	60
2.3.4.1.2. Nécessité de convaincre .....	61
2.3.4.1.3. Anticipation de la réponse des patients .....	61
2.3.4.1.4. Geste désagréable .....	61
2.3.4.1.5. Manque d'hygiène .....	61
2.3.4.2. Obstacles liés aux médecins .....	61
2.3.4.2.1. Pudeur des médecins, proximité.....	61
2.3.4.2.2. Femme médecin .....	62
2.3.4.2.3. Adresser le patient à l'urologue pour le toucher rectal .....	62
2.3.4.2.4. Difficultés pour bien réaliser le geste .....	63
2.3.4.2.5. Manque d'expérience et de formation .....	63
2.3.4.2.6. Toucher rectal jugé peu fiable dans cette indication .....	63
2.3.4.2.7. Préférence pour l'échographie .....	64
2.3.4.2.8. Manque de temps .....	64
.....	65
2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate .....	65
2.3.5.1. Nouvelle recommandation .....	65
2.3.5.2. Nouvelle organisation de ce dépistage .....	65
2.3.5.3. Des rappels .....	66
2.3.5.4. Avancées scientifiques.....	66
2.3.5.5. Redonner aux médecins généralistes un rôle central pour ce dépistage. ....	66
2.3.5.6. Mieux considérer ce dépistage .....	66
2.3.5.7. Tester d'autres protocoles .....	67
2.4. DISCUSSION .....	68
2.4.1. Les limites de l'enquête .....	68
2.4.1.1. Le nombre d'interviewés était suffisant.....	68
2.4.1.2. Diversité des interviewés .....	68



2.4.1.3. La méthode utilisée .....	68
2.4.1.4. L'intervieweur.....	69
2.4.1.5. Grille d'entretien/questions.....	69
2.4.1.6. Le point de vue des médecins .....	69
2.4.1.7. Quelques brèves interruptions sont à noter .....	70
2.4.2. Avis et connaissances sur le dépistage .....	70
2.4.2.1. Connaissances du cancer de la prostate.....	70
2.4.2.2. Connaissances du dépistage du cancer de la prostate .....	70
2.4.2.3. Divergence des recommandations et absence de certitude de l'intérêt du dépistage.....	71
2.4.3. Hétérogénéité des pratiques du dépistage du cancer de la prostate.....	73
2.4.3.1. Hétérogénéité dans les indications du dépistage .....	73
2.4.3.2. Hétérogénéité dans les outils utilisés .....	73
2.4.4. Difficultés à proposer le dépistage .....	74
2.4.4.1. Défaut d'information des patients.....	74
2.4.4.2. Oubli et manque de temps .....	74
2.4.5. Difficultés à réaliser le toucher rectal.....	75
2.4.5.1. Limites du geste .....	75
2.4.5.2. Obstacles liés à la relation médecin-patient .....	76
2.4.6. Souhaits pour l'avenir .....	77
CONCLUSION .....	79
BIBLIOGRAPHIE .....	82
ANNEXE .....	86
TABLEAU THÉMATIQUE.....	87
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	89

# **INTRODUCTION**

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent en France. Deux outils, le dosage du Prostatic Specific Antigen et le toucher rectal, sont utilisés pour son dépistage. Pourtant, aucun dépistage du cancer de la prostate, ni en France ni ailleurs dans le monde, n'est réalisé de manière systématique. Et ce, en raison de l'intérêt et des limites de son dépistage qui sont débattus. La controverse porte sur l'appréciation de la réduction de la mortalité par le dépistage, le nombre de sur-diagnostic (diagnostic d'un cancer qui serait resté asymptomatique jusqu'à la mort du patient) et de sur-traitements (traitement d'un cancer qui serait resté asymptomatique ou paucisymptomatique jusqu'à la mort du patient).

Des études portant sur l'efficacité du dépistage en termes de réduction de mortalité et de morbidité n'ont pas permis de mettre d'accord les différentes autorités sanitaires et sociétés d'urologie à travers le monde sur le bien-fondé et les indications adéquates de ce dépistage.

Avec des recommandations contradictoires, les médecins généralistes se retrouvent dans une situation d'incertitude et pratiquent d'une façon différente le dépistage du cancer de la prostate. Malgré cette confusion, le dépistage est largement réalisé en France : entre 2013 et 2015, 48% des hommes de 40 ans et plus avaient eu au moins un dosage du PSA ; pourcentage qui augmente à 90% pour les hommes âgés entre 65 et 79 ans (1).

Toutefois, les généralistes semblent éprouver plus de difficultés à utiliser l'autre outil de ce dépistage : le toucher rectal (2). Si le dosage du PSA a fait couler beaucoup d'encre, les études centrées sur le toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate et sur les difficultés à le réaliser sont moins nombreuses.

Il s'agit ici d'étudier les pratiques des généralistes en situation de controverse et plus particulièrement les obstacles au toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate en médecine générale.

# **1. RAPPELS SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE**

## 1.1. DEPISTAGE

### 1.1.1. Définition du dépistage

Le dépistage est la recherche d'une affection inapparente (3). Il est proposé à des sujets *a priori* en bonne santé, donc ne présentant pas de symptômes de la pathologie dépistée. En cela le dépistage se différencie du diagnostic. Les outils utilisés dans le dépistage peuvent être différents de ceux utilisés lors de la démarche diagnostique. L'objectif est d'améliorer l'espérance ou la qualité de vie. Il concerne la prévention dite « secondaire ».

### 1.1.2. Les différents types de dépistage

En fonction de la population ciblée :

- systematique dit « de masse » : la population recrutée est de grande envergure. Dans le cas particulier du critère d'âge, le dépistage n'est pas effectué, ou pas seulement, chez les personnes les plus à risque mais il est généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée ;
- sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis.

En fonction du mode de recrutement de la population :

- organisé ou communautaire : la population est recrutée activement dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets ;
- opportuniste ou individuel : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins, notamment lors d'une consultation.

En fonction du nombre de pathologies recherchées :

- unique : le dépistage ne recherche qu'une pathologie ;
- multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par la réalisation d'un test ou par l'utilisation simultanée de plusieurs tests au même moment.

### 1.1.3. Critères d'un bon dépistage

#### Critères d'un bon dépistage selon l'OMS et la HAS (4) :

- 1) La maladie dépistée doit être un problème de santé publique.
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3) On dispose de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5) L'examen de dépistage est efficace.
- 6) Acceptabilité par la population. Le test de dépistage doit être simple et peu risqué. Un test mal accepté du public risque d'entraîner de faibles taux de participation et d'assiduité au programme de dépistage.
- 7) L'histoire naturelle de la maladie doit être comprise, notamment son évolution de la phase de latence à la phase clinique.
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- 9) Le coût du dépistage (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- 10) Assurer la continuité des actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

### 1.1.4. Le test de dépistage

Le test de dépistage utilisé doit avoir les qualités suivantes :

- simplicité de mise en œuvre ;
- fiabilité : le résultat obtenu par le test doit correspondre à l'anomalie recherchée ;

- reproductibilité : il doit donner les mêmes résultats lorsqu'il est de nouveau employé dans les mêmes conditions chez un même sujet, par des investigateurs différents ou dans des lieux différents ;

- validité : les résultats obtenus doivent permettre de différencier les individus potentiellement atteints de la maladie de ceux qui ne le sont pas.

On évalue la validité d'un test de dépistage avec les quatre caractéristiques suivantes :

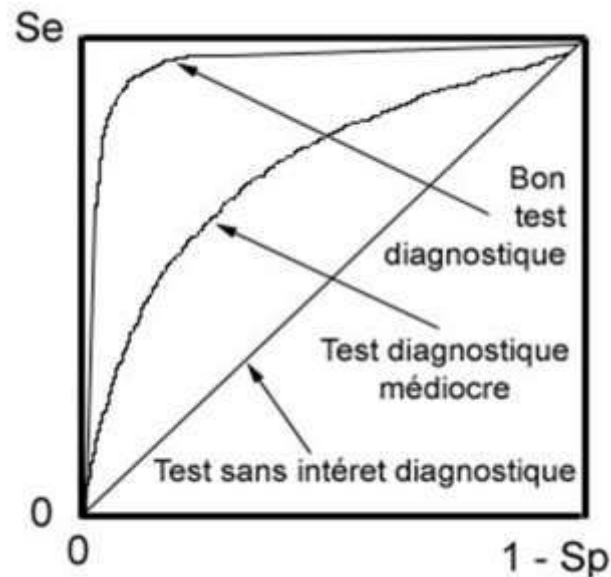
- la sensibilité : probabilité que le test soit positif si le patient est porteur de la maladie ;
- la spécificité : probabilité que le test soit négatif si le patient est indemne de la maladie ;
- la valeur prédictive positive : probabilité que le patient soit réellement malade si le test est positif ;
- la valeur prédictive négative : probabilité que le patient soit réellement sain si le test est négatif.

Tableau 1 : Caractéristiques d'un test de dépistage

	Patients malades (M)	Patients indemnes (I)	
Tests positifs (TP)	Vrai positifs (VP)	Faux positifs (FP)	<b><u>Valeur prédictive positive</u> =VP/TP</b>
Tests négatifs (TN)	Faux négatifs (FN)	Vrai négatifs (VN)	<b><u>Valeur prédictive négative</u> =VN/TN</b>
	<b><u>Sensibilité</u> =VP/M</b>	<b><u>Spécificité</u> =VN/I</b>	

Les valeurs prédictives constituent la validité extrinsèque car elles sont relatives à la pertinence de l'utilisation du test pour une population donnée et de la prévalence de la maladie dans cette population. Elles sont définies en situation de dépistage.

La sensibilité et la spécificité définissent la validité intrinsèque du test de dépistage. Pour un test quantitatif, le choix du seuil de positivité du test modifie la sensibilité et la spécificité de ce test : plus on abaisse ce seuil, plus la sensibilité est importante et plus la spécificité est faible. Le seuil du test est donc défini en conditions expérimentales en fonction de la sensibilité et la spécificité que l'on juge acceptables. La courbe ROC permet de juger du seuil le plus adapté et de comparer plusieurs tests.



*Illustration 1 : Courbe ROC*

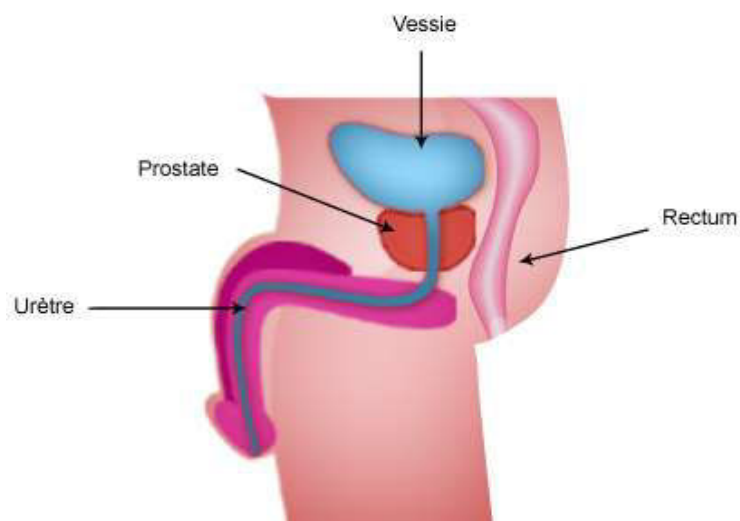
On privilégie souvent en situation de dépistage la sensibilité, au détriment de la spécificité : on dépiste donc une grande partie des sujets malades mais aussi un certain nombre de faux positifs (résultats positifs chez les patients qui n'ont pas la maladie), un second test spécifique permet d'éliminer les faux positifs et permet alors de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.



## 1.2. LA PROSTATE

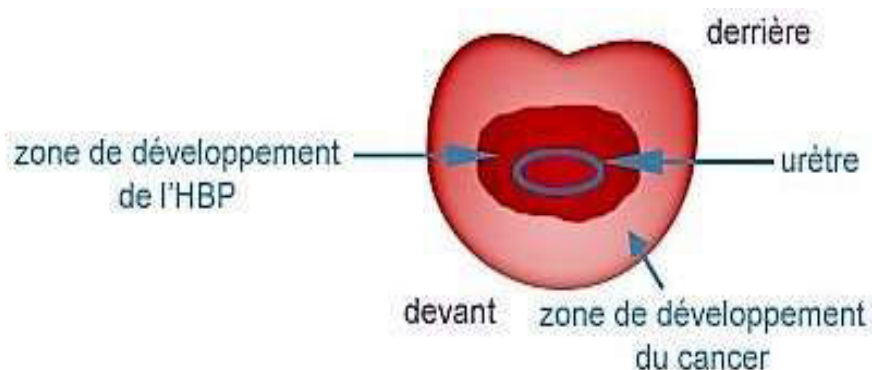
### 1.2.1. Anatomie de la prostate

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin entourant la partie initiale de l'urètre. Elle mesure entre 3 et 4 cm de long et entre 3 et 5 cm de large. Elle est constituée de quatre zones : antérieure, périphérique, centrale et transitionnelle. Dans la majorité des cas, le cancer se développe dans la zone périphérique. Son atteinte compromet la fertilité, l'éjaculation et la miction.



*Illustration 2 : Rapports de la prostate avec les organes de voisinage*

Disponible sur : [www.prostate.fr](http://www.prostate.fr)



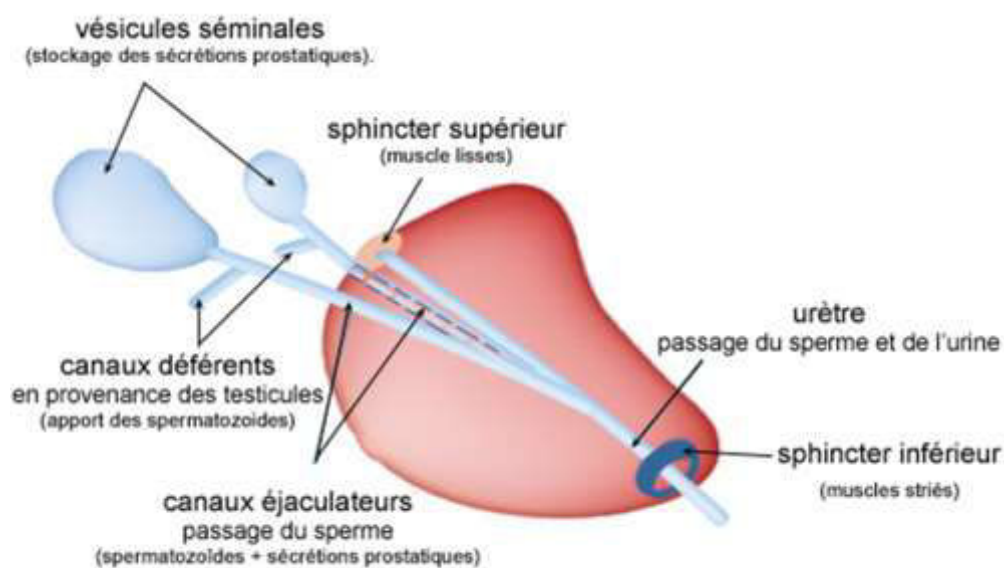
*Illustration 3 : Coupe transversale de la prostate*

*HBP : hypertrophie bénigne de la prostate*

Disponible sur : [www.prostate.fr](http://www.prostate.fr)

### 1.2.2. Fonction de la prostate

Les sécrétions de la prostate constituent une partie du liquide séminal stocké dans les vésicules séminales. Ce liquide séminal se mélange ensuite avec les spermatozoïdes, provenant des testicules par les canaux déférents, pour constituer le sperme au moment de l'éjaculation. C'est un liquide alcalin qui permet de neutraliser l'acidité du vagin.



*Illustration 4 : Prostate et vésicules séminales*

*Disponible sur : [www.prostate.fr](http://www.prostate.fr)*

### 1.2.3. Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est une prolifération incontrôlée des cellules de cette glande survenant généralement dans la zone périphérique de la prostate. Cette prolifération est la résultante d'une succession d'événements mutationnels. Ces cascades mutationnelles expliquent la multifocalité et les différents degrés de différenciation fréquemment retrouvés après analyse anatomo-pathologique de la prostate (5). Il s'agit le plus souvent d'une transformation maligne de l'épithélium des glandes exocrines prostatiques, un adénocarcinome. Plus rarement, l'analyse anatomo-pathologique révèle un carcinome neuro-endocrinien et de manière exceptionnelle un sarcome.

### *1.2.3.1. Épidémiologie*

Le cancer de la prostate est de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme avec environ 54 000 nouveaux cas par an en France. Les projections d'incidence sont en réalité assez hasardeuses, étant donné les fluctuations des pratiques médicales telles que le dosage du Prostatic Specific Antigen et la réalisation de biopsies prostatiques. On a observé une forte augmentation du nombre de cancers de la prostate de 1980 à 2005 (6) due à l'utilisation large du dosage du Prostatic Specific Antigen et du vieillissement de la population puis une baisse significative suite à la prise de conscience d'un risque de sur-diagnostic (7). L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans.

Sa mortalité en France est estimée à 8 700 décès sur l'année 2015 (8). Ce qui le situe en troisième rang des décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et le cancer colo-rectal. Elle est en baisse modérée mais constante depuis les années 1990 (6). Selon les rapports de l'INCa la diminution de la mortalité est liée aux progrès thérapeutiques, aux nouvelles approches de prise en charge standardisées et à la fréquence croissante de cancer diagnostiqué au stade limité - plus facilement curable (9,10). La mortalité est fortement corrélée au stade lors du diagnostic ainsi qu'à l'âge, plus de trois quarts de la mortalité concernant les plus de 75 ans (6). Les taux de survie à un et cinq ans sont respectivement de 94% et de 80%.

En comparaison aux autres pays occidentaux, l'incidence du cancer de la prostate en France se situe au-dessus de la moyenne. En revanche, on relève peu de variations entre les pays occidentaux en ce qui concerne sa mortalité (10).

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent avec 54 000 nouveaux cas par an.

L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans.

Sa mortalité est estimée à 8 700 décès par an, ce qui le situe en troisième rang des décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et le cancer colo-rectal. Les taux de survie à un et cinq ans sont respectivement de 94% et de 80%.

### 1.2.3.2. Évolution du cancer de la prostate

Ce cancer a souvent une évolution lente sur plusieurs années et reste longtemps asymptomatique. Les différents stades du cancer de la prostate sont décrits par la classification TNM.

Tableau 2 : Classification clinique TNM

<b>T : tumeur primitive</b>	<p><b>T0</b> : absence de tumeur</p> <p><b>T1</b> : tumeur non palpable et non visible en imagerie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>T1a</b> : &lt; 5 % du tissu réséqué et score de Gleason 6</li> <li>• <b>T1b</b> : &gt; 5 % du tissu réséqué et/ou score de Gleason 7</li> <li>• <b>T1c</b> : découverte par élévation du PSA et réalisation de biopsies</li> </ul> <p><b>T2</b> : Tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>T2a</b> : atteinte de la moitié d'un lobe ou moins</li> <li>• <b>T2b</b> : atteinte de plus de la moitié d'un lobe sans atteinte de l'autre lobe</li> <li>• <b>T2c</b> : atteinte des deux lobes</li> </ul> <p><b>T3</b> : extension au-delà de la capsule</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>T3a</b> : extension extra-capsulaire</li> <li>• <b>T3b</b> : extension aux vésicules séminales</li> </ul> <p><b>T4</b> : extension aux organes adjacents (sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée</p>
<b>N : ganglions régionaux</b>	<p><b>Nx</b> : ganglions régionaux non évalués</p> <p><b>N0</b> : absence de métastase ganglionnaire</p> <p><b>N1</b> : atteinte(s) ganglionnaire(s) régionale(s)</p> <p><b>N1mi</b> : métastase ganglionnaire &lt; 0,2 cm</p>
<b>M : métastases à distance</b>	<p><b>M0</b> : absence de métastases à distance</p> <p><b>M1</b> : métastases à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M1a</b> : ganglions non régionaux</li> <li>• <b>M1b</b> : os</li> <li>• <b>M1c</b> : autres sites</li> </ul>

Dans un premier temps, le foyer cancéreux est microscopique, il n'est pas palpable au toucher et n'entraîne pas d'augmentation du PSA. Il peut toutefois être découvert de manière fortuite, par exemple lors de l'analyse de résection d'une hypertrophie bénigne de la prostate.

Dans un second temps, le foyer cancéreux peut se développer pour devenir une masse détectable par toucher rectal et/ou par une augmentation du PSA sanguin. On parle alors de **cancer localisé** ou intra-capsulaire. À ce stade, la tumeur n'entraîne aucun symptôme. Le dépistage est proposé pour découvrir des cancers à ce stade de développement.

Puis on parle d'un **stade localement avancé**, après franchissement de la capsule prostatique. Il peut alors atteindre les organes de voisinage de la prostate (voies urinaires, rectum, paroi pelvienne...) et donner lieu à des **métastases** dont les plus fréquentes concernent les ganglions lymphatiques et les os.

A ces derniers stades de développement, le cancer devient souvent symptomatique. Il peut provoquer des troubles urinaires (hématurie, dysurie), sexuels (dysfonction érectile, hémospérme), rectaux (épreinte, ténésme), une altération de l'état général et des douleurs par le développement des métastases osseuses. Mais beaucoup d'hommes atteints ne présenteront aucun symptôme.

Si l'évolution est décrite comme étant classiquement lente, il ne faut pas oublier qu'il existe des formes particulièrement agressives et véloces qui peuvent survenir chez des hommes de seulement 40 ans.

Le cancer de la prostate a souvent une évolution lente sur plusieurs années et reste longtemps asymptomatique.

Il existe également des formes particulièrement agressives et véloces qui peuvent survenir chez des hommes de seulement 40 ans.

On caractérise le stade évolutif du cancer avec la classification TNM.

Quand le cancer progresse, il peut engendrer des symptômes : des troubles urinaires (hématurie, dysurie), sexuels (dysfonction érectile, hémospérme), rectaux (épreinte, ténésme), une altération de l'état général et des douleurs par le développement de métastase osseuse.

### ***1.2.3.3. Facteurs de risque***

L'âge : l'incidence du cancer de la prostate est très faible avant 50 ans puis elle augmente fortement. La moitié des cancers apparaît après l'âge de 74 ans.

Les antécédents génétiques et familiaux : mutation BRCA1 et BRCA2 et des histoires familiales de cancer de la prostate sans mutation identifiée.

L'ethnie : les populations d'origine africaine semblent plus à risque. A l'inverse, le risque semble plus faible chez les populations d'origine asiatique.

Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles : les gonococcies et la syphilis augmentent faiblement le risque cancérigène.

Les hormones stéroïdiennes : une concentration sanguine en testostérone élevée et une augmentation du risque cancérigène sont liées sans qu'un mécanisme n'ait pu être identifié.

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, les antécédents génétiques et familiaux et l'origine africaine (11).

#### ***1.2.3.4. Prévention primaire***

Les inhibiteurs de la 5 alpha réductase ont montré des résultats contradictoires dans la réduction de l'incidence du cancer de la prostate et aucun effet bénéfique n'a été observé concernant la mortalité (12).

Le rôle protecteur de la consommation de la tomate ou de ses dérivés n'a pas non plus été prouvé de manière significative (11).

Il en est de même pour la supplémentation en sélénium et de vitamine E (13)

#### ***1.2.3.5. Prévention secondaire/dépistage individuel***

Le dépistage du cancer de la prostate consiste à rechercher la maladie chez des patients asymptomatiques ; c'est un dépistage opportuniste.

Il s'adresse aux hommes qui ont une espérance de vie estimée supérieure à 10 ans. Ce dépistage s'effectue à partir de l'âge de 50 ans en l'absence de facteur de risque et à l'âge de 45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique. Le dépistage n'est en général plus proposé pour les patients âgés de 75 ans et plus.

La procédure associe la réalisation d'un toucher rectal et le dosage du PSA. L'intervalle optimal entre deux procédures n'est pas établi. Un rythme de 2 ans semble acceptable.

Le toucher rectal consiste à examiner la face postérieure de la prostate à travers la paroi rectale. C'est un examen subjectif et dépendant de l'opérateur. Il recherche un nodule dur, irrégulier, un envahissement de la capsule, des vésicules séminales ou des organes de voisinage. Un toucher rectal normal n'élimine pas le cancer et à l'inverse, tout nodule de la prostate n'est pas cancéreux. Un toucher rectal suspect est une indication à la réalisation de biopsies prostatiques, quel que soit le taux du PSA. Sa sensibilité est estimée à 59%, la spécificité supérieure à 90%, la valeur prédictive positive est d'environ 30% et la valeur prédictive négative n'a pas été mesurée (14).

Le toucher rectal utilisé seul n'est pas un outil de dépistage approprié, le taux de détection étant inférieur à celui obtenu par le dosage du PSA. On estime à 15% le taux de diagnostic de cancer de la prostate par détection d'une anomalie au toucher rectal avec un taux de PSA normal (15). Il est toutefois utile car il permet de détecter des tumeurs cliniquement significatives avec un taux de PSA non suspect ou des cancers agressifs exprimant peu le PSA (16, 17). Le toucher rectal a également une valeur pronostique : un toucher rectal suspect est associé à un risque plus élevé de tumeur indifférenciée, à un risque évolutif majoré après traitement local et il est un facteur de risque indépendant de mortalité par cancer de la prostate.

Le PSA est l'acronyme de la traduction anglaise de « antigène spécifique de la prostate ». C'est une protéine produite quasi exclusivement par les cellules épithéliales de la prostate qui joue un rôle dans la liquéfaction du sperme. Le PSA est l'antigène spécifique de la prostate, mais pas du cancer de la prostate (l'hypertrophie bénigne de la prostate, la prostatite ou la réalisation récente d'un toucher rectal entraînent également une augmentation du PSA). Le taux de PSA est corrélé au stade tumoral, à l'extension locorégionale et à distance. Un taux de PSA suspect est un facteur de risque indépendant de mortalité par cancer de la prostate. Il existe différents dosages du PSA ou de dérivés du PSA et le seuil retenu n'est pas toujours le même. La valeur normale du taux sérique du PSA inférieure à 4 ng/mL est la plus utilisée. Avec cette valeur seuil, la sensibilité du PSA est d'environ 75%, sa spécificité de 90%, sa valeur prédictive positive de 30% et la valeur prédictive négative de 90% (11). La densité du PSA (taux du PSA rapporté au volume prostatique) améliore la valeur diagnostique du PSA dans la tranche 2,5 à 10 ng/mL. Une valeur supérieure à la normale doit faire discuter la réalisation de biopsies prostatiques. L'intérêt de mesurer l'évolution du PSA (cinétique ou temps de doublement) est mal défini pour la valeur diagnostique, on l'utilise plutôt pour le suivi du cancer de la prostate.

À noter également que le taux de PSA peut être modifié par la prise d'un inhibiteur de la 5 alpha réductase.

Le dépistage du cancer de la prostate est un dépistage opportuniste et consiste à réaliser un toucher rectal et le dosage du PSA aux hommes à partir de l'âge de 50 ans, en l'absence de facteur de risque, et jusqu'à l'âge de 75 ans.

A partir de l'âge de 45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique.

#### ***1.2.3.6. Intervention en cas de test positif***

En cas de PSA supérieur à 4ng/mL et/ou de toucher rectal anormal, il reste à confirmer ou infirmer le diagnostic de cancer de la prostate. C'est la réalisation de biopsies prostatiques écho-guidées, au nombre de douze en général, pour analyse anatomopathologique, qui le permet. Si la spécificité de l'examen des biopsies est de 100%, il n'en est pas de même de sa sensibilité, d'où l'importance de réaliser un grand nombre de biopsies pour examiner des zones différentes de la prostate. Des biopsies négatives n'éliminent donc pas un cancer de la prostate. Une nouvelle série de biopsies peut être réalisée si le contexte clinique ou biologique persiste à nous faire suspecter un cancer de la prostate, éventuellement après réalisation d'une IRM.

L'imagerie n'a pas pour rôle ni de dépister, ni de confirmer/infirmer le diagnostic positif de cancer de la prostate, il ne sert qu'à guider les biopsies et à juger de l'extension du cancer.

En cas de PSA supérieur à 4ng/mL et/ou de toucher rectal anormal, il reste à confirmer ou infirmer le diagnostic de cancer de la prostate par des biopsies prostatiques.

Des biopsies négatives n'éliminent pas un cancer de la prostate.

L'imagerie n'a pas sa place dans le dépistage ni dans le diagnostic positif de cancer de la prostate, il ne sert qu'à guider les biopsies et à évaluer l'extension du cancer.



### ***1.2.3.7. Diagnostic***

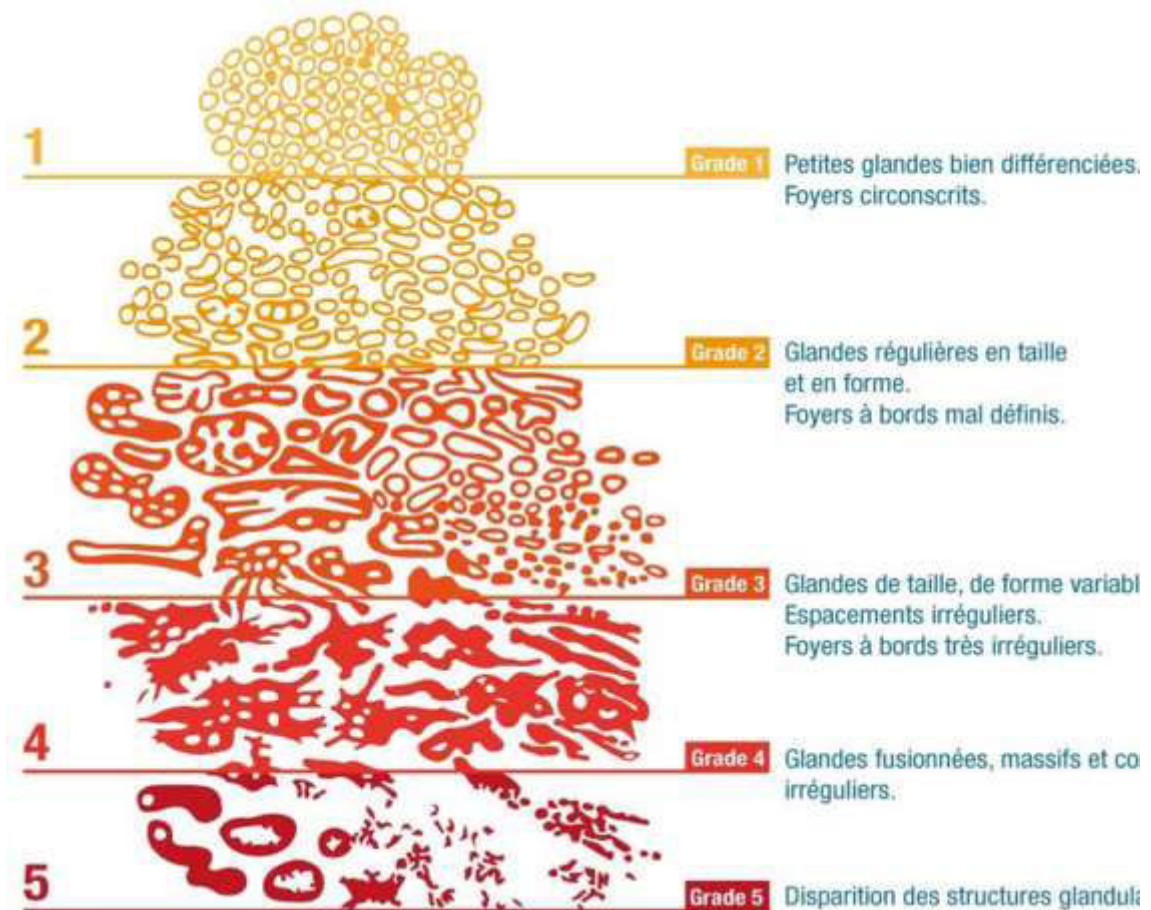
Le diagnostic est affirmé par l'analyse anatomo-cytopathologique des biopsies échoguidées et réalisées par voie trans-rectale. Le type histologique le plus fréquent est l'adénocarcinome.

### ***1.2.3.8. Pronostic***

Le pronostic est lié en partie au patient : son âge, son état général et ses pathologies associées.

Le reste du pronostic dépend des caractéristiques du cancer lui-même. La présence de cellules cancéreuses ne signifie pas forcément un développement malin invasif et véloce. Sur des examens de prostate post-mortem (toutes causes de décès réunies), on retrouve la plupart du temps un carcinome de la prostate encapsulé latent chez les hommes âgés. Ce qui fait dire au National Cancer Institute que le nombre de carcinomes de la prostate latents jamais diagnostiqués au cours de la vie du patient est plus important que celui de cancers de la prostate cliniquement détectés (18). **Il est difficile de prédire les cancers qui deviendront invasifs et mortels et à l'inverse ceux qui resteront à l'état latent**. Toutefois, un score de Gleason élevé, un taux de PSA supérieur à 10ng/ml et un volume de tumeur élevé sont associés à un moins bon pronostic.

Le degré de différenciation des cellules est un facteur pronostique essentiel ; il est apprécié par le **score de Gleason**. Pour le calculer, on évalue dans un premier temps le degré de différenciation des différentes biopsies de 1 (cellules bien différenciées) à 5 (cellules indifférenciées).



*Illustration 5 : Différents grades de différenciation, grade de Gleason*

*Disponible sur : [www.prostanet.com](http://www.prostanet.com)*

Dans un second temps, on additionne les deux grades de différenciation cellulaire les plus représentés sur les pièces analysées. On obtient alors le score de Gleason qui est donc coté de 2 à 10.

Pour apprécier au mieux le pronostic des cancers de la prostate, le score de Gleason a été modifié ; il est dorénavant déconseillé d'utiliser les scores inférieurs à 6.

Un autre élément important pour juger du pronostic est la classification TNM.

La classification de D'Amico reprend les différentes caractéristiques des tumeurs et permet alors de classer les cancers localisés en trois groupes en fonction de leur risque de progression :

Tableau 3 : Classification de D'Amico

Risque faible	PSA $\leq$ à 10ng/ml <b>et</b> score de Gleason $\leq$ 6 <b>et</b> stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20ng/ml <b>ou</b> score de Gleason 7 <b>ou</b> stade clinique T2b
Risque élevé	PSA $>$ à 20ng/ml <b>ou</b> score de Gleason $>$ 7 <b>ou</b> stade clinique T2c

### **1.2.3.9. Bilan d'extension**

Au-delà de l'examen clinique et de l'analyse anatomopathologique (qui précise le siège et le nombre de biopsies positives), des imageries sont nécessaires et peuvent varier en fonction notamment de la classification d'Amico. Une IRM abdomino-pelvienne est souvent réalisée, pouvant être accompagnée d'une scintigraphie osseuse. Le scanner et la tomographie par émission de positons sont plus rarement utilisés.

### **1.2.3.10. Moyens thérapeutiques**

#### **Abstention-surveillance**

Il s'agit de surveiller l'évolution du cancer chez un patient dont la survie est limitée notamment par des polyopathologies et, si le cancer devient symptomatique, de prendre en charge le patient dans une optique palliative.

#### **Surveillance active**

Cette fois, c'est une option curative. On reporte l'éventuel moment de l'initiation du traitement. Elle est proposée aux patients dont le cancer est localisé et le risque jugé faible. Les modalités de surveillance active sont un contrôle du PSA tous les 3 à 6 mois, un toucher rectal tous les 6 à 12 mois et un contrôle des biopsies dites de confirmation entre 3 et 24 mois après les biopsies initiales. Par la suite, de nouvelles biopsies peuvent être réalisées régulièrement ou remplacées par une IRM prostatique.

## **Prostatectomie totale**

Outre l'ablation de la totalité de la prostate, on retire également les vésicules séminales et, en fonction du risque d'envahissement ganglionnaire, un curage ganglionnaire est également effectué. Les complications peri-opératoires sont des saignements, des fuites d'anastomoses, des lymphocèles, des plaies rectales ou vasculaires, des infections urinaires et maladies thromboemboliques. Les complications post-opératoires sont dominées par les incontinences urinaires et les dysfonctions érectiles. Cette intervention est indiquée pour les cancers localisés, d'autant plus quand le risque de progression du cancer est intermédiaire ou élevé.

## **Radiothérapie**

On distingue la curiethérapie de la radiothérapie externe qui peuvent être éventuellement associées. Ces thérapies peuvent être utilisées en traitement curatif ou palliatif. Les complications les plus fréquentes sont la dysfonction érectile, l'incontinence urinaire, la cystite et la rectite radique.

## **Le traitement focal**

Par cryothérapie, High Intensity Focused Ultrasound, laser ou radiofréquence. Ce sont des traitements alternatifs, pour certains en cours d'évaluation.

## **Hormonothérapie**

L'objectif de ce traitement est de diminuer le taux de testostérone circulante par castration chirurgicale ou médicale. Les effets secondaires les plus fréquents sont les bouffées de chaleur et l'asthénie, on retrouve également des baisses de la libido, des dysfonctions érectiles, de l'ostéoporose, une augmentation probable des complications cardiovasculaires et des syndromes dépressifs.

## **Chimiothérapie**

Elle a sa place dans les cancers métastatiques.

## **Thérapie ciblée et immunothérapie**

Elles sont plus rarement utilisées et ne sont pas toujours disponibles en France.

## Prise en charge

La décision d'utiliser un ou plusieurs des moyens thérapeutiques cités ci-dessus est prise suite à une réunion de concertation pluridisciplinaire, en fonction du risque de progression évalué par la classification de D'Amico, de la présence ou non de polypathologies associées au cancer et des souhaits du patient.

Tableau 4 : Traitements de première intention selon le stade du cancer

Stade du cancer	Traitements de première intention
<b>Cancer localisé</b>	
- à faible risque	surveillance active ou prostatectomie totale +/- curage ganglionnaire ou curiethérapie ou radiothérapie externe
- à risque intermédiaire	prostatectomie totale + curage ganglionnaire ou radiothérapie externe +/- hormonothérapie dans certains cas, curiethérapie
- à haut risque	prostatectomie totale + curage ganglionnaire ou radiothérapie externe + hormonothérapie
<b>Cancer localement avancé</b>	radiothérapie externe + hormonothérapie
<b>Cancer métastatique</b>	hormonothérapie +/- chimiothérapie +/- radiothérapie symptomatique

### *1.2.3.11. Sur-diagnostic et sur-traitement*

L'intérêt du dépistage est de faire le diagnostic du cancer de la prostate à un stade précoce, les traitements étant alors plus efficaces, et les chances de guérison plus grandes. Mais à un stade précoce du cancer de la prostate, nous ne disposons pas de moyens pour distinguer les cancers qui vont devenir agressifs, nécessitant un traitement, des cancers qui vont rester latents ne nécessitant pas de traitement. Le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement est alors de détecter puis de traiter un cancer qui serait resté asymptomatique et ne causant pas le décès du patient. Si ces traitements sont efficaces, ils sont aussi souvent responsables d'effets secondaires qui peuvent affecter la qualité de vie.

Une option qui peut alors être proposée, si le risque de progression jugé par la classification de D'Amico est faible, est de surveiller activement l'évolution du cancer et d'initier un traitement curatif uniquement quand et si le cancer progresse. On réalise alors des contrôles réguliers à un rythme qui peut varier. L'incertitude que vit le patient et l'inconfort des examens réguliers peuvent le décourager. De plus, il existe un risque de méconnaître une évolution rapide d'un foyer cancéreux de la prostate malgré la surveillance en raison de la multifocalité de ce cancer.

Le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement n'est pas spécifique au dépistage du cancer de la prostate mais existe bien pour tous les dépistages et il est difficile à apprécier avec précision. Ce risque est suspecté d'être élevé pour le cancer de la prostate car si la prévalence de ce dernier le classe au premier rang des cancers chez l'homme, il est « seulement » au troisième rang en ce qui concerne la mortalité. De plus, la mortalité survient souvent à un grand âge, l'âge médian du décès étant de 81 ans (19) soit très proche de l'espérance de vie à la naissance des hommes.

Le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement est de détecter puis de traiter un cancer qui progresse suffisamment lentement pour que le patient atteint décède d'une autre cause avant même que le cancer en question ne devienne symptomatique.

### *1.2.3.12. Controverse concernant le dépistage de la prostate*

L'enjeu est de déterminer si les bénéfices du dépistage du cancer de la prostate sont supérieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne en cas de dépistage positif ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté. La question est donc de savoir si le dépistage permet une amélioration de l'état de santé globale de la population dépistée, de diminuer la mortalité spécifique de la maladie, s'il entraîne un sur-diagnostic et/ou un sur-traitement.

La controverse a été alimentée après la publication en mars 2009 dans le New England Journal of Medicine de deux essais contrôlés randomisés recherchant un éventuel bénéfice en ce qui concerne la mortalité spécifique du cancer de la prostate par la réalisation d'un dépistage du cancer de la prostate, l'un européen, le European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) (20), l'autre américain, le Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) (21). Les résultats de ces essais sont contradictoires, le premier conclut à une diminution du taux de mortalité spécifique au cancer de la prostate de 20%, mais également à un risque élevé de sur-diagnostic ; le second quant à lui, conclut à une absence de bénéfice sur la mortalité spécifique au cancer de la prostate. La méthodologie des deux études est discutable.

La Haute Autorité de Santé publie un rapport d'orientation en juin 2010 qui découle de l'analyse critique de ces deux études (22).

#### **1.2.3.12.1. Étude PLCO**

Il s'agit d'un essai multicentrique de supériorité avec pour objectif d'évaluer l'efficacité du dépistage sur la mortalité spécifique liée à quatre cancers. L'étude est réalisée en intention de dépister, **sa puissance est plus faible que l'étude européenne avec un taux de participation extrêmement faible** en partie parce qu'elle évalue l'efficacité d'un dépistage de plusieurs cancers ciblés (colon, ovaire et poumon) simultanément. Les patients devaient alors donner leur consentement pour réaliser des coloscopies et des scanners thoraciques, ce qui a pu en effrayer ou en incommoder un grand nombre. Faible puissance également due à une observance faible dans le groupe dépistage. À noter également **une contamination du groupe témoin** (réalisation de dépistage du cancer de manière opportuniste chez environ 50% des patients qui avaient été choisis pour ne pas en bénéficier) qui impacte la puissance de

l'étude pouvant éventuellement masquer un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité. Le suivi est potentiellement trop court, 13 ans à ce jour. La population (très sélectionnée et donc non représentative de la population générale) et les conditions d'application des tests de dépistage (dépistage d'autres cancers associés, réalisation du toucher rectal par des infirmiers ou des assistants médicaux) de l'étude ne permettent pas une extrapolation des résultats à la situation française. **Il en ressort une acceptabilité très faible, un sur-diagnostic important, des effets indésirables fréquents et l'absence d'amélioration de la mortalité** spécifique ni à 7 ans (RR = 1,13, IC 95% = 0,75-1,70) ni à 10 ans (RR = 1,11, IC 95% = 0,83-1,50), ni à 13 ans (RR = 1,09, IC 95% = 0,87-1,36) au cancer de la prostate ni d'amélioration de la mortalité globale.

#### 1.2.3.12.2. Étude ERSPC

Cet essai randomisé de supériorité, multinational a pour objectif d'évaluer l'efficacité du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité spécifique par cancer de la prostate.

On observe **une grande hétérogénéité dans la sélection de population et une participation variable d'un groupe à l'autre** (consentement avant ou après randomisation selon les pays) **et dans les conditions d'application des tests de dépistage** (fréquence du dosage du PSA, seuil de positivité du PSA, réalisation ou non du toucher rectal, techniques utilisées pour les biopsies...) en raison de la liberté laissée aux différents pays, concernant les méthodes et modalités de dépistage. La contamination du groupe témoin n'a été évaluée dans quasiment aucun pays. Le suivi est également limité à 13 ans pour le moment. **Il en ressort un sur-diagnostic important et des effets indésirables fréquents.** 75,9% des tests positifs étaient des faux positifs. **Les résultats publiés, considérés en « intention de dépister », retrouvaient une réduction de la mortalité spécifique par cancer de la prostate** à 9 ans de 15% (RR= 0,85, IC 95% = 0,73-1,00), à 10-11 ans de 16 % (RR= 0,84, IC 95% = 0,73-0,95) et à 13 ans de 17% (RR = 0,83, IC 95% = 0,73-0,94).

**Pour autant, ces résultats n'ont pas été obtenus en « intention de dépister »,** contrairement à ce que les auteurs affirment, étant donné l'exclusion de certains centres (en raison d'une contamination du groupe témoin, du non-respect du protocole, d'un suivi insuffisant, d'une non-réalisation de dépistage...) et parce que les analyses ont été parfois réalisées après exclusion de certaines catégories d'âge. De plus, certains centres ont fait la demande de consentement seulement après la randomisation. On retrouve par contre, dans le



tableau 2 de l'étude, le résultat concernant la mortalité par cancer de la prostate incluant l'ensemble des patients randomisés, ce qui correspond à une analyse « en intention de dépister » : **la différence entre les deux groupes n'est pas significative.**

« Les deux études sont plus des évaluations de propositions de tests de dépistage que des évaluations d'un programme complet de dépistage systématique et homogène. [...] Malgré tout, les deux études documentent surtout les désavantages (faux positifs, effets indésirables) et les difficultés (faible acceptabilité et observance insuffisante) du dépistage et n'arrivent pas à démontrer que ce type d'action puisse avoir des bénéfices. » (22).

Aucune de ces deux études ne permet de justifier la réalisation d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA et du toucher rectal. Ces études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de répondre à la question de l'intérêt du dépistage individuel qui reste ouverte à ce jour.

Devant la documentation d'effets indésirables et l'incapacité de prouver un bénéfice sur la mortalité, ce rapport de la HAS propose même d'évaluer les inconvénients d'un dépistage, cette fois individuel : « La question de l'opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate ne se pose donc pas ; il serait même souhaitable d'analyser les pratiques actuelles de dépistage opportuniste pour mieux en apprécier les inconvénients et émettre des recommandations pour un usage plus rationnel du dosage du PSA. » (22).

#### **1.2.3.12.3. Les autres études**

L'étude contrôlée et randomisée Göteborg (23) débutée en 1994 concernait 20000 hommes. Elle a évalué le dépistage par PSA tous les 2 ans et retrouvait une **réduction de la mortalité spécifique dans le groupe dépistage d'environ 50% après un suivi de 14 ans.** Un certain nombre de critiques ont été faites envers cette étude, la plus notable étant sa **faible puissance.**

La revue Cochrane a réalisé une méta-analyse en 2013 (24) à partir de cinq essais contrôlés randomisés et concluait à l'**absence de réduction significative de la mortalité** par le dépistage du cancer de la prostate par PSA avec ou sans toucher rectal. Une seule étude (ERSPC) sur les cinq analysées retrouvait une réduction significative de la mortalité après dépistage. Les auteurs insistaient sur le fait qu'aucune étude importante n'a évalué le rôle indépendant du toucher rectal.

Enfin, la dernière étude publiée sur ce sujet en janvier 2018 (25) ne retrouve **pas de réduction de la mortalité** par la réalisation d'un dépistage du cancer de la prostate. Mais les résultats de cette étude sont également limités : la durée de l'observation est de seulement dix ans ; on note une **faible réalisation du dosage du PSA dans le groupe intervention**, le consentement a été demandé après la randomisation des groupes et enfin le dosage du PSA n'était réalisé qu'une seule fois par patient alors qu'il est habituellement répété à intervalle variable.

Le dépistage du cancer de la prostate est controversé : au vu des effets secondaires engendrés par les traitements et de l'absence de preuves de bénéfice à réaliser le dépistage en matière de réduction de mortalité, ce dépistage est-il justifié ?

Les dernières études publiées n'ont pas permis de créer un consensus.

#### 1.2.3.12.4. Des recommandations qui diffèrent

##### En France

L'Association Française d'Urologie considère les résultats sur la mortalité spécifique par cancer de la prostate de l'étude ERSPC comme concluants et fiables. Elle propose alors, plutôt qu'un dépistage sur l'ensemble d'une population, un « diagnostic individuel précoce du cancer de la prostate » chez un patient particulier après évaluation de son état de santé (17). Il est composé d'un toucher rectal et d'un dosage du PSA à une fréquence qui reste à préciser. Il doit faire suite à une information du patient sur les bénéfices, incertitudes, effets indésirables et conséquences de la détection précoce permettant un « colloque singulier entre un patient et un médecin » (17).

La Haute Autorité de Santé, comme l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé qu'elle a remplacée, s'est prononcée régulièrement sur l'intérêt d'un dépistage organisé ou encore, pour le dernier rapport en date de février 2012, sur le dépistage ciblé sur les populations d'hommes à haut risque. Elle rappelle à chaque fois que les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage organisé en population générale comme pour les populations à haut risque. Elle justifie ses différents avis par les arguments suivants : l'absence d'effet prouvé sur la mortalité globale, des effets indésirables par là même

injustifiés, de nombreux faux positifs et un sur-diagnostic responsable d'un sur-traitement. Elle ajoute enfin, pour ces mêmes raisons, qu'il est nécessaire de s'interroger sur la légitimité d'un dépistage individuel.

Le Collège de Médecine Générale se prononçait également dans un communiqué en 2011 en défaveur du dépistage du cancer de la prostate pour les mêmes raisons que celles avancées par la HAS : « 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 et rappelait que l'un des fondements de l'activité médicale est de ne pas nuire : « *primum non nocere* ».

### **À l'international**

Aucun pays n'a, à l'heure actuelle, mis en place un dépistage systématique du cancer de la prostate par PSA et toucher rectal. Des sociétés d'urologie, par contre, y sont favorables.

Pour prendre l'exemple des États-Unis d'Amérique, l'United States Preventive Services Task Force décourageait les médecins de proposer le dépistage du cancer de la prostate. Dans son dernier avis, elle faisait un pas en arrière. Si elle maintient bien son opposition à un dépistage généralisé, elle considère que les patients concernés doivent décider eux-mêmes s'ils veulent recourir au dépistage individuel après discussion avec leur médecin.

Si les recommandations peuvent différer, elles s'accordent sur l'importance de l'information à délivrer aux hommes qui pourraient envisager de réaliser le dépistage.

#### ***1.2.3.13. Information des hommes concernés***

On comprend alors pourquoi toutes les autorités sanitaires et les sociétés d'urologie s'accordent sur l'importance de donner une information complète sur le dépistage du cancer de la prostate au patient avant qu'il décide de le réaliser ou non.

**Cette information, si possible orale et écrite, doit préciser que :**

- le cancer de la prostate est une maladie potentiellement grave et mortelle mais qui évolue lentement, le décès du patient peut alors être dû à une autre cause ;
- l'objectif du dépistage est de diminuer la mortalité et morbidité du cancer de la prostate, ce qui n'est pas démontré actuellement ;
- le dépistage peut permettre le diagnostic d'un cancer à un stade précoce, le traitement étant alors plus efficace mais il peut également entraîner le traitement d'un cancer qui n'aurait jamais fait parler de lui ;
- aucun élément ne permet de distinguer les cancers qui évoluent vers une forme agressive des cancers qui restent silencieux ;
- le dépistage consiste en la réalisation d'un dosage du PSA et la réalisation d'un toucher rectal. Un résultat anormal ne signifie pas forcément la présence d'un cancer mais entraîne la réalisation de biopsies qui, elles, confirment ou non le diagnostic de cancer. Un taux de PSA normal, un toucher rectal normal et des biopsies négatives n'excluent pas formellement le diagnostic de cancer ;
- le traitement peut entraîner des effets indésirables, les plus fréquents étant l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile ; il existe plusieurs options thérapeutiques.

## **2. ENQUETE QUALITATIVE**

## **2.1. INTERET DU SUJET**

Plusieurs études ont montré une sous-utilisation du toucher rectal par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer de la prostate (26) (27).

Dans des études par auto-questionnaire, 20 à 30% des médecins généralistes, parmi ceux qui pratiquaient le dépistage du cancer de la prostate, déclaraient ne pas réaliser le toucher rectal mais uniquement le dosage du PSA (28). D'autres études, quantitatives et rétrospectives cette fois, retrouvaient environ 50% de toucher rectal réalisé dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate (29).

Peu d'études ont recherché à détailler les causes de la non-réalisation du toucher rectal dans cette indication (2).

## **2.2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.2.1. Objectif**

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer les obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate en médecine générale. Pour l'atteindre, il sera nécessaire, entre autres, d'évaluer la pratique du dépistage de ce cancer en médecine générale et de recueillir l'avis des médecins généralistes sur ce dépistage.

### **2.2.2. Choix de la méthode**

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative est la plus à même de réaliser notre objectif car elle permet et facilite, par sa forme ouverte, l'expression des perceptions et des représentations sur un sujet donné.

Il ne s'agit pas ici d'être représentatif des généralistes ni de faire des statistiques mais de relever le plus grand nombre d'informations différentes, une information retrouvée dans un seul entretien pouvant avoir autant de valeur qu'une autre répétée dans plusieurs entretiens. D'autres études pourront ensuite, éventuellement, évaluer l'importance et la fréquence des différents obstacles relevés dans notre travail et tester des stratégies pour s'en affranchir.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés, plutôt qu'un ou plusieurs focus group, la discussion seul à seul nous semblant permettre d'aborder plus facilement ce sujet, où il est question de pudeur et d'intimité, et d'éviter l'éventuel jugement de ses pairs sur ses pratiques ou représentations.

### **2.2.3. Population étudiée**

La population qui nous intéresse ici est celle des médecins généralistes car la réalisation du dépistage du cancer de la prostate est à ce jour très dépendante de leurs avis et pratiques, étant donné qu'ils sont en première ligne pour informer les patients (il n'existe pas de campagnes de dépistage actuellement pour ce cancer), pour proposer ce dépistage (il n'y a pas

de courrier incitant à se faire dépister contrairement aux dépistages organisés), pour le réaliser ou éventuellement le faire réaliser par un urologue (le parcours de soins contraint le patient à consulter d'abord le médecin traitant).

Le nombre d'interviewés n'est pas déterminé à l'avance ; il s'agit de collecter le plus grand nombre d'informations nouvelles au fur et à mesure des différents entretiens. On décide de la fin de l'enquête lorsqu'un entretien n'apporte plus d'informations nouvelles en rapport avec le sujet, on parle de saturation. On peut éventuellement confirmer la saturation en réalisant deux autres entretiens et ne toujours pas constater de nouvelles informations.

Dix médecins généralistes ont été contactés par téléphone et ont accepté de participer à l'étude après avoir été informés du sujet de notre thèse. Le choix de contacter ces médecins a été réalisé après échantillonnage dit en recherche de variation maximale (sexe, âge, année d'installation, lieu d'exercice, département, mode d'exercice). En effet, on peut penser qu'une femme puisse avoir un point de vue et une approche différente d'un homme pour la réalisation d'un toucher rectal chez un homme ; de même, un jeune installé avec une formation initiale plus récente par rapport à un ancien avec une expérience plus grande. L'exercice de la médecine en campagne est également susceptible d'être différent de celui de la médecine de ville.

Nous avons choisi d'interviewer des médecins généralistes installés en Meurthe-et-Moselle ou en Meuse par commodité personnelle de l'intervieweur, son lieu de résidence et de stage d'internat se trouvant dans ces deux départements.

Le nombre d'entretiens réalisés a été de dix. L'analyse du huitième entretien n'a pas apporté de nouvelles données, deux autres entretiens ont donc été réalisés pour confirmer la saturation des données.



Tableau 5 : Caractéristiques des médecins interrogés

Entretien	Sexe	Age	Année d'installation	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Département
Entretien 1	Féminin	41 ans	2005	Urbain	Association	54
Entretien 2	Masculin	43 ans	2012	Urbain	Association	54
Entretien 3	Masculin	50 ans	1997	Semi-urbain	Seul	54
Entretien 4	Masculin	60 ans	1987	Semi-urbain	Seul	55
Entretien 5	Masculin	29 ans	2016	Rural	Maison de santé	55
Entretien 6	Masculin	55 ans	1993	Rural	Maison de santé	55
Entretien 7	Masculin	65ans	1997	Rural	Maison de santé	55
Entretien 8	Masculin	55 ans	1990	Rural	Maison de santé	55
Entretien 9	Féminin	50 ans	1997	Urbain	Seule	54
Entretien 10	Féminin	38 ans	2013	Urbain	Maison de santé	54

Le tableau 5 montre que les médecins interrogés présentent des caractéristiques variées selon les six critères pris en compte (le sexe, l'âge, l'année d'installation, le mode et lieu d'exercice et le département).

Les entretiens ont été réalisés durant le premier semestre de 2017.

#### 2.2.4. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par l'auteur sur le lieu de travail des médecins pour des raisons pratiques mais également pour instaurer au mieux un climat de confiance ; un lieu connu facilitant la discussion et la libre expression des sentiments.

Pour la bonne conduite de ces entretiens, nous nous sommes aidés d'un guide d'entretien. Il permet de constituer une base de travail commune pour tous les médecins interrogés. Il comprend neuf questions principales, les plus ouvertes possibles, constituant autant de thèmes. Plusieurs de ces questions principales étaient suivies de questions de relance, moins ouvertes, pour favoriser l'échange si la question principale en rapport inspirait peu l'intervieweur, si elle était mal comprise ou encore pour favoriser la variabilité des réponses et faire préciser un propos. Le guide d'entretien n'est pas un protocole de questions pour obtenir simplement une réponse précise à une question mais plutôt une structure pour faire parler les médecins tout en restant dans le sujet en question.

### **Guide d'entretien**

- 1) Pouvez-vous me donner votre avis sur le dépistage du cancer de la prostate ?  
    Comment jugez-vous sa pertinence ?  
    Comment jugez-vous sa faisabilité ?
- 2) Quelle place accordez-vous au dépistage du cancer de la prostate dans votre pratique ?
- 3) Dans quels cas le proposez-vous et/ou le réalisez-vous ?  
    Le proposez-vous systématiquement ou à la demande du patient ?
- 4) Quels outils utilisez-vous pour le dépistage du cancer de la prostate ? Que pensez-vous de chacun d'eux ?
- 5) Que pensez-vous du toucher rectal dans cette indication ?  
    Quel est votre avis sur sa pertinence ?  
    Quel est votre avis sur sa faisabilité dans votre pratique quotidienne ?  
    Quelle est la fréquence à laquelle vous le réalisez ?
- 6) Pouvez-vous me détailler les obstacles à la réalisation du toucher rectal dans cette indication liés aux patients ?
- 7) Pouvez-vous me détailler les obstacles à sa réalisation liés aux médecins ?
- 8) Pensez-vous que la polémique sur le dépistage (désaccord entre les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Association Française d'Urologie) ait influencé votre pratique ?
- 9) Quelles sont vos attentes concernant le dépistage du cancer de la prostate ?

Les entretiens ont été enregistrés après accord oral des participants puis anonymisés et retranscrits par l'auteur pour faciliter leur analyse thématique. Cette dernière, réalisée par l'auteur, consiste à réorganiser les propos des médecins en rapport avec le sujet par thèmes pertinents. Un thème étant une courte expression qui permet de cerner l'essentiel d'un propos. On relève des thèmes pour chaque entretien. Puis les thèmes sont ensuite regroupés par affinité de sens et on peut alors construire un arbre thématique commun à l'ensemble des entretiens qui regroupe des thèmes principaux détaillés en sous-thèmes pour répondre au mieux à la question guidant notre recherche.

Cet arbre thématique est présenté en annexe.

## 2.3. RESULTATS

L'analyse des entretiens permet de relever cinq thèmes. Après un exposé des avis des généralistes sur le dépistage du cancer de la prostate, la pratique de celui-ci sera décrite. Nous détaillerons les obstacles à la réalisation de ce dépistage puis plus précisément à la réalisation du toucher rectal dans cette indication. Pour finir, nous évoquerons les souhaits de ces généralistes concernant une éventuelle évolution du dépistage du cancer de la prostate.

### Rappel du plan :

#### 2.3. RESULTATS

##### ► **2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate**

###### 2.3.1.1. Avis positifs

2.3.1.1.1. Permet de détecter un cancer à un stade précoce

2.3.1.1.2. Impact négatif de la controverse

2.3.1.1.3. Reproche en cas de dépistage non fait, non proposé

###### 2.3.1.1. Avis négatifs

2.3.1.1.1. Absence de consensus entre les différentes autorités

2.3.1.1.2. Mauvaise organisation de ce dépistage

2.3.1.1.3. Doute sur l'intérêt et le bénéfice du dépistage

2.3.1.1.4. Les outils utilisés pour le dépistage considérés comme peu fiables

2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate

2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate

2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate

2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate

### **2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate**

#### ***2.3.1.1. Avis positifs***

##### **2.3.1.1.1. Permet de détecter un cancer à un stade précoce**

Le dépistage était jugé justifié par des médecins, entre autres pour sa capacité à détecter des cancers de la prostate à un stade précoce :

*Dc6 : « [...] oui, pertinent, c'est un cancer que l'on peut soigner d'autant plus facilement qu'il est détecté très précocement. ».*

Certains médecins se désolaient d'avoir vécu, dans leur patientèle, des cas de découverte tardive de cancer chez des patients n'ayant pas bénéficié de ce dépistage :

*Dc3 : « Malheureusement, j'ai le sentiment, sur les patients que je suis, qu'on les découvre trop tard, donc il va falloir trouver un système pour prendre en charge plus tôt ces patients. Parce que tous les patients atteints de cancer de la prostate que j'ai en suivi, il n'y en pas un qui ne soit pas au stade métastatique voire avec une tumeur agressive. Voilà, on ne peut que regretter d'être passé à côté. ».*

*Dc5 : « [...]là, j'ai un patient chez qui on a découvert un cancer de la prostate. Ça a changé ma pratique, je pense maintenant, que depuis, j'en fais un peu plus. ».*

#### **2.3.1.1.2. Impact négatif de la controverse**

Depuis la controverse sur le dépistage, et donc depuis la réalisation moins fréquente de celui-ci, des généralistes ont eu le sentiment de voir augmenter le nombre de cancer de la prostate à un stade avancé dans leur patientèle.

#### **2.3.1.1.3. Reproche en cas de dépistage non fait, non proposé**

D'aucuns jugent également qu'il est difficile de ne pas proposer ce dépistage, prévoyant un reproche chez un patient apprenant qu'un dépistage aurait pu être réalisé :

*Dc8 : « [...] le patient viendra me dire, pourquoi vous ne l'avez pas fait. ».*

Surtout dans le cas d'un patient chez qui l'on découvre, suite à l'exploration de symptômes, un cancer de la prostate à un stade avancé et qui apprend qu'on aurait éventuellement pu éviter cette situation :

*Dc3 : « Humainement, c'est difficile de dire à un patient atteint, il y a un marqueur possible et on ne l'a pas fait parce que on nous a recommandé de ne pas le faire. ».*

*Dc9 : « [...] honnêtement, une personne qui arrive en demandant un dépistage, qui est très demandeur, parce que dans sa famille, quelqu'un a eu un cancer de la prostate, on ne va pas lui refuser le dépistage. Parce que s'il a vraiment quelque chose, on est en porte-à-faux. ».*

*Dc8 : « J'ai eu un cas où un patient avait mal à la hanche, on a changé le clou gamma et il avait encore mal et on fait une scintigraphie osseuse, on découvre alors qu'il a des métastases osseuses secondaires à un cancer de la prostate à 55 ans. La famille était très en colère, elle voulait savoir pourquoi les PSA n'avait pas été faits. ».*

### **2.3.1.2. Avis négatifs**

#### **2.3.1.2.1. Absence de consensus entre les différentes autorités**

Presque tous les médecins interviewés ont le sentiment d'être perdus entre les avis et recommandations contradictoires qui leurs sont faits :

*Dc8 : « [...]on manque de repères, [...] on a une difficulté entre les recommandations de l'HAS et les recommandations de la société d'urologie qui sont très différentes ».*

*Dc1 : « Ça serait plus simple si tout le monde tombait d'accord (rire), parce qu'on ne sait jamais ce qui est fiable ou non. Quel que soit ce qui est proposé, il n'y a rien de certain, les recommandations changent tout le temps et quand il y en a de nouvelles, elles sont immédiatement controversées. ».*

*Dc3 : « On nous a recommandé de faire tout et maintenant on nous recommande de ne faire rien. ».*

*Dc7 : « Après, au niveau du dépistage, je n'ai pas l'impression que ce soit une attitude formelle et tranchée pour tout le monde. Les urologues estiment que c'est bien de faire le PSA mais la caisse a un discours un peu différent (rire). ».*

Ils ne savent plus à qui se référer, certains ont tendance à suivre plutôt l'avis de la HAS, d'autres plutôt celui de l'Association Française d'Urologie, mais pour la majorité, ils n'ont pas d'avis tranché :

*Dc5 : « [...] je ne sais pas à quel Saint me vouer, qui écouter. ».*

*Dc9 : « C'est très compliqué parce qu'on a la demande des patients d'un côté, on a ce que la caisse nous demande de faire, on a l'avis des urologues, on a l'avis des études... Tout est complexe, donc il faut faire avec toutes ces données, et essayer d'adapter au mieux notre dépistage, en fait.*

*YK : Vous avez tendance à suivre une recommandation en particulier, ou...*

*Dc9 : Je fais entre les deux. ».*

#### **2.3.1.2.2. Mauvaise organisation de ce dépistage**

Le dépistage du cancer de la prostate a souvent été comparé aux dépistages de masse et organisés (celui du cancer colo-rectal et du sein) où les patients sont sélectionnés, informés et incités à participer au dépistage par un courrier.

*Dc1 : « [...] j'y suis moins vigilante que pour les dépistages de masse, tout simplement parce que dans la mesure où il y a un intervenant extérieur les gens sont plus relancés, on est très démarché donc on y pense régulièrement. ».*

*Dc5 : « Très mal organisé parce qu'il n'y rien de systématique, rien de clair. ».*

#### **2.3.1.2.3. Doute sur l'intérêt et le bénéfice du dépistage**

L'efficacité quant à l'amélioration de l'espérance de vie n'est pas toujours jugée probante :

*Dc2 : « [...] on ne sait pas si ça améliore l'espérance de vie ou pas. ».*

On retrouvait également la peur du sur-diagnostic et du sur-traitement dont les médecins jugeaient leurs fréquences élevées.

#### **2.3.1.2.4. Les outils utilisés pour le dépistage considérés comme peu fiables**

*Dc4 : « Je n'ai pas d'examen pertinent pour le dépistage. ».*

*Dc5 : « On peut avoir un PSA très augmenté et pas de cancer ou à l'inverse un PSA normal et*

*un cancer de la prostate. On dépiste beaucoup d'hypertrophie bénigne de la prostate avec des PSA augmentés. J'ai un patient avec un PSA augmenté, les biopsies ne retrouvaient rien, on fait des contrôles régulièrement mais il n'a toujours pas de cancer... ».*

*Dc5 : « On dépiste beaucoup d'hypertrophies bénignes de la prostate avec des PSA augmentés. ».*

Même constat pour les outils de diagnostic du cancer de la prostate :

*Dc5 : « On ne peut même pas dire si les biopsies sont réellement négatives ou si c'est un faux négatif, donc même le dépistage par biopsie est compliqué ».*

Rappel du plan :

## 2.3. RESULTATS

2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate

### ► **2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate**

2.3.2.1. Connaissance du dépistage, de ses modalités et des bonnes pratiques

2.3.2.1.1. Incertitudes

2.3.2.1.2. Confusion entre dépistage et diagnostic

2.3.2.1.3. Utilisation de l'échographie prostatique

2.3.2.1.4. Utilisation restreinte du toucher rectal

2.3.2.1.5. Utilisation variable des outils de dépistage

2.3.2.2. Des pratiques très différentes d'un généraliste à un autre

2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate

2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate

2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate

## **2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate**

### **2.3.2.1. Connaissance du dépistage, de ses modalités et des bonnes pratiques**

#### **2.3.2.1.1. Incertitudes**

Il ressort de l'analyse des entretiens qu'un certain nombre de médecins avoue être dans l'incertitude concernant les bonnes pratiques du dépistage :



*Dc5 : « Je n'ai peut-être pas assez cherché les réponses mais je ne trouve pas beaucoup de réponses à ces questions. ».*

#### **2.3.2.1.2. Confusion entre dépistage et diagnostic**

On retrouve parfois une confusion entre ce qui relève du dépistage et ce qui ne relève plus du dépistage mais du diagnostic.

Les examens du dépistage sont alors réalisés :

*Dc6 : « [...] chez des gens qui disent avoir vraiment des problèmes urinaires. ».*

*Dc2 : « Un homme à partir de 50-60 ans, je vais lui demander s'il a des problèmes prostatiques : dysurie, pollakiurie nocturne. ».*

#### **2.3.2.1.3. Utilisation de l'échographie prostatique**

Plusieurs médecins disent se servir de l'échographie prostatique à la place ou en plus du toucher rectal comme outil de dépistage.

#### **2.3.2.1.4. Utilisation restreinte du toucher rectal**

Le toucher rectal étant alors parfois délaissé ou réalisé seulement s'il y a des symptômes ou une élévation du PSA :

*« YK : Et le toucher rectal [...], vous le faites seulement s'il y a des signes évocateurs ou même s'ils sont asymptomatiques ? »*

*Dc6 : Je ne le ferais pas systématiquement, je le ferais si les gens signalent des symptômes ou des levers la nuit. ».*

#### **2.3.2.1.5. Utilisation variable des outils de dépistage**

Chez un même praticien, un outil de dépistage était parfois utilisé et d'autres fois non.

*Dc1 : « [...] et puis à un moment donné, je faisais une fois l'un une fois l'autre. ».*

### **2.3.2.2. Des pratiques très différentes d'un généraliste à un autre**

Si certains généralistes proposent systématiquement ce dépistage à leurs patients, la plupart ne le font pas :

*Dc3 : « Plus de manière systématique parce que ça n'est plus les recommandations. ».*

D'autres le proposent seulement dans certains cas précis :

*Dc7 : « C'est-à-dire que je fais des PSA quand les gens ont des symptômes ou éventuellement s'il y a une notion d'hérédité ».*

Des médecins précisait qu'ils n'informaient leurs patients de la possibilité de réaliser ce dépistage que très rarement. Enfin, le dépistage n'était jamais proposé par certains interviewés et n'était alors réalisé qu'à la demande de leurs patients :

*Dc1 : « Puisqu'on nous dit qu'il n'y a rien de vraiment efficace. Donc actuellement, je ne me pose même plus la question, je ne le fais pas. [...] s'il n'y a pas de symptômes ni de demande du patient je ne fais rien. C'est dommage. ».*

Plusieurs médecins expliquent réaliser le dépistage du cancer de la prostate à leur façon :

*Dc7 : « J'ai coupé la poire en deux mais je ne sais pas si c'est la bonne attitude. ».*

*Dc3 : « [...] on est passé d'une recommandation de faire des PSA à tous les hommes à partir de 50 ans à maintenant on ne fait plus de PSA. Je pense qu'il y avait quelque chose à faire entre les deux, et moi c'est ce que je fais. ».*

## 2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate

Rappel du plan :

### 2.3. RESULTATS

2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate

2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate

#### ► **2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate**

2.3.3.1. Obstacles liés aux médecins

2.3.3.1.1. Outils de dépistage jugés peu fiables

2.3.3.1.2. Oubli de la part du généraliste

2.3.3.1.3. Informations en faveur d'une limitation des prescriptions du PSA

2.3.3.1.4. Nécessité de convaincre le patient

2.3.3.2. Obstacles liés aux patients

2.3.3.2.1. Le toucher rectal entraînant un renoncement au dépistage

2.3.3.2.2. Parler de cancer

2.3.3.2.3. Manque d'information des patients

2.3.3.2.4. Refus des patients (raisons pas toujours exprimées)

2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate

2.3.5. Souhais concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate

### ***2.3.3.1. Obstacles liés aux médecins***

#### **2.3.3.1.1. Outils de dépistage jugés peu fiables**

Les outils de dépistage sont parfois jugés insuffisamment fiables pour être proposés aux patients :

*Dc8 : « Le dépistage du cancer de la prostate n'est pas dans le cadre d'un dépistage de masse parce que le PSA n'est pas assez sensible et spécifique ».*

#### **2.3.3.1.2. Oubli de la part du généraliste**

Parfois le médecin ne pensait tout simplement pas à proposer le dépistage aux patients :

*Dc1 : « Et comme on est seul à intervenir si on n'y pense pas il n'y a personne pour nous le rappeler. ».*

*Dc1 : « [...] c'est pas une question de ne pas vouloir le faire mais c'est plutôt que je n'y pense pas facilement. ».*

*Dc6 : « Les gens, on va leur proposer quand ils viennent en consultation soit parce qu'ils sont malades ou pour un renouvellement, mais il y a des gens qui passent au travers. ».*

#### **2.3.3.1.3. Informations en faveur d'une limitation des prescriptions du PSA**

Deux des interviewés expliquent qu'ils réalisent beaucoup moins le dosage du PSA depuis la réception d'un courrier de la caisse à ce sujet.

*Dc7 : « Avant je faisais systématiquement un PSA, j'ai reçu un courrier l'an dernier du médecin de la CPAM, du médecin conseil qui m'avait donné un petit livret qui parlait des avantages et des inconvénients mais aussi des faux positifs, du risque de sur-traitement et donc j'ai révisé un peu mon jugement. ».*

*Dc9 : « Faut dire aussi qu'on a la CPAM sur le dos ! Ça, il faut le garder pour vous (rire). Un médecin conseil s'est déplacé pour le dépistage en nous disant que le dépistage, c'est pas systématique. ».*

#### **2.3.3.1.4. Nécessité de convaincre le patient**

La nécessité de convaincre les patients de la légitimité du dépistage s'est révélé être un frein à sa réalisation :

*Dc1 : « Ça dépend du pouvoir de persuasion du médecin. ».*

#### **2.3.3.2. Obstacles liés aux patients**

##### **2.3.3.2.1. Le toucher rectal entraînant un renoncement au dépistage**

Certains patients renoncent au dépistage du cancer de la prostate quand ils apprennent qu'un toucher rectal devrait être réalisé :

*Dc6 : « [...] mais bon, le toucher rectal systématique, je pense que les gens ne répondront pas favorablement, ce sera toujours un peu difficile. ».*

#### **2.3.3.2.2. Parler de cancer**

Mais les interviewés précisent qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème de pudeur. Évoquer la possibilité de la présence d'un cancer chez un patient qui se sent en bonne santé n'est ni toujours bien ressenti ni compris par les patients, notamment s'ils viennent pour un tout autre motif :

*Dc7 : « [...] enfin je ne sais pas si on peut dire gênant mais les gens ne comprennent pas toujours. Par contre, quand il y a une doléance de la sphère génito-urinaire, ça passe sans problème. ».*

*Dc6 : « C'est pas toujours évident parce que les gens n'ont pas toujours envie d'en parler, mais en discutant, en connaissant bien nos patients, on arrive à avoir un contact ouvert. ».*

#### **2.3.3.2.3. Manque d'information des patients**

Le manque d'information concernant ce cancer, l'existence d'un dépistage et les bénéfices et risques associés : « c'est plus simple quand c'est le patient qui en parle et qui est demandeur. » Dc9.

#### **2.3.3.2.4. Refus des patients**

Malgré ces informations données, des patients refusent de réaliser le dépistage et les raisons de ces refus ne sont pas toujours exprimées.

Rappel du plan :

2.3. RESULTATS

- 2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate
- 2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate
- 2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate

► **2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate**

- 2.3.4.1. Obstacles liés aux patients
  - 2.3.4.1.1. Pudeur
  - 2.3.4.1.2. Nécessité de convaincre
  - 2.3.4.1.3. Anticipation de la réponse des patients
  - 2.3.4.1.4. Geste désagréable
  - 2.3.4.1.5. Manque d'hygiène
- 2.3.4.2. Obstacles liés aux médecins
  - 2.3.4.2.1. Pudeur des médecins, proximité
  - 2.3.4.2.2. Femme médecin
  - 2.3.4.2.3. Adresser le patient à l'urologue pour le toucher rectal
  - 2.3.4.2.4. Difficultés pour bien réaliser le geste
  - 2.3.4.2.5. Manque d'expérience et de formation
  - 2.3.4.2.6. Toucher rectal jugé peu fiable dans cette indication
  - 2.3.4.2.7. Préférence pour l'échographie
  - 2.3.4.2.8. Manque de temps
- 2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate

## **2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate**

### ***2.3.4.1. Obstacles liés aux patients***

#### **2.3.4.1.1. Pudeur**

La pudeur des patients est au premier plan. Il existe une crainte de briser la relation de confiance.

#### **2.3.4.1.2. Nécessité de convaincre**

Pudeur qui nécessite de convaincre les patients de l'utilité du toucher rectal, de sa complémentarité avec le dosage du PSA.

#### **2.3.4.1.3. Anticipation de la réponse des patients**

Les médecins relatent des refus fréquents :

*Dc5 : « [...] c'est facile de faire le dosage [du PSA], après le toucher rectal... on a plus d'opposition ou des réticences tout du moins. ».*

Au point même où un médecin ne propose plus le toucher rectal imaginant le refus du patient :

*Dc5 :« [...] j'anticipe et pense que le patient va refuser. ».*

#### **2.3.4.1.4. Geste désagréable**

Les médecins sont unanimes sur le fait que le toucher rectal est inconfortable :

*Dc3 « [...] ça n'est pas agréable pour le patient. ».*

#### **2.3.4.1.5. Manque d'hygiène**

Le manque d'hygiène observé peut également entraîner la non-réalisation du toucher rectal.

### **2.3.4.2. Obstacles liés aux médecins**

#### **2.3.4.2.1. Pudeur des médecins, proximité**

La pudeur des médecins, cette fois, est aussi un obstacle, tout particulièrement par la proximité qui peut se créer entre le patient et le médecin traitant.

*Dc5 : « Après, y a un autre problème en médecine générale... à l'hôpital, aux urgences, on fait très facilement un toucher rectal pour tout et n'importe quoi, au cabinet c'est plus difficile*

*parce que c'est des patients qu'on connaît. Dire à quelqu'un que l'on voit tous les mois pour la tension, aujourd'hui on va faire un toucher rectal... ».*

*Dc7 : « Disons que ça me gêne un peu, c'est peut-être pas le mot mais disons que c'est sûr que prendre la tension ça ne surprend pas les gens, si on leur met un doigt dans le derrière à chaque fois ils vont peut-être être surpris, je ne sais pas. ».*

*Dc10 : « Je n'ai pas l'impression qu'il y ait un vrai bénéfice de gain ni de qualité de vie ni de survie à proposer ce dépistage-là, donc s'il y a une étude qui me prouve le contraire, j'appliquerai le référentiel avec grand plaisir et je passerai outre ma pudeur. ».*

#### **2.3.4.2.2. Femme médecin**

L'idée que le fait d'être une femme médecin était un obstacle supplémentaire à la réalisation du toucher rectal chez un homme a été évoquée par des médecins hommes et par des médecins femmes :

*Dc1 : « Le fait que je sois une femme, je pense que ça les dérange, mon collègue par exemple, en fait beaucoup plus facilement. ».*

*Dc2 : « Non, dans mon cas, je suis un homme, donc c'est moins compliqué à proposer. ».*

*Dc4 : « Donc, je pense qu'il peut y avoir de la pudeur vis-à-vis de la femme pour faire un toucher rectal à un homme. Et puis, après il peut y avoir le patient qui est gêné vis-à-vis d'une jeune médecin magnifique. ».*

#### **2.3.4.2.3. Adresser le patient à l'urologue pour le toucher rectal**

*Dc7 : « Et je me dis que si j'ai un doute, je l'envoie à l'urologue. Lui, il le fera systématiquement. ».*

*Dc9 : « [...] c'est vrai que les hommes n'aiment pas les toucher rectaux en général, mais en plus si c'est une femme, ils sont parfois un peu plus bloqués, donc je propose d'emblée s'ils veulent voir un urologue homme. ».*



#### **2.3.4.2.4. Difficultés pour bien réaliser le geste**

Les praticiens ne trouvent pas toujours la position du patient la plus adéquate pour le toucher rectal.

*Dc3 : « La longueur de mes doigts, je n'arrive jamais à toucher le haut de la prostate avec mon doigt ».*

#### **2.3.4.2.5. Manque d'expérience et de formation**

Le manque d'expérience et de formation pour ce geste explique en partie la non-réalisation du toucher rectal, les médecins ne se considérant pas tous compétents pour interpréter leur toucher rectal :

*Dc3 : « C'est une question d'entraînement clinique. ».*

*Dc5 : « [...] je m'arrête souvent au PSA sans aller au TR. En partie parce que l'apprentissage a été fait sur des mannequins ou des prostates en plastique. ».*

*Dc4 : « Je ne suis pas sûr du tout de mon toucher rectal. ».*

*Dc1 : « [...] le toucher, il faut y penser et je pense qu'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent, il faut avoir une pratique régulière pour pouvoir l'interpréter. ».*

*Dc5 : « [...] je n'ai jamais senti une lésion indurée ou l'effacement du sillon médian. Je trouve que c'est difficile à sentir au doigt. Donc, faire un examen pour lequel je suis pas forcément discriminant, je l'impose pas forcément au patient. ».*

*Dc7 : « Je n'ai pas l'habitude de l'urologue, ça donne une petite idée, quand j'ai quelque chose, je demande un avis urologique. ».*

#### **2.3.4.2.6. Toucher rectal jugé peu fiable dans cette indication**

*Dc1 : « [...] ça n'accède pas à tout. ».*

*Dc2 : « Ça ne permet pas de mettre en évidence une tumeur centrale. Avec un PSA, on a un seuil. ».*

#### **2.3.4.2.7. Préférence pour l'échographie**

L'échographie lui est souvent préférée pour contourner leur pudeur ou parce qu'elle est jugée plus pratique et plus fiable.

*Dc6 : « [...] l'échographie est assez facile à faire, enfin pas pour eux parce que bon (rire), c'est un peu contraignant. ».*

*Dc1 : « Avec un PSA perturbé, j'irais facilement à l'écho ».*

*Dc4 : « Dès que j'ai un doute [au toucher rectal] je propose un examen complémentaire qui peut être une échographie dans un premier temps. ».*

*Dc5 : « Quand j'ai doute, j'oriente vers l'échographie plutôt que le toucher. ».*

Pour certains, l'échographie apporte plus d'informations que le toucher rectal et le rend donc caduque et superflu :

*Dc6 : « [...] l'échographie va quand même orienter s'il faut des biopsies ou non, ce qui ne sera pas le cas avec le toucher rectal. ».*

#### **2.3.4.2.8. Manque de temps**

Une des explications données à la non-réalisation du toucher rectal est le manque de temps lors d'une consultation :

*Dc1 : « Ça prend tout de suite 4 minutes de plus dans la consultation, ce qui n'est pas forcément réalisable dans toutes les consultations. ».*

Rappel du plan :

2.3. RESULTATS

2.3.1. Avis sur le dépistage du cancer de la prostate

2.3.2. Pratiques du dépistage du cancer de la prostate

2.3.3. Obstacles au dépistage du cancer de la prostate

2.3.4. Obstacles à la réalisation du toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate

► **2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate**

2.3.5.1. Nouvelle recommandation

2.3.5.2. Nouvelle organisation de ce dépistage

2.3.5.3. Des rappels

2.3.5.4. Avancées scientifiques

2.3.5.5. Redonner aux médecins généralistes un rôle central pour ce dépistage

2.3.5.6. Mieux considérer ce dépistage

2.3.5.7. Tester d'autres protocoles

## **2.3.5. Souhaits concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate**

### ***2.3.5.1. Nouvelle recommandation***

Le souhait qui est revenu le plus souvent est celui d'une nouvelle recommandation avec un avis unanime sur le dépistage ou un compromis entre les différentes autorités et sociétés :

*Dc5 : « Ce qui serait bien, c'est que tout le monde s'entende, que la HAS et la société d'urologie se mettent au clair sur une méthodologie bien définie comme pour le cancer colorectal ou le sein. ».*

*Dc8 : « [...] je pense qu'il faudrait une recommandation très stricte qui serait pour l'ensemble des médecins, généralistes et urologues, dire à partir d'un certain âge, le PSA n'est plus remboursé et comme ça, ça limiterait de faire des PSA inutilement. ».*

### ***2.3.5.2. Nouvelle organisation de ce dépistage***

Une organisation proche de celles pour les dépistages du cancer colorectal ou du cancer du sein est souvent souhaitée :

*Dc4 : « Pour le dépistage du cancer colorectal ou les mammographies, c'est génial. ».*

*Dc1 : « [...] des campagnes d'informations des patients comme pour le dépistage de masse. ».*

*Dc1 : « [...] un courrier en leur expliquant les modalités du dépistage et en les invitant à consulter leur médecin à ce sujet-là. ».*

#### **2.3.5.3. Des rappels**

Une alerte intégrée au logiciel pour rappeler aux médecins de parler du cancer de la prostate pour les patients de sexe masculin et âgés de plus de 50 ans :

*Dc1 : « Ou organiser dans le dossier médical au même titre que les antécédents, vérification de la mise à jour des vaccins, ajouter l'état des lieux des dépistages. ».*

#### **2.3.5.4. Avancées scientifiques**

Pour un certain nombre de généralistes, le renouveau de ce dépistage passera par des avancées scientifiques avec des nouveaux outils et une thérapeutique causant moins d'effets secondaires :

*Dc5 : « [...] des outils plus pertinents que le PSA et le TR. ».*

*Dc2 : « L'idéal serait d'avoir des techniques plus fiables que le PSA. ».*

*Dc3 : « On trouvera peut-être un jour un marqueur du cancer de la prostate. ».*

#### **2.3.5.5. Redonner aux médecins généralistes un rôle central pour ce dépistage.**

*Dc8 : « Mais ça, c'est le rôle du médecin généraliste de dire « j'arrête ». Je pense qu'il n'y a plus d'intérêt à continuer. Il faut aussi prévenir les patients des effets secondaires de l'hormonothérapie ou de la chirurgie, des troubles sexuels. Il y a aussi des techniques nouvelles au niveau de la chirurgie... C'est à nous de les éclairer ».*

#### **2.3.5.6. Mieux considérer ce dépistage**

*Dc3 : « [...] moi, qui suis un homme, je me sens concerné, on a un peu l'impression que le dépistage du cancer de la prostate, on le laisse tomber. ».*

### ***2.3.5.7. Tester d'autres protocoles***

Une évaluation d'autres protocoles de dépistage est souhaitée :

*Dc3 : « Cette idée de faire un dépistage systématique par PSA à 50 ans, on peut peut-être la moduler et faire un PSA chez des gens de 40 à 45 ans où on est sûr qu'il n'y a pas d'interférence avec un adénome, comme ça on a un PSA de base et on fait un PSA tous les 3 à 5 ans en fonction des facteurs de risque pour voir la cinétique de PSA. ».*

## 2.4. DISCUSSION

### 2.4.1. Les limites de l'enquête

#### 2.4.1.1. *Le nombre d'interviewés était suffisant*

Si les entretiens ont été peu nombreux, la saturation des données a été atteinte ; les deux derniers entretiens n'apportant pas de nouvelle information.

#### 2.4.1.2. *Diversité des interviewés*

Les médecins interviewés dans cette enquête ne sont pas représentatifs de la population générale des médecins généralistes mais la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée pour les études qualitatives. Il s'agissait d'interroger des profils les plus variés possibles, pour recueillir des avis différents.

#### 2.4.1.3. *La méthode utilisée*

L'étude qualitative était la plus à même pour mettre en évidence les différents obstacles au toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate, par contre elle ne permet pas de juger de l'importance relative de chacun des obstacles révélés et donc ne permet pas non plus de les hiérarchiser. Une étude quantitative pourra alors tenter de réaliser cet objectif.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont pu entraîner l'omission de certains obstacles difficiles à évoquer face à un inconnu. L'enregistrement des propos, même avec consentement explicite, peut également limiter la confiance. Après la fin de l'entretien, l'enregistrement interrompu, il est arrivé que des médecins relançaient l'échange avec l'investigateur pour, par exemple, s'enquérir de l'avis de l'enquêteur sur le sujet ou de ce qu'il ressortait des entretiens précédemment réalisés avec d'autres confrères. D'autres idées sont alors ressorties. Mais seuls les enregistrements ont été analysés.

De plus l'échange ne se fait que dans un sens, seul l'interviewé donne son avis, explique et justifie ses pratiques. L'investigateur se doit d'apparaître comme le plus neutre possible, ce qui implique de ne pas influencer les réponses, donner son avis ou même exprimer son accord

ou son désaccord avec un propos. Cette asymétrie dans l'échange peut donner l'impression à l'interviewé d'être dans la position de celui qui est jugé ou évalué par l'investigateur. En revanche, le fait que tous les médecins contactés pour réaliser l'étude ont accepté l'entretien, relativise l'idée d'une éventuelle méfiance des interviewés.

#### ***2.4.1.4. L'intervieweur***

L'enquêteur n'est pas habitué à diriger un entretien semi-dirigé, ce qui nécessite de l'expérience et un savoir-faire. Des questions fermées ont quelquefois été utilisées, notamment pour faire préciser des propos.

Le fait que l'intervieweur soit l'enquêteur mais également qu'il soit, au même titre que les interviewés, médecin a pu également être un biais.

#### ***2.4.1.5. Grille d'entretien/questions***

Les questions, même posées de la manière la plus neutre possible, peuvent influencer les interviewés dans leurs réponses. Par exemple, les entretiens débutaient par le recueil des avis des médecins généralistes sur le dépistage du cancer de la prostate, sa pertinence, sa faisabilité et sur leurs habitudes dans la manière dont ils ont de le proposer et de le réaliser aux patients dans leur pratique. Or, si presque tous les médecins ont spontanément parlé du dosage du PSA, de leur façon de le prescrire et ce qu'ils en pensaient, presque aucun d'entre eux n'a évoqué spontanément le toucher rectal. Ce n'est seulement que lors d'une question suivante où il est demandé : « Quels outils utilisez-vous pour réaliser le dépistage du cancer de la prostate ? Et que pensez-vous de chacun d'entre eux ? » que le toucher rectal est décrit. La question étant posée au pluriel, elle suggère qu'il n'y a pas seulement le dosage du PSA qui entre dans le cadre du dépistage. De quoi est révélateur le fait que ces médecins n'évoquent que le PSA spontanément ? Il n'est pas évident de le faire préciser même avec des questions de relance binaires.

#### ***2.4.1.6. Le point de vue des médecins***

Nous avons choisi de recueillir l'avis des généralistes pour juger des obstacles au dépistage du cancer de la prostate et à la réalisation du toucher rectal dans cette indication. Évidemment, le point de vue des urologues et des patients concernés mériterait d'être également recueilli.

#### ***2.4.1.7. Quelques brèves interruptions sont à noter***

Il est arrivé que des médecins aient répondu au téléphone pendant l'entretien. Les idées qui allaient être énoncées ont pu alors se perdre.

### **2.4.2. Avis et connaissances sur le dépistage**

#### ***2.4.2.1. Connaissances du cancer de la prostate***

Les médecins avaient bien la notion de la fréquence élevée de ce cancer, de son évolution lente dans la majorité des cas. Ils ajoutaient presque tous que les cas de cancer de la prostate d'évolution plus rapide et/ou plus précoce n'étaient pas rares pour autant, voire déclaraient avoir vu, dans leur patientèle, des cas découverts lors d'un stade d'emblée évolué. Beaucoup savaient qu'aucun examen ne permettait de faire la différence entre un cancer qui évoluerait probablement lentement d'un autre qui risquerait d'être plus agressif.

L'importance de la notion d'antécédent familial de cancer de la prostate était connue et souvent recherchée selon les déclarations des médecins. La notion d'antécédent familial de cancer du sein et de l'origine afro-caribéenne qui sont à prendre en compte n'ont pas été évoquées.

#### ***2.4.2.2. Connaissances du dépistage du cancer de la prostate***

En revanche, les caractéristiques du dépistage étaient moins bien connues des médecins interrogés. Beaucoup en avaient conscience et avouaient ne pas être sûrs de leur pratique de ce dépistage voire se déclaraient perdus.

L'âge à partir duquel le dépistage est à proposer, quand il était évoqué, était bien celui de 50 ans. Un seul médecin précisait que le dépistage n'était plus à proposer à partir de 70 ou 75 ans et proposait même de dérembourser le PSA à partir de cette tranche d'âge.

Les deux outils recommandés pour le dépistage, le toucher rectal et le PSA, sont toujours cités par les médecins. En ce qui concerne la fréquence de réalisation du PSA, on note une grande variabilité dans les habitudes des interviewés : certains le dosaient tous les ans, d'autres tous les 2 ou 3 ans, d'autres encore se fient non pas à un seuil de PSA mais à la cinétique.



« L'intervalle optimal » entre deux procédures n'est pas encore établi mais il n'y a « pas de nécessité de répéter la procédure annuellement » selon les recommandations du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie.

Par contre, beaucoup d'entre eux prescrivait régulièrement l'échographie, à la place ou en complément du toucher rectal, en cas d'un taux élevé du PSA et/ou en présence de symptômes urinaires pas seulement pour évaluer le volume prostatique d'une éventuelle hypertrophie bénigne de la prostate mais pour se rassurer sur l'absence d'une origine néoplasique aux signes fonctionnels urinaires. Or, l'échographie prostatique n'a pas sa place pour le dépistage du cancer de la prostate en raison d'une faible sensibilité et spécificité (30). Elle est réalisée uniquement pour guider les biopsies prostatiques.

#### ***2.4.2.3. Divergence des recommandations et absence de certitude de l'intérêt du dépistage***

Les dix médecins interrogés ont tous décrit les recommandations contradictoires de la Haute Autorité de Santé et de l'Association Française d'Urologie et ont considéré que ce désaccord les mettait dans une position inconfortable. Deux médecins ont ajouté que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie les avait invités à revoir à la baisse leurs prescriptions de dosage de PSA, soit par courrier soit par l'intervention d'un délégué au cabinet.

L'absence de certitude sur le bénéfice du dépistage, les risques de sur-diagnostic et de sur-traitement ne les encourageaient pas à le réaliser.

D'un autre côté, beaucoup de médecins, les plus âgés notamment, s'étaient habitués à proposer le dépistage avant le renouvellement du désaccord entre la HAS et l'AFU suite à la parution des études PLCO et ERSPC ; d'où une habitude présente chez un certain nombre de leurs patients, qui étaient demandeurs pour renouveler le dépistage tous les ans, raison pour laquelle ces médecins ne souhaitaient pas abandonner ce dépistage mais plutôt le moduler et le réaliser moins fréquemment. L'impression d'une augmentation du nombre de cancers de la prostate à un stade avancé dans leur patientèle et la peur de se voir reprocher la non-réalisation de ce dépistage par un patient chez qui l'on découvre ce cancer, les poussaient également à ne pas arrêter complètement de le proposer.

Les médecins les plus jeunes, qui se sont installés après la publication des deux études en question, déclarent réaliser le dépistage du cancer de la prostate uniquement aux patients qui sont demandeurs. Ils ne sensibilisent pas leur patientèle concernée à cette question, ne le proposent pas systématiquement et n'utilisent, comme outil de dépistage, que le dosage du

PSA. Ils ajoutent qu'en cas de confirmation claire du bénéfice du dépistage, notamment en termes d'amélioration de l'espérance de vie, ils le réaliseraient selon les bonnes pratiques et n'éviteraient pas le toucher rectal.

Si cette enquête suggère une conception et une pratique différentes du dépistage en fonction de l'âge des médecins généralistes, elle ne permet en aucun cas de l'affirmer, le nombre de médecins interrogés étant trop faible ; les médecins interrogés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des généralistes de France et de Lorraine ; de plus, il ne s'agit pas d'une étude quantitative. La différence observée peut également s'expliquer en partie par une plus grande facilité pour les médecins les plus âgés à réaliser le toucher rectal : une étude quantitative (28) retrouve une différence significative dans la fréquence de réalisation du toucher rectal toutes indications confondues, entre les médecins installés depuis longtemps et ceux qui le sont depuis peu, qui va effectivement dans ce sens.

On peut déduire de l'analyse de nos entretiens et de la comparaison de ces résultats avec les études réalisées avant 2009, que le désaccord entre la HAS et l'Association Française d'Urologie renouvelé après la publication des deux études, ERSPC et PLCO, semble donc avoir eu un impact sur la pratique des généralistes. Ceux qui sont installés depuis peu ne sensibilisaient pas leur patientèle à ce dépistage et le réaliseraient uniquement à la demande des patients, donc rarement. Ceux qui sont installés depuis plus longtemps, disent le réaliser différemment depuis la controverse, avec plus de parcimonie et moins fréquemment. Cela laisse penser que les dernières études évaluant la pratique de ce dépistage par les généralistes, qui datent d'avant la publication des deux études ERSPC et PLCO, ne sont plus représentatives des pratiques actuellement, que ce soit en termes de fréquence de réalisation du dépistage, des outils utilisés et des modalités d'utilisation de ces derniers.

Les médecins interrogés connaissent bien les différentes caractéristiques du cancer de la prostate. En revanche, ils font part de leurs incertitudes en ce qui concerne le dépistage et ses modalités. La lecture de la littérature médicale et des recommandations ne leur permet pas de répondre à leurs interrogations.

## **2.4.3. Hétérogénéité des pratiques du dépistage du cancer de la prostate**

### ***2.4.3.1. Hétérogénéité dans les indications du dépistage***

Entre ceux qui proposent le dépistage systématiquement aux patients concernés et ceux qui ne le proposent jamais, il existe de multiples variantes : dépistage réalisé uniquement à la demande des patients, seulement en cas de symptômes urinaires, seulement en présence d'antécédents familiaux de cancer de la prostate...

### ***2.4.3.2. Hétérogénéité dans les outils utilisés***

Certains se limitaient au dosage du PSA, d'autres incluait l'échographie prostatique en plus ou à la place du toucher rectal.

Un dépistage est considéré comme positif si le toucher rectal est suspect et/ou si le PSA est au-dessus du seuil (éventuellement pondéré par le volume échographique de la prostate) et entraîne donc la réalisation de biopsies prostatiques. Or, les médecins considéraient souvent un dépistage comme étant positif avec d'autres critères. La cinétique du PSA ou encore un PSA de référence à l'âge de quarante ans étaient régulièrement utilisés. Ces deux pratiques ne sont pas recommandées actuellement par le Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie dans ses « Recommandations en onco-urologie de 2016-2018 » (17) en l'absence de validation.

Le toucher rectal n'était parfois jamais réalisé, dans d'autres cas uniquement dans un second temps, en cas de taux élevé du PSA. L'échographie est également fréquemment réalisée dans un second temps en cas d'anomalie du PSA ou du toucher rectal en lieu et place des biopsies prostatiques.

On retrouve cette hétérogénéité des pratiques du dépistage du cancer de la prostate et le non-respect des modalités du dépistage recommandées par l'Association Française d'Urologie dans d'autres études (31).

On attend d'un dépistage qu'il soit standardisé et bien codifié, les modifications du protocole pour s'adapter à un patient donné devant se faire à la marge. Or, ce n'est pas le cas dans le dépistage du cancer de la prostate par les généralistes interrogés. Cette hétérogénéité des pratiques se comprend en partie par les explications données par les médecins interrogés :

ils disent le réaliser à leur façon, en composant avec les différentes recommandations et parmi les outils qui leur sont disponibles.

Cette étude a relevé presque autant de pratiques de dépistage qu'il y avait de praticiens interrogés. Cette hétérogénéité s'explique en partie par le fait que les généralistes disent composer parmi les recommandations et les outils existant.

## **2.4.4. Difficultés à proposer le dépistage**

### ***2.4.4.1. Déficit d'information des patients***

Les médecins interrogés ont jugé que beaucoup de leurs patients ne connaissent pas l'existence de ce dépistage et encore moins le rapport bénéfice-risque à le réaliser. Les campagnes pour ce dépistage se font plus rares depuis les controverses et les patients ne reçoivent pas de courrier pour les informer et les inciter à en parler à leur médecin traitant. En dehors des patients qui sont déjà habitués à réaliser annuellement ce dépistage, les patients demandent rarement spontanément à leur médecin s'ils sont concernés par ce dernier. Lors du premier dosage de PSA, dans moins de 20% des cas, le dosage est réalisé suite à l'initiative du patient (32). De plus, quand le dosage du PSA est réalisé, 30,5% des patients ne savent pas pourquoi cet examen a été demandé ; 53% des patients seulement savent que le toucher rectal est un outil du dépistage (32).

### ***2.4.4.2. Oubli et manque de temps***

C'est souvent en fin d'une consultation pour un autre motif, ou lorsqu'une biologie de contrôle est à réaliser, que le sujet est seulement abordé. On comprend alors pourquoi des médecins nous ont rapporté oublier fréquemment de sensibiliser leurs patients à cette question. Le temps d'expliquer aux patients ses tenants et aboutissants, de les convaincre, de les faire se déshabiller et se réinstaller pour réaliser le toucher rectal prend du temps, ce dont les médecins nous disent manquer. Ce dépistage mérite une consultation dédiée, qui a rarement été évoquée pendant les entretiens. À noter qu'en reportant le sujet pour une consultation ultérieure, on risque également d'oublier d'en parler définitivement.

Le sujet du dépistage du cancer de la prostate est souvent discuté suite à l'initiative du généraliste, les patients étant peu sensibilisés, à la fin d'une consultation pour un autre motif.

Le manque de temps et les oublis sont fréquemment rapportés.

## **2.4.5. Difficultés à réaliser le toucher rectal**

### *2.4.5.1. Limites du geste*

Les médecins ont presque tous rapporté que le toucher rectal ne permettait pas de dépister tous les cancers de la prostate. Ils n'étaient pas rares alors ceux qui préféraient utiliser d'autres outils. Certains se limitaient au dosage du PSA, le jugeant plus fiable et plus pratique étant donné qu'il y a un seuil. Or, ces deux examens sont complémentaires. Il existe des cas où les cellules cancéreuses sont tellement indifférenciées qu'elles ne sécrètent plus de PSA, seul le toucher peut alors dépister ces cas de cancers qui sont souvent évolués.

Les interviewés ont de plus largement exprimé leurs incertitudes quant à l'interprétation de leurs touchers rectaux, notamment en raison d'un défaut de formation initiale, la palpation d'une vraie prostate étant moins évidente que celles en plastique. Mais plus le geste était réalisé, plus les médecins se fiaient à leur toucher. Parmi les médecins interrogés, ce sont les plus jeunes qui semblaient douter le plus de leur toucher. Notre étude étant qualitative, elle ne permet pas d'affirmer un lien entre l'âge et la fréquence de réalisation du toucher rectal. Une thèse à partir d'une étude quantitative montrait que la fréquence de la réalisation du toucher rectal avait tendance à aller en augmentant au cours de la carrière d'un médecin généraliste (28).

Ces difficultés expliquent en partie pourquoi les médecins interrogés réalisaient si fréquemment l'échographie prostatique soit à la place du toucher rectal soit en supplément. Cet examen leur semblait plus fiable que le toucher rectal et pouvait permettre de s'abstenir d'en passer par un geste gênant pour eux. D'autres études montraient l'utilisation fréquente de l'échographie dans cette indication (26).

Un certain nombre des médecins n'utilisaient que le dosage du PSA puis adressaient le patient, en cas de taux au-dessus du seuil, à l'urologue pour que celui-ci réalise le toucher rectal. Celui-ci était jugé plus compétent pour le réaliser.

Nombre de généralistes préfèrent laisser l'urologue réaliser le toucher rectal ou remplacer celui-ci par une échographie en raison du manque de fiabilité attribué à ce geste.

#### ***2.4.5.2. Obstacles liés à la relation médecin-patient***

La pudeur existe pour le patient car cette pathologie et le toucher rectal touchent à l'intime. Le fait que les patients concernés par ce cancer soient des hommes a peut-être son importance. Car contrairement aux femmes, qui sont très tôt accompagnées médicalement lors de différentes étapes de leur vie (contraception, suivi de grossesse, accouchement, dépistage du cancer du col de l'utérus dès l'âge de vingt-cinq ans...) et peuvent donc « s'habituer » à des gestes intimes, les hommes ne sont souvent que tardivement face à des situations similaires (hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, dysfonction érectile...). La proposition du dépistage de la prostate à partir de cinquante ans peut donc être vécue d'autant plus difficilement, les renvoyant à leur vieillissement.

Un certain nombre de médecins craignaient donc une dégradation de la relation médecin-patient lors de la proposition et/ou de la réalisation du toucher rectal. Or, s'il existe des réactions et des sensibilités diverses de la part des patients avec parfois des refus catégoriques, des études montrent que l'appréhension est réelle, mais le geste est plutôt bien accepté et toléré. Une étude (33), explorant l'avis des patients sur le toucher rectal dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate avant puis après sa réalisation, montre qu'un peu plus de la moitié des patients n'avaient pas d'appréhension avant la réalisation du toucher rectal et que quasiment tous (91,4%) avaient finalement une bonne impression du toucher rectal après la réalisation de celui-ci. À la question de savoir si ces patients étaient d'accord pour réaliser de nouveau ce toucher rectal annuellement pour le dépistage du cancer de la prostate, 98,1% ont répondu favorablement. D'autres études (34) retrouvaient des chiffres dans les mêmes proportions et montraient que 95% des patients étaient prêts à encourager leurs amis concernés pour qu'ils acceptent le toucher rectal dans cette indication. Quand on examine les causes de refus du toucher dans le dépistage du cancer de la prostate (35), on observe que la pudeur n'explique pas tout, en tout cas pas la majorité des refus : une désinformation sur ce dépistage, le fait de ne pas avoir de symptômes urinaires ou le fait que le toucher rectal est proposé pour la première fois sont significativement associés à un plus grand nombre de refus. On peut alors espérer qu'une explication sur le dépistage au préalable,

une réassurance des patients, en s'appuyant notamment sur les études sus-citées, peuvent faire diminuer le nombre de refus de touchers rectaux.

Au vu de ces études, la pudeur et l'appréhension des patients semblaient surestimées par certains médecins interrogés dans notre étude, certains d'entre eux ne proposaient pas le toucher rectal par anticipation du refus de celui-ci.

La pudeur existe également du côté des médecins. Le fait d'être une femme médecin a été considéré par les médecins interrogés, hommes et femmes, comme un facteur augmentant encore la pudeur pour le patient comme pour le médecin.

L'effet de cette pudeur est à relativiser. Les études (28) sur la réalisation du toucher rectal en médecine générale, toutes indications confondues, montrent qu'aucun généraliste ne réalise jamais de toucher rectal. La pudeur ne peut donc pas expliquer à elle seule les difficultés que rencontrent les généralistes dans le dépistage du cancer de la prostate.

#### **2.4.6. Souhaits pour l'avenir**

Les souhaits exprimés par les médecins interrogés découlent assez logiquement des difficultés qu'ils ont pu exprimer et des critiques qu'ils ont adressées à ce dépistage.

Encore une fois, la demande principale exprimée par les généralistes interrogés était la publication d'une nouvelle recommandation, avec accord ou compromis notamment entre la HAS et l'AFU, sur la conduite à tenir en ce qui concerne le dépistage du cancer de la prostate.

Les généralistes espèrent que les avancées scientifiques à venir en matière de test de dépistage et de traitements du cancer de la prostate amèneront à un futur consensus.

Si une nouvelle recommandation en faveur de la réalisation du dépistage émerge, les médecins comptent sur une organisation de celui-ci proche de celle des dépistages de masse : convocation systématique des patients par courrier, campagnes d'informations...

Les entretiens ont révélé que les généralistes se sentent bien concernés par le dépistage du cancer de la prostate et qu'ils considèrent qu'il est de leur rôle de le réaliser. Mais un dépistage opportuniste leur semble mal adapté à leur pratique quotidienne. Le sujet n'est abordé que très rarement par les patients, c'est donc aux généralistes d'initier leurs patients à la

question de ce dépistage. Effectivement, dans plus de 70% des cas, c'est suite à l'initiative du médecin que le dépistage est réalisé, le médecin étant généraliste dans plus de 90% des cas (35). En pratique, les patients venant en consultation pour un tout autre motif, le sujet ne peut être abordé qu'en fin de consultation ou en programmant une consultation qui y serait spécifiquement dédiée. Ces deux options ont leurs limites.

Si l'on aborde ce sujet en fin de consultation, la contrainte de temps pèsera fortement : on a vu que les informations à apporter sont nombreuses, il faut s'assurer que le patient ait bien compris les informations, prendre le temps de répondre aux questions, laisser au patient le temps de prendre sa décision, puis le cas échéant, de réaliser le toucher rectal.

Si l'on décide de reporter la question du dépistage du cancer de la prostate à une consultation ultérieure, le risque est d'oublier, de différer indéfiniment la question du dépistage ou de l'aborder trop tard.

Les médecins interrogés, même ceux ne pratiquant pas ce dépistage, ont précisé qu'ils se sentaient concernés par le cancer de la prostate et son dépistage d'une manière générale. La grande hétérogénéité observée dans la pratique de ce dépistage est en partie due à l'organisation de type individuel/opportuniste qui semble mal adaptée à la médecine générale en pratique.

Les généralistes espèrent que les nouvelles études et les prochaines avancées scientifiques permettront d'établir de nouvelles recommandations faisant l'unanimité entre les différents partis de la controverse actuelle.



# **CONCLUSION**

Cette thèse a étudié, par une enquête qualitative, les avis et les pratiques de généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate dans une situation de controverse étant donné le rapport difficile à estimer entre les bénéfices en termes de qualité de vie, d'espérance de vie et les risques de sur-diagnostic et de sur-traitement. Les résultats des études réalisées sur ce sujet sont discutables et contradictoires, les différentes autorités et sociétés ont donné des avis divergents sur certains points. **Le point d'accord trouvé entre ces dernières est la nécessité de bien informer les patients concernés des tenants et aboutissants du dépistage. Ce point souligne l'importance du rôle du médecin traitant.**

Devant ces résultats divergents et l'absence de consensus sur le bien-fondé de ce dépistage, les médecins interrogés se sentent en difficulté pour réaliser à bien cette mission. En premier lieu en raison de l'absence de certitude en ce qui concerne le bien-fondé de ce dépistage, ses indications et l'utilisation des bons outils pour le réaliser.

Si les médecins interrogés ont tous relevé l'obstacle engendré par la pudeur lors du toucher rectal, ils ont apporté une importance variable à celui-ci : pour quelques-uns, la proximité entre le généraliste et son patient rendait la réalisation de celui-ci difficile, pour les autres, le contournement de cet obstacle est aisé.

**On aurait donc tort de penser que ces difficultés se résument à la pudeur entre le patient et son médecin.** Les raisons sont en fait nombreuses : le manque de fiabilité et d'utilité attribué à ce geste, le manque d'expérience et de formation, le fait d'être une femme médecin, le manque de temps...

De plus, les difficultés à proposer ce dépistage ne se réduisent pas à celles du toucher rectal. Les médecins ont fait part de leurs incertitudes concernant les bonnes pratiques, les indications, les outils adéquats et la légitimité de ce dépistage.

À noter que les obstacles retrouvés sont en partie similaires à un autre dépistage, celui du cancer du col utérin (36). Ces deux dépistages sont comparables sur plusieurs points, notamment sur la pudeur et le caractère opportuniste du dépistage. Ce qui pose la question de la faisabilité et de l'efficacité des dépistages individuels en médecine générale. L'organisation des dépistages organisés a été plébiscitée par les généralistes interrogés.

**Les entretiens montrent que c'est bien souvent l'accumulation de ces obstacles qui empêche la réalisation du dépistage.** Pris isolément, les obstacles présentés par ces médecins ne leur semblent pas infranchissables, ils évoquent fréquemment des moyens pour les contourner.

**Ces différents obstacles expliquent la grande hétérogénéité des pratiques et des indications de ce dépistage décrites par les généralistes interrogés.**

Au terme de cette étude, il semble utile d'informer les généralistes sur ce dépistage et de leur rappeler ce qu'il faut faire ou non : les situations où le dépistage est déconseillé, les outils adéquats, l'importance de l'information des patients sur les tenants et aboutissants de ce dépistage.

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative auprès des généralistes pour évaluer l'importance de ces différents obstacles, mais également d'étudier les avis et connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, Peyre-Lanquar G, Gabach P, Descotes JL, et al. Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(39-40):700-6.
2. Vorilhon P et al. Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale. *exercer.* 2012;104 :196-202.
3. Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville E, Delamare L, Péquignot H. Dictionnaire illustré des termes de médecine Garnier-Delamare. 31e édition. Paris: Maloine; 2012. 1088 p.
4. Wilson JMG, Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies ; J.M.G. Wilson, G. Jungner. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1970.
5. Institut National du Cancer. Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage de cancer de la prostate par dosage du PSA , états des lieux et des connaissances. Paris : INCa ; 2015.
6. Institut national de veille sanitaire. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: InVS; 2011.
7. Grosclaude P, Belot A, Daubisse Marliac L, Remontet L, Leone N, Bossard N, et al. Prostate cancer incidence and mortality trends in France from 1980 to 2011. *Prog Urol* 2015;25:536-4.
8. Institut national de Veille Sanitaire. Projection d'incidence et de mortalité en 2015 - HCL/Francim/Invs/INCa. 2015.
9. Institut National du Cancer. La situation des cancers en France en 2010. Paris: INCa; 2010.
10. Institut National du Cancer. La situation des cancers en France en 2011. Paris: INCa; 2011.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Paris : Anaes ; 2004.
12. National Cancer Institute. Prostate Cancer Prevention (PDQ®)–Health Professional Version. Benefits From Finasteride and Dutasteride Chemoprevention. 2017. [En ligne] <https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-prevention-pdq>. Consulté le 17 novembre 2017.
13. Klein EA, Thompson IM Jr, Tangen CM, et al. Vitamin E and the risk of prostate cancer: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA* 306 (14): 1549-56, 2011.
14. Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HCW. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. *Fam Pract* 1999;16(6):621-6.

15. The Prostate Cancer Prevention Trial: design, biases and interpretation of study results. P. J. Goodman, I. M. Thompson, Jr., C. M. Tangen, J. J. Crowley, L. G. Ford and C. A. Coltman, Jr., *J Urol*, 175: 2234-2242, 2006.
16. Okotie OT et al. Characteristics of Prostate Cancer Detected by Digital Rectal Examination Only. *Urology*. 2007 ; 70 : 1117–1120.
17. Association Française d’Urologie. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate. *Progrès en Urologie*. 2016 ; (27), Suppl. 1 : S95-S144.
18. National Cancer Institute. Genetics of Prostate Cancer (PDQ®) . Health professional version. Bethesda (MD): NCI; 2011.
19. Institut National du Cancer. Les cancers en France, édition janvier 2014, Collection Les Données. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2014.
20. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V , et al. Screening and prostate- cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320-8.
21. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RLI, Buys SS, Chia D, Church TR , et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1310-9.
22. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO. Rapport d’orientation. Paris : HAS ; 2010.
23. Hugosson J, Carlsson S, Aus G and al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol*. 2010;11(8):725-32.
24. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1).
25. Richard M. Martin, Jenny L. Donovan, Emma L. Turner, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality. The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;319(9):883-895.
26. Bardon Y. La prostate : Identification des attentes du médecin généraliste. Une enquête qualitative. *AFU. Progrès en urologie*. 2007 ; 17 : 199-202.
27. Vincendeau S et al. PSA le difficile positionnement du médecin généraliste entre patients et urologues. *Progrès en Urologie*. 2003 ; (13), 252-255.
28. Jacob N. Étude sur les facteurs influençant la non réalisation du toucher rectal en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2011, 61p. [En ligne]. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/3ae4a9a3-6a7f-4a79-ac07-44e4711ba6b0>. Consultée le 12/08/2017.
29. Murthy GD, Byron DP, Pasquale D. Underutilization of rectal examination when screening for Prostate Cancer. *Arch Intern Med* 2004;164:313-6.

30. Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, Cornud F, Haider MA, Macura KJ, et al. PI-RADS Prostate Imaging – Reporting and Data System: 2015, Version 2. *Eur Urol* 2016;69:16-4.
31. Tuppin P et al. Dépistage et diagnostic du cancer de la prostate et son traitement en France, 2009-2011. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(9-10).
32. Rapport sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2009.
33. Furlan AB et al. Patient's Reactions to Digital Rectal Examination of the Prostate. *International Braz J Urol.* 2008 ; Vol. 34 (5): 572-576.
34. Romero F et al. Patients' perceptions of pain and discomfort during digital rectal exam for prostate cancer screening. *Arch. Esp. Urol.* 2008. 61 ; 7 : 850-854.
35. Romero F et al. Reasons why patients reject digital rectal examination when screening for prostate cancer. *Arch. Esp. Urol.* 2008 ; 61 (6) : 759-765.
36. A Badet-Phan. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins.* 2012;43(4):261-268.

# **ANNEXE**



## TABLEAU THÉMATIQUE

Thème	Sous thème	Définition	
Avis sur le dépistage du cancer de la prostate	Avis positif	Permet de détecter des cancers à un stade précoce	
		Ré-augmentation du nombre de cancers depuis la baisse de prescription de PSA	
		Reproche lors de la découverte d'un cancer chez un patient à qui on n'a pas fait le dépistage auparavant	
	Avis négatif	Absence de consensus entre les différentes autorités	
		Pas d'amélioration prouvée de l'espérance de vie	
		Sur-diagnostic et sur-traitement fréquents	
		Fiabilité insuffisante du PSA, du toucher rectal et des biopsies	
		Mauvaise organisation du dépistage	
	Pratiques du dépistage du cancer de la prostate	Connaissance du dépistage, de ses modalités et des bonnes pratiques	Incertitude des bonnes pratiques
			Confusion entre dépistage et diagnostic
Utilisation de l'échographie pour le dépistage			
Toucher rectal réalisé seulement s'il y a des symptômes ou un PSA élevé			
Utilisation des outils de dépistage de manière très variable			
Des pratiques très différentes d'un praticien à un autre	Propose le dépistage systématiquement		
	Propose le dépistage dans certains cas précis		
	Propose rarement le dépistage		
	Ne propose pas le dépistage, et le réalise uniquement à la demande du patient		
Obstacles au dépistage du cancer de la prostate	Liés aux médecins (avis, connaissance, aptitude, pratique...)	Outils de dépistage jugés peu fiables	
		Oubli de proposer le dépistage	
		Limitation de la prescription du PSA par la caisse	
		Nécessité de convaincre les patients	
Liés aux patients	Le TR entraînant un renoncement au dépistage		
	Manque d'information sur ce cancer et son dépistage		
	Peur du cancer		
	Réticences ou refus de la part des patients		

Obstacles au toucher rectal dans le dépistage du cancer de la prostate	Liés aux patients	Pudeur des patients
		Manque d'hygiène
		Nécessité de convaincre le patient
		Geste désagréable ou douloureux
		Refus fréquents. Anticipation d'une réponse négative
	Liés aux médecins (avis, connaissance, aptitude, pratique...)	Fiabilité du toucher rectal
		Manque de temps
		Pudeur des médecins, proximité
		Difficultés techniques (position, longueur de doigt, ...)
		Manque d'expérience, de formation
		Le fait d'être une femme médecin
		Adresser le patient à l'urologue pour le toucher rectal
		Échographie jugée plus fiable, plus pratique, pour éviter la gêne
Souhait concernant l'avenir du dépistage du cancer de la prostate	Recommandations	Nouvelles recommandations unanimes ou compromis
	Organisation pratique	Campagnes d'informations préalables
		Patients convoqués par courrier
		Rappel sur les logiciels
	Rôle médecin généraliste	
	Mieux considérer ce dépistage	
	Tester d'autres protocoles	
Avancées scientifiques	Outils plus fiables	

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

<b>AFU</b>	Association Française d'Urologie
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>Dc</b>	Docteur
<b>ERSPC</b>	European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (essai)
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HBP</b>	Hypertrophie Bénigne de la Prostate
<b>IC 95%</b>	Intervalle de Confiance à 95%
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>PLCO</b>	Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (essai)
<b>PSA</b>	Prostatic Specific Antigen
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ROC</b>	Receiver Operating Characteristic
<b>RR</b>	Risque Relatif
<b>Se</b>	Sensibilité
<b>Sp</b>	Spécificité
<b>TR</b>	Toucher Rectal
<b>YK</b>	Yannick Kollmann = intervieweur

VU

NANCY, le **27 aout 2018**

Le Président de Thèse

**Professeur Jacques HUBERT**

NANCY, le **03 septembre 2018**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10393

NANCY, le **07 septembre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

## **RESUME DE LA THESE**

L'intérêt et les limites du dépistage du cancer de la prostate sont débattus. Malgré des recommandations contradictoires, le dépistage est largement réalisé à l'aide du dosage du PSA. Toutefois, les généralistes semblent éprouver plus de difficultés à utiliser l'autre outil de ce dépistage : le toucher rectal.

L'étude a pour objectif de relever les différents obstacles au toucher rectal lors de ce dépistage en médecine générale. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès de dix médecins généralistes de Lorraine.

Les médecins reconnaissent être dans l'incertitude en ce qui concerne les bonnes pratiques de ce dépistage. Ils ont des avis et des pratiques très hétérogènes. Les obstacles à la réalisation du toucher rectal ne se résument pas à la pudeur. Le manque de fiabilité et d'utilité attribué à ce geste, le manque d'expérience et de formation pour le toucher, le manque de temps pour le réaliser et le fait d'être une femme médecin font partie des obstacles les plus cités. Mais les difficultés à réaliser ce dépistage ne concernent pas seulement le toucher rectal ; l'organisation du dépistage est jugée inadaptée à la pratique quotidienne : les patients sont peu informés, ne sont pas invités à parler de cette question avec leur médecin et ce sujet est souvent évoqué à la fin d'une consultation pour un autre motif ; l'oubli de proposer ce dépistage est donc fréquent.

Pris isolément, ces obstacles ne semblent pas infranchissables, les généralistes évoquent fréquemment des moyens pour les contourner ; c'est l'accumulation de ces obstacles qui empêche la réalisation du dépistage.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Barriers to digital rectal examination in general practice when screening for prostate cancer.

---

**MOTS CLES :** dépistage du cancer de la prostate, obstacles au toucher rectal, médecine générale.

---

**THESE :** MEDECINE GENERALE – ANNEE 2018

---

**INTITULE ET ADRESSE :**

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---