



1. Département de médecine générale, UFR Clermont-Ferrand.

2. Service d'urologie, CHU de Clermont-Ferrand

Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale

Barriers to digital rectal examination in the screening of prostatic cancer in general practice

Mots-clés

Tumeur de la prostate

Détection précoce de cancer

Toucher rectal

Médecine générale

Philippe Vorilhon¹, Boris Mousnier¹, Benoît Cambon¹, Gilles Tanguy¹, Laurent Guy²

exercer 2012;104 :196-202.

pvorilhon2@wanadoo.fr

Background. When relevant, the individual screening of prostate cancer relies on the combination of digital rectal examination and prostate-specific antigen blood test. Previous publications have shown barriers to digital rectal examination in general practice. The objective of this study was to specify and evaluate these barriers.

Methods. Cross-sectional study by questionnaires sent to the general practitioners from the Haute-Loire district and qualitative study with semi-structured interviews. The interviews were fully recorded. Thematic analysis was conducted by two researchers.

Results. 121 practitioners out of 193 answered to the questionnaire (62%). For the qualitative study, 15 practitioners were interviewed. Saturation of data was achieved after 10 interviews. The two main obstacles reported by the physicians were: higher performance and better acceptability of blood test (85%, n=103/121); discomfort for the patient, (77%, n=94/121). Other obstacles reported were lack of time, lack of clarity of the recommendations and lack of reliability of the digital rectal examination. The qualitative study allowed more a thorough exploration of these barriers. Female physicians reported specific barriers. Procedures to overcome these obstacles were described by the practitioners.

Conclusion. Although digital rectal examination might be considered simple, our results suggest that GPs face difficulties to propose this examination. The analysis of these barriers leads to specific procedures to overcome them.

Key words

Prostatic neoplasm

Early detection of cancer

Digital rectal examination

General practice

Introduction

Avec 71 200 nouveaux cas estimés en 2011, le cancer de la prostate est en France le cancer le plus fréquent chez l'homme. Il est la 2^e cause de décès par cancer pour les hommes, et la 4^e pour l'ensemble de la population^{1,2}. L'intérêt d'un dépistage systématique a longtemps été controversé³⁻⁵. En France, jusqu'en 2010, les recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) divergeaient. L'AFU recommandait en 2002 un dépistage systématique⁶. L'Anaes considérait dans sa recommandation de 2004 qu'il n'y avait pas d'argument scientifique pour le faire. Les deux recommandations s'accordaient pour préconiser la combinaison du toucher rectal (TR) et du dosage de l'antigène prostatique spécifique (Pro-

tatic Specific Antigen : PSA) pour le diagnostic, et de délivrer une information claire au patient^{7,8}.

Les résultats des études américaine PLCO et européenne ERSPC et de la *Norrköping study* suédoise n'ont pas montré de bénéfice du dépistage systématique sur la mortalité⁹⁻¹¹. L'AFU a révisé sa recommandation en 2010 en proposant un dépistage individuel par TR et dosage du PSA. Le rythme de réalisation reste à préciser¹².

Quand un dépistage individuel paraît pertinent, des enquêtes par questionnaire ont mis en évidence que la réalisation du TR pose problème au praticien¹³⁻¹⁵. Peu de données dans la littérature apportent une explication aux difficultés que peut rencontrer le médecin généraliste (MG) pour proposer ce geste^{16,17}.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les freins des MG pour pratiquer le TR dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



Méthodes

Cette étude a associé une enquête par autoquestionnaire adressée à tous les généralistes de Haute-Loire et une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. L'utilisation du questionnaire a d'abord apporté des données quantitatives sur les attitudes déclarées. L'utilisation d'une méthode qualitative a ensuite permis d'approcher au plus près la réalité des pratiques. Les entretiens individuels ont été préférés aux entretiens de groupe en raison d'une possible remise en cause des pratiques médicales par le groupe.

Le questionnaire a été envoyé par courrier en juillet 2008 aux 193 MG de Haute-Loire répertoriés sur le site internet de l'Assurance maladie avec une lettre explicative. Il n'a pas été fait de relance. Les 17 MG à exercice particulier n'ont pas été inclus dans l'étude. Le questionnaire était anonyme et comportait 14 questions fermées. Une première partie recueillait l'âge, le sexe, l'année de thèse, la faculté d'origine et le mode d'exercice. Une deuxième partie interrogeait sur les pratiques et les freins des MG pour réaliser le TR (questionnaire disponible sur demande à l'auteur). Les données ont été analysées avec le logiciel SAS v9.1. L'analyse quantitative a utilisé le test du Chi-2 ou de Mann-Whitney avec un risque alpha de 5 %.

L'étude qualitative a été conduite par entretiens individuels semi-directifs. La constitution de l'échantillon de MG a été faite selon un mode raisonné. La diversité a été recherchée pour l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice. 30 MG (23 hommes et 7 femmes) ont été sélectionnés parmi les répondants au questionnaire. Les médecins ont été contactés par téléphone ; 15 ont donné leur accord pour participer.

Guide pour les entretiens individuels

Quelle place accordez-vous au dépistage des cancers dans votre pratique quotidienne ?

Pouvez-vous me raconter une consultation concernant le dépistage du cancer de la prostate ?

Parlez-moi de la demande des patients et de leurs connaissances concernant ce dépistage.

Quels outils utilisez-vous pour ce dépistage ?
Que pensez-vous de chacun d'entre eux ?

Parlez-moi des situations où ce dépistage vous a posé problème.

Pouvez-vous me détailler les informations que vous jugez nécessaire d'apporter aux patients ?

Pouvez-vous m'expliquer ce que vous feriez pour vous-même ou pour vos proches concernant le dépistage ?

Que pensez-vous de vos propres connaissances concernant ce problème ?

Quelles sont vos attentes ?

Tableau 1. Le guide d'entretien



© Radu Razvan – Fotolia.com

Les entretiens se sont déroulés de mars à novembre 2008. Le guide d'entretien a été établi après recherche bibliographique et discussions avec des MG (tableau 1). Les questions ont porté sur la place accordée au dépistage du cancer de la prostate, la façon de l'aborder avec le patient, leur opinion concernant la demande des patients, leur expérience du TR (façon de le présenter, réactions des patients, interprétation du geste, difficultés particulières pour les femmes MG), le dosage du PSA, les informations données aux patients et leurs attentes. Les entretiens ont été enregistrés puis entièrement retranscrits.

Une analyse thématique a été conduite après relecture des verbatim par deux chercheurs : le médecin enquêteur et un anthropologue de santé.

Résultats

L'enquête par questionnaire

Le taux de réponse aux questionnaires a été de 62,1 %. 120 questionnaires étaient exploitables (74 % de MG hommes). Les âges moyens des hommes ($52 \pm 8,1$ ans) et des femmes ($43 \pm 6,8$ ans), correspondaient à ceux des MG de Haute-Loire. 37 % exerçaient en milieu rural, 49 % en milieu semi-rural et 14 % en milieu urbain.

Dans leurs réponses aux questionnaires, 51 % des MG ont déclaré faire un TR « régulièrement », 45 % « de temps en temps » et 4 % « jamais » dans le cadre du dépistage du cancer prostatique (figure 1, page suivante). La différence de pratique entre hommes et femmes n'était pas statistiquement significative.

La gêne éprouvée par le patient représentait un facteur limitant au TR pour 77,6 % (IC95 = 0,69-0,85) des MG (figure 2, page suivante). Le fait d'être plus jeune que le patient n'était pas un obstacle pour 80,6 % (IC95 = 0,71-0,88) des MG hommes et 67,7 %

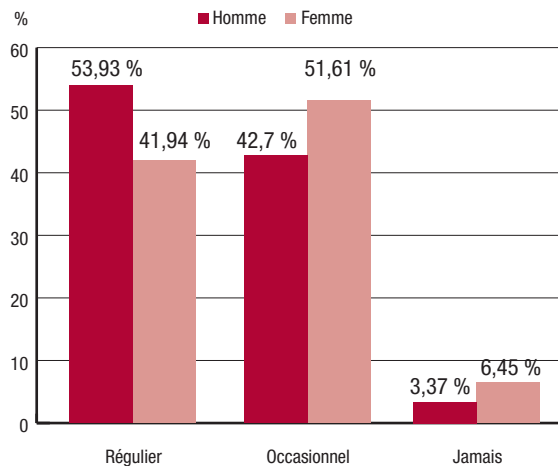


Figure 1. Le TR dans la pratique des MG

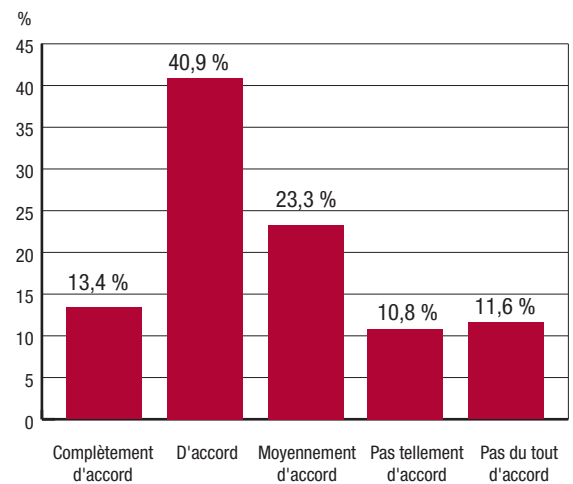


Figure 2. La gêne du patient est un obstacle au TR

(IC95 = 0,49-0,83) des MG femmes ($p = 0,01$). Le fait de bien connaître le patient représentait un obstacle plus important pour les femmes ($p = 0,01$). En réponse à la question qui leur était réservée, 29 % (IC95 = 0,14-0,48) des femmes ont déclaré qu'être une femme n'était pas un obstacle au TR (figure 3).

Pour 64 % (IC95 = 0,55-0,73) des MG, le dépistage devait associer le TR au dosage du PSA. 85 % (IC95 = 0,62-0,79) pensaient que le dosage du PSA était mieux accepté par leurs patients. Les MG urbains et semi-urbains l'exprimaient plus fortement que les MG ruraux (82,3 % et 91,5 % vs 77,3 % ; $p = 0,03$). Pour 43,3 % (IC95 = 0,34-0,53) des MG, le caractère répétitif du TR pour le dépistage annuel n'était pas dissuasif pour le proposer.

Le manque d'entraînement ne représentait pas un facteur limitant pour 48,3 % (IC95 = 0,38-0,59) des hommes et 38,7 % (IC95 = 0,22-0,58) des femmes ($p = 0,016$). Pour 56 % (IC95 = 0,46-0,65) des MG, l'absence de preuves d'une réduction de la mortalité du cancer de la prostate grâce au dépistage n'était pas un obstacle. 10,8 % ont déclaré que le manque de temps était un facteur limitant la réalisation du TR (IC95 = 0,06-0,18).

L'enquête qualitative

11 hommes et 4 femmes ont été interviewés à leur cabinet médical. Les entretiens ont duré entre 20 et 55 minutes. La saturation théorique a été obtenue après 10 entretiens. Elle a été confirmée par 5 entretiens supplémentaires.

Lors des entretiens, les MG ont évoqué leur engagement pour le dépistage des cancers. Pour le cancer de

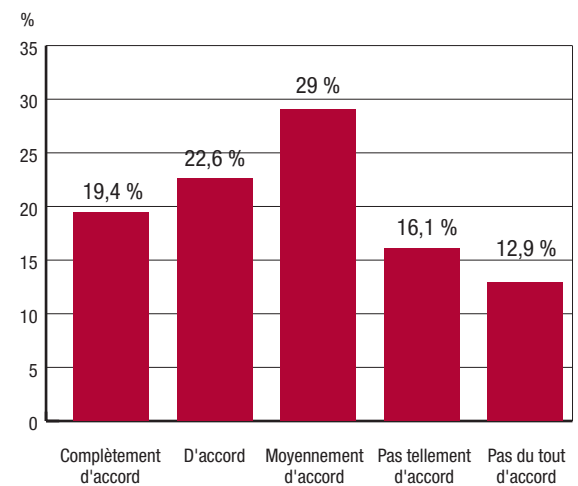


Figure 3. Les MG femmes ont plus de difficultés à pratiquer les TR (réponses des MG femmes)

la prostate, ils ont évoqué spontanément la nécessité de proposer un TR à tous les hommes en âge de dépistage : « J'essaie d'être assez systématique, quand ils arrivent vers 50 ans, je demande des PSA, puis après un TR. Pour moi, quand je me suis installé, c'était un TR tous les ans, mais maintenant ça c'est un peu dilué. » Cinq thématiques ont émergé des entretiens : la gêne, l'impression d'une supériorité diagnostique et d'une meilleure acceptabilité du PSA, la fiabilité du geste, le manque de temps et l'incertitude sur l'efficacité du dépistage.



La gêne provoquée par le TR

Les MG pensaient que le TR provoquait une gêne chez la majorité de leurs patients. Cette gêne leur paraissait liée à l'hygiène, à l'intimité et au caractère intrusif du geste. En proposant le geste, ils craignaient de déstabiliser le patient et redoutaient de manière anticipée un refus. La relation de confiance avec le patient leur permettait de dépasser cette appréhension. Certains MG proposaient un examen différé pour que le patient se prépare à la fois sur le plan psychologique et sur le plan de l'hygiène. « *Je ne veux pas occasionner une gêne chez le patient. Autant regarder la gorge c'est facile, autant faire un TR, ce n'est pas spontané. Le TR, cela touche à tout, cela touche à l'état de propreté... Quand on est malade on n'a pas envie de se faire "triturer" de ce côté-là...* »

La plupart des MG reconnaissait que le TR les mettait eux-mêmes mal à l'aise. Des liens amicaux ou familiaux avec le patient, l'homosexualité du patient, la présence du conjoint ou la religion musulmane étaient des situations embarrassantes. Un MG jeune avait des appréhensions à le proposer à ses patients plus âgés. Tous ces facteurs conduisaient parfois à renoncer à l'examen. L'exploration devenait légitime aux yeux des MG lorsque le patient avait un symptôme.

Les femmes ont évoqué des difficultés spécifiques. Elles pensaient qu'être examiné par une femme pouvait avoir un caractère humiliant et gêner certains patients. Certaines ressentaient péniblement de possibles arrières-pensées d'ordre sexuel chez leur patient. Elles appréhendaient une réaction d'opposition du patient et l'envoyaient alors chez l'urologue ou chez un confrère généraliste. D'autres disaient se rassurer en expliquant au patient la nécessité de ce geste médical, indispensable pour établir le diagnostic. « *Personnellement, je ne pratique un toucher rectal, en tant que femme, que sur des messieurs ayant un minimum de capacité mentale à comprendre l'acte et son intérêt. Je me refuse à toute tentative chez le patient psychiatrique, bizarre, peu instruit, qui risquerait une interprétation erronée du geste.* »

Les hommes étaient perçus comme peu sensibilisés aux pratiques de dépistage, à la différence des femmes habituées au frottis cervico-vaginal et à la mammographie. « *C'est difficile à intégrer dans une consultation, les femmes viennent pour un frottis, aucun homme ne vient pour un toucher rectal.* »

Le dosage du PSA plus fiable et mieux accepté

Certains MG déclaraient associer systématiquement un TR au dosage du PSA, d'autres se limitaient au dosage. Ces derniers disaient proposer un TR en cas de symptomatologie urinaire, d'élévation du PSA, d'antécédents familiaux ou de demande du patient. Ils accordaient

plus de crédit au taux de PSA. Cette impression de supériorité diagnostique était sous-tendue dans le discours de la plupart des MG. Elle les confortait s'ils n'effectuaient pas le TR. « *Je n'ai pas de problème vis-à-vis du TR, mais dans la mesure où l'on a les PSA il est plus facile de demander des PSA que de proposer un TR [...]. Maintenant, ce sont les PSA. Le TR devient un examen "complémentaire" du dépistage.* »

La confiance dans l'interprétation du geste

Pour les MG, savoir interpréter les données de l'examen était primordial. Ils pensaient que la performance pour l'interprétation dépendait de leur expérience du geste. Le manque d'assurance induisait un véritable blocage psychologique, tant pour effectuer le TR que pour l'interpréter. Un manque d'apprentissage et d'entraînement lors des stages en cabinet et à l'hôpital entraînait un défaut de confiance en soi. Les MG ont insisté sur l'importance des formations initiale et continue, par exemple avec des entraînements sur mannequin. « *Le TR, c'est comme une ponction lombaire ou une ponction d'ascite, il faut en faire et en refaire pour être performant. Pour mon cas, le plus dur a été à mes débuts, pour me lancer, et après plusieurs prostates palpées, on est plus à l'aise avec ce geste* » (Dr F).

L'incertitude sur l'efficacité du dépistage

Les MG étaient plus volontaires pour s'engager dans des actions de dépistage de cancer bien établies, comme le sein ou le côlon, qui leur semblaient plus utiles pour la santé de leurs patients. Il leur paraissait difficile de proposer un dépistage avec le TR, considéré comme inconfortable et peu fiable pour le diagnostic. Ils craignaient d'engager leurs patients dans des traitements lourds sans être sûrs de leur rendre service. Cet argument pesait dans leur décision d'abstention du TR et du dépistage du cancer de la prostate en général. « *Je reste un peu perplexe quant au bénéfice du TR sur la mortalité. La situation du dépistage est floue, j'attends les résultats des dernières études en cours...* »

L'adaptation au manque de temps

Informé et préparé psychologiquement les patients nécessitaient des explications assez longues au cours d'une consultation de 15 à 20 minutes, notamment pour des patients âgés ayant plusieurs problèmes de santé. « *Quand je vois un malade régulier, je dois vérifier son poids, sa TA, sa bronchite chronique, son état cardiaque, son diabète..., à la fin de la consultation, si je dois en plus lui expliquer que je vais lui faire un TR, puis faire un TR, on dépassera largement les 15 minutes...* »

Des MG contournaient cet obstacle en demandant dans un premier temps le dosage sanguin du PSA. Ils informaient le patient que le TR serait effectué lors



Obstacles	Stratégie pour les contourner	Souhaits des MG
- Gêne ressentie par le MG - Manque de fiabilité du TR	Réassurance par la répétition du geste	- Renforcement formation initiale et continue - Entraînement sur mannequin
- Gêne ressentie par le patient - Manque de temps - Être femme et MG	- Consultation dédiée proposée $\pm$ après prescription du PSA - Adresser le patient à un confrère MG ou urologue	- Médiatisation du dépistage - Plaquette d'information pour le patient - Renforcer la relation de confiance
Divergence des recommandations, absence de réduction de la mortalité		Une clarification après les études PLCO et ERSPC

Tableau 2. Obstacles, stratégies de contournement et souhaits des MG

d'une prochaine consultation dédiée au dépistage. Cette stratégie leur paraissait efficace pour préparer psychologiquement le patient au TR et mieux organiser leur temps de consultation.

Le tableau 2 regroupe les solutions adoptées par les MG pour contourner les obstacles évoqués et les souhaits qu'ils ont exprimés lors des entretiens semi-dirigés.

Discussion

Principaux résultats

Une des principales difficultés que rencontre le MG pour proposer le TR est au cœur de la relation médecin-patient : proposer un geste intrusif à un patient parfois asymptomatique et qui ne consulte pas précisément pour un dépistage du cancer prostatique nécessite une communication adaptée. Ce geste met en jeu des facteurs individuels, sociaux et culturels. Si la quasi-totalité des MG affirme spontanément dans les questionnaires effectuer des TR régulièrement ou occasionnellement pour le dépistage, les entretiens semi-structurés révèlent qu'un certain nombre de situations constituent un frein à sa réalisation. La réponse des MG femmes au questionnaire n'est pas statistiquement différente, et pourtant elles affirment dans les entretiens que la différence de sexe est très pénalisante.

Les MG craignent de mettre leurs patients dans l'embarras. Ils ont alors du mal à être persuasifs. Ils perçoivent les hommes comme peu sensibilisés aux pratiques de dépistage, à la différence des femmes pour le frottis cervico-vaginal ou la mammographie.

Une autre difficulté ressentie est le manque de confiance dans l'interprétation du toucher. Le TR est « opérateur-dépendant », comme le souligne l'Anaes⁸. La qualité de son interprétation dépend de l'apprentissage au cours des études médicales, puis de la répétition du geste au cours de l'exercice. La moitié des MG de l'étude remettent en cause leur formation au TR. Avec la féminisation de la profession, il conviendra de porter une attention particulière à la formation des médecins femmes, qui demandent un supplément d'assurance.

La facilité à prescrire un dosage sanguin et l'impression d'une supériorité diagnostique du PSA ne devraient pas amener à négliger ce geste qui est indispensable pour détecter des cancers périphériques, même avec un PSA normal¹⁸.

En déclarant que pour 90 % d'entre eux le manque de temps n'était pas un obstacle, les MG n'ont envisagé lors de l'enquête que la réalisation du geste. Lors des interviews, les MG l'ont estimé consommateur de temps, car ils l'ont resitué dans le cadre de la consultation de dépistage avec informations et préparation.

Les entretiens ont permis d'identifier les stratégies mises en œuvre par les MG pour contourner les obstacles. La principale proposition est la consultation dédiée au dépistage. Le MG prescrit le dosage du PSA et programme une nouvelle consultation. Il consacre alors celle-ci à délivrer des informations nécessaires et à effectuer l'examen clinique dans de bonnes conditions avec un patient préparé psychologiquement.

Limites et points forts de l'étude

Cette étude a utilisé deux modes exploratoires. Pour le volet quantitatif, le taux de réponse de 62 % est comparable à ceux d'études similaires menées en Auvergne en 2006 et en Suisse en 2005^{13,15} et bien supérieur à celui d'une étude menée en 2005 en Loire-Atlantique¹⁴. Il montre l'intérêt des MG pour ce problème très actuel. Les MG ayant répondu au questionnaire étaient en grande majorité des hommes dans la tranche d'âge concernée par le dépistage, ce qui renforce peut-être leur intérêt pour le sujet. Leur répartition est conforme à celle des MG du département pour l'âge, le sexe et le lieu d'activité. Ils exercent dans un département à dominante rurale, où le recours à l'urologue est difficile en raison de leur faible nombre. Il convient de tenir compte de cette spécificité et de la possibilité que les MG non répondants soient justement ceux qui ne pratiquent pas de TR.

La méthode qualitative permet de cerner la complexité de l'activité du médecin généraliste et d'approcher au plus près son expérience, son savoir et sa pratique¹⁹. Les entretiens individuels ont été préférés aux entre-



tiens de groupe (ou *focus group*) en raison du caractère personnel d'un sujet qui touche à l'intimité et d'une possible remise en cause des pratiques du médecin par le groupe, en l'absence d'un consensus sur le dépistage. La posture du chercheur se voulait la plus neutre possible, mais il était connu des interviewés comme interne de médecine générale. Il est possible que les médecins aient adapté leurs réponses.

La triangulation des méthodes (quantitative et qualitative) apporte une solidité méthodologique. L'analyse par 2 chercheurs différents des données qualitatives limite les interprétations personnelles. La saturation des données a été atteinte, gage de la validité interne.

L'enquête par questionnaire est du domaine du déclaratif. Elle a permis de dessiner une tendance sur les pratiques et connaissances des MG. La méthode qualitative par entretiens individuels a permis d'affiner les réponses aux questionnaires. Elle a montré que les pratiques ne sont pas aussi simples et « idéales » que les réponses aux questions fermées le suggéraient.

Comparaison avec les données de la littérature

Dans les études de pratiques réalisées en Auvergne et en Loire-Atlantique, les MG déclaraient de façon unanime réaliser le dépistage du cancer prostatique^{13,14}. Comme dans notre étude, ils n'étaient pas à l'aise avec les recommandations, 50 % ne les trouvant pas adaptées à leurs pratiques dans l'enquête auvergnate.

Les rares données qualitatives de la littérature sont concordantes avec cette étude. Dans l'étude anglaise de Hennigan, les deux principaux obstacles identifiés par l'enquête étaient la gêne éprouvée par les patients et la répétition du geste¹⁶. Pour l'étude américaine de Murthy, c'était la méconnaissance de la nécessité de coupler TR/PSA, la perception de supériorité des PSA, le fait que le dosage des PSA soit plus facile à proposer et la croyance que le TR n'apporte rien de plus que les PSA¹⁷. Dans l'étude qualitative Krisis II conduite par l'AFU, le TR apparaissait aux MG comme un élément clinique important du dépistage mais pas toujours facile à réaliser. Plus le geste était répété, plus le praticien était à l'aise pour le faire. Être une femme était, comme ici, perçu comme une difficulté supplémentaire²⁰.

Les MG interviewés étaient encore largement convaincus de l'intérêt du dépistage systématique du cancer prostatique. La HAS préconise dans sa dernière recommandation de ne pas faire de dépistage systématique par TR ou dosage des PSA, y compris chez le patient à risque²¹. Le MG est confronté à la demande fréquente des patients qui souhaitent un dépistage. Il doit apporter les informations nécessaires sur l'intérêt du dépistage. La décision de l'opportunité du dépistage doit être partagée avec le patient.



© Jonathan Cooke – Fotolia.com

Conclusion

Cette étude, qui associait deux méthodes de recherche, a permis d'étudier les freins qu'ont les MG pour effectuer un TR de dépistage du cancer prostatique. Les freins retrouvés ont été la gêne éprouvée par le patient et le médecin, la préférence accordée au dosage sanguin du PSA, le manque de confiance dans l'interprétation du geste, le manque de temps et l'incertitude du bénéfice d'un dépistage.

La méthode par entretiens individuels a permis de préciser la réalité des pratiques, d'explorer les stratégies mises en œuvre pour lever les obstacles au TR, et de recueillir les souhaits des MG. Une étude qualitative menée auprès des patients pour analyser leurs perceptions et leurs représentations du TR apporterait une vision globale. Elle permettrait une communication plus pertinente des MG et l'élaboration de documents d'information adaptés.

Remerciements : les auteurs remercient les médecins généralistes altiligériens qui ont répondu au questionnaire et plus particulièrement les 15 MG qui ont accepté d'être interrogés. Ils remercient également Laurent Marty (anthropologue de la santé) et Bruno Pereira (docteur en biostatistiques, Direction de la recherche clinique et de l'innovation) pour leur aide.



Résumé

Contexte. Le dépistage individuel du cancer de la prostate, lorsqu'il paraît nécessaire, repose sur le toucher rectal et le dosage sanguin de l'antigène spécifique prostatique. Des études ont mis en évidence des difficultés à pratiquer le toucher rectal en médecine générale. L'objectif de ce travail était d'évaluer et préciser les facteurs limitant la réalisation de ce geste.

Méthodes. Enquête par autoquestionnaires envoyés aux médecins généralistes de la Haute-Loire et étude qualitative par entretiens semi-structurés. Les entretiens ont été intégralement enregistrés. L'analyse thématique a été faite par deux chercheurs.

Résultats. 121 MG sur 193 ont répondu au questionnaire (62 %). Pour l'enquête qualitative, 15 MG ont été interviewés, la saturation des données a été atteinte après 10 entretiens. Les deux principaux obstacles identifiés ont été une impression d'une meilleure acceptabilité et d'une supériorité diagnostique du dosage sanguin pour 85 % des médecins répondants et la gêne éprouvée par le patient pour 77 %. Les autres freins déclarés étaient le manque de temps, l'absence de clarté sur les recommandations et le manque de fiabilité du geste. L'enquête qualitative a permis une analyse plus fine des pratiques des médecins. Les médecins femmes ont fait état de difficultés spécifiques. Les médecins ont proposé des procédures pour contourner les obstacles rencontrés.

Conclusion. Pour un geste clinique qui peut paraître simple, l'étude a montré que les médecins généralistes ont parfois des difficultés à proposer le TR pour le dépistage du cancer prostatique. L'analyse de ces difficultés permet de proposer des solutions pour en faciliter la pratique courante.

Références

1. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Incidence et mortalité des cancers en France durant la période 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;26:159-75.
2. Institut de veille sanitaire. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Synthèse des résultats. Saint-Maurice : Invs, 2011.
3. Soulié M, Paparel P, Beuzeboc P, et al. Cancer de la prostate. *Revue du praticien médecine générale* 2008;807:821-6.
4. Wilmart F, Le Roux G, Pouchain D. Faut-il envisager un dépistage systématique du cancer prostatique ? *exercer* 2009; 20:85-9.
5. Prescrire rédaction. PSA et dépistage des cancers localisés de la prostate. *Rev Prescr* 2009;29:437-43.
6. Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie. Recommandations 2002 : Cancer de la prostate. *Prog Urol* 2002;12:29-67.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Opportunité d'un dépistage systématique cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Paris : Anaes, 1999.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : Anaes, 2004.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.
10. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-9.
11. Sandblom G, Varenhorst E, Rossel J, Löfman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial : 20 year follow-up. *BMJ* 2011;342:d1539.
12. Salomon L, Azria D, Bastide C, et al. Recommandations en oncurologie 2010 : cancer de la prostate. *Prog Urol* 2010;20:S217-S252.
13. Guy L, Van de Steene E, Védérine N, Teissonnière M, Boiteux JP. Étude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate. *Prog Urol* 2008;18:46-52.
14. Burin B, Bouchot O, Rigaud J. Pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique et connaissances de leurs patients sur le dépistage du cancer de la prostate. *Prog Urol* 2006;16:559-63.
15. Praz V, Jichlinski P, Aymon D, Leisinger HJ. Dépistage du cancer de la prostate. « Instantané » d'une pratique quotidienne parmi 300 médecins généralistes dans le canton de Vaud. *Rev Med Suisse* 2005;1:2840-2.
16. Hennigan TW, Franks PJ, Hocken DB, Allen-Mersh TG. Rectal examination in general practice. *BMJ* 1990;301:478-80.
17. Murthy GD, Byron DP, Pasquale D. Underutilization of rectal examination when screening for Prostate Cancer. *Arch Intern Med* 2004;164:313-6.
18. Bozeman CB, Carver BS, Caldito G, Venable DD, Eastham JA. Prostate cancer in patients with an abnormal digital rectal examination and serum prostate-specific antigen less than 4.0 ng/l. *Urology* 2005;66:803-7.
19. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-3.
20. Bardon Y, De la Taille A, Chartier-Kastler E, et al. La prostate : Identification des attentes du médecin généraliste. *Prog Urol* 2007;17:199-202.
21. Haute Autorité de santé. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation. Paris : HAS, 2012.