

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Régis CATHERINE

Le 1er Décembre 2020

**CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA
PROSTATE PAR LE DOSAGE DU PSA**

ÉTUDE SUR 8 CABINETS MEDICAUX DU DEPARTEMENT DU GERS (32)

Directeur de thèse : Dr Éric CHARPIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur MCU Michel BISMUTH

Monsieur le Docteur Éric CHARPIN

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GURAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrick
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Doyen Honoraire	M. VNEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUJUS Louis	Professeur Honoraire	M. OUVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSIER Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SIAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUELLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURIE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Frank	Professeur Honoraire	M. REIGS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BRCS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. RIME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHLZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIMERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHOCOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROGUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDOLIEU Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. WAYSSEP Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWETZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Patrick	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELSOL Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUOOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DURPE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FAISE Michel		
Professeur Honoraire	M. FAISE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREDINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISLAI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GURAUD CHAUMEL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Frank		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrick
		Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
		Professeur Honoraire	M. OUVES Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	M. PESSIER Jean-Jacques
		Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
		Professeur Honoraire	M. PONTONNER Georges
		Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
		Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
		Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
		Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
		Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
		Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
		Professeur Honoraire	M. QUELLEU Denis
		Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
		Professeur Honoraire	M. REIGS Henri
		Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
		Professeur Honoraire	M. RIME Jean-Michel
		Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIMERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
		Professeur Honoraire	M. ROCHOCOLI Pierre
		Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
		Professeur Honoraire	M. ROGUE-LATRILLE Christian
		Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
		Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
		Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
		Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
		Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
		Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
		Professeur Honoraire	M. VALDOLIEU Pierre
		Professeur Honoraire	M. WAYSSEP Philippe
		Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
		Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emerites

Professeur	ADER Jean-Louis
Professeur	ALBEREDE Jean-Louis
Professeur	ARBUS Louis
Professeur	ARLET Philippe
Professeur	ARLET-SIAU Elisabeth
Professeur	BOCCALON Henri
Professeur	BOUTAULT Frank
Professeur	BONEU Bernard
Professeur	CARATERO Claude
Professeur	CHAMONTIN Bernard
Professeur	CHAP Hugues
Professeur	CONTE Jean
Professeur	COSTAGLIOLA Michel
Professeur	DABERNAT Henri
Professeur	FRAYSSE Bernard
Professeur	DELSOL Marie-Bernadette
Professeur	GURAUD-CHAUMEL Bernard
Professeur	JOFFRE Francis
Professeur	LAGARRIGUE Jacques
Professeur	LARENG Louis
Professeur	LAURENT Guy
Professeur	LAZORTHES Yves
Professeur	MAGNAVAL Jean-François
Professeur	MANELFE Claude
Professeur	MASSIP Patrick
Professeur	MAZIERES Bernard
Professeur	MOSCOVICI Jacques
Professeur	MURAT
Professeur	ROGUE-LATRILLE Christian
Professeur	SALVAYRE Robert
Professeur	SARRAMON Jean-Pierre
Professeur	SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLEO Frank	Chirurgie Infantile
M. AURC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ABSUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BLUAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alexandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAUD Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOSEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANOK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C. E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHEZ Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Soc. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Roxane	Cancérologie
Mme HANAREH Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Maitte	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Généralité
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SALLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eric (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOUJE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLASBRUNO (C.E)	Généralité

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. AUSSIBL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHARUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BELFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LECAIGNEC Cédric	Généralité
M. LEANDRI Roger	Biologie du vivant et de la reproduction
M. MARCHEX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RENA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stah	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Généralité et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGÈZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBART Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ASSO Clémier	Chirurgie Infantile
M. APOL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOU Sarah	Hématologie, transfusion
M. BETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSANO Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Elodie	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOS Damien	Bactériologie - Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Amélie	Biochimie et biologie moléculaire
M. HANDI Saboune	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. RVRT Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KRZYN Sylwain	Chirurgie générale
Mme LAFEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMMES Sébastien	Bactériologie-Virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERRIC Aurélien	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie - Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNEKarine	Bactériologie - Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cardiologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHOCULLAA Bruno
Mme PUECH Martine

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CARTER O Anne-Yvélise	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE JM	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DESBOIS Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yveline	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATHEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cecile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERSEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BSMUTH Mohd

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odie
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A mes parents et ma famille :

Je tiens à remercier mes parents, Dominique et André, qui m'ont accompagné depuis ma naissance et qui m'ont toujours soutenu durant ces années difficiles et cela même à distance. Merci pour votre patience et votre confiance. J'espère vous rendre fier.

Une pensée toute particulière pour mon grand-père George VATON, un des premiers médecins Martiniquais qui a su me transmettre sa passion. De là ou tu es, j'espère que tu es fier de ton petit fils.

Je remercie également mes frères, Antony, Youri et Steeve. Vous avez su être à mes côtés dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci Anto pour ton soutien à Poitiers et à Tarbes. Nous savons tous les deux que ces périodes ont été difficiles et tu as toujours été présent. Merci mon Youyou pour ces merveilleuses années à Toulouse. Notre déménagement, notre collocation, nos sorties, nos aventures, notre vie toulousaine et nos discussions resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci Titi pour ta bienveillance durant mes premières années en France. Tu as su me montrer la voie du futur grand frère que j'allai devenir plus tard.

Vous représentez tout pour moi. Vous êtes ma vie.

A mes amis :

Je pense d'abord à mes amis de Poitiers : Nayou, Moumouch, Coco, Titou, Sophia, Sandy et toute la bande que nous avons formé durant cette période. Ces premières années d'études en hexagone ont grandement été facilité par vous.

A mon frère de cœur Jeremy et à toute sa petite famille. Merci pour ton soutien et ta motivation durant ces longues années.

A ma Julie, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et merci pour ta loyauté perpétuelle.

Une pensée pour mes amis de la Martinique : Yannick, Gary, Jessy, Jill, Rudy, Leny, Tom, Antoine, Ericka, Nikita et j'en passe. Pensée particulière pour Coralie et Wendy, mes sœurs de cœur qui m'ont toujours accompagné et cru en moi. Je vous aime.

Une pensée également pour mes amis de La Réunion : Adèle, Michel, Vero, Sebastien, Doro, Alex, Damien, Chloé, Anne Sarah, Nènène, C-J, Nathanaëlle.

A mes collègues et rencontres :

Je remercie tous les maîtres de stages et collègues que j'ai pu croiser sur mon chemin durant mon internat.

D'abord, les différents urgentistes avec qui j'ai pu travailler lors de mon premier stage aux urgences à Tarbes. Ce stage fut difficile mais tellement formateur grâce à vous. Une pensée pour Pierre, Yacine, Charlotte, Nicolas rencontrés durant ce stage. Une profonde pensée pour Marie, devenue mon « binôme de choc » durant ce stage puis notre stage en Aveyron.

Je remercie ensuite le Dr KAYA VAUR rencontrée lors de mon stage en gériatrie à Rodez. Merci pour tous ces bons moments passés au sein de votre service. J'en profite pour remercier et saluer toute cette superbe bande d'internes que nous avons formé durant cet été Aveyronnais. Pensées particulières pour Vivi, Marion, Nicolas, Pauline, Lucia et j'en passe. Une pensée également pour le Dr FARRUGIA qui a fait preuve de bienveillance et qui nous a chaperonné moi et Marie durant son dernier semestre d'internat. Merci pour tout !

Je remercie ensuite les médecins gersois qui ont grandement contribué à ma formation.

D'abord les docteurs Elasri et Cancio qui m'ont conforté dans mon choix de la médecine générale lors de mon stage chez le praticien niveau 1 en m'inculquant leur passion et les premières bases. Je remercie également les Dr Mouras, Baudouin, Chevalier Duflot, Melon, Bellanger qui m'ont permis de consolider mes acquis.

Et bien sûr je remercie le Dr CHARPIN Éric qui a été un très bon pédagogue lors de mon stage SASPAS et qui a gracieusement accepté de me suivre dans cette aventure en tant que directeur de thèse.

Je remercie Mme PASSARIEU Marie Neige qui s'est démenée pendant près de 3 semestres afin de pouvoir me loger.

Pensées pour Laura, Claire, Paul, Alice, Karima, Johanna, Clémence, Dominique, Sandra, Patricia, Karine, Corinne rencontrés durant ce long séjour Gersois.

Pensées pour tous les médecins gersois qui m'ont fait confiance durant ma première année de remplacement.

Enfin, une pensée pour le Pr ROLLAND, rencontré lors de mon dernier semestre en Oncogériatrie à Toulouse. Votre disponibilité, votre écoute et votre humilité m'ont profondément marqué.

A ma bien aimée, Coralie :

Que dire... A part « On l'a fait ! ». Tu remplis ma vie et mon cœur depuis plus de 10 ans et tu as toujours été d'un soutien indéfectible durant ces longues années. Même lorsque je n'y croyais plus, tu as su trouver les mots pour me rassurer et me remotiver. Nous voilà à une nouvelle phase de notre vie ou il va falloir se projeter à nouveau afin de pouvoir encore dire « On l'a fait ! ». J'ai hâte.

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION	6
I.1. DEFINITIONS :	6
I.2. ÉPIDEMIOLOGIE :	8
I.3. DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE PAR LE DOSAGE DU PSA :	11
I.4. ÉTAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS :	13
II. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE	19
III. MATERIEL ET METHODES.....	22
III.1. RECUEIL DES DONNEES :	22
III.2. QUESTIONNAIRE :	23
III.3. VALIDITE DU QUESTIONNAIRE :	24
III.4. POPULATION CIBLES :	24
III.5. PRECISIONS ET LIMITES :	24
IV. RESULTATS	25
IV.1. RECUEIL DE DONNEES :	25
IV.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	26
IV.3. CONNAISSANCES SUR LES CARACTERISTIQUES DU CANCER DE LA PROSTATE	27
IV.4. CONNAISSANCES SUR LE DEPISTAGE PAR LE DOSAGE DU PSA.....	27
IV.5. CONNAISSANCES SUR LES SUITES DU DEPISTAGE	28
V. DISCUSSION ET COMMENTAIRE.....	29
V.1. RECUEIL DE DONNEES :	29
V.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE :	30
V.3. CONNAISSANCES SUR LES CARACTERISTIQUES DU CANCER :	31
V.4. CONNAISSANCES SUR LE DEPISTAGE PAR LE DOSAGE DU PSA :	32
V.5. CONNAISSANCES SUR LES SUITES DU DEPISTAGE :	351
VI. CONCLUSION	36
VII. BIBLIOGRAPHIE	37
VIII. ANNEXES	40
VIII.1. ANNEXE 1 :	40
VIII.2. ANNEXE 2	40
VIII.3. ANNEXE 3	41
VIII.4. ANNEXE 4	42
VIII.5. ANNEXE 5	46
IX. RESUME / ABSTRACT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFU : Association Française d'Urologie

CNGE : Collège National de Médecine Générale

CMG: Collège de Médecine Générale

ERSPC: European Randomized Study Of Screening For Prostate Cancer

INCA : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLCO: Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer trial

PSA : Antigène Prostatique Spécifique

SNS : Stratégie Nationale de Santé

USPSTF: US Preventive Services Task Force

I. INTRODUCTION

Le cancer de la prostate peut bénéficier d'un test de dépistage par le dosage sanguin de l'Antigène Prostatique Spécifique (PSA).

Ce dépistage s'intègre dans la notion de prévention mise à l'honneur dans un des axes de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 en France (1) .

Compte tenu de sa place privilégiée au sein des soins de premiers recours, le médecin généraliste est au cœur de cette politique de prévention. Son rôle est donc d'informer les patients sur les possibilités de dépistage qui lui sont offertes ainsi que sur ses limites et effets indésirables.

I.1. Définitions :

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée.

La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en divisant le nombre de cas de maladies présentes à un moment donné dans une population par la population totale (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1948 la prévention comme (2): l'ensemble des mesures permettant de réduire l'apparition des maladies mais également de limiter leur progrès afin de diminuer les conséquences.

Elle différencie plusieurs stades de préventions qui sont (3) :

- La prévention primaire : mesures visant à réduire l'incidence d'une maladie dans une population afin de diminuer le nombre de nouveaux cas. Elle intervient donc avant l'apparition de la maladie.
- La prévention secondaire : mesures visant à réduire la prévalence d'une maladie dans une population. Elle intervient donc au tout début de la maladie afin de limiter son évolution par un diagnostic précoce et un traitement adapté. Le dépistage prend toute sa place au sein de la prévention secondaire en agissant sur les facteurs de risque.

- La prévention tertiaire : mesures permettant de réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population. Elle intervient donc une fois que la maladie est installée afin d'en limiter les complications et les séquelles.

Toujours selon l'OMS(4), le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests, de techniques ou d'examens simples, standardisés et systématiques, les sujets atteints d'une maladie passée jusque-là inaperçue.

Le dépistage ne permet donc pas de faire un diagnostic mais d'identifier à priori une population probablement malade qui pourra ensuite faire l'objet d'investigations à visée diagnostique afin de confirmer ou non la pathologie. (5)

Le test de dépistage utilisé doit avoir les qualités suivantes : (5)

- Simplicité de mise en œuvre
- Fiabilité : le résultat obtenu par le test doit correspondre à l'anomalie recherchée
- Reproductibilité : il doit donner le même résultat quel que soit l'investigateur ou le lieu
- Validité : les résultats obtenus doivent permettre de différencier les individus potentiellement atteints de la maladie de ceux qui ne l'ont pas
- Acceptabilité par la population : le test doit être le moins invasif possible, facile à exécuter et à un cout acceptable

La pathologie recherchée doit répondre à certains critères : (4)

- Problème de santé publique : la maladie doit représenter un problème de santé important pour la société compte tenu de son incidence et de sa gravité
- Histoire naturelle de la maladie connue : il faut que le dépistage ait un impact sur l'évolution de la maladie
- Phase de latence : il faut que la maladie ait une période d'évolution sans symptômes apparent suffisamment longue afin de mettre en place un diagnostic précoce
- Existence d'un moyen diagnostique et d'un traitement d'efficacité démontré

I.2. Épidémiologie :

Le cancer de la prostate est la tumeur solide la plus fréquente chez l'homme (6). On estime à 50 430 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués en France en 2015.(6)

Près de 95 % des cancers prostatiques sont des adénocarcinomes (7), les autres tumeurs épithéliales ou conjonctives malignes sont beaucoup plus rares et représentent moins de 5 % des cas (7).

Les adénocarcinomes sont le plus souvent sporadiques (8) (80 % des cas), mais peuvent être héréditaires (10 % des cas) ou familiaux (10 % des cas).

La probabilité de développer un cancer de la prostate est faible avant 50 ans tandis qu'au-delà le risque augmente rapidement avec l'âge. (7)

Il s'agit majoritairement d'un cancer à évolution lente (10 à 15 ans) (9), le plus souvent asymptomatique et n'engageant pas le pronostic vital lors de sa découverte. Néanmoins, l'histoire naturelle de la maladie est mal connue et certaines formes sont agressives et létales. (9)

On ne sait pas reconnaître, parmi les cancers asymptomatiques, ceux qui resteront latents et ceux qui évolueront.

Les facteurs de risque démontrés de cancer de la prostate sont : (8)

- l'âge (après 55 ans) qui est le facteur de risque principal
- les formes familiales héréditaires
- les formes liées à des facteurs ethniques et/ou environnementaux.

L'incidence du cancer de la prostate a augmenté jusqu'en 2005 (6) à la suite du vieillissement de la population et grâce à la généralisation du dépistage par le dosage du PSA. Ce taux a ensuite diminué entre 2005 et 2012 probablement en lien avec un changement des pratiques de dépistage mais également au fait que les cancer prévalents ont déjà été diagnostiqués.

L'incidence varie en fonction de l'âge et semble être plus importante chez les hommes de moins de 70 ans (6).

Le cancer de la prostate n'est que la troisième cause de décès par tumeurs solides chez l'homme (6) avec 8 512 décès estimés en 2015 et un taux de mortalité standardisé (TSM) de 8,9 pour 100 000.

La mortalité diminue nettement depuis 1990 (6) passant de 18,1 pour 100 000 au début des années 1990 à 8,9 en 2015. Cette diminution est attribuée à l'amélioration des traitements et à l'augmentation du dépistage et des diagnostic précoces.

L'âge médian des décès par cancer de la prostate est de 83 ans en 2015. (6)

3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans.(9)

Le taux de survie pour le cancer de la prostate est estimé à 84 % à 5 ans et 70 % à 10 ans, ce qui en fait un cancer de bon pronostic. (8)

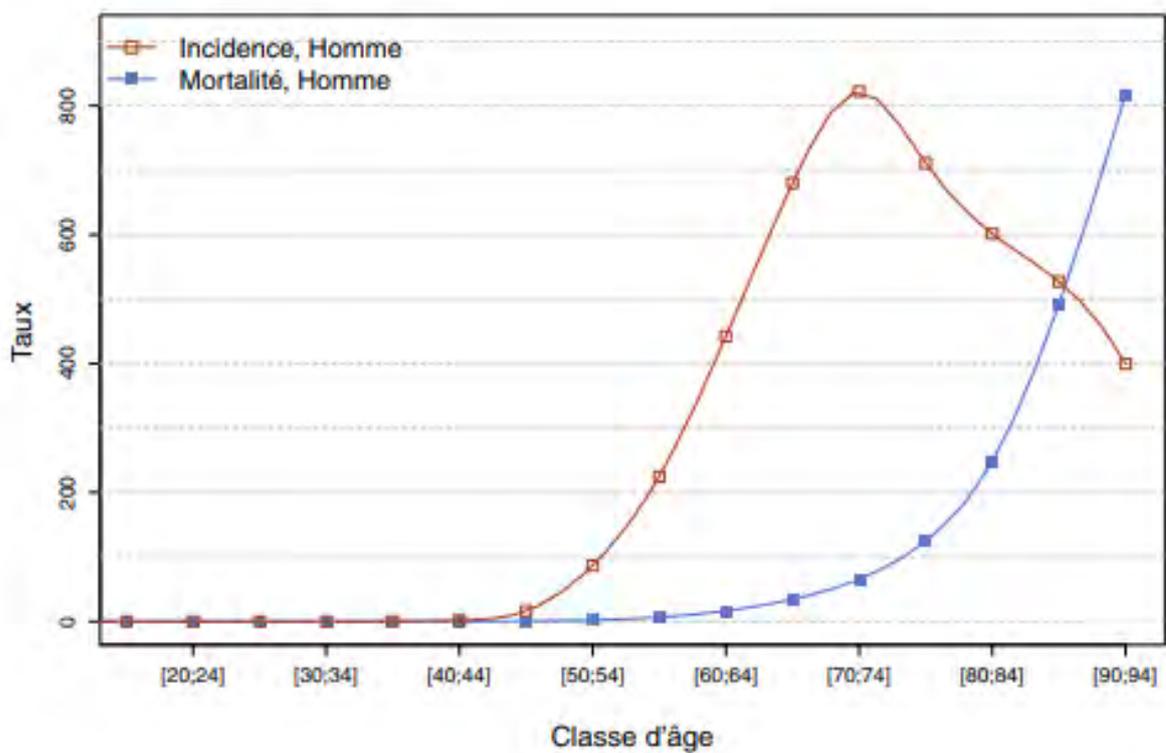


Figure 1 : Taux d'incidence et mortalité selon la classe d'âge en France en 2015.

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 par l'Institut National Du Cancer (INCA) – Juillet 2019 (10)

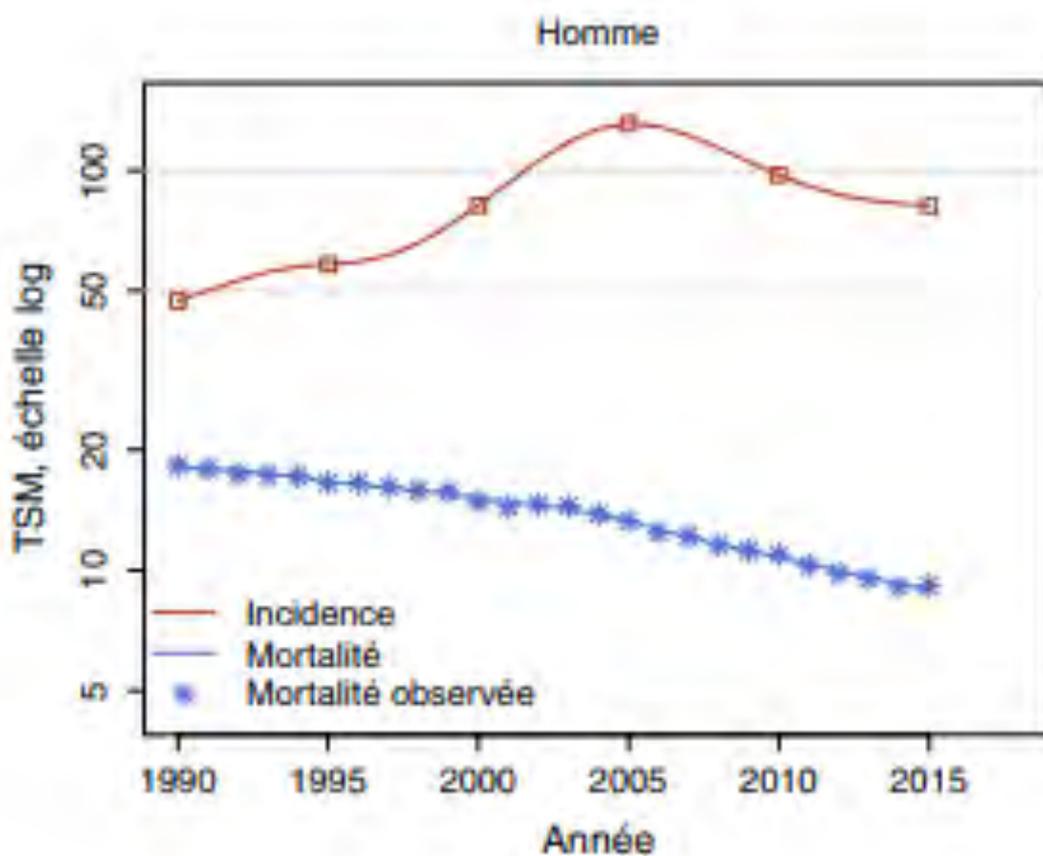


Figure 2 : Taux d'incidence et de mortalité par cancer de la prostate en France selon l'année.

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 par l'INCA – Juillet 2019 (10)

I.3. Dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA :

Comme vu précédemment, le terme « dépistage » est à différencier du terme « diagnostic » (11). Le « dépistage » sous-entend que le patient est asymptomatique avec ou sans facteurs de risques. Le résultat est exprimé au conditionnel.

Le terme « diagnostic » sous-entend que le patient est symptomatique. Le résultat est exprimé au présent et permet de classer le patient en « malade » ou « non malade ».

Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA est un dépistage individuel ou opportuniste. C'est à dire qu'il s'agit d'une initiative individuelle de la part du patient ou de son médecin contrairement au dépistage de masse (ou organisé) qui est une action collective de santé publique de détection systématique des personnes probablement atteintes d'un cancer.

Il n'existe pas de consensus réel sur la tranche d'âge de la population cible ni sur la périodicité.

L'antigène spécifique de prostate ou PSA (Prostate Specific Antigen) est une protéine produite de façon naturelle par la glande prostatique (quasi exclusivement) et en faible quantité par les glandes péri-urétrales (7).

Une augmentation progressive du taux de PSA sérique est observée avec l'âge : le PSA sérique total étant < 2,5 ng/ml avant 50 ans, < 3,5 ng/ml entre 50 et 60 ans, < 4,5 ng/ml entre 60 et 70 ans, et < 6,5 ng/ml entre 70 et 80 ans. (8)

Le PSA sérique total peut être modifié dans plusieurs circonstances (7) :

- pathologies : prostatite aiguë, infection urinaire, rétention aiguë d'urine
- mécaniques : toucher rectal, éjaculation, cystoscopie, sondage vésical, échographie endorectale, biopsie de la prostate ou une résection endoscopique de la prostate
- médicamenteuses : les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase utilisés pour le traitement des dysfonctionnements mictionnels liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate réduisent de moitié la valeur du PSA après 6 mois de traitement.

Le dosage du PSA comme test de dépistage est donc insuffisamment fiable et précis avec une Valeur Prédictive Positive (VPP) à 30 % et une Valeur Prédictive Négative (VPN) à 90 %. (9)

En cas de dépistage positif, des biopsies prostatiques doivent être réalisées afin de confirmer le diagnostic par examen anatomopathologique.

Ces biopsies sont échoguidées et effectuées par voie transrectale, en général par un urologue. Elles exposent les patients à plusieurs complications dans environ 5 % des cas (9) :

- hémospérmié (37% des cas) ;
- urétrorragie d'une durée > 24 heures (14% des cas) ;
- de fièvre (1% des cas) ;
- sepsis (0,3% des cas) ;
- rectorragie (2% des cas) ;
- rétention aiguë d'urines (0,2% des cas) ;
- prostatite aiguë (1% des cas) ;
- d'épididymite (1% des cas).

Les différents traitements disponibles (chirurgie, radiothérapie et curiethérapie) sont également pourvoyeurs de complications qui touchent 50 % des hommes âgés entre 50 et 69 ans (9) .

On peut citer (liste non exhaustive) :

- Dysfonction érectile
- Incontinence urinaire, troubles mictionnels
- Rectite, cystite
- Troubles intestinaux
- Sténose vesico-urétrale

On constate que le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA ne répond pas à tous les critères OMS (11) en vue d'une extension en dépistage organisé :

- Points positifs : l'incidence et la gravité, l'évolution lente suggérant une phase de latence, l'acceptabilité (trop bonne), l'existence de traitement efficaces

- Points négatifs : L'histoire de la maladie qui est mal connue avec impossibilité de distinguer les tumeurs agressives des tumeurs latentes, la mauvaise fiabilité du test de dépistage

Ce paradoxe explique d'ailleurs la polémique du dépistage de ce cancer qui fait toujours débat.

I.4. État des lieux des recommandations :

L'Association Française d'Urologie (AFU) propose un dépistage individuel systématique qui concernerait les hommes âgés de 45 ans à 75 ans et ayant une espérance de vie de 10 à 15 ans par un toucher rectal associé à un dosage du PSA (12).

Une information sur les bénéfices et les risques de ce dépistage doit être donnée au patient. Une périodicité de tous les 2 ans est proposée.

L'AFU exclu de ce dépistage les hommes âgés de plus de 75 ans ainsi que ceux de moins de 40 ans.

Elle se base principalement sur les résultats de l'étude européenne European Randomized Study Of Screening For Prostate Cancer (ERSPC) (13) qui a analysé le taux de décès par cancer de la prostate entre un groupe avec dépistage systématique et un groupe sans dépistage systématique.

Les premiers résultats ont montré une diminution du taux de mortalité de 20 % après 9 ans de suivi pour un dépistage individuel systématique (13) associé à un risque de surdiagnostic.

Trois autres méta-analyses ont confirmé ces résultats avec une diminution du taux de mortalité globalement stable de 21% après 11 ans de suivi (14), de 21% après 13 ans de suivi (15) et de 20 % à 16 ans (16).

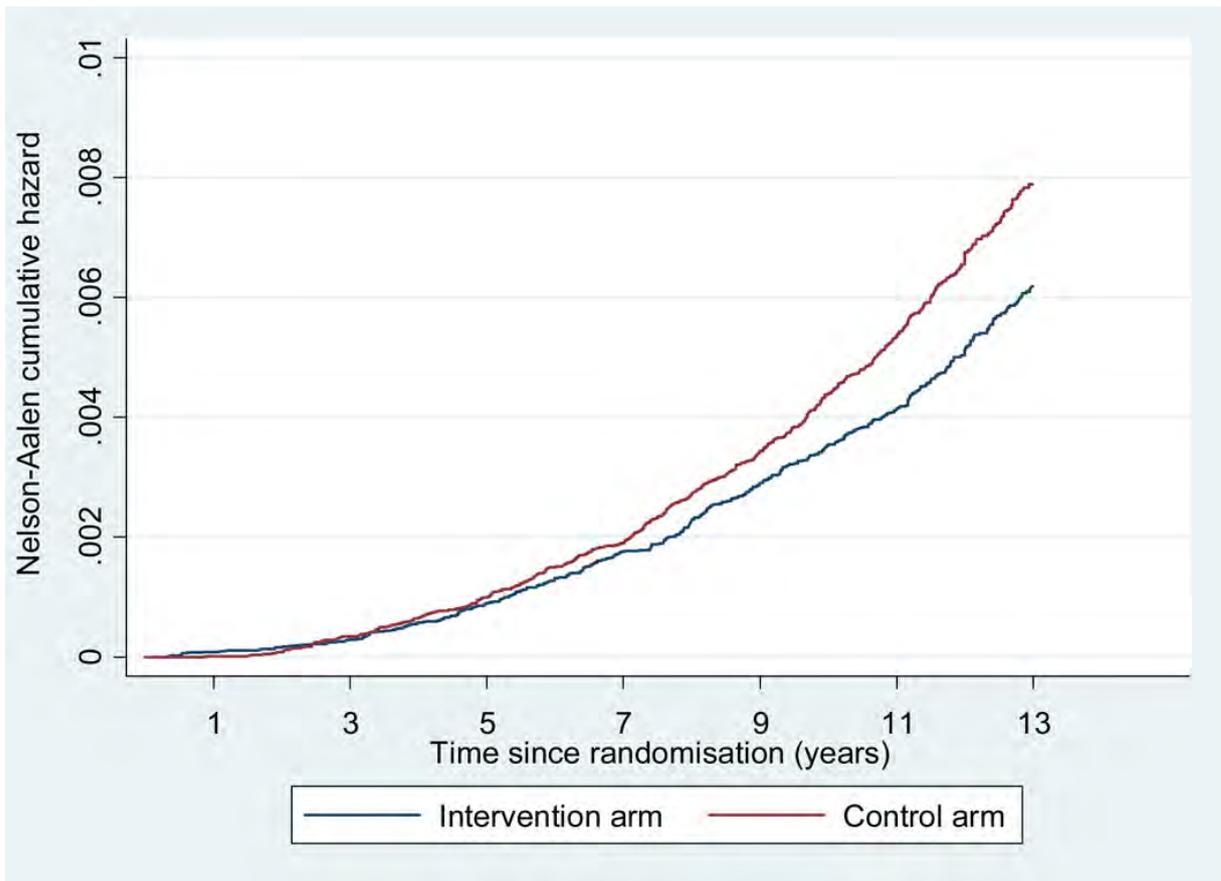


Figure 3 : Estimation cumulée de mortalité par cancer de la prostate entre le groupe témoin (rouge) et le groupe intervention (bleu).

Source : Etude ERSPC – Aout 2014 (15)

L'évaluation des courbes suggère que cet effet tend à augmenter avec le temps.

Une étude suggère que cette baisse de mortalité pourrait être liée à une baisse de l'incidence des formes graves métastasées. (17)

L'étude suédoise de Göteborg (18) va dans ce sens. Elle a comparé pendant 18 ans un groupe d'homme avec dépistage organisé par le dosage du PSA et un groupe d'hommes avec dépistage opportuniste. Il y a eu une réduction du risque relatif de décès par cancer de la prostate de 42% dans le groupe dépistage organisé.

Cette étude met également en évidence un risque de surdiagnostic associé à un surtraitement notamment plus important en cas de dépistage opportuniste.

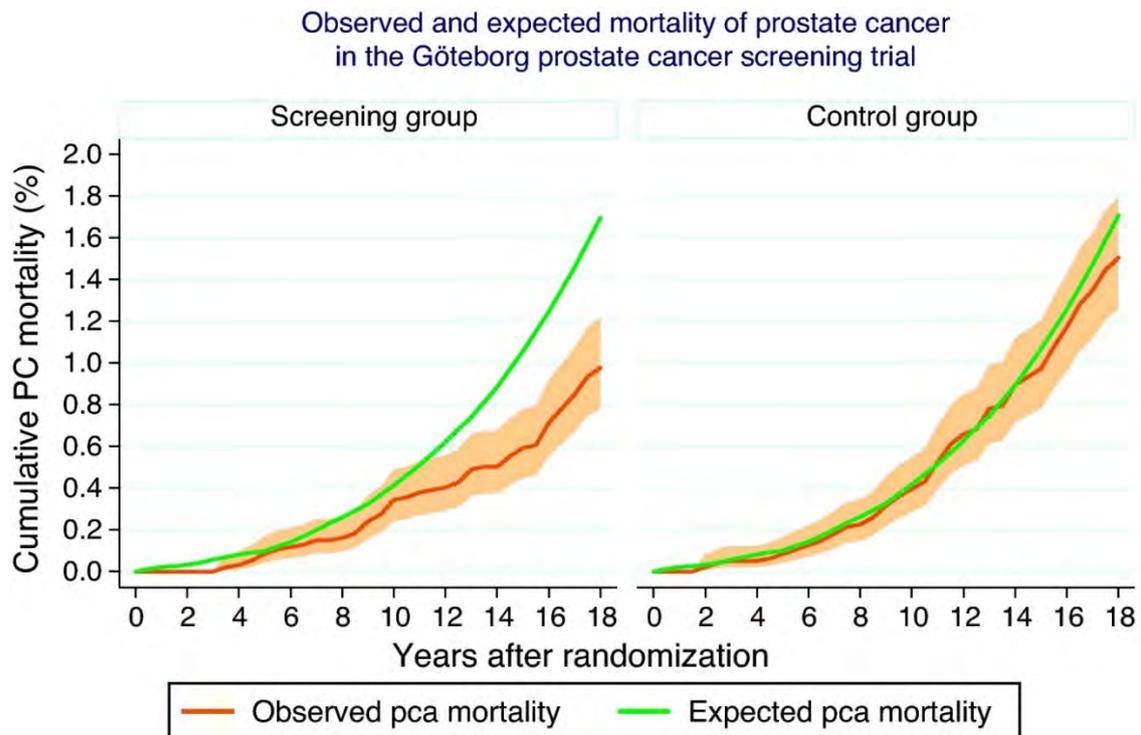


Figure 3 : Incidence observée et prévue du cancer de la prostate analysée jusqu'au 31 décembre 2012 ($n = 19\ 899$) dans l'essai Göteborg – Septembre 2015 (18)

L'étude américaine Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer trial (PLCO) (19) va à l'encontre de ces résultats et conclue en une absence d'effet sur la mortalité spécifique d'un programme de dépistage par le dosage du PSA après un suivi de 13 ans. Une méta-analyse après un suivi de 15 ans (20) confirme ce résultat avec un ratio de risque relatif à 1.04 entre le groupe témoin et le groupe intervention.

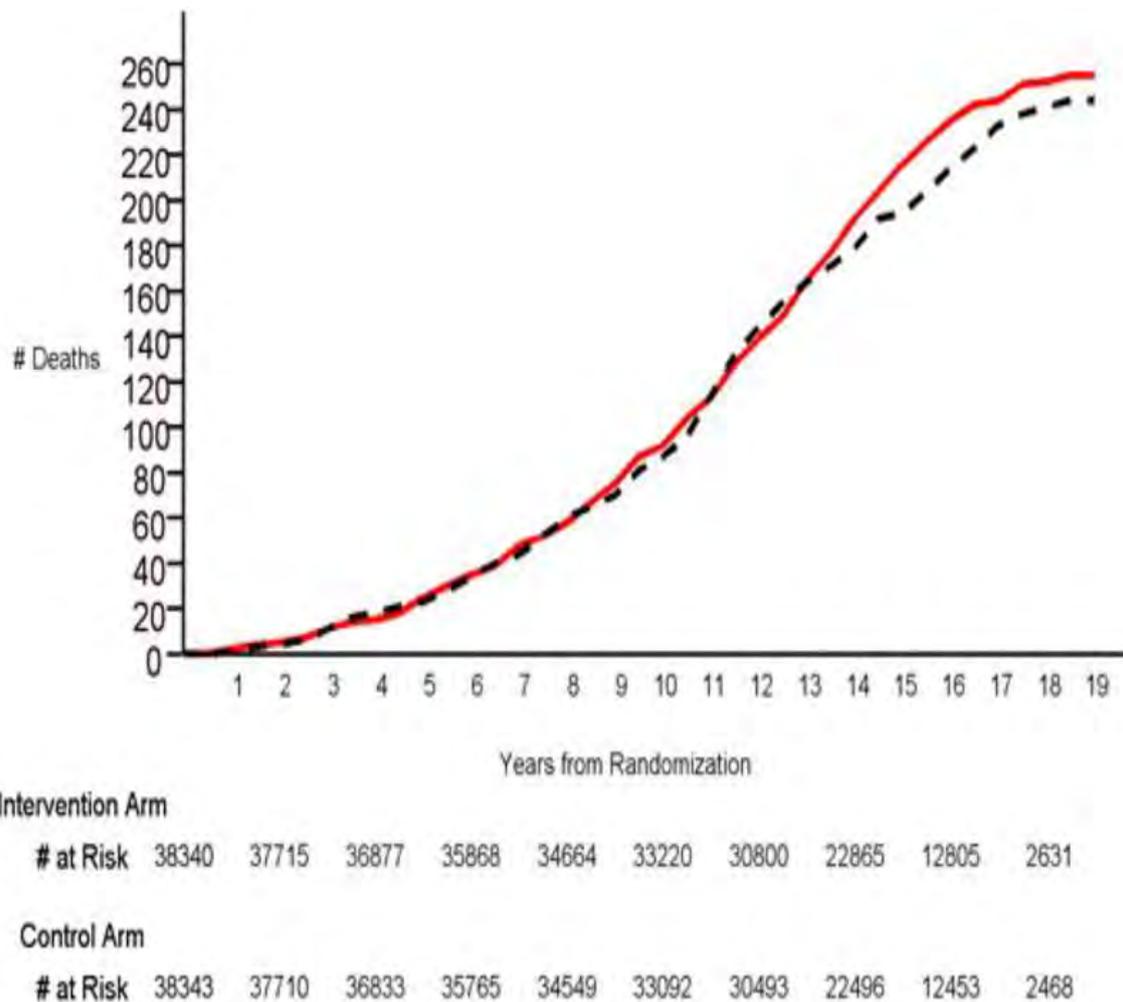


Figure 4 : Nombre de décès cumulés par cancer de la prostate selon les années de randomisation entre le bras témoin (pointillés) et le bras intervention (rouge)

Source : Etude PLCO – Février 2017 (20)

L’essai clinique randomisé CAP (21) confirme ces résultats car il ne montre pas de différence de mortalité significative entre un groupe avec un seul dépistage par le dosage du PSA et un groupe sans dépistage après un suivi de 10 ans.

Ces résultats divergents ont entraîné de nombreux débats entre les sociétés savantes : les unes s’appuyant sur l’étude PLCO et les autres sur l’étude ERSPC.

Le Collège National de Médecine Générale (CNGE) s’est rapidement positionné en 2011 (22) en demandant aux médecins de ne pas pratiquer de dépistage systématique chez les hommes asymptomatiques en dehors des patients à haut risque ou de demande individuelle, après information.

Le Collège de Médecine Générale (CMG) s'est également positionné en 2011 (23) contre l'AFU, en s'offusquant des campagnes publicitaires. La devise « Primum non nocere » (Premièrement ne faites pas de mal) est mise en porte à faux vis-à-vis des effets indésirables et des risques de surdiagnostic et de surtraitement.

En réalité, ces deux études souffrent de biais méthodologiques importants et ne sont pas comparables.

Cela va motiver plusieurs avis comme celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010 afin d'évaluer les bénéfices et les risques du dépistage (24) ou encore celui de l'Institut National du Cancer (INCA) en Mars 2015 (7) qui vont confirmer que les deux études sont de qualité méthodologiques inégales ce qui ne permet pas de conclure.

L'INCA précise (7) « qu'en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas lieu de mettre en place de programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (et/ou toucher rectal) ni de recommander cette pratique. »

La HAS élargit cette recommandation aux patient à haut risque en précisant (24) « qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque de cancer de la prostate. »

Aucune conclusion ne semble sure et devant tant d'inconnues, le principe de précaution s'applique.

Récemment, 2 analyses, très complexes mathématiquement ont repris les résultats des études ERSPC et PLCO. (25,26) Elles suggèrent que les résultats divergents ne sont pas incompatibles mais liés aux biais méthodologiques. Elles pourraient même montrer le même résultat (réduction de la mortalité) en appliquant différents calculs...

En Mars 2016, Le Collège National de Médecine Générale (CNGE), l'Assurance Maladie et l'INCA ont proposé de nouvelles recommandations après avis de la HAS (9).

Ils insistent sur :

- L'absence de données solides concernant l'impact du dépistage sur la mortalité par cancer de la prostate.
- L'absence d'intérêt du dépistage systématique chez les hommes asymptomatiques
- Les risques de surtraitement et de surdiagnostic
- L'impossibilité de distinguer les tumeurs agressives des cancers à faible risque évolutif
- L'importance de l'information du patient vis-à-vis des bénéfices, des limites, des avantages et des inconvénients du dépistage et du traitement

L'AFU s'est alignée sur l'importance de l'information en précisant que : (12) « La stratégie de détection précoce proposée par l'AFU se fonde sur l'information des hommes à tous les temps de leur prise en charge (identification, diagnostic, traitement, gestion des effets secondaires, suivi) et sur la définition d'une stratégie individualisée en fonction des facteurs de risque et de la valeur du PSA ».

Le message est le même, au sein des recommandations américaines 2018 de l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) (27) qui propose une décision individuelle et personnalisée après information. Les hommes de 55 à 69 ans sont invités à peser le pour et le contre avec leur médecin avant de prendre la décision de se faire dépister.

Quasiment toutes les recommandations internationales insistent sur la nécessité d'être informé. Seuls la Lituanie et le Kazakhstan ont mis en place un dépistage organisé. (11)

Cependant, en France, entre 2012 et 2014, 62 % des hommes âgés de 50 à 69 ans sans cancer de la prostate déclaré, ont réalisé au moins un dosage du PSA (9) et ce taux est de 68 % pour les hommes de plus de 75 ans. Ces chiffres se rapprochent et dépassent même des chiffres de dépistage de masse alors qu'il s'agit d'un dépistage individuel. A titre d'exemple, le dépistage organisé du cancer du sein a atteint une participation de 52 % entre 2008 et 2014 (28). Celui du cancer colorectal a atteint une participation de 33,5 % entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017. (28)

II. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE

Tout d'abord, comme tout test de dépistage, le dosage du PSA total expose à un risque de surdiagnostic et de sur traitement.

Le risque de surdiagnostic signifie que certains cancers seraient diagnostiqués alors qu'ils n'auraient pas eu d'impact sur la qualité de vie du patient et ne seraient pas la cause de leur décès. Ce qui peut facilement être le cas pour le cancer de la prostate au vu de son évolution lente et de son bon pronostic.

Il en découle un risque de sur-traitement qui expose ces mêmes patients aux effets indésirables et complications liés à la prise en charge thérapeutique. Ces complications entraînent une diminution de la qualité de vie pour une pathologie qui n'aurait peut-être pas entraîné leur décès.

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de Belgique a publié un outil d'aide à la décision en cas de demande de dosage du PSA dans lequel une figure permet d'illustrer le risque de surdiagnostic et de surtraitement :

Illustration théorique du surdiagnostic

SANS DÉPISTAGE

Le cancer débute  Pas de symptômes ni de plaintes  † Le patient meurt à **73 ans**
Le patient n'est pas malade du cancer de la prostate.

AVEC DÉPISTAGE

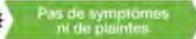
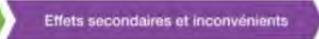
Le cancer est diagnostiqué à 68 ans **suite à un dépistage**
Le cancer débute  Pas de symptômes ni de plaintes  Effets secondaires et inconvénients  † Le patient meurt à **73 ans d'une autre cause**
Le patient subit les effets secondaires et les inconvénients de la prise en charge du cancer pendant **5 ans**.

Figure 5 : Illustration théorique du surdiagnostic par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de Belgique – 2014

Dans le premier cas, un patient de 68 ans est asymptomatique alors qu'il est porteur d'un cancer de la prostate. Il décède à 73 ans.

Dans le second cas, le même patient asymptomatique est diagnostiqué à la suite d'un dépistage. Il va décéder au même âge (73 ans) mais avec les effets secondaires et les inconvénients liés à la prise en charge de son cancer pendant 5 ans.

L'étude française « Life expectancy estimates As a key factor in over-treatment : The case of prostate cancer » (29) retrouve un risque de surtraitement entre 7,7 % et 24,4 % des patients ayant eu une ablation de la prostate, et entre 30,8 % et 62,5 % de ceux recevant une radiothérapie pour un cancer asymptomatique.

Bien évidemment, il s'agit d'estimations et il faut tout de même garder en tête qu'il existe des tumeurs agressives et létales que le dépistage permet d'éviter. Mais l'histoire de la maladie étant mal connue, il faut pouvoir expliquer au patient cette part d'inconnue afin de prendre en compte ses attentes.

Durant mes remplacements, j'ai pu expérimenter les difficultés liées à ce dépistage. Plusieurs patients avec un dépistage positifs étaient étonnés que je les oriente vers l'urologue afin d'effectuer les biopsies prostatiques. Ils n'étaient pas au courant de la démarche diagnostique.

Certains ont même refusé les biopsies après présentation des effets indésirables.

De même, j'ai rencontré d'autres patients très mécontents de la prise en charge de leur cancer, se plaignant de dysfonction érectile ou d'incontinence urinaires. Ces mêmes patients me disant qu'ils regrettaient leur décision et auraient préféré une simple surveillance.

Face à ces cas, je me suis souvent posé la question de l'information qui avait été donnée aux patients avant la prescription de ce test de dépistage. S'ils avaient été bien informés, seraient-ils aussi surpris de la nécessité d'effectuer des biopsies ? Accepteraient-ils mieux les effets indésirables des biopsies ou des traitements ? Ou même, se seraient-ils engagés dans cette démarche de dépistage en ayant toutes les clefs en main ?

La banalisation de ce test sanguin simple et largement acceptable m'a sauté aux yeux lors de mes premiers stages en ambulatoire. Les patients me demandaient de rajouter le dosage du PSA sur leur prise de sang, sur le pas de la porte ou simplement parce qu'un proche leur a conseillé. Cela va l'encontre de l'information et de la décision partagée qui doit être associée à la prescription de ce dépistage.

Les informations transmises par le médecin généralistes sont difficilement évaluables. La thèse de Loïc Portal (Octobre 2017) fait état de 76,6 % d'informations pré-dépistage en Midi Pyrénées déclaré par les médecins généralistes.

J'ai pensé qu'il serait judicieux d'effectuer une évaluation des connaissances des patients sur le dosage du PSA afin d'avoir une vision indirecte des informations délivrées par les médecins.

Mon objectif principal est donc l'évaluation des connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA dans le Gers.

Mon objectif secondaire est l'évaluation des facteurs influençant les connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA dans le Gers. Il fera l'objet de mon travail de mémoire.

III. MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative prospective, observationnelle, descriptive, multicentrique menée auprès des patients consultants dans certains cabinets de médecine générale du département du Gers (32).

J'ai choisi le Gers car je remplace régulièrement dans ce département ce qui a facilité les échanges avec les différents médecins.

III.1. Recueil des données :

Le recueil de données s'est fait à l'aide d'un questionnaire au format papier remis aux patients au sein de 8 cabinets médicaux du département du Gers qui ont gracieusement accepté de le distribuer. (*Annexe 1*)

Le recueil de données s'est déroulé sur 3 mois du 1^{er} décembre 2019 au 1^{er} Mars 2020.

30 questionnaires ont été distribués dans chaque cabinet faisant un total de 240 questionnaires distribués. L'objectif était d'obtenir au moins 100 questionnaires valides au total soit 12,5 questionnaires par cabinet. C'est pourquoi j'ai approximativement doublé le nombre de questionnaires par cabinet afin d'anticiper les possibilités de questionnaires invalides et de non-répondants.

Les questionnaires étaient installés en salle d'attente avec un panneau invitant les hommes de plus de 50 ans à y répondre. (*Annexe 2*)

Afin d'éviter les biais d'informations, les patients devaient répondre au questionnaire en salle d'attente pour éviter d'avoir accès aux réponses que je souhaitais évaluer.

Ils devaient ensuite remettre le questionnaire à leur médecin ou à la secrétaire.

Pour faire face aux questions légitimement attendues des patients ayant rempli le questionnaire, j'ai remis une petite fiche d'aide aux différents médecins ayant participé au recueil de données. (*Annexe 3*)

III.2. Questionnaire :

Il s'agissait d'un questionnaire de 2 pages recto/verso comportant 35 questions (*annexe 4*).

Le remplissage du questionnaire était anonyme. L'entête du questionnaire expliquait aux participants l'objectif de mon étude ainsi que les modalités de remplissage.

Compte tenu du nombre important de questions, j'ai volontairement limité le nombre de réponse à une seule par question afin de fluidifier le remplissage et ne pas décourager les participants. Ce choix me permettant également une analyse simplifiée des données.

20 questions étaient des questions fermées avec 3 choix de réponse « oui » « non » et « ne sait pas ».

8 questions comportaient des items « autres suggestions » afin de laisser un peu de souplesse et de liberté aux participants et favoriser leur adhésion. Les autres questions étaient des questions à choix multiple.

Avec l'aide de mon directeur de thèse, nous avons procédé à un pré-test du questionnaire sur une quinzaine de patients afin d'apporter certaines corrections et d'évaluer la durée approximative de remplissage qui est d'une dizaine de minutes.

L'objectif était d'évaluer les connaissances des patients sur les principales informations concernant le dosage du PSA susceptible de peser dans leur décision. Je me suis principalement basé sur la brochure d'information à destination des patients de l'Institut National du Cancer (30) afin d'établir les questions.

Lors de la rédaction du questionnaire j'ai regroupé les questions en trois thèmes qui n'apparaissent pas sur les questionnaires remis aux patients afin d'éviter les biais de suggestions :

- Parcours : afin d'avoir une « carte d'identité » du répondant
- Connaissances : l'objet de ma question d'étude
- Attentes : ouverture sur les attentes des patients

III.3. Validité du questionnaire :

Les questionnaires qui ont été pris en compte sont les questionnaires complètement remplis sans oublis.

Les questionnaires ayant été exclus sont les questionnaires non remplis, incomplets ou comportant plusieurs réponses aux questions.

III.4. Population cibles :

J'ai voulu questionner les patients cibles de ce dépistage, c'est à dire les hommes âgés de 50 à 75 ans.

Cependant, mon directeur de thèse m'a proposé d'élargir la population cible aux hommes âgés de plus de 50 ans afin d'obtenir également les expériences passées des patients plus âgés.

Les critères d'inclusion étaient donc tous les patients de sexe masculin de plus de 50 ans consultants au cabinet.

Les critères d'exclusion étaient les patients de sexe masculin de moins de 50 ans et les patients de sexe féminin.

III.5. Précisions et limites :

Comme vu précédemment, le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA est un sujet vaste et passionnant qui ne peut pas faire l'objet d'un seul travail de thèse. Il serait hasardeux et présomptueux de pouvoir prétendre répondre à toutes les interrogations que suscite ce thème.

J'en ai conscience et je tiens à définir clairement et en toute humilité les sujets qui ne seront pas approfondis dans mon étude comme :

- le dépistage par toucher rectal
- les autres biomarqueurs en cours d'étude
- les stades de la maladie
- les traitements
- la surveillance

IV. RESULTATS

IV.1. Recueil de données :

Sur les 240 questionnaires distribués, 123 questionnaires ont été remplis par les patients faisant un taux de participation de 51.3%.

Parmi les questionnaires remplis, 24 questionnaires ont été exclus car ils n'étaient pas conformes.

Au total, 99 questionnaires ont été retenus pour cette étude soit 41.3% des questionnaires distribués.

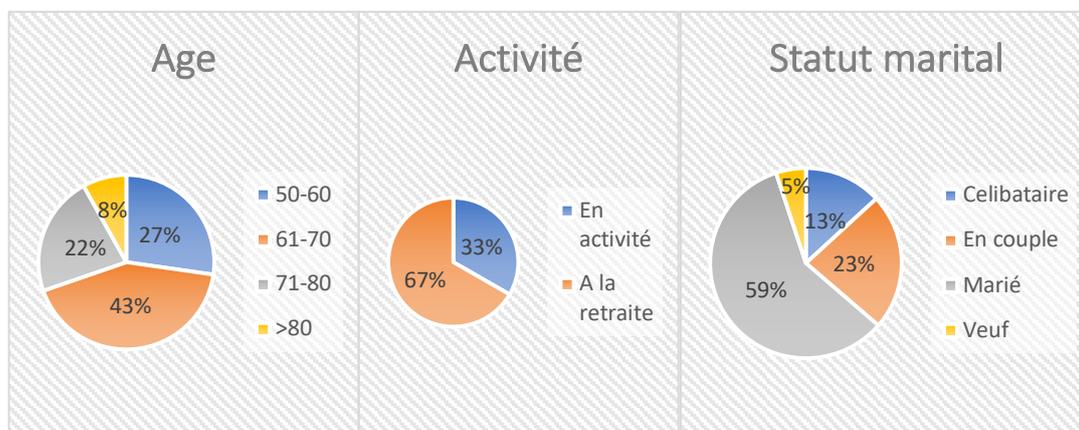
Un diagramme du recueil de données est disponible dans *l'annexe 4*.

La répartition totale des questionnaires par cabinet est représentée dans le tableau suivant :

Cabinet Médical	Questionnaires distribués	Questionnaires remplis	Questionnaires retenus
Condom – Dr Charpin	30	29	23
Mirande	30	25	20
Preignan	30	23	18
Condom – Dr Baudouin	30	12	9
Lectoure	30	25	21
Condom – Dr Lagorce	30	3	2
Castelnau d'Auzan	30	0	0
Auch	30	6	6
Total	240	123	99

IV.2. Caractéristiques de la population étudiée

La répartition des patients en fonction de leur âge, de leur activité et de leur statut marital est présentée dans les diagrammes suivants :



8,1% des patients avaient déjà eu un diagnostic de cancer de la prostate et 56% des patients connaissaient un proche ayant déjà eu un cancer.

58 % des patients avaient déjà bénéficié d'un dépistage du cancer par dosage du PSA.

28% des patients avaient demandé le dépistage à leur médecin sans qu'il ne leur en parle. Parmi eux, 28.6% parce qu'ils s'étaient informés, 39.6% parce qu'ils avaient déjà eu un dépistage et 28.6% parce qu'un proche avait été touché par le cancer de la prostate. Il y a eu une seule suggestion : « dépistage dans le cadre du suivi d'un adénome prostatique. »

23.2% des patients avaient bénéficié d'une information au préalable. Parmi eux 60.9% avec l'aide d'un document, 13% grâce à une vidéo et 13% avec internet.

49.5% des patients estiment que leur médecin traitant les avait suffisamment informés sur les conséquences du dosage du PSA et 28.3% pensent l'inverse et 22.2% ne savent pas.

67.7% des patients aimeraient bénéficier d'une information sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA. Parmi eux, 44.8% souhaiteraient une information par un professionnel de santé, 34.3% par un document papier et 17.9% souhaiteraient une information par internet.

IV.3. Connaissances sur les caractéristiques du cancer de la prostate

63.6% des patients estiment que le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme et 35.4% ne savent pas.

2% des patients estiment que le cancer de la prostate touche plus souvent une certaine population. 55% ne savent pas.

Les deux réponses obtenues sont « les africains » et « les latins ».

66.7% des patients estiment que le cancer de la prostate touche plus souvent une certaine tranche d'âge. Parmi eux, 83.3% ont répondu « Entre 50 et 70 ans ». 22.2 % ne savent pas.

5 % des patients pensent que le cancer de la prostate est héréditaire. 47.5% pensent l'inverse et 47.5% ne savent pas.

37.4% des patients pensent que le cancer de la prostate peut être symptomatique. 49% ne savent pas.

24.2% des patients pensent que le cancer de la prostate peut être asymptomatique et 57.6% ne savent pas.

IV.4. Connaissances sur le dépistage par le dosage du PSA

34.3% des patients estiment qu'un dosage du PSA normal n'élimine pas un cancer de la prostate. 18.2% pensent l'inverse. 47.5% ne savent pas.

18.2% des patients pensent qu'un dosage du PSA anormal diagnostique un cancer de la prostate. 31.3% pensent l'inverse. 50.5% ne savent pas.

22.2% des patients pensent que le dosage du PSA peut être anormal dans d'autres situations. 5.1% pensent l'inverse. 72.7% ne savent pas.

45.5% des patients estiment que le dosage du PSA est fiable. 4% pensent le contraire. 50.5% ne savent pas.

45.5% des patient connaissent d'autres moyens de dépister le cancer de la prostate. Parmi eux, 77.8% ont répondu le « toucher rectal ». 52.5% ne savent pas.

IV.5. Connaissances sur les suites du dépistage

Concernant la confirmation diagnostique, 46.5% des patients ont répondu « Biopsie de la prostate ». 14.1% ont répondu « Echographie », 14.1% ont répondu « IRM », 10.1% ont répondu « Scanner ».

Il y a eu une suggestion majeure : « Ne sait pas » à hauteur de 10.1%.

A la question « à quel spécialiste s'adresse-t-on en cas de suspicion de cancer ? » 75.8% ont répondu « Urologue ». 18.2% ont répondu « Oncologue » et 4% ont répondu « Gastro-entérologue ».

23.2% des patients estiment que le diagnostic du cancer de la prostate a des effets secondaires. 65.7% ne savent pas.

41.4% des patients pensent que le traitement du cancer de la prostate a des effets secondaires. 55.6% ne savent pas.

V. DISCUSSION ET COMMENTAIRE

V.1. Recueil de données :

Mon objectif visant une centaine de questionnaires a presque été atteint avec au total 99 questionnaires pouvant être exploités.

Certains cabinets ont largement contribué à ce taux de participation avec parfois plus d'une vingtaine de questionnaires remplis. Il s'agit des cabinets de Lectoure, Condom, Preignan et Mirande. Je les remercie.

D'autres ont eu un plus faible taux de participation avec en moyenne 6 questionnaires remplis pour les cabinets de Condom – Dr BAUDOUIN, Condom – Dr LAGORCE et Auch.

Le cabinet de Castelnau d'Auzan n'a eu aucun questionnaire de rempli. La raison évoquée est l'absence d'explications sur mon travail de thèse...

Les difficultés rencontrées ont surtout été la longueur du questionnaire qui a découragé beaucoup de patients et le manque d'intérêt et de connaissances pour ce sujet.

Il faut ajouter à cela, la crise du COVID 19 qui a pris de l'ampleur durant le mois de février. Il y a eu une diminution de la fréquentation des cabinets médicaux. Le climat sanitaire a pu également détourner l'attention des secrétaires ou des médecins qui avaient d'autres priorités à gérer.

V.2. Caractéristiques de la population étudiée :

Plus de 60% de l'effectif est composé de patients âgés de 50 à 60 ans et de 60 à 70 ans. La population cible a donc majoritairement répondu à ce questionnaire.

Plus de 50% des patients connaissaient un proche atteint du cancer de la prostate. De même, 8% des patients s'étaient déjà vu diagnostiquer un cancer de la prostate. Ces chiffres sont en accord avec la fréquence de ce cancer et sa première place en termes d'incidence.

Près de 60% des patients avaient déjà bénéficié d'un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA. Ce chiffre se rapproche du taux de dépistage de 2012 qui est de 62 % (9). Cela confirme que le dosage du PSA comme test de dépistage est largement démocratisé, ce qui peut entraîner des risques de surdiagnostic et de surtraitement.

Parmi les patients dépistés, près d'un tiers des patients avaient demandé ce dosage à leur médecin, ce qui est non négligeable. Les principales raisons évoquées sont une information préalable, un précédent dosage ou un proche atteint. L'interprétation de ces chiffres est délicate.

La moitié des patients estiment que leur médecin les a suffisamment informés sur le dépistage par le dosage du PSA et ils sont près d'un tiers à estimer que non.

Ce chiffre contraste avec les près de 70% qui souhaitent bénéficier d'une information sur ce dépistage. Cela ne signifie pas forcément qu'ils sont mal informés mais peut être qu'ils ont besoin d'un peu plus de précisions.

D'ailleurs, parmi eux, près de la moitié souhaitent que cette information soit fournie par un professionnel de santé et un tiers souhaitent une information écrite.

Nous avons donc les outils pour répondre aux attentes des patients : en prenant le temps de leur expliquer le dépistage et en leur fournissant une brochure d'information disponible comme celle de l'InCa (30).

Bien, évidemment, d'autres moyens d'informations peuvent avoir leur place comme l'outil informatique et les vidéos qui ont également été évoqués.

V.3. Connaissances sur les caractéristiques du cancer :

Les caractéristiques du cancer de la prostate sont un prérequis indispensable afin de comprendre les objectifs du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA.

L'objectif de l'information du patient n'est pas de faire de lui un spécialiste sachant tout en détail. Néanmoins, connaître les messages clefs, les facteurs de risques et l'histoire de la maladie peut permettre au patient de mieux appréhender les risques et les bénéfices du dépistage.

Les patients ont bien compris que le cancer de la prostate était le cancer le plus fréquent chez l'homme avec plus de 60% de bonnes réponses. Hormis les 35% qui n'avaient pas cette information, on peut en déduire que la plupart des hommes de plus de 50 ans en ont déjà entendu parler.

L'âge, en tant que facteur de risque est également bien connu par les patients. Ils sont plus de 60% à avoir l'information et plus de 80% à connaître la population cible. Il s'agit probablement d'un effet des diverses communications et campagnes de dépistage des années 2010.

Le facteur héréditaire et l'origine ethnique sont moins bien connus. En effet, environ la moitié des patients ne connaissaient pas ces facteurs de risques. Comme vu précédemment, ces 2 facteurs de risque ne se suffisent pas à eux seuls pour promouvoir un dépistage ciblé. On peut donc considérer cette donnée comme désuète puisqu'il ne s'agit pas d'une information indispensable avant dépistage.

Le caractère asymptomatique du cancer, qui légitime le dépistage, est en revanche moins bien connu. Seuls 37.4 % des patients estiment que le cancer peut être asymptomatique et seulement 24.7% pensent qu'il peut être symptomatique. Environ la moitié des patients ne se prononcent pas. 13% et 18% pensent que le cancer ne peut pas être asymptomatique ou symptomatique.

Ces chiffres sont assez intéressants car ils montrent les difficultés à comprendre l'objectif du dépistage.

Les patients ne semblent pas bien faire la distinction entre le caractère symptomatique ou pas d'une maladie. Il faudrait pouvoir leur expliquer que le dépistage permet justement de diagnostiquer le cancer avant qu'il n'entraîne de symptômes.

V.4. Connaissances sur le dépistage par le dosage du PSA :

Environ 1/3 des patients pensent qu'un dosage normal du PSA permet d'éliminer un cancer de la prostate. Ils ne sont que 18% à penser qu'un dosage normal permet d'éliminer le cancer. Cela signifie que 30% des patients s'estiment rassuré en cas de dosage du PSA normal. Peut-être qu'une partie d'entre eux confondent également « dépistage » et « diagnostic ». Dans ce sens, ce résultat n'est pas trop discriminant puisque la VPN (90%) du dépistage peut être considérée comme bonne. Très peu de patient avec un dépistage négatif auront en fait un cancer de la prostate. A noter que plus de 50% des patients n'avaient pas cette information.

De même, environ 1/3 des patients ont compris qu'un dépistage anormal n'est pas systématiquement synonyme de cancer ce qui est rassurant. A contrario, près de 20% des patients pensent qu'un dosage anormal diagnostique un cancer de la prostate. Ils pourraient être faussement inquiet compte tenu de la VPP de ce dépistage. En effet, elle n'est que de 30%, ce qui est insuffisant pour estimer que ce test est fiable. Cette question est également marquée par 50.5% de patients qui ne savent pas.

Près de 20% des patients pensent que le dépistage peut être anormal dans d'autres situations, ce qui est faible. Plus de 70 % n'ont pas la réponse. Je pense qu'il faut pouvoir rassurer les patients sur le fait qu'un dépistage positif peut être synonyme d'hypertrophie bénigne de prostate ou de prostatite et que seule la biopsie permettra de confirmer le diagnostic.

Concernant la fiabilité, 45.5% des patients estiment que ce test de dépistage est fiable et seuls 4% pensent qu'il n'est pas fiable. Cela démontre la grande adhésion et la confiance des patients vis-à-vis de ce test de dépistage. Là encore, près de 50% ne se prononcent pas.

Environ la moitié des patients connaissent un autre moyen de dépistage et parmi eux 77.8% ont répondu le toucher rectal. On peut penser que le dépistage par toucher rectal est plus enraciné dans les consciences par son caractère désagréable et impudique. Les patients sont donc globalement au courant de l'alternative ou de la complémentarité de ce dépistage. A noter que près de 50% ont également répondu « ne sait pas ».

Au total, plus de la moitié des patients ne connaissent pas les subtilités du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA et ont répondu « ne sait pas » aux questions sur le dépistage. Ces résultats démontrent un manque de connaissances des patients vis-à-vis du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA.

Les plus fortes carences sont observées pour les autres situations durant lesquelles le dosage peut être anormal avec plus de 70% de « ne sait pas ».

A cela, il faut ajouter la relative confiance des patients qui sont près de 50% à estimer que le test est fiable. Ce qui est assez paradoxal compte tenu de leur manque de connaissance.

Néanmoins, parmi les patients qui se sont positionnés, près d'un tiers d'entre eux ont bien compris qu'il s'agit d'un test de dépistage et qu'il peut être normal ou anormal sans assurer la présence ou non du cancer. Ces quelques patients démontrent bien que cette information peut être accessible et compréhensible par tous afin d'éviter les quiproquos. Il me semble important de renforcer le temps d'information lors des consultations afin que le patient dispose de toutes les cartes en main avant sa décision. Cela permettrait de sortir de cette relation paternaliste avec les patients en décidant à sa place.

Le collège de Médecine du Québec a publié en 2013 une brochure d'information pour discuter des avantages et des inconvénients du dépistage (31). A la fin de cette brochure, un encadré propose aux patients de choisir parmi plusieurs énoncés ceux qui se rapprochent le plus de leurs convictions. Ils peuvent ainsi orienter leur choix de se faire dépister selon leurs réponses et leurs ressentis.

Je pourrais envisager de faire le dépistage parce que :

- Je suis inquiet à l'idée d'avoir un cancer de la prostate et j'aimerais savoir le plus vite possible si j'en ai un.
- Je veux être rassuré le plus possible de ne pas avoir de cancer de la prostate.
- Je suis prêt à accepter les effets secondaires de la biopsie de la prostate si j'ai besoin d'en faire une.
- Je reconnais qu'on n'est pas sûr de prolonger sa durée de vie avec le dépistage, mais il est plus important pour moi de faire tout mon possible pour réduire le risque de mourir du cancer de la prostate.
- Je suis prêt à accepter les effets secondaires du traitement ou de vivre en sachant que j'ai un cancer.
- Je suis prêt à accepter que le cancer détecté par dépistage ne m'aurait jamais causé de problèmes au cours de ma vie si on ne l'avait pas trouvé.

Je pourrais envisager de ne pas faire le dépistage parce que :

- L'idée d'avoir un cancer de la prostate ne m'inquiète pas et mes chances d'avoir un cancer de la prostate sont faibles.
- Je pense que les tests de dépistage dont nous disposons ne sont pas assez fiables.
- Je ne veux pas prendre le risque de subir les effets secondaires d'une biopsie de la prostate.
- Je suis prêt à accepter la possibilité que le dépistage diminue mon risque de mourir du cancer de la prostate et de renoncer à cette chance si je ne fais pas le dépistage.
- Je ne veux pas prendre le risque de subir les effets secondaires du traitement ou de vivre en sachant que j'ai un cancer.
- Je suis inquiet à l'idée que ma santé se détériore si on me trouve un cancer de la prostate sans qu'on puisse me garantir de prolonger ma durée de vie.

V.5. Connaissances sur les suites du dépistage :

La confirmation diagnostique par biopsie prostatique semble être bien connue des patients avec plus de 45% de réponses. Les autres réponses se sont réparties entre l'IRM, l'échographie et le scanner à hauteur de 10%.

Cette question m'a posé un problème à cause de plusieurs biais de confusion :

- peut-être qu'il y a eu une confusion entre biopsie et échographie étant donné que les biopsies prostatiques sont généralement échoguidées. Les 45% de réponses probablement sous évaluées.
- de même, ces dernières années, l'IRM prend de plus en plus de place au sein du processus diagnostique et certains patients en ont probablement entendu parler ou fait l'expérience d'où les 10% de réponses.
- enfin, je souhaitais absolument avoir une réponse à cette question, ce qui fait que je n'ai pas proposé l'item « ne sait pas » mais « autres suggestions » aux patients. Lors de l'étude de données, je me suis rendu compte que plusieurs questionnaires n'ont pas été retenus parce que les patients n'avaient pas répondu à cette fameuse question. Cela a dû déstabiliser les patients. Pour preuve, la seule suggestion que j'ai reçu de la part de 10% des patient était justement « je ne sais pas ».

Cette question est donc difficilement exploitable mais globalement, on peut retenir que près de la moitié des patients connaissaient la biopsie prostatique.

L'urologue, en tant que spécialiste est également bien connu des patients avec près de $\frac{3}{4}$ des réponses. Ici aussi, il existe probablement une petite confusion entre urologue et oncologue. En effet, les cancers d'emblée avancés sont majoritairement suivis par les oncologues.

Concernant les effets secondaires, la majorité des patients n'a pas l'information. Cela est déplorable puisqu'il s'agit bien de ces effets secondaires ayant une répercussion sur la qualité de vie qui peuvent peser sur la balance lors du choix de se faire dépister ou non. Les effets secondaires de la biopsie sont connus seulement par 23% des patients. Les effets secondaires des traitements semblent mieux connus avec près de 40% de réponses.

VI. CONCLUSION

Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA est un examen biologique largement démocratisé au sein de l'effectif interrogé avec plus de 60% des patients ayant déjà bénéficié de ce dépistage.

Ils sont plus de la moitié à considérer ce test de dépistage comme fiable.

Le caractère asymptomatique du cancer qui justifie le dépistage n'est pas bien intégré par le panel interrogé, tout comme les caractéristiques du test de dépistage.

Près de la moitié des patients souhaite une information sur ce dépistage et estime que leur médecin ne les a pas suffisamment informés sur le sujet.

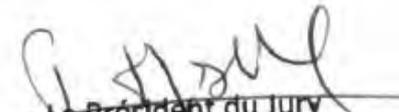
L'information par un professionnel de santé ou à l'aide d'une brochure est largement plébiscitée.

Quelques grands messages clefs sont bien intégrés comme la première place du cancer en termes d'incidence, l'âge du dépistage, le toucher rectal, le spécialiste à qui on s'adresse ou la biopsie prostatique...

Globalement, les connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate sont insuffisantes pour décider sereinement. Des efforts restent à fournir par les médecins généralistes vis-à-vis des informations délivrées aux patients. Même si le temps de consultation devient de plus en plus court, il me semble important de pouvoir expliquer les tenants et les aboutissants de ce test de dépistage qui peut aboutir à des risques de surdiagnostic et de surtraitement.

Une idée serait de s'aider de la brochure d'information publiée par l'Inca et de proposer au patient de répondre à un questionnaire d'aide à la décision comme celui publiée par le Collège de Médecine du Québec.

Vu
Toulouse le 19/10/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 5 novembre 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse Purpan
Didier CARRIE



VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
2. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf; sessionid=1AF2E1331D90D536BE552E62B7E24CE1?sequence=1
3. Annexes.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
4. Full Text PDF [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41503/1/WHO_PHP_34_fre.pdf
5. Guide_programme_depistage_rap.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
6. Rapport - Volume 1 - Tumeurs solides - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - juillet 2019 - Ref : RATSINC NAT19 [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>
7. Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA - Ref : ETATPROSTATE15 [Internet]. 2020 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-sur-les-benefices-et-les-risques-d-un-depistage-du-cancer-de-la-prostate-par-dosage-du-PSA>
8. Referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
9. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique - Ref : BROPROSTATEPS16 [Internet]. 2020 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique>
10. Synthèse - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Ref : SYNINC NAT2019 [Internet]. 2019 [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-20182>

11. Delporte G, Villers A, Penel N. [Prostate cancer screening: Reasons of controversy]. *Bull Cancer (Paris)*. déc 2018;105(12):1111-8.
12. L'Urologie M de. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : cancer de la prostate [Internet]. 2019 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>
13. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 26 mars 2009;360(13):1320-8.
14. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up. *N Engl J Med*. 15 mars 2012;366(11):981-90.
15. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet Lond Engl*. 6 déc 2014;384(9959):2027-35.
16. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. juill 2019;76(1):43-51.
17. Buzzoni C, Auvinen A, Roobol MJ, Carlsson S, Moss SM, Puliti D, et al. Metastatic Prostate Cancer Incidence and Prostate-specific Antigen Testing: New Insights from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. nov 2015;68(5):885-90.
18. Arnsrud Godtman R, Holmberg E, Lilja H, Stranne J, Hugosson J. Opportunistic testing versus organized prostate-specific antigen screening: outcome after 18 years in the Göteborg randomized population-based prostate cancer screening trial. *Eur Urol*. sept 2015;68(3):354-60.
19. Prorok PC, Andriole GL, Bresalier RS, Buys SS, Chia D, Crawford ED, et al. Design of the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial. *Control Clin Trials*. déc 2000;21(6 Suppl):273S-309S.
20. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer*. 15 févr 2017;123(4):592-9.
21. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 06 2018;319(9):883-95.
22. Dépistage du cancer de la prostate : et après ? - Septembre 2011 [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://cnge-web.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_cancer_de_la_prostate_et_apres_septem/

23. Communiqué_prostate_CMG.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.unaformec.org/uploads/Publications/Communiqué_prostate_CMG.pdf
24. Dépistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_données_rapport.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-06/dépistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_données_rapport.pdf
25. De Koning HJ, Gulati R, Moss SM, Hugosson J, Pinsky PF, Berg CD, et al. The efficacy of prostate-specific antigen screening: Impact of key components in the ERSPC and PLCO trials. *Cancer*. 15 2018;124(6):1197-206.
26. Tsodikov A, Gulati R, Heijnsdijk EAM, Pinsky PF, Moss SM, Qiu S, et al. Reconciling the Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials. *Ann Intern Med*. 3 oct 2017;167(7):449-55.
27. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ. The US Preventive Services Task Force 2017 Draft Recommendation Statement on Screening for Prostate Cancer: An Invitation to Review and Comment. *JAMA*. 16 mai 2017;317(19):1949-50.
28. INCA - Les cancers en France [Internet]. 2020 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
29. Delpierre C, Lamy S, Kelly-Irving M, Molinié F, Velten M, Tretarre B, et al. Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: the case of prostate cancer. *Cancer Epidemiol*. août 2013;37(4):462-8.
30. Le dépistage du cancer de la prostate - S'informer avant de décider - Ref : BROPROSTATE16 [Internet]. 2020 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-dépistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-décider>
31. P-3-2013-09-01-fr-dépistage-cancer-de-la-prostate.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-3-2013-09-01-fr-dépistage-cancer-de-la-prostate.pdf>

VIII. ANNEXES

VIII.1.Annexe 1 :

- Cabinet du Dr CHARPIN à Condom (32100)
- Cabinet du Dr CHEVALIER-DUFLOT et du Dr BAUDOUIN à Condom (32100)
- Cabinet du Dr BONNAFOUS et LAGORCE à Condom (32100)
- Cabinet du Dr VON HAUSEN à Castelnau d'Auzan (32100)
- Cabinet du Dr ELASRI, KUENTZMANN et LAPEYRE à Condom (32100)
- Maison de Santé Pluridisciplinaire de Mirande (32300) des Dr MOURAS, FANTON, KALAWON, DUGUEYPEYROUX et CANCIO
- Cabinet des Dr CANCIO, CHAUMETTE, LORTEAU et LAGOUTE à Auch (32000)
- Cabinet du Dr DARET à Lectoure (32700)

VIII.2.Annexe 2

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse et de mémoire de médecine générale, j'invite les hommes âgés de plus de 50 ans à répondre à mon questionnaire sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Merci.

CATHERINE Régis

VIII.3. Annexe 3

Quelques éléments pour faire face aux questions des patients :

-Cancer le plus fréquent chez l'homme (1^{er}) mais pas le plus mortel (3eme).

-Le plus souvent d'évolution lente : 10-15 ans. Mais pas toujours !

-Facteurs de risque :

- Age (50-75 ans)
- Hérité (Antécédent familial)
- Origine ethnique (Africains/Antillais).

MAIS non suffisants pour un dépistage spécifique de ces populations !

-Le bénéfice du dépistage n'est pas clairement démontré :

- Études contradictoires (PLCO : Pas d'effet sur la mortalité du dépistage Versus ERSPC : Réduction de la mortalité de 20 %)
- Risque de surdiagnostic et de sur-traitement

-Le dosage du PSA est insuffisamment fiable : 70 % des PSA élevés non liés à un cancer de la prostate / 10 % de PSA normaux avec cancer de la prostate

-Donc peut rassurer faussement. Ou inquiéter pour rien.

-Autres cause d'élévation du PSA : Hypertrophie bénigne de prostate. Prostatite.

- Rien ne permet de distinguer les tumeurs agressives et les cancers qui resteront à faible risque évolutif

-Effets indésirables de la biopsie : Douleur / Prostatite / Hématurie / Hémospémie / Rétention aiguë d'urine

-Traitements possibles : Prostatectomie / Radiothérapie / Hormonothérapie

-Effets indésirables des traitements : Infection / Troubles sexuels / Troubles intestinaux

VIII.4. Annexe 4

Ce travail s'intègre dans le processus d'élaboration d'une thèse de médecine générale au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse

Merci de prendre le temps de répondre à mon questionnaire sur place et de le remettre au secrétariat ou au médecin que vous allez consulter après l'avoir rempli.

Ce recueil de données est totalement anonyme et permettra d'évaluer les connaissances des patients susceptibles de bénéficier du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez simplement selon vos connaissances.

Le questionnaire comprend 35 questions nécessitant une seule réponse.

Si les propositions ne vous conviennent pas, vous pouvez toujours proposer d'autres réponses dans la rubrique « Autres suggestions ».

En vous remerciant d'avance pour l'attention que porterez à ce questionnaire

CATHERINE Régis

Parcours :

1) Vous avez ?

-Entre 50 et 60 ans Entre 61 et 70 ans Entre 71 ans et 80 ans Plus de 80 ans

2) Sur le plan professionnel, vous êtes ?

-En activité A la retraite

3) Vous êtes :

-Célibataire En couple Marié Veuf

4) Vous a-t-on déjà diagnostiqué un cancer de la prostate ?

Oui Non

5) Si oui,

-A la suite d'un dosage du PSA A la suite d'un toucher rectal

-A la suite d'un dosage du PSA et d'un toucher rectal A la suite de signes cliniques

-Autres suggestions :

6) Connaissez-vous, ou avez-vous connu quelqu'un atteint du cancer de la prostate ?

Oui Non

7) Avez-vous déjà bénéficié du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA ?

Oui Non

8) Avez-vous déjà demandé le dosage du PSA à votre médecin sans qu'il ne vous en parle ?

Oui Non

9) Si oui :

-Car vous avez déjà bénéficié d'un dosage du PSA

-Car vous vous êtes informés

-Car un membre de votre famille ou un ami a été touché par ce cancer

-Car quelqu'un vous en a parlé

-Car un professionnel de santé (autre que votre médecin traitant) vous en a parlé

-Autre suggestion :

10) Concernant votre santé, vous diriez que vous êtes plutôt :

Inquiet Serein Ne sais pas

11) Concernant les décisions importantes sur votre santé, vous vous considérez comme

-Actif (vous participez aux décisions médicales avec votre médecin)

-Passif (vous suivez les décisions médicales de votre médecin)

-Un peu des deux

12) Concernant votre santé, si vous deviez choisir entre une de ces propositions :

-Je préfère savoir si j'ai un cancer de la prostate

-Je préfère ne pas savoir si j'ai un cancer de la prostate

-Ne sais pas

Connaissances :

13) Selon vous, le cancer de la prostate est-il le plus fréquent chez les hommes ?
Oui Non Ne sais pas

14) Selon vous, le cancer de la prostate touche-t-il plus souvent une population particulière ?
Oui Non Ne sais pas

15) Si oui, quelle population ?
-les caucasiens les africains les asiatiques les latins
-Autre suggestion :

16) Selon vous, le cancer de la prostate touche-t-il plus souvent une tranche d'âge particulière ?
Oui Non Ne sais pas

17) Si oui, quelle tranche d'âge :
-Entre 0 et 20 ans Entre 20 ans et 50 ans Entre 50 ans et 70 ans Après 70 ans

18) Selon vous, le cancer de la prostate est-il héréditaire ? (= transmissible de père en fils)
Oui Non Ne sais pas

19) Selon vous, un cancer de la prostate peut-il être symptomatique (= donner des signes cliniques) ?
Oui Non Ne sais pas

20) Selon vous, un cancer de la prostate peut-il être asymptomatique (= sans signes cliniques) ?
Oui Non Ne sais pas

21) Selon vous, un dosage du PSA normal élimine-t-il un cancer de la prostate ?
Oui Non Ne sais pas

22) Selon vous, un dosage du PSA anormal diagnostique-t-il un cancer de la prostate ?
Oui Non Ne sais pas

23) Selon vous, le dosage du PSA peut-il être anormal dans d'autres situations que le cancer de la prostate ?
Oui Non Ne sais pas

24) Selon vous, le dosage du PSA est-il fiable ?
Oui Non Ne sais pas

25) Selon vous, existe-il d'autres moyens de dépister le cancer de la prostate ?
Oui Non Ne sais pas

26) Si oui, lesquels :
-Toucher rectal Examen d'imagerie Chirurgie
-Autre suggestion :

27) Selon vous, comment peut-on confirmer le diagnostic de cancer de la prostate ?

-Scanner de la prostate IRM de la prostate Biopsies de la prostate

-Echographie de la prostate Radiographie de la prostate

-Autre suggestion :

28) Selon vous, à quel spécialiste s'adresse-t-on en cas de suspicion de cancer de la prostate ?

-Oncologue Gynécologue Gastro-entérologue Urologue

-Autre suggestion :

29) Selon vous, le diagnostic de cancer de la prostate a-t-il des effets secondaires ?

Oui Non Ne sais pas

30) Selon vous, les traitements du cancer de la prostate ont-ils des effets secondaires ?

Oui Non Ne sais pas

Attentes :

31) Avez-vous bénéficié d'un document d'information sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA ?

Oui Non Ne sais pas

32) Si oui, il s'agissait

-d'un document physique (brochure, publicité, magazine, journal...)

-d'un document vidéo (émission vue la télévision ou sur internet...)

-d'un document internet (recherches personnelles, forums, blogs...)

-d'un document audio (émission de radio...)

-d'une conférence par un professionnel de santé (éducation thérapeutique, journée découverte...)

-autre suggestion :

33) Aimeriez-vous bénéficier d'une information sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA ?

Oui Non Ne sais pas

34) Si oui, sous quel format ?

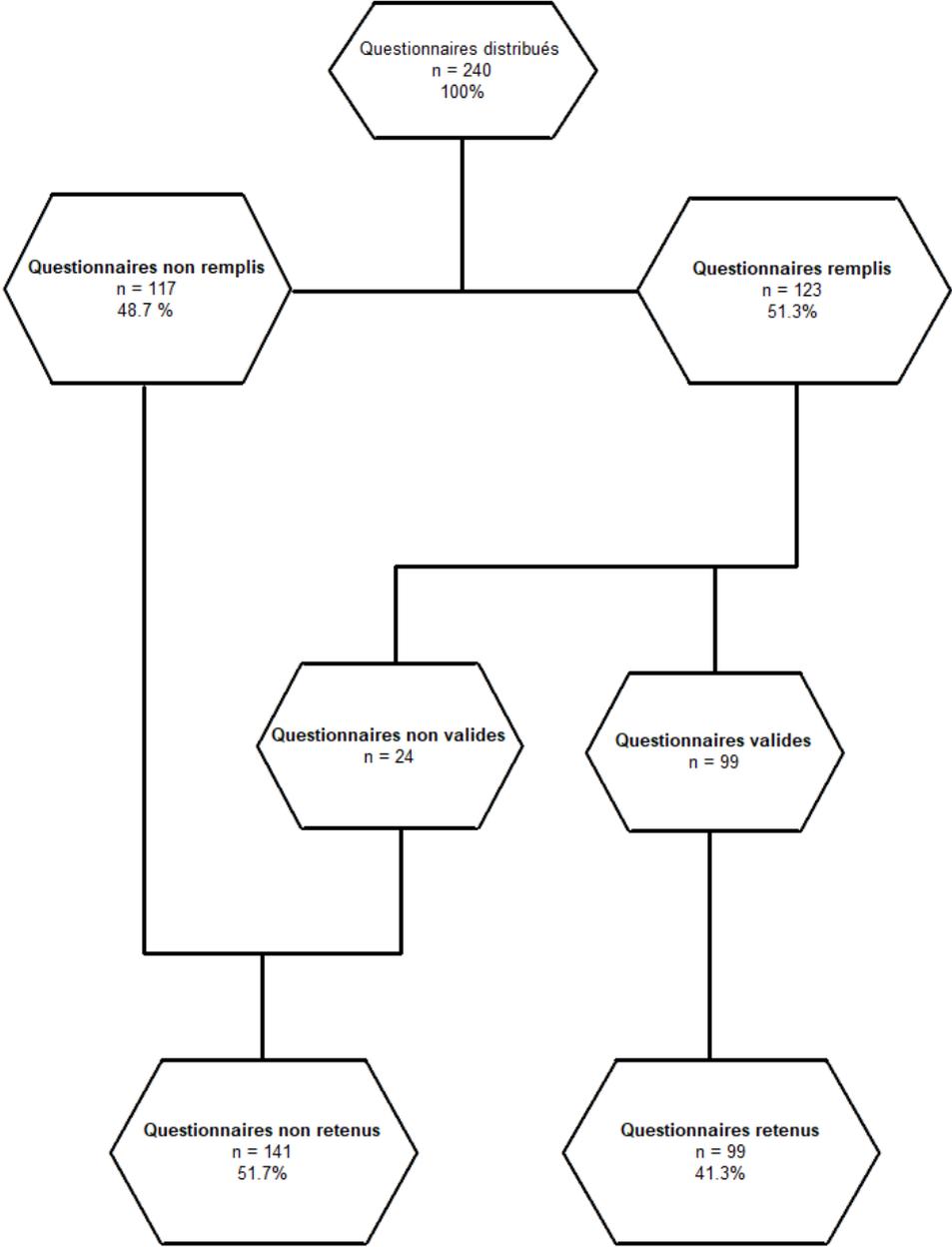
-Audio Support papier Vidéo Internet Information par un professionnel de santé

-Autre suggestion :

35) Pensez-vous que votre médecin vous a suffisamment expliqué les conséquences du dosage du PSA ?

Oui Non Ne sais pas

VIII.5. Annexe 5



AUTEUR : Régis CATHERINE

TITRE : Connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA – Etude sur 8 cabinets médicaux du département du Gers (32)

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Éric CHARPIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Purpan, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse. Le 1^{er} Décembre 2020 à 17h.

Introduction : Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA fait l'objet de nombreux débats dans la communauté scientifique. Son étonnante accessibilité contraste avec le risque de surdiagnostic et de surtraitement lié au bon pronostic du cancer. Les différentes instances scientifiques s'accordent pour une démarche de dépistage individuelle et personnalisée après une information éclairée sur les risques et les bénéfices. L'objectif de mon étude est d'évaluer les connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA. **Matériel et méthodes :** L'effectif est composé d'hommes de plus de 50 ans qui ont répondu à un questionnaire anonyme distribué dans 8 cabinets de médecine générale du département du Gers. Les questions portaient sur les caractéristiques du cancer et sur le dépistage par le dosage du PSA. 99 questionnaires ont été retenus sur les 240 distribués. **Résultats :** Plus de la moitié des patients interrogés ne connaît pas les caractéristiques du dépistage par le dosage du PSA alors qu'ils sont près de 62% à en avoir déjà bénéficié. 50 % estiment que leur médecin ne les a pas suffisamment informés et près de 70 % souhaitent bénéficier d'une information par un professionnel de santé ou une brochure. Certains messages clefs sont bien compris comme la population dépistée, l'incidence du cancer et les moyens diagnostics. **Conclusion :** Les connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA sont insuffisantes. Les professionnels de santé se doivent de continuer à expliquer ce dépistage afin d'éviter les risques de surdiagnostic et de surtraitement.

Title: Patients' knowledges about PSA test for prostate cancer screening – Study of 8 general medicine offices in the Gers region (FRANCE – 32)

Introduction: The use of the serum prostate-specific antigen (PSA) test to detect prostate cancer has long been the subject of debate among the scientific community. Its surprising accessibility contrast with the overdiagnosis and overtreatment risks linked to the good cancer prognosis. The different scientific bodies accord for an individual and personalized screening process after a clear information about the risks and the benefits. The objective of my study is to evaluate the patients' knowledge of the PSA test for prostate cancer screening. **Methods and materials:** The population consists of men over 50 years old who answered an anonymous questionnaire distributed in 8 general medicine offices in the Gers region (FRANCE). Questions were about the of the prostate cancer's characteristics and the PSA test for prostate cancer screening. 99 questionnaires have been selected out of 240 distributed. **Results:** More than half of the questioned patients does not know the characteristics of the PSA test cancer screening even if 62% of them already benefited from it. 50% of the patients think they were not sufficiently informed by their doctor and 70% wish to benefit from information by a health professional or a brochure. Key points are well understood such as the screened population, the cancer incidence, and the diagnosis tools. **Conclusion:** The patients' knowledge of the PSA test for prostate cancer screening are insufficient. Health professionals need to continue to explain this screening process in order to avoid the risks of overdiagnosis and overtreatment

Mots-Clés : Cancer, PSA, Dépistage, Prostate

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France