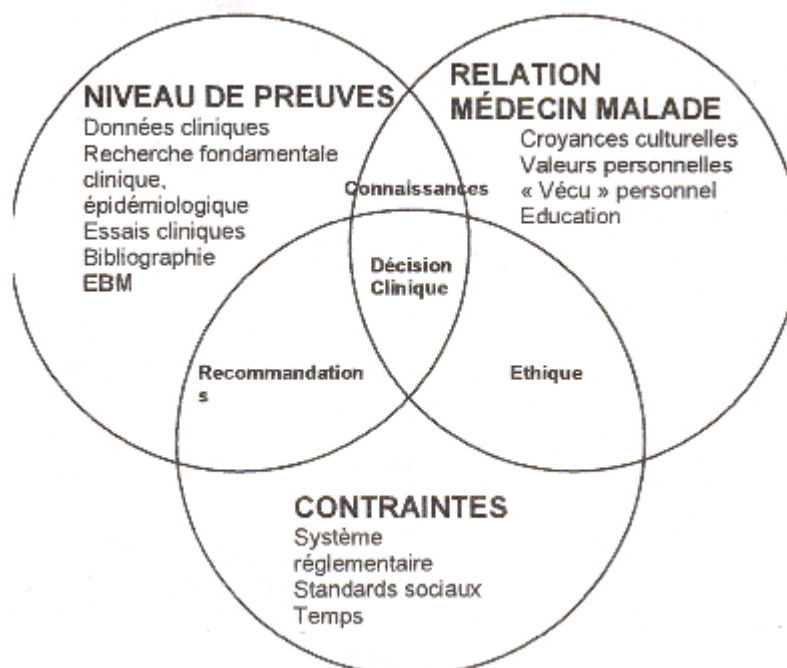


## DIFFICULTE DE LA DECISION EN MEDECINE GENERALE : L'EXEMPLE DU DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE PAR LE DOSAGE DES PSA.

La décision en médecine repose sur le trépied suivant :

- Les données actuelles de la science, déterminées à partir d'études scientifiques dotées d'un certain niveau de preuve, donnant lieu à des recommandations de grade variable.
- Les données de la relation médecin-patient, qui sont liées à la personnalité du médecin, la personnalité du patient, l'interaction qui se noue dans le cabinet de consultation, et les influences extérieures, consciente ou non qui s'exercent sur ces 2 personnalités.
- Les contraintes du moment qui sont d'ordre financières, temporelles, règlementaires et médico-judiciaires. (voir schéma)



(D'après J.M. CHABOT)

Il existe de nombreuses situations, particulièrement en matière de prévention, où les décisions ne coulent pas de source, soit que les recommandations issues des données de la science ne sont pas claires, ou peu diffusées, voire contradictoires, soit que les conditions de la relation médecin-patient ou les contraintes locales ne permettent pas de les appliquer simplement : citons la vaccination contre l'hépatite B, le traitement hormonal de la ménopause, le traitement de la maladie d'Alzheimer ou le dépistage de certains cancers.

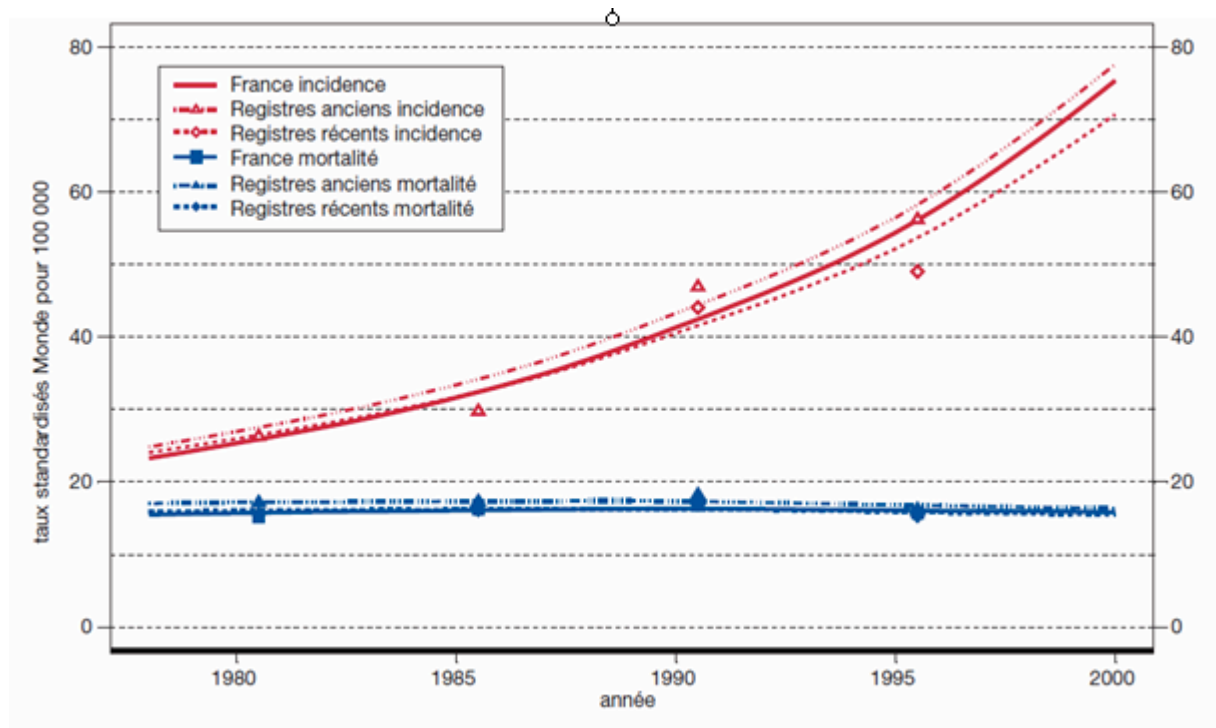
Une thèse de médecine, soutenue dernièrement à Bobigny par le Dr YEU, tente d'explorer les difficultés décisionnelles du médecin généraliste en prenant 1 de ces exemples sujet à controverse : le dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA.

Que nous dit la science :

**SUR LE CANCER DE LA PROSTATE**

Il s'agit d'un cancer fréquent, dont les principaux facteurs de risque sont l'âge, l'origine ethnique, et les antécédents familiaux. Sa fréquence augmente régulièrement depuis 20 ans alors que la mortalité reste stable;

**Figure 1 : TENDANCE CHRONOLOGIQUE DE L'INCIDENCE ET LA MORTALITE DU CANCER DE LA PROSTATE EN FRANCE ENTRE 1980 ET 2000 (12)**



**Entre 2000 et 2005**, le taux d'incidence standardisé est passé de **75,3/100 000** hommes à **121,2/100 000** avec 62 245 nouveaux cas et le taux de mortalité standardisé de **15,3/100 000** à **13,5/100 000** avec 9 202 décès (1).

L'histoire et l'évolution naturelle du cancer est mal connue : Il existe des cancers latents qui ne font jamais parler d'eux : « .Si 16,7% de la population masculine générale est confronté à un cancer de la prostate, il semble que les statistiques soient en réalité encore plus élevées. Une étude menée par autopsie sur des hommes décédés d'autres causes (sont exclus les cas où un cancer de la prostate est avéré ou suspecté) révèle la présence d'anomalies anatomo-pathologiques prostatiques chez 12% des hommes entre 40 et 49 ans, 15% entre 50 et 59 ans, 22% entre 60 et 69 ans et 43% au-delà de 80 ans, soit presque 1 homme sur 2. (2). **Ainsi, si 30 à 40% des hommes de plus de 50 ans sont en réalité porteurs d'un cancer prostatique, seuls 8% vont voir un cancer se révéler et moins de 5% sont susceptibles d'en décéder...».**

. Il existe des cancers qui évoluent très rapidement avant d'avoir pu être dépistés et dont le pronostic est péjoratif malgré le traitement.

Il existe aussi des cancers susceptibles d'évoluer et dont un traitement précoce sauve la vie du patient atteint.

Le problème est qu'on ne sait pas à l'heure actuelle différencier les uns des autres ni si un cancer que l'on a traité aurait été mortel sans traitement.

Ce que l'on sait, c'est que les traitements sont lourds et mutilants :

**Principaux effets secondaires des traitements curatifs des cancers localisés de la prostate 1 an après traitement (à partir des différentes études publiées) (2)**

Traitement	Incontinence urinaire *	Autres troubles urinaires **	Troubles de l'érection ***	Absence d'éjaculation	Troubles digestifs ****
Prostatectomie totale	4 – 39%		20 – 80%	100%	
Radiothérapie externe	0 – 13%	3 – 36%	4 – 55%		1 – 36%
Curiothérapie	6 – 15%	0 – 18%	0 – 18%		5 – 19%

\* : la définition dépend de l'âge. L'intensité et les circonstances de survenue (à l'effort, régulière, occasionnelle, totale [0 à 7 %]) en sont variables.

\*\* : complications urinaires tardives ou persistantes (irritatives : envies impérieuses).

\*\*\* : la définition dépend de l'âge au moment du traitement.

\*\*\*\* : diarrhées, rectorragies.

Au total Le cancer de la prostate 'est un cancer fréquent, dont l'évolution imprévisible est dans un petit nombre de cas influencée par des traitements qui restent lourds et mutilants.

**SUR LE DEPISTAGE PAR LES PSA**

Le PSA ou Antigène spécifique de prostate est une glycoprotéine présente dans le sang dont le taux s'élève en cas d'affection prostatique dont le cancer. Son utilisation pour dépister le cancer de la prostate est controversée. Pour un taux seuil de 4 ng/l, lorsque le test est négatif le patient a quand même 1 chance sur 10 d'avoir un cancer qui ne sera pas détecté. Lorsque le test est positif, il a 100% de chances d'avoir une biopsie qui découvrira un cancer dans 3 cas sur 10. Sur ces 3 cas on ne sait

pas si le cancer qu'on a trouvé est un cancer qui va évoluer ou qui ne fera jamais parler de lui.

Ce qui est sûr c'est que le patient lui, sera devenu « cancéreux », qu'on le traite ou qu'on le surveille activement avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le plan psychologique (épée de Damoclès) social (accès aux assurances), et médical (effets secondaires des traitements).

La plupart des associations ou sociétés savantes internationales ne recommandent pas le dépistage systématique dans la population. En ce qui concerne le dépistage individuel l'HAS, organe officiel médicales des recommandations en France reste pour le moins abscond :

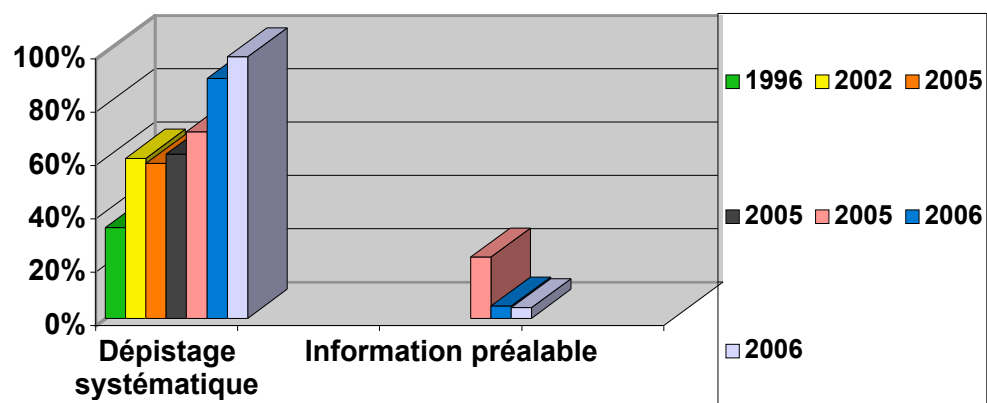
**« si l'intérêt du dosage des PSA selon les études n'est pas démontré dans le cadre d'un dépistage de masse, l'impossibilité de conclure dans celui d'un dépistage individuel, de part l'absence de résultats contributifs, rend la possibilité d'un bénéfice individuel non négligeable. Dans l'attente des conclusions des études PLOC (prostate, lung, ovary and colorectal cancer trial) aux Etats-Unis et ERSPC (Européen randomized screening for prostate cancer) en Europe, le libre choix revient au patient de se faire dépister ou pas, après information personnalisée et discussion avec le praticien. »**

L'Association Française d'Urologie n'est pas beaucoup plus claire dans son information vers les médecins : **« L'AFU ne préconise pas de dépistage de masse ou organisé en l'absence de données épidémiologiques suffisantes et validées. Elle recommande d'informer le patient des bénéfices et risques et de procéder à un dépistage individuel annuel par TR et dosage PSA chez les hommes de 50 ans à 75 ans dont l'espérance de vie dépasse 10 ans. En cas de risque familial (≥ 2 parents proches) ou ethnique (Afrique, Antilles), il convient de débiter le dépistage à partir de 45 ans. Les indications de dépistage sont à poser en fonction selon âge, l'espérance de vie, les comorbidités, l'ethnie et les ATCD familiaux, les taux antérieurs de PSA »**

Par contre dans son information au grand public, l'AFU a beaucoup moins de doute et ne se gêne pas pour appuyer sur le bouton « peur du cancer » et pousser les hommes à demander à leur médecin un dépistage. Difficile dans ces conditions de refuser au patient demandeur un examen qui pourrait peut-être lui « éviter de mourir du cancer de la prostate ».

QU'EN EST-IL DANS LA PRATIQUE ?

Diagramme 3 : Evolution de la pratique de dépistage (proposition systématique et information) du cancer de la prostate en France :



A partir d'une revue de la littérature et des chiffres de la CNAM, on constate qu'une majorité de médecins dépistent systématiquement par PSA, et que les malades dépistés sont très rarement informés

Alors d'où vient cette discordance entre les recommandations issues des données de la science et les pratiques observées ?

Une 1<sup>ère</sup> hypothèse peut-être évoquée grâce à un petit sondage effectué au cours du travail de recherche. Un questionnaire a été envoyé par internet à un certain nombre de médecins généralistes abonnées à des listes de diffusion soit environ 300 médecins. 84 réponses ont été obtenues: Les caractéristiques des répondants ne sont pas dues au hasard et ne sont pas représentatives de la population générale des médecins.

Ainsi 56% des sondés ne reçoivent pas les visiteurs médicaux contre 4% des médecins en général

82% sont abonnées à une revue sans publicité contre 18%

40% ont des fonctions d'enseignement contre 3.5%

En ce qui concerne les pratiques des sondés, ils ne sont plus que 20% à proposer systématiquement un dépistage par PSA, et 80% informent systématiquement leur patient avant de le prescrire.

Ainsi, des médecins qui prennent a priori un rôle actif dans leur recherche d'information : participation à des forums de discussion, abonnement à des revues indépendantes, fonctions d'enseignements, refus d'une information orientée, ont des pratiques qui se rapprochent des recommandations scientifiques.

**« En ce qui concerne l'information des médecins, plusieurs constats peuvent être faits :**

➤ PREMIER CONSTAT :

**Dans les différentes études comme dans le sondage, les sources d'information semblent avoir un impact sur la pratique médicale.**

➤ DEUXIEME CONSTAT :

70% MG considèrent comme primordiale et importante l'information apportée par le Vidal, l'AFSSAPS, la FMC, la HAS et la presse médicale.

La crédibilité accordée aux agences de santé est de 86%, contre 46% pour la CNAMTS, perçue comme moins objective, 45 % pour la presse, 39 % pour les congrès, 36 % pour Internet et 23 % pour la visite médicale.

Pourtant l'utilisation pratique de ces sources d'information est bien éloignée de ces convictions : D'après IPSOS et IMS, 93% des médecins utilisent largement la presse, 75 % la visite médicale. 85 % d'entre eux souhaiteraient recevoir plus d'information de l'AFSSAPS, 84 % de l'ANAES, 72 % de la

DGS, 71 % de l'université. **L'utilisation des diverses sources d'informations n'est pas corrélée au degré de crédibilité que les médecins leur accordent.**

➤ **TROISIEME CONSTAT :**

**L'attitude du médecin dépend de son réseau social d'information.**

**Il semble que l'information modifie le comportement. Mais au-delà de son contenu, c'est le moyen d'information choisi qui va déterminer si le comportement est susceptible d'être facilement influencé : En effet, les médecins ne sont en général pas en position de recherche active d'information, faute d'implication, surtout faute de temps. Le fait de recevoir des représentants de laboratoire par exemple, ou de lire une presse qui ne nécessite pas d'abonnement témoigne de l'acceptation d'une information facile.**

➤ **QUATRIEME CONSTAT :**

L'ASMR, valeur objective de la qualité d'un médicament, est par exemple une donnée nettement plus difficile à trouver en comparaison des mérites que lui attribue l'industrie pharmaceutique. Concernant les médicaments par exemple, 35 à 40 % des médecins se plaignent de manquer de données comparatives, d'informations sur le SMR, l'ASMR, les effets secondaires

**L'information objective, faiblement diffusée, ne peut lutter contre une médiatisation à outrance de renseignements non vérifiés.**

**Les autorités de santé sont insuffisamment présentes et l'information donnée, mal organisée, ne répond pas toujours aux attentes pratiques des médecins généralistes. En l'absence de recommandations clairement établies, on imagine alors le danger d'une mauvaise information, conduisant à l'accroissement de la surconsommation de produits et de services, au détriment de l'objectif premier de la politique de santé qui est l'intérêt du patient.**

➤ **CINQUIEME CONSTAT :**

**Avec un lobbying pharmaceutique important, la pression commerciale, amplement relayée par les médias, modifie la qualité de l'information. Les médecins doivent résister à l'avalanche de messages publicitaires, aux tentatives de manœuvres commerciales des laboratoires, aux demandes pas toujours justifiées du grand public lui aussi soumis à une information anarchique... Malgré la vigilance des praticiens, il existe des conséquences sur les prescriptions et les décisions médicales (corrélation action promotionnelle pharmaceutique et prescriptions).**

**Partout présente, la pression commerciale a envahit le système de soins et les comportements ne sont plus toujours rationnels.**

**Selon certains urologues à propos du dépistage du cancer prostatique : « On peut considérer que certaines actions de sociétés savantes ou de centres leaders sont plus proches du lobbying que du raisonnement scientifique » (7).**

L'industrie pharmaceutique, (via les visiteurs médicaux, 90 % des FMC, au même titre que les voyages organisés sous forme de congrès), ne devrait pas, pour la sauvegarde d'une médecine respectueuse de l'éthique, avoir à intervenir dans la formation du médecin généraliste.

Savoir trier l'information est devenu un enjeu pour la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé.

En ce qui concerne le patient, si sa 1<sup>ère</sup> source d'information reste le médecin traitant, il est soumis à une multitude d'informations particulièrement via internet.

« Le message médiatisé quant au cancer de la prostate s'inscrit plutôt dans une campagne d'incitation au dépistage, plutôt que d'aller dans le sens des recommandations de l'HAS... Voir les affiches de la campagne AFU sur le journées de la prostate.



La majorité des données vulgarisées sur le sujet est accessible sur des sites Internet traitant de la cancérologie ou de l'urologie. Adressées aux patients, les plaquettes d'information ne délivrent qu'une information partielle quand elles n'encouragent pas directement les patients à se faire dépister sans amener à une réelle réflexion sur les avantages et risques du dépistage...

**Au total : un patient mal renseigné, malgré les tentatives de transparence exigées par les autorités de santé, accessibilité facile à des informations non contrôlées, orientées et incomplètes... Les Autorités de santé font preuve encore de passivité, par manque de moyens mais aussi de volonté, ne faisant pas le poids par rapport à des institutions motivées. »**

A cette interférence dans la relation médecin-patient, d'une information de tout bord et de toute nature, s'ajoute maintenant les contraintes nouvelles de l'exercice : l'argent, le temps, le juge.

L'argent : Les prescriptions inappropriées de PSA représentent un coût important pour l'assurance maladie déjà bien mal en point comme chacun sait, (sans compter le coût des investigations et traitements engagés à la suite des dosages positifs). Hors personne n'ose prendre le risque de proposer le déremboursement du dosage des PSA dans l'indication de dépistage, tout en sachant que la rapport coût/efficacité est défavorable.

Le temps : Cela prend beaucoup plus de temps d'expliquer pourquoi il ne faut pas faire un examen, que de l'inscrire sur l'ordonnance

Le juge : La pression médico-judiciaire est une donnée nouvelle de notre pratique .L'absence de clarté des recommandations ajoute l'incertitude judiciaire à l'incertitude médicale. En effet, en cas de plainte pour non dépistage, et perte de chance d'un patient décédé d'un cancer de prostate, on peut craindre que les experts désignés ne soit des urologues persuadés du bien fondé du dépistage.

Au total, nous nous trouvons devant une discordance flagrante des données scientifiques et des pratiques médicales.

Dans une société où la santé est devenu un droit, le « primum non nocere » a laissé la place au « primum agire », où l'information « validée » est celle de celui qui crie le plus fort c'est-à-dire qui a les moyens de se faire entendre», tout porte à croire que cette discordance est liée à un problème d'information.

D'où vient l'information et quel est l'intérêt de celui qui la diffuse ? C'est la question que doit se poser chaque professionnel de santé au moment de la recevoir.

Dans le brouhaha médiatique il existe des initiatives ponctuelles qui aident les professionnels de santé à répondre à cette question et à décider:

La publication de dossier prostate par des revues sans publicité comme « Prescrire » et « Médecine » ou sur le site Internet du FORMINDEP

Le recourt en conseil d'état du Formindep pour obtenir l'application de l'article 26 obligeant les personnalités s'adressant au public sur des problèmes de santé à déclarer leur conflit d'intérêt.



Une campagne de dé désinformation menée par l'URML de la Réunion sur ce sujet du cancer de la prostate.



La section généraliste vous informe :

Le dépistage du **cancer de la prostate** par le **dosage du taux de PSA** doit être effectué **en toute connaissance de cause**, après en avoir discuté avec votre **médecin traitant** et selon des données et des preuves scientifiquement validées.

*L'efficacité du dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas à ce jour prouvée. Ce type de dépistage présente actuellement plus d'inconvénients que d'avantages pour le patient en raison de ses nombreux effets négatifs, et sans qu'un bénéfice réel en terme de nombre de décès ait été démontré, même en cas de cancer.*

**Parlez-en à votre médecin généraliste**  
Pour toute information sur le sujet, consulter le site

<http://www.urml-reunion.net> puis  DD1

Campagne d'information, financée par la section généraliste de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Réunion.