



HAL
open science

Influence des représentations du cancer de la prostate sur la demande de dépistage par dosage du PSA en médecine générale : enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un panel raisonné de patients de plus de 50 ans

Marvin O'Dowd

► To cite this version:

Marvin O'Dowd. Influence des représentations du cancer de la prostate sur la demande de dépistage par dosage du PSA en médecine générale : enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un panel raisonné de patients de plus de 50 ans. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298061

HAL Id: hal-03298061

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298061>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Par

Marvin O'DOWD

Le 6 avril 2020

**Influence des représentations du cancer de la prostate sur la
demande de dépistage par dosage du PSA en médecine générale**

Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un panel
raisonné de patients de plus de 50 ans

Membres du jury :

M. Le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
M. Le Professeur Didier PEIFFERT	Juge
M. Le Professeur Frédéric MARCHAL	Juge
Mme Le Docteur Lina BOLOTINE	Juge
Mme Le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY	Juge et Directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

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

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

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER

Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Pr Mathias POUSSEL

Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====
DOYENS HONORAIRES

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

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

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

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

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

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

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

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

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

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

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

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

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

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

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

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

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

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

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

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Maître et Président de Jury,
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Professeur des Universités, Médecin Généraliste

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
en acceptant de présider le jury de cette thèse.
Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.
Veuillez accepter l'expression de notre plus profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier de Cancérologie - Radiothérapie

Merci de nous faire le privilège d'apporter vos
connaissances à la critique de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre
reconnaissance et de notre profonde estime.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Frédéric MARCHAL

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier de Cancérologie - Radiothérapie

Nous sommes très honoré que vous ayez
accepté de siéger dans ce jury.

Nous vous prions de trouver ici l'assurance de nos
sentiments respectueux et reconnaissants.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Lina BOLOTINE

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier de Cancérologie - Radiothérapie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous sommes très sensible à l'intérêt que vous lui avez porté.

Veillez accepter l'expression de notre sincère gratitude.

À notre Maître, Directrice et Juge,

Madame le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Médecin Généraliste, Maître de Stage des Universités

Chère Laurène,

Merci d'avoir initié ce travail et d'avoir accepté de le diriger.

Vos nombreux conseils ont été précieux dans sa réalisation.

Merci pour votre accompagnement durant les stages que

nous avons eu le plaisir d'effectuer à vos côtés.

À mes parents, pour votre amour, votre bonté et la confiance que vous me témoignez. J'ai la chance d'avoir toujours pu compter sur vous et je vous en suis infiniment reconnaissant.

À Boris, pour ta bienveillance et ta sagesse qui sont pour moi des modèles et me rendent fier d'être ton frère.

À Didier, que j'ai eu le plaisir de remplacer pendant de longs mois, et qui a su tenir un rôle de mentor à mes débuts dans ce métier. Merci pour ta confiance, ta présence et les nombreux enseignements que tu m'as apportés.

À mes copains de fac, à commencer par Amandine, ma meilleure amie et confidente pendant ces nombreuses années ; à Michaël, Laurène, Jacques, Guillaume, Judicaël, Lucio, Julien, Lucie, Richard, Christelle, ...

Aux copains de mon enfance à Liverdun, Alexandre, Chloé, Allan, Johanna, Thomas, Florian, Cynthia, Célia, Sylvain, Karine, ...

Aux copains de mon adolescence toulouise, Nicolas, Mathieu, Éric, Tamara, Adeline, Xavier, Arnaud, Kévin, Martial, Giliane, Dävy, Marine, Olivia, Élodie, Fanny, Mary, Julien, Tatiana, Aurélie, Marlène, ...

Aux bons copains de ma jeune vie d'adulte, Florian, Thibaut, Charles, Marc, Stéphane, Antoine, Bruce, Mathieu, ...

Aux copains des soirées Bidoux, Christophe, Olivia, Laurent, Guillaume, Alexandre, Jules, Benoît, Karine, Fabien, David, ...

À mes collègues de Sarreguemines qui, pour beaucoup, découvriraient comme moi les galères et les joies de l'internat. Je garderai longtemps le souvenir de nos soirées endiablées, des restaurants, des pauses réconfortantes auprès de vous. À Julie, Thibaut, Élodie, Marion, aux Julien ; aux plus formidables des externes, Nicolas et Marjolaine ; au plus adorable des infirmiers, Manuel.

À mes collègues de Saint-Dié-des-Vosges, grâce à qui je garde le souvenir d'un semestre enjoué, riche en soirées et repas chaleureux. Je repense avec amusement à cette folle nuit d'Halloween que je revivrais volontiers. À Kathleen, Camille, Claire, Fanny, Maude, Dorian, Thibaut, Rima, Sophia, Fehd. Aux infirmières avec qui j'ai noué des liens particuliers, Élodie, Justine et Ayse.

À mes collègues de Remiremont, notamment ceux de pédiatrie avec qui j'ai partagé un hiver dense et joyeux. À François, Doriane, Élodie, Tiphaine, Aurélien, Sandra. Et parmi les infirmières et auxiliaires, je pense tout particulièrement à Sophie et Lila pour les délicieux moments et les fous rires que nous avons eus.

À mes co-internes des urgences qui, par leur sérieux et leur bonne humeur, ont rendu ce semestre supportable. À Paul-Émile, Adrien, Cathy, Anne, Lucie, Yannick, Simon, Lisa, Gaëtan, Laurie, Aline, Aurélie, Ali, Christopher.

Aux maîtres de stage et aux praticiens qui ont concouru à former le médecin que je suis : Dr Millet-Malingrey, Dr Riff, Dr Boeckler, Dr Bertaux, Dr Florsch, Dr Gramada, Dr Galichet, Dr Boulay, Dr Ancel, Dr Bengrina, Dr Sibeoni, Dr Cata, Dr Gaga, Dr Danet, Dr Tan, Dr Louis, Dr Bichat, Dr Bassand, Dr Buessler, Dr Jaeger, Dr Brembilla, Dr Ingret, Dr Huot-Marchand, Dr Jabbour, Dr Lauvray, Dr Archen, Dr Lapostolet, Dr Dieterling, ...

Aux patients, aux médecins, et aux secrétaires qui ont aimablement participé au recueil des données de ce travail, soyez assurés de ma profonde gratitude.

À **Élodie**, qui m'a si gentiment épaulé et motivé dans la réalisation de ce travail.

À **Daniel**, pour les précieux conseils et les encouragements que tu m'as apportés tout au long de ce travail.

À **Thibaut**, mon premier collègue d'internat, dont la gentillesse et la disponibilité manqueront à notre métier.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Liste des abréviations	29
I. Introduction	31
A. La prostate	32
1. Anatomie de la prostate.....	32
2. Rôle de la prostate	32
3. Pathologies prostatiques.....	33
B. Le cancer de la prostate	33
1. Épidémiologie du cancer de la prostate.....	33
1.1. Incidence	33
1.2. Prévalence	33
1.3. Mortalité.....	33
1.4. Taux de survie	33
2. Facteurs de risque.....	34
3. Diagnostic.....	34
3.1. Signes cliniques.....	34
3.2. Examens de première intention	34
3.3. Confirmation diagnostique.....	35
4. Évolution	35
5. Traitements.....	35
6. Complications des traitements	36
C. Le dépistage	36
1. Principes de dépistage d'une maladie selon l'OMS.....	36
2. Les types de dépistage.....	37
3. Qualités d'un test de dépistage selon l'HAS	37
D. Le PSA	38
1. Définition	38
2. Circonstances modifiant le taux de PSA.....	38
3. Performances du PSA.....	39
4. Interprétations du PSA	39
E. Controverse autour du dépistage du cancer de la prostate	39
1. Principales études citées.....	39
1.1. Étude américaine PLCO.....	39
1.2. Étude européenne ERSPC.....	40
1.3. Étude de Göteborg.....	41

2.	Avis des principales sociétés savantes françaises	41
2.1.	Avis de la Haute Autorité de Santé (HAS)	41
2.2.	Avis de l'Association Française d'Urologie (AFU).....	42
II.	Matériels et méthodes	45
A.	Objectifs de l'étude	45
B.	Méthodologie	45
1.	Choix du type d'étude	45
2.	Choix du type d'entretien.....	45
3.	Choix des questions de recherche	46
C.	Population étudiée	46
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	46
2.	Échantillonnage.....	47
3.	Méthode de recrutement.....	47
D.	Entretiens semi-dirigés	47
E.	Transcription des entretiens	48
F.	Exploitation des données	48
III.	Résultats	49
A.	Entretiens semi-dirigés	49
B.	Population étudiée	49
C.	Analyse thématique	51
1.	Dosage du PSA.....	51
2.	Acceptation des examens de dépistage	53
3.	Initiateurs du dosage de PSA	53
4.	Représentations de la prostate	55
5.	Représentations du cancer de la prostate.....	58
6.	Évolution du cancer de la prostate	60
7.	Moyens thérapeutiques.....	61
8.	Conséquences des traitements	63
9.	Intérêts du dépistage.....	64
10.	Inconvénients du dépistage	66
IV.	Discussion	69
A.	Validité interne	69
1.	Validité de la méthodologie	69
1.1.	Évaluation des choix méthodologiques.....	69
1.1.1.	Choix du type d'étude	69

1.1.2. Choix du type d'entretiens	69
1.1.3. Choix des questions d'étude.....	69
1.2. Évaluation des biais d'étude.....	70
1.2.1. Biais internes	70
1.2.2. Biais externes	70
1.2.3. Biais d'investigation.....	70
1.2.4. Biais d'interprétation.....	71
2. Validité des résultats	71
2.1. Réponses aux objectifs de l'étude	71
2.2. Taux de participation	72
2.3. Saturation des données	72
2.4. Représentativité de la population	72
B. Validité externe	73
1. Représentations du cancer de la prostate.....	73
1.1. Emploi du terme virilité	73
1.2. Rapports à l'intimité.....	73
1.3. Craintes liées au cancer de la prostate.....	74
1.4. Méconnaissance et croyances erronées	74
2. Perception du dépistage par les patients.....	75
2.1. Adhésion au dosage du PSA	75
2.2. Intérêts du dépistage.....	75
2.3. Inconvénients du dépistage	77
2.4. Manque d'information.....	78
3. Déterminants de la demande de dépistage	79
3.1. Pratique d'un dépistage non organisé.....	79
3.2. Instigateurs du dosage du PSA.....	79
3.2.1. Demande du dosage par le patient.....	79
3.2.2. Médecins prescripteurs.....	80
3.2.3. Indications du PSA.....	80
3.3. Parallèle avec le cancer colorectal	81
V. Conclusion.....	83
Annexe 1 : Courrier à destinée des médecins	85
Annexe 2 : Document de recrutement.....	86
Annexe 3 : Formulaire de recueil du consentement.....	87
Annexe 4 : Questionnaire de recueil des déterminants	88
Annexe 5 : Canevas d'entretiens	89
Annexe 6 : Tableaux thématiques	90
Bibliographie.....	101

Liste des abréviations

ACFA : Arythmie complète par fibrillation auriculaire

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

AFU : Association Française d'Urologie

AIT : Accident ischémique transitoire

AVC : Accident vasculaire cérébral

CaP : Cancer de la prostate

CSP : Catégorie socio-professionnelle

E1, E2, ... : Entretien 1, Entretien 2, ...

FdR : Facteur de risque

FO : Fréquence d'occurrence

HAS : Haute Autorité de Santé

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

INCa : Institut National du Cancer

L1, L2, ... : Ligne 1, Ligne 2, ...

MOD : Marvin O'DOWD, enquêteur des entretiens

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P1, P2, ... : Patient 1, Patient 2, ...

PSA : *Prostate specific antigen*, antigène spécifique de la prostate

I. Introduction

Le dépistage du cancer de la prostate (CaP) est controversé. Depuis plusieurs années en France, on assiste à une opposition entre des sociétés savantes dont les recommandations divergent en la matière. La Haute Autorité de Santé (HAS) a notamment formulé une non-recommandation de dépistage systématique du CaP. Elle met en avant l'absence de démonstration robuste du bénéfice sur la mortalité et estime les performances du PSA insuffisantes et entraînant des risques de surdiagnostic et de surtraitement (1). Elle s'oppose à l'Association Française d'Urologie (AFU), qui préconise un dépistage individuel des hommes de 50 à 75 ans, voire à partir de 45 ans en présence de facteurs de risque, en se fondant sur une diminution de la mortalité spécifique (2).

Malgré l'absence de dépistage organisé du cancer de la prostate, le PSA fait l'objet d'une large prescription, notamment en médecine générale (1,3). En terme de chiffres, les dosages du PSA et du PSA libre ont représenté en 2015 respectivement près de 4,5 millions et 1 million de mesures, pour un coût de plus de 50 millions et 20 millions d'euros, d'après les données de l'Assurance Maladie (4).

Parmi ces dosages, une proportion était nécessairement consacrée au diagnostic et au suivi des patients porteurs d'un cancer de la prostate. Les chiffres du dépistage individuel dans la population générale ont été estimés par Tuppin P. *et al.* en 2016 (5) à partir des données du SNIIRAM (Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie). La proportion d'hommes de 40 ans et plus, sans cancer de la prostate, ayant eu au moins un dosage de PSA dans l'année était de 28,9 % en 2015, ce qui représente 3,4 millions d'hommes.

Deux cancers font l'objet d'un dépistage organisé en France : le cancer colorectal pour les femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans, et le cancer du sein pour les femmes de la même tranche d'âge. À titre de comparaison, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sur la période 2017-2018 était de 32,1 %, soit près de 5,5 millions de personnes (6). Celui du cancer du sein pour l'année 2018 était de 50,3 %, c'est-à-dire environ 2 595 000 femmes (7).

Les patients sont eux-mêmes souvent demandeurs d'un dépistage du CaP par dosage du PSA. Nous nous sommes alors interrogés sur ce qui les poussait à demander ce dépistage non recommandé alors que les taux de participation des dépistages organisés sont modestes.

Les procédures de dépistage comportent toutes des freins, que ce soit le dépistage du cancer colorectal qui requiert le prélèvement d'un échantillon de selles, le frottis cervico-vaginal nécessitant un examen gynécologique ou la mammographie souvent décrite comme inconfortable. À l'inverse, le dosage du PSA n'exige qu'un prélèvement sanguin.

Nous nous sommes intéressés à ce qui, au travers de leurs représentations de la prostate et du cancer de la prostate, incitait les patients à recourir au dépistage par dosage du PSA. Quelle place occupe cet organe pour l'individu masculin et quels dangers le cancer de la prostate fait-il peser ?

A. La prostate

1. Anatomie de la prostate

La prostate est une glande de 15 à 20 g, pour un volume de 30 à 40 ml chez l'homme jeune. Elle comprend deux lobes et est entourée d'une capsule. Anatomiquement, on distingue trois zones : centrale, périphérique et de transition.

Elle est située sous la vessie et traversée par la portion initiale de l'urètre qui reçoit les canaux déférents et éjaculateurs (1).

2. Rôle de la prostate

La prostate est une glande de l'appareil génital. Elle sécrète le liquide séminal, l'un des constituants du sperme.

Elle n'a pas de rôle physiologique dans la miction. En revanche, une augmentation de volume tumorale, en comprimant l'urètre prostatique, est susceptible d'entraver la miction.

De même, elle n'a pas de fonction propre dans l'érection. C'est la lésion des bandelettes nerveuses végétatives (nerfs caverneux) qui entraîne la dysfonction érectile fréquemment observée après prostatectomie totale (8).

3. Pathologies prostatiques

La prostate peut être le siège de trois types de pathologies :

- La prostatite
- L'hypertrophie bénigne de la prostate : après 50 ans, la prostate augmente de volume de façon progressive et continue jusqu'à occasionner des troubles mictionnels
- Le cancer de la prostate

B. Le cancer de la prostate

1. Épidémiologie du cancer de la prostate

1.1. Incidence

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme.

En 2015, son incidence était estimée à 50 430 nouveaux cas diagnostiqués en France métropolitaine.

L'âge médian au diagnostic est de 68 ans (9).

1.2. Prévalence

La prévalence en France métropolitaine était de 508 699 hommes en 2008 (10).

1.3. Mortalité

La mortalité a été estimée en 2015 à 8 512 décès en France métropolitaine, faisant du cancer de la prostate la 3^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme.

L'âge médian des décès par cancer de la prostate est de 83 ans (9).

1.4. Taux de survie

Le CaP est un cancer de bon pronostic. Son taux de survie est estimé à 84 % à 5 ans et 70 % à 10 ans (1).

2. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de cancer de la prostate identifiés sont (11,12) :

- l'âge avancé : 70 ans ou 75 ans selon les sources ;
- les antécédents familiaux de cancer de la prostate, en particulier des antécédents chez au moins deux parents collatéraux, chez un parent âgé de moins de 55 ans, chez trois membres d'une même fratrie ;
- l'origine afro-antillaise ;
- le risque lié à l'utilisation de pesticides (notamment la chlordécone) reste à démontrer.

3. Diagnostic

3.1. Signes cliniques

Le diagnostic de cancer de la prostate peut se faire chez un patient asymptomatique.

Il peut être suspecté devant certains signes fonctionnels :

- Troubles urinaires irritatifs ou obstructifs : dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles
- Hématurie
- Hémospermie, douleurs à l'éjaculation
- Altération de l'état général

Des douleurs osseuses peuvent révéler un envahissement métastatique (1,12).

3.2. Examens de première intention

Une suspicion de CaP doit conduire à réaliser :

- un toucher rectal à la recherche d'une augmentation de volume ou d'une induration ;
- un dosage du PSA total à la recherche d'une augmentation > 4 ng/ml.

3.3. Confirmation diagnostique

L'examen anatomopathologique des biopsies prostatiques (échoguidées par voie transrectale) permet d'affirmer le diagnostic de CaP.

Les principales complications liées aux biopsies sont les suivantes :

- Hémospermie, urétrorragie
- Rectorragie
- Fièvre, prostatite aiguë, épididymite

4. Évolution

Le cancer de la prostate est un adénocarcinome, le plus souvent sporadique (80 % des cas) mais parfois héréditaire (10 % des cas) ou familial (10 % des cas).

Il peut être intracapsulaire (ou localisé), ou extracapsulaire.

Il existe des formes indolentes de cancer de la prostate, les plus fréquentes, et des formes agressives. Aussi, moins d'1 homme sur 5 est concerné par une progression métastatique après 10 ans d'évolution (1).

5. Traitements

Les patients dont l'espérance de vie est inférieure à 10 ans peuvent bénéficier d'une surveillance simple.

Les cancers de formes indolentes, chez les patients dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans, peuvent faire l'objet d'une surveillance active, différant ainsi le traitement curatif jusqu'à l'apparition d'une symptomatologie d'extension tumorale.

Les principaux traitements curatifs sont (1,12) :

- La chirurgie ou prostatectomie totale
- La radiothérapie externe
- La curiethérapie
- Le traitement de type hormonal
- La chimiothérapie

6. Complications des traitements

Les effets indésirables des traitements du CaP sont fréquents. En dehors de l'anéjaculation qui est constante après prostatectomie, les complications concernent 50 % des patients traités et sont principalement du type (13):

- Troubles de l'érection
- Incontinence urinaire
- Rétention aiguë d'urine
- Sténose de l'urètre
- Troubles digestifs

C. Le dépistage

Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier, parmi des sujets apparemment en bonne santé, ceux atteints d'une maladie (14). Il n'a pas pour objet de poser un diagnostic. Les tests de dépistage doivent permettre de différencier les sujets atteints de la maladie, de ceux qui en sont exempts.

1. Principes de dépistage d'une maladie selon l'OMS

L'OMS a établi en 1970 des principes directeurs pour l'organisation des activités de dépistage :

- 1) La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3) Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5) Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- 6) L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
- 7) L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.

9) Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

10) La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

2. Les types de dépistage

Plusieurs types de dépistage existent :

- **Systématique** ou « de masse » : la population recrutée n'est pas sélectionnée. Le dépistage peut cependant être généralisé à une tranche d'âge définie
- **Sélectif** ou ciblé : dépistage dans lequel la population recrutée est sélectionnée selon des critères définis tels que les facteurs de risque
- **Organisé** ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté via des campagnes de dépistage. Le dépistage repose sur la participation volontaire des sujets
- **Opportuniste** : la population est recrutée à l'occasion d'un recours aux soins
- **Multiple** : recherche de plusieurs affections simultanément par le biais de plusieurs tests de dépistage

3. Qualités d'un test de dépistage selon l'HAS

Un test de dépistage doit avoir les qualités suivantes selon l'ANAES devenue HAS (15) :

- **Simplicité** de mise en œuvre
- **Fiabilité** : le résultat du test doit correspondre à l'anomalie recherchée
- **Reproductibilité** : le test doit donner les mêmes résultats s'il est utilisé à nouveau dans les mêmes conditions
- **Validité** : les résultats du test doivent permettre de distinguer les sujets malades des sujets sains. La validité d'un test est appréciée à l'aide des caractéristiques suivantes :
 - **Sensibilité** : probabilité que le test soit positif chez un sujet malade
 - **Spécificité** : probabilité que le test soit négatif chez un sujet sain
 - **Valeur prédictive positive** : probabilité qu'un sujet ayant un test positif ait réellement la maladie
 - **Valeur prédictive négative** : probabilité qu'un sujet ayant un test négatif soit réellement sain

Les qualités du test relèvent à la fois de ses caractéristiques intrinsèques (sensibilité, spécificité) et des caractéristiques de la population, notamment la prévalence de la maladie.

En situation de dépistage, un test sensible est souvent choisi au détriment de la spécificité afin de dépister beaucoup de sujets comprenant un grand nombre de faux positifs. Un test de spécificité plus élevée est secondairement utilisé pour éliminer les faux positifs et préciser le diagnostic.

D. Le PSA

1. Définition

Le PSA, *prostate specific antigen* ou antigène spécifique de la prostate, est une protéine sécrétée par les cellules de la prostate. C'est l'un des constituants du liquide séminal et son rôle est de fluidifier le sperme (1).

Son dosage est utilisé comme outil de dépistage, de diagnostic et de suivi du cancer de la prostate.

2. Circonstances modifiant le taux de PSA

Le PSA est un marqueur spécifique de la prostate. Le plus souvent, il augmente en cas de cancer de la prostate mais il ne lui est pas spécifique. En effet, il augmente avec l'âge et en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate. Il peut également varier en fonction des circonstances suivantes :

- Élévation modérée : dans les 48h qui suivent l'éjaculation, un toucher rectal ou un exercice physique intense
- Élévation importante : après infection urinaire, prostatite aiguë, rétention aiguë d'urine, cystoscopie, sondage vésical, échographie endorectale, biopsie et résection prostatique, ou en cas de pratique régulière du vélo
- Diminution : traitement de l'HBP par inhibiteurs de la 5-alpha-réductase

3. Performances du PSA

Pour une valeur seuil ≥ 4 ng/ml, la sensibilité du PSA est comprise entre 20 % et 75 % et la spécificité est de 90 %. La valeur prédictive positive (VPP) est de 30 % et la valeur prédictive négative (VPN) de 90 %.

4. Interprétations du PSA

Le PSA sérique total est la somme des formes liée et libre du PSA. La forme liée s'élève en cas de cancer et la forme libre en cas d'HBP. Le rapport PSA libre/PSA total a tendance à diminuer en cas de cancer mais sa prescription dans la démarche diagnostique n'est pas recommandée en première intention par l'HAS et l'AFU (1,12).

On considère généralement le seuil de 4 ng/ml pour définir une valeur anormale, bien qu'il n'existe pas de seuil excluant tout risque de cancer.

E. Controverse autour du dépistage du cancer de la prostate

1. Principales études citées

1.1. Étude américaine PLCO

L'essai dit *Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer screening* était une étude en intention de dépister, évaluant l'efficacité d'une proposition de dépistage de trois cancers ciblés. Elle a inclus 76 693 hommes âgés de 55 ans à 75 ans entre 1993 et 2001. Les hommes qui avaient un taux de PSA supérieur à 4 ng/ml ou une suspicion de cancer au toucher rectal ont été adressés à leur médecin habituel pour décider de la stratégie de prise en charge à adopter.

Environ 15 % des patients du groupe dépistage ne l'ont pas réalisé comme prévu. La puissance était limitée en raison d'un recrutement plus modeste que prévu et d'une contamination élevée par le dépistage spontané (50 % des hommes du groupe témoin ont eu au moins un dosage de PSA en dehors de l'essai) (1,16).

En 2009, des résultats intermédiaires ont été publiés après 9 ans de suivi dans le *Journal of the National Cancer Institute* (17) :

- La mortalité par cancer de la prostate a paru plus élevée de 11 % dans le groupe dépistage, sans différence statistiquement significative.
- Dans le groupe dépistage, un CaP a été dépisté chez 9 % des patients contre 7,8 % dans le groupe témoin.
- L'étude suggère un surdiagnostic important, des effets indésirables fréquents et l'absence d'effet significatif sur la mortalité spécifique.

En 2012, les résultats après 13 ans de suivi ont été publiés dans le *Journal of the National Cancer Institute* (18):

- Ils concluent à l'absence de preuve d'un bénéfice sur la mortalité spécifique pour un dépistage annuel organisé comparé à un dépistage opportuniste.

1.2. Étude européenne ERSPC

L'essai dit *European Randomized study of Screening for Prostate Cancer* est une étude qui a été réalisée dans 9 pays européens. Elle a inclus 183 000 hommes âgés de 50 à 74 ans recrutés entre 1991 et 2001.

Les protocoles ont différencié selon les pays avec notamment des seuils de PSA définissant un test positif variant de 2,5 ng/ml à 10 ng/ml. Environ 20 % des candidats au dépistage invités ont refusé d'y participer. L'important taux de contamination dans les groupes témoins par le dépistage opportuniste a entraîné une perte de puissance (1,16).

En 2009, l'analyse intermédiaire portant sur les résultats de sept pays pour lesquels le suivi moyen avait été de 9 ans ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine* (19) :

- La mortalité spécifique était réduite de 20 % dans le groupe dépistage, de façon statistiquement significative, pour les patients âgés de 55 à 69 ans à l'inclusion. La différence était de 7 décès par CaP pour 10 000 hommes de ce sous-groupe.
- Le surdiagnostic était important et les effets indésirables fréquents.
- Le niveau de preuve était amoindri par les variations du protocole et le fait que l'analyse soit incomplète.

En 2014, de nouveaux résultats ont été publiés dans *The Lancet* après 13 ans de suivi (20) :

- Ils confirment une réduction de la mortalité spécifique due au dépistage par dosage du PSA, mais l'absence d'effet sur la mortalité globale.
- La réduction absolue du risque de décès par CaP était équivalente à une mort évitée pour 781 hommes invités au dépistage.

1.3. Étude de Göteborg

Il s'agit d'un essai randomisé, réalisé en Suède, incluant 20 000 hommes âgés de 50 à 64 ans et comparant un groupe de dépistage par dosage du PSA tous les deux ans à un groupe témoin (21). Le suivi a duré 14 ans.

Les résultats ont été publiés en 2010 dans *The Lancet Oncology* (22) :

- La mortalité spécifique était statistiquement plus faible dans le groupe dépistage.
- 1 décès par CaP était évité pour 300 hommes dépistés.
- Il n'y avait pas d'effet sur la mortalité globale.

2. Avis des principales sociétés savantes françaises

2.1. Avis de la Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS a publié en 2013 une actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) sur la détection précoce du cancer de la prostate (1).

Elle constate que le dosage du PSA reste fréquent en France, majoritairement à l'initiative des médecins généralistes, malgré la non-recommandation d'un dépistage systématique.

Préconisations :

Elle rappelle avoir confirmé dans une publication de 2012 l'absence d'une recommandation de dépistage du CaP chez un homme asymptomatique, y compris chez un homme à haut risque (11).

Elle souligne la nécessité d'apporter aux patients qui s'interrogent sur l'intérêt du dépistage une information objective concernant ses bénéfices et inconvénients.

Justifications de la non-recommandation d'un dépistage systématique :

Selon la HAS, les tests de dépistage du CaP ont une performance insuffisante :

- Le toucher rectal est opérateur-dépendant, a une spécificité élevée mais une sensibilité basse.
- Le dosage du PSA génère des biopsies prostatiques inutiles en raison d'un manque de spécificité et d'une valeur prédictive positive de 30 %.
- Le dosage du PSA est susceptible de rassurer à tort les patients. En effet, sur 10 patients ayant un PSA inférieur à 4 ng/ml, 1 patient est porteur d'un cancer (valeur prédictive négative de 90 %).

En outre, il ne serait pas possible de distinguer les formes latentes des formes agressives parmi les cancers asymptomatiques.

La HAS affirme que les essais internationaux PLCO et ERSPC n'ont pas permis d'établir le bénéfice potentiel du dépistage en termes de mortalité spécifique ou globale. Concernant les sujets à risque élevés de CaP, elle estime également qu'aucun bénéfice n'a été démontré.

Enfin, la balance bénéfice/risque serait défavorable au dépistage, notamment en raison des risques de surdiagnostic et de surtraitement qui exposent les patients aux effets délétères des traitements du CaP.

2.2. Avis de l'Association Française d'Urologie (AFU)

Le CCAFU, Comité de Cancérologie de l'AFU, a publié en 2018 une mise à jour de ses recommandations concernant la prise en charge du cancer de la prostate (2).

Préconisations :

Elle se prononce en faveur d'un dépistage individuel, qu'elle appelle « diagnostic précoce », et s'étendant de 50 ans (voire 45 ans en cas de facteurs de risque) à 75 ans, après une information permettant de prendre une décision éclairée.

Ce dépistage individuel ne s'adresse qu'aux patients ayant un bon état fonctionnel et une probabilité de survie prolongée de 10 à 15 ans. Il doit comprendre la recherche de facteurs de risque, la réalisation d'un toucher rectal et d'un dosage de PSA.

Justification de la recommandation de dépistage individuel :

L'AFU estime que le dépistage du CaP a fait la preuve de sa capacité à diminuer la mortalité spécifique de la maladie. Elle cite pour cela les résultats de l'étude ERSPC objectivant un gain de survie spécifique de 21 % à 13 ans et l'étude de Göteborg pour laquelle il était de 42 %.

Elle discrédite les résultats de l'étude PLCO rapportant une absence de bénéfice sur la mortalité spécifique, en raison de l'important taux de contamination de son bras témoin.

II. Matériels et méthodes

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'identifier et comprendre comment les représentations du cancer de la prostate pouvaient influencer sur la demande de dépistage par dosage du PSA.

Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les déterminants de cette demande ainsi que la perception du dépistage par les patients.

B. Méthodologie

1. Choix du type d'étude

Afin d'explorer les représentations des patients, il était nécessaire de recourir à une étude qualitative. En effet, la recherche qualitative a pour but l'analyse du sens et de la valeur de phénomènes sociaux. Elle étudie les représentations, les comportements et leurs déterminants. Il s'agit d'une démarche interprétative (23).

Il n'était pas question d'être représentatif de l'ensemble d'une population mais plutôt de recueillir une grande variété de données parmi lesquelles émergent des notions clés.

2. Choix du type d'entretien

Pour recueillir les données de notre étude, nous avons fait le choix de mener des entretiens individuels, au cours desquels nous avons questionné directement les sujets recrutés.

Trois types de méthodes se distinguent au sein des études par entretiens individuels : les entretiens ouverts, semi-structurés ou structurés (23).

Dans les entretiens ouverts, le chercheur n'a pas de questionnaire préétabli et engage la discussion à partir d'une thématique d'où émergent des questions au fur et à mesure des réponses données par l'enquêté.

Dans les entretiens structurés, le chercheur a, au contraire, établi une liste de questions fermées. Ces deux méthodes paraissaient peu adaptées à nos objectifs.

Nous avons opté pour des entretiens semi-structurés ou semi-dirigés, dans lesquels une liste limitée de questions ouvertes est élaborée. Ces questions devaient aborder les grands thèmes intéressant notre étude et être complétées par des questions de relance amenant l'enquêté à approfondir ses réponses.

Nous n'avons pas retenu l'idée de réaliser des entretiens de groupes qui nous semblaient peu propices à l'expression libre des opinions. En effet, les entretiens individuels permettent de lever l'obstacle d'un éventuel jugement de la part des autres participants, ce qui est intéressant dans cette étude où il peut être question d'intimité.

3. Choix des questions de recherche

Afin de répondre à nos objectifs, nous devons interroger les patients de notre étude sur différents thèmes :

- Il nous semblait intéressant d'évaluer la proportion de patients ayant déjà réalisé un dosage du PSA, ainsi que leurs connaissances du test, d'où le choix d'une question d'ouverture à ce sujet.
- Nous souhaitions également évaluer quelle personne, situation ou information avait été à l'origine de la prescription du PSA.
- Nous avons posé deux questions ouvertes pour explorer les représentations de la prostate elle-même et celles du cancer de la prostate.
- L'appréciation des connaissances s'est poursuivie avec une question concernant les moyens thérapeutiques du cancer de la prostate.
- Enfin, une question était consacrée aux avantages et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate.

C. Population étudiée

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion retenus pour le recrutement étaient :

- Sexe masculin
- Âge supérieur 50 ans

Les critères d'exclusion étaient :

- Sexe féminin
- Âge inférieur à 50 ans
- Troubles cognitifs
- Surdité
- Nécessité de recourir à un interprète
- Impossibilité de réaliser un entretien individuel enregistré

2.  chantillonnage

L'échantillonnage se devait de rechercher la diversité des perceptions et des comportements plutôt que la représentativité.

Il s'agissait de recruter des patients hommes de plus de 50 ans acceptant de se soumettre à un entretien individuel enregistré. L'âge minimal de 50 ans a été retenu car c'est à partir de cet âge que l'AFU recommande le dépistage du cancer de la prostate (2). C'est aussi l'âge à partir duquel les médecins sont les plus susceptibles de prescrire le dosage du PSA (3).

3. Méthode de recrutement

11 médecins lorrains ont participé au recrutement de nos sujets. Une lettre présentant notre étude leur était remise (annexe 1). Des fiches de recrutement (annexe 2) leur étaient également laissées, ainsi qu'à leur secrétariat et disposées en salle d'attente.

Les patients ayant laissé leurs coordonnées ont été contact s afin de programmer un rendez-vous d'entretien. Ils ne connaissaient de l'étude que le mot-clé « prostate ».

Le nombre d'entretien à réaliser a été établi entre 15 à 20 selon la saturation des données. La saturation des données est atteinte lorsque tout nouvel entretien n'apporte pas de concept supplémentaire à ceux déjà recueillis (23).

D. Entretiens semi-dirigés

Le contexte des entretiens retenu a été celui du domicile des patients, offrant un confort nécessaire à la bonne qualité des réponses. Il leur était demandé de participer aux entretiens sans la présence d'un tiers, afin qu'ils se sentent libres de répondre sans aucune influence.

Le déroulement de l'entretien était présenté en début d'entretien, avec la remise d'un document de consentement à signer (annexe 3) autorisant l'enregistrement audio en vue d'une transcription anonymisée.

Un questionnaire de recueil des déterminants (annexe 4) était rempli par l'enquêteur puis l'entretien semi-dirigé était mené, enregistré par un dictaphone. Une grille de 6 questions guidait la discussion, avec des sous-questions de relance (annexe 5). L'attitude de l'enquêteur se devait d'être bienveillante d'une façon générale, pour que les participants se sentent en confiance (23), mais aussi la plus neutre possible dans l'énoncé des questions, pour ne pas orienter les réponses.

Après chaque entretien, un temps était consacré à la revue des questions et réponses.

E. Transcription des entretiens

Les entretiens ont été transcrits immédiatement, pour faciliter la mise à l'écrit de commentaires. La transcription était faite mot à mot sur un logiciel de traitement de texte, en précisant les aspects de la communication non verbale.

L'anonymisation a consisté en l'attribution d'un numéro allant de 1 à 20 pour chaque patient.

F. Exploitation des données

Pour l'analyse des données, nous avons choisi la méthode de la théorisation ancrée. Cette méthode d'analyse permet de guider la compréhension d'un phénomène en établissant des liens entre ses facteurs (24).

La première étape consistait à effectuer un codage descriptif, dit ouvert, c'est-à-dire à étiqueter des concepts sur les fragments de texte des verbatims.

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens et mise en perspective avant d'organiser les codes en thèmes et sous-thèmes, pour aboutir à la deuxième étape du codage, dit axial.

L'analyse a été effectuée par le thésard et la directrice de thèse.

III. Résultats

A. Entretiens semi-dirigés

Nous avons conduit un total de 20 entretiens entre janvier et mai 2019. La saturation des données est estimée avoir été atteinte à partir de 15 entretiens.

La durée moyenne des entretiens était de 5 min 53 avec une durée minimale de 3 min 12 et une durée maximale de 12 min 16.

B. Population étudiée

La population étudiée était composée de 20 hommes lorrains dont 18 meurthe-et-mosellans et 2 vosgiens répartis sur 6 cantons. Ils étaient issus de 11 patientèles de médecins de Meurthe-et-Moselle. Leur âge s'étendait de 50 à 77 ans avec une moyenne de 64,4 ans.

On retient quelques déterminants notables :

- 2 patients étaient porteurs d'une hypertrophie bénigne de la prostate.
- 2 patients avaient un antécédent de cancer de la prostate.
- 6 patients avaient des antécédents familiaux de cancer de la prostate dont 4 au premier degré.
- 3 patients présentaient 1 facteur de risque de cancer de la prostate.

Les déterminants de la population sont regroupés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Synthèse des déterminants de la population étudiée

Patient	Âge	CSP	Antécédents personnels	Antécédents familiaux	FdR de CaP	Statut marital
1	66	Retraité - Enseignant	Diabète type 2 HTA	Cancer du sein (mère) IDM (grand-père) Diabète (grand-mères) Cancer prostate (grand-père) Cancer poumon (grand-père)	1	Veuf
2	71	Retraité – Agent de maîtrise	HTA Dyslipidémie	AVC (mère) Cancer oropharynx (père) Cancer hépatique (frère) Cancer prostate (2 frères)	1	Marié
3	77	Retraité - Enseignant	HBP ACFA, HTA	Cancer œsophage (père)	0	Marié
4	64	Ouvrier	Tuberculose pulmonaire Diabète type 2 HTA, dyslipidémie	Diabète (mère) Cancer côlon (père)	0	Marié
5	73	Retraité - Cadre	IDM	AVC (père) Cancer voies biliaires (mère) Myélome multiple (fils)	0	Marié
6	68	Fonctionnaire	-	-	0	Marié
7	72	Retraité - Fonctionnaire	Coronaropathie	-	0	Marié
8	54	Ingénieur	-	Cancer côlon (père, grand-père) Cancer du sein (sœur)	0	Marié
9	67	Retraité - Cadre	HBP Diabète type 2, IDM Spondylarthrite ankylosante Hypothyroïdie	IDM (père) Diabète (grand-mère)	0	Marié
10	58	Cadre d'entreprise	-	-	0	Marié
11	70	Retraité - Cadre	Cancer prostate HTA, dyslipidémie	-	0	Marié
12	64	Retraité - Fonctionnaire	HTA	IDM (père) Cancer du sein (sœur, tante)	0	Marié
13	61	Enseignant	Hypothyroïdie	Cancer prostate (père, grand-père) Cancer côlon (père)	0	Marié
14	62	Retraité – Agent de maîtrise	Coronaropathie	AVC (père) Diabète (mère)	0	Marié
15	65	Retraité - Artisan	-	AVC (père) Cancer poumon (grand-père)	0	Marié
16	55	Cadre fonction publique	HTA	Cancer prostate (père) Diabète (mère)	0	Marié
17	50	Employé	-	IDM (père)	0	Marié
18	55	Artisan	AIT HTA, dyslipidémie	IDM (père) Cancer sein (sœur) Cancer prostate (oncle)	0	Marié
19	63	Retraité – Cadre d'entreprise	HTA	-	0	Marié
20	73	Retraité - Commerçant	Cancer prostate	Cancer prostate (père, 2 frères) Cancer utérus (mère)	1	Marié

C. Analyse thématique

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-dirigés a permis de dégager 67 codes que nous avons organisés en 10 thèmes présentés ci-après. Des citations issues des verbatim d'entretien ont été sélectionnées pour les illustrer.

Une synthèse de ces résultats est disponible en annexe sous forme de tableaux, accompagnés des définitions des codes employés (annexe 6). Le nombre d'apparition de chaque code a été appelé « fréquence d'occurrence » ou FO. Nous avons distingué FO relative et FO absolue. La FO relative correspond au nombre d'entretiens dans lesquels apparaît chaque code. La FO absolue, quant à elle, tient compte du nombre total d'apparitions du code, notamment lorsqu'il est relevé plusieurs fois dans un même entretien. Cette distinction permet de traduire l'importance donnée par les patients à certaines notions.

1. Dosage du PSA

Dans notre échantillon de 20 patients, 17 ont réalisé au moins une fois un dosage du PSA :

P11 : « Oui, j'ai...depuis que j'ai mes soins, depuis que j'ai eu les rayons, enfin le traitement, tous les ans je contrôle. » (E11 L9-10)

Seuls 3 d'entre eux ne se sont pas vu proposer le dosage :

MOD : « Donc vous n'avez jamais eu de dosage du PSA ?

P8 : Non, ça me dit rien du tout. » (E8 L7-8)

La fréquence de dosage se répartit en trois groupes : dosage occasionnel, suivi et dosage systématique. Les patients n'ayant réalisé le dosage que de façon occasionnelle sont au nombre de 7 :

MOD : « Avez-vous déjà bénéficié d'une prise de sang en lien avec la prostate ?

P19 : Euh une fois, oui.

MOD : Oui ?

P19 : Avec le Dr B. c'était à 53 ans donc c'était 10 ans en arrière. » (E19 L5-9)

Pour 6 autres patients, le PSA fait l'objet d'un suivi, soit en raison d'un antécédent d'adénome de prostate, de cancer de la prostate ou parce que sa valeur demeure élevée :

P13 : « À peu près tous les 6 mois.

MOD : Oui ?

P13 : Parce que j'avais un...j'ai fait un prélèvement qui s'est avéré euh...enfin j'avais un taux de PSA qui était trop fort. » (E13 L10-13)

Enfin, 4 patients ont systématiquement une prescription de PSA à l'occasion de bilans sanguins de dépistage :

P16 : « Oui, c'est pas spécifique pour ça, c'est une prise de sang pis dedans y'a ça quoi.

MOD : Vous avez eu un dosage du PSA donc ?

P16 : À chaque fois, ouais. » (E16 L15-18)

On dénombre 7 patients qui montrent ne pas savoir précisément ce qu'est le PSA ou ne font pas de lien avec la prostate :

MOD : « C'était le dosage du PSA ?

P19 : Ah ça je sais pas.

MOD : C'était le marqueur de la prostate ?

P19 : C'est mon épouse qui m'a confirmé que j'avais eu...oui. » (E19 L10-13)

La majorité des patients ont déjà bénéficié d'un dosage du PSA, que ce soit de façon épisodique, systématique à l'occasion d'un bilan sanguin de dépistage, ou répétée dans le cadre du suivi d'une anomalie clinico-biologique.

Un tiers des patients expriment une certaine méconnaissance du PSA.

2. Acceptation des examens de dépistage

La quasi-totalité de notre échantillon, soit 18 patients, disent ne pas avoir refusé les examens de dépistage, qu'il s'agisse d'un dosage du PSA ou d'un toucher rectal :

MOD : « Avez-vous déjà refusé de réaliser des examens en lien avec la prostate ?

P11 : Jamais. Non, non, jamais. Non, c'est ridicule. » (E11 L17-18)

Seuls 2 patients ne se sont jamais vu proposer d'examens de dépistage du cancer de la prostate :

P8 : « Non, parce qu'on me l'a pas demandé donc... » (E8 L11)

L'ensemble des patients interrogés ont accepté les examens de dépistage du cancer de la prostate leur ayant été proposés, qu'il s'agisse d'un dosage du PSA pour la majorité d'entre eux, ou d'un toucher rectal.

3. Initiateurs du dosage de PSA

Nous nous sommes intéressés aux protagonistes et aux circonstances ayant conduit à la réalisation d'un dosage de PSA.

Au sein de notre échantillon, 6 patients ont déjà fait eux-mêmes la demande d'un dosage de PSA auprès de leur médecin. Cette demande était motivée par exemple par l'incitation de leur épouse, leur âge ou un antécédent de cancer de la prostate chez un proche :

P13 : « Un peu une inquiétude, deux, trois symptômes. Je faisais du vélo et [...] ça me faisait un peu bizarre comme sensation.

MOD : Il y avait une gêne en tout cas.

P13 : Une gêne oui, voilà. Et puis y'avait ma femme qui arrêta pas de me dire " il faut que tu fasses un dosage de PSA " [note : son épouse est infirmière] donc bah je l'ai fait. »

(E13 L31-38)

Concernant les médecins à l'origine de la prescription du PSA, 11 patients citent leur médecin traitant :

MOD : « Qu'est-ce qui vous a conduit à réaliser cet examen ?

*P1 : Le médecin me l'a demandé, c'est tout. Moi j'ai pas ...c'est pas moi qui l'ai demandé. »
(E1 L19-21)*

C'est un urologue qui a prescrit le dosage du PSA pour 5 d'entre eux :

P2 : « Je suis allé voir un urologue, donc l'urologue m'a dit “ bon bah maintenant, faut surveiller, mais sans s'alarmer ”. » (E2 L20-21)

Le dosage du PSA a été réalisé à l'occasion d'une journée en Centre de Médecine Préventive pour 2 patients et 1 patient cite la consultation d'un proctologue ayant mis en évidence une hypertrophie de la prostate :

MOD : « Qu'est-ce qui vous avait poussé à réaliser cet examen ?

P17 : Ben on avait été invités par le Centre de Médecine Préventive. » (E17 L15-16)

P3 : « À partir de la consultation du proctologue que j'ai commencé donc. » (E3 L31-32)

Pour ce qui est du contexte, 10 des candidats ont fait un dosage de PSA à des fins de dépistage, soit alors qu'ils étaient asymptomatiques :

MOD : « Qu'est-ce qui vous avait poussé à réaliser cet examen ?

P19 : Non, c'est lui [note : son médecin traitant] qui me l'avait fait parce que j'avais passé l'âge de 50 ans. » (E19 L15-16)

Pour 4 patients, le dosage a été prescrit devant des symptômes pouvant traduire l'existence d'un cancer de la prostate :

MOD : « Pourquoi est-ce que vous l'aviez demandé ?

P18 : Euh ben j'ai été opéré pas mal de fois récemment et y'a eu des problèmes de sang dans le sperme. » (E18 L17-19)

Le PSA fait l'objet d'un suivi en raison d'un adénome prostatique chez 2 patients. Pour 1 patient, il a été dosé à l'occasion d'une prostatite et pour 1 autre patient, devant un antécédent familial de cancer de la prostate :

P9 : « Je suis traité pour la prostate, on va dire depuis à peu près 5 ou 6 ans. Mais c'est juste un médicament, on va dire de confort. »

P2 : « Oui parce que j'avais une prostatite donc j'ai passé une nuit à aller qu'aux WC et puis le PSA il était à 16 et quelque chose. » (E2 L7-8)

P20 : « Eh bien, parce qu'en discutant avec mon médecin traitant, en lui parlant que mon père avait eu le cancer de la prostate, il m'a tout de suite dit " oh la la, on va faire les PSA ! ". » (E20 L13-15)

Près d'un tiers des candidats ont eux-mêmes déjà demandé à leur médecin un dosage de PSA.

Les prescripteurs ont été le médecin généraliste pour la majorité d'entre eux, l'urologue étant le deuxième plus cité. Le Centre de Médecine Préventive est également prescripteur du PSA en dépistage et de façon plus anecdotique, un patient cite le proctologue.

Le plus souvent, c'est en l'absence de symptômes et donc à titre de dépistage que le PSA est dosé. L'apparition de symptômes suspects est le deuxième motif de recours. L'existence d'un adénome prostatique, d'une prostatite, ou d'un antécédent familial ont aussi conduit au dosage pour quelques patients.

4. Représentations de la prostate

Les participants se sont vu demander à quoi ils associaient le terme de prostate. On constate qu'elle évoque en premier lieu certains aspects pathologiques. Pour 9 patients, la prostate est associée à la miction, à travers la dysurie et les troubles de la continence :

MOD : « À quoi associez-vous le terme de prostate ? À quoi cela vous fait penser spontanément ?

P17 : Euh bah à tout ce qui est urine.

MOD : Oui, à la fonction urinaire.

*P17 : Oui voilà et puis se sentir euh...plus arriver à se retenir ou faire régulièrement, quoi. »
(E17 L26-31)*

D'autres pathologies de la prostate sont fréquemment évoquées, notamment le cancer pour 7 patients mais aussi l'adénome pour 3 d'entre eux :

P4 : « Cancer, c'est tout hein. Pour moi, la prostate, c'est cancer quoi [...] parce que bon, c'est ce qu'on entend beaucoup » (E4 L45-47)

On dénombre 8 patients qui associent la prostate à son rôle physiologique dans l'appareil de reproduction. Quelques réponses étant relativement précises, il est possible que certains participants, connaissant le thème de l'étude, aient fait des recherches avant l'entretien :

*P2 : « Ça me fait penser [...] à l'amour, faire l'amour, parce que ça passe par là, c'est un des comment...un des éléments principaux de l'éjaculation et de la procréation... »
(E2 L34-36)*

La fonction érectile est citée par 3 patients, parmi lesquels 2 patients attribuent même à la prostate un rôle physiologique dans l'érection :

P17 : « [...] moi j'ai entendu dire que ça avait des incidences sur euh ...on va dire les rapports intimes.

MOD : Oui, sur quoi en particulier ?

P17 : Ben les rapports sexuels, sur l'érection. » (E17 L34-37)

Pour 7 patients d'ailleurs, la prostate évoque la virilité. Le terme est utilisé pour désigner principalement l'érection, mais aussi l'éjaculation. La virilité représente alors la fonction sexuelle et la capacité de reproduction. Cependant, certaines réponses semblent faire référence à une acception plus large de la virilité, qui relèverait de la masculinité :

P19 : « Et je pensais que ça pouvait être dégradant pour l'homme au niveau hein de la virilité... » (E19 L73-74)

Pour 4 patients, la prostate est une source de problèmes potentielle, que ce soit en raison des symptômes qui accompagnent une hypertrophie bénigne ou de l'apparition d'un cancer :

P3 : « Ben c'est une glande dont on pourrait bien se passer [rires] dans la mesure où une fois 50 ans, ça pose plus de problèmes, [...] c'est pas fait pour apporter un confort... » (E3 L43-45)

Enfin, 3 patients lient la prostate au toucher rectal :

P1 : « Bah y'a le toucher rectal, si vous voulez, mais c'est tout. » (E1 L31)

L'étude met en évidence une connaissance largement erronée du cancer de la prostate, à commencer par l'organe lui-même. En effet, 13 patients montrent une méconnaissance de ce qu'est la prostate, soit en reconnaissant eux-mêmes une ignorance, soit par des réponses peu élaborées ou des confusions :

P8 : « Pour moi, la prostate c'est une continuité de tout ce qui est intestinal, digestion [...] ça se trouve vers l'abdomen et ça recueille un peu toutes les ...c'est un filtre pour moi, voilà. » (E8 L17-21)

Le terme de prostate évoque ses aspects pathologiques au premier chef. La plupart des patients la lient aux troubles mictionnels, un tiers au cancer et trois à l'adénome.

Près de la moitié lui attribuent un rôle dans l'appareil de reproduction et trois d'entre eux citent la fonction érectile.

Pour un tiers des patients d'ailleurs, la prostate évoque la virilité, terme employé comme euphémisme d'érection mais aussi comme caractéristique de la masculinité.

La prostate est considérée par quatre patients comme une source de préoccupations, en raison de potentiels troubles mictionnels ou du risque de cancer.

Trois patients l'associent au toucher rectal.

Enfin, une grande majorité d'entre eux ignorent ce qu'est cet organe précisément.

5. Représentations du cancer de la prostate

Interrogés sur ce que leur évoquait le cancer de la prostate, 15 patients ont cité un ou plusieurs proches en exemple, qu'il s'agisse de membre de leur famille, d'amis ou de collègues :

P2 : « J'ai connu des gens qui l'ont pas fait soigner, qui ...ils disaient qu'ils souffraient beaucoup. » (E2 L65-67)

Certains patients pensent aux complications du cancer de la prostate. En effet, cette pathologie représente un risque de décès pour 5 participants et celui de voir apparaître des métastases pour 3 d'entre eux :

P5 : « Ça me fait penser à une échéance [rires]...peu de chances, quoi. Peu de chances de s'en sortir. » (E5 L75-76)

Le cancer de la prostate évoque une inquiétude pour 4 patients :

P13 : « Ben on a toujours une certaine appréhension quand même, quand on parle de ça. » (E13 L64-67)

Dans notre échantillon, 2 patients sont ou ont été porteurs d'un cancer de la prostate. L'un d'eux s'est d'ailleurs écarté d'une prise en charge conventionnelle et a notamment refusé le recours à une intervention chirurgicale :

MOD : « Oui, il faut dire que vous-même, vous êtes porteur d'un cancer de la prostate pour lequel vous avez choisi de ne pas réaliser le traitement chirurgical.

P20 : Tout à fait. » (E20 L70-73)

Tout comme lorsqu'ils sont interrogés sur l'organe, la majorité des patients soit 14 d'entre eux montrent une connaissance approximative du cancer de la prostate :

MOD : « À quoi cela vous fait penser quand on dit “ cancer de la prostate ” ?

P10 : À François Mitterrand [rires].

MOD : Oui.

P10 : Euh je sais pas, à rien. » (E10 L34-38)

Pour 8 patients, ce type de cancer n'évoque d'ailleurs pas de spécificités :

P17 : « Bah j'ai pas trop d'idées là-dessus, c'est ...dès qu'on emploie le mot cancer, en général c'est jamais bien. » (E17 L42-43)

Le cancer de la prostate est même confondu avec le cancer colorectal chez 3 patients. Cette confusion tient probablement au fait qu'ils font un lien entre la localisation de ce dernier et l'accès à la palpation de la prostate via le toucher rectal :

MOD : « En dehors de la médecine préventive, est-ce qu'il vous est arrivé de faire à nouveau ce dosage ?

P6 : Oui, donc avec un relevé des selles. On m'envoie un papier, j'ai tout mis dans une enveloppe et les relevés, les machins... » (E6 L27-30)

Les trois quarts des patients ont fait l'expérience du cancer de la prostate par l'intermédiaire de membres de leur entourage.

Il est associé à l'apparition de métastases voire à un risque de décès et plus globalement, peut représenter une inquiétude.

Il s'agit d'un antécédent personnel pour deux d'entre eux.

Près de trois quarts des interrogés affichent un manque de connaissance de cette pathologie, lui attribuant peu de spécificités ou le confondant avec le cancer colorectal.

6. Évolution du cancer de la prostate

Les participants ont été invités à partager leurs connaissances sur l'évolution du cancer de la prostate. Trois thèmes se dégagent de leurs réponses : gravité, pronostic et vitesse d'évolution. Ils sont 3 à estimer qu'il s'agit d'une maladie grave :

P3 : « Moi j'ai connu des collègues qui ont eu le cancer de la prostate à 40 ans ...qui ont quand même été très sérieusement touchés, quoi, dans la mesure où c'est une maladie, quand même, qui peut être grave, grave. » (E3 L93-95)

A contrario, 3 patients lui attribuent une moindre gravité :

P2 : « [...] je pense pas que c'est un des cancers les plus graves, pas du tout. » (E2 L67-68)

Le cancer de la prostate est de bon pronostic pour 10 de nos participants :

P15 : « Qui est ...je veux pas dire banal mais disons qui se soigne relativement bien. » (E15 L56-57)

Il est associé à un mauvais pronostic chez 3 d'entre eux :

P5 : « Donc pour moi, ça fait partie de ces cancers, quand on vous annonce ça, vous pouvez réserver en Suisse quoi, hein ! » (E5 L83-85)

Seul 1 participant évoque la notion de lenteur d'évolution :

P3 : « J'ai cru comprendre que plus on était âgé, plus l'évolution était lente. » (E3 L91-92)

On compte 9 patients affichant une connaissance erronée de l'évolution du cancer de la prostate :

P8 : « Je sais que les gens qui ont un cancer de la prostate, pour moi, j'sais pas, j'avais un taux de 5% sur 5 ans ou un truc comme ça. Je sais qu'il y a un taux de mortalité qui est assez élevé pour ce cancer de la prostate. » (E8 L32-35)

Globalement, les participants estiment que le cancer de la prostate est de bon pronostic. Ils sont cependant nombreux à méconnaître son évolution. Ainsi, seul un patient évoque son éventuelle lenteur de progression.

7. Moyens thérapeutiques

Dans l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate imaginé par les patients de notre étude, 13 patients citent la chirurgie :

P3 : Y'a opérations, graves opérations, ça dépend des cas ...connais quelqu'un qui a subi une opération de la prostate et là vraiment c'était assez conséquent comme opération quand même, ils ont dû enlever beaucoup. (E3 L123-126)

La chimiothérapie est citée par 9 patients et la radiothérapie par 6 d'entre eux :

MOD : Que savez-vous des moyens de traiter un cancer de la prostate ?

P1 : Ben, pour autant que je sache, c'était par chimio. (E1 L54-56)

P20 : « Après y'a quand même de la radiothérapie, qui se fait mais qui doit être bien dosée et bien envoyée au bon endroit parce qu'on pourrait brûler autre chose donc ça ferait autant de mal que d'enlever la prostate. » (E20 L77-80)

L'immunothérapie et la prise de médicaments sont chacune citée par 1 patient :

P2 : « [...] et puis maintenant, on a regardé tout à l'heure [en désignant la télévision], c'est l'immunitaire quoi, c'est euh ...immunothérapie, oui. » (E2 L81-84)

P3 : « [...] donc y'a cachets, y'a radiothérapie. » (E3 L120-121)

On note que 15 patients hésitent à proposer des réponses, voire estiment ne pas en connaître :

P4 : « Je vous avouerais que je vais pas vous aider beaucoup hein, parce que j'ai des connaissances très limitées ... » (E4 L78-79)

Trois quarts des patients estiment ne pas connaître ou mal connaître les moyens thérapeutiques du cancer de la prostate.

Malgré tout, ils sont nombreux à citer la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

L'immunothérapie et la prise de médicaments apparaissent aussi, de façon plus marginale.

8. Conséquences des traitements

Interrogés sur les conséquences des traitements du cancer de la prostate, les participants nomment des effets indésirables potentiels. Ainsi, 11 d'entre eux citent les troubles de la fonction érectile :

P9 : « Ben je pense ...quelqu'un qui a eu un cancer de la prostate ou qui a été opéré de la prostate, à mon avis ça doit jouer un petit peu sur les relations.

MOD : Sur quoi en particulier ?

P9 : Eh ben les relations sexuelles avec l'épouse.

MOD : Oui. Mais à quelle fonction vous pensez en particulier ?

P9 : Érectile peut-être. » (E9 L48-53)

Les traitements peuvent altérer la fonction urinaire selon 8 patients :

MOD : « Vous savez si ça peut avoir des effets indésirables ?

P16 : Je sais que mon père a fait de la musculation après.

MOD : Oui, de la rééducation ?

P16 : De la rééducation [...] parce qu'il arrivait plus à se retenir.

MOD : Il y avait un problème d'incontinence ?

P16 : Voilà, donc il a fait de la rééducation puis ça s'est passé, puis ça a été. » (E16 L71-78)

Des troubles de l'éjaculation voire une stérilité peuvent être secondaires aux traitements pour 4 patients :

P2 : « D'après ce que je sais, les gens qui se font opérer de la prostate, après y'a plus d'éjaculation, y'a des fois même plus d'érection, y'a même plus rien. » (E2 L37-39)

Une possible asthénie est soulevée par 2 participants :

P11 : « Surement la fatigue ...les rayons, la chimio c'est surement plus. » (E11 L100-101)

Là encore, ils sont nombreux, soit 13 à être incertains de leurs réponses :

P11 : Euh c'est [soupir]...ben ça peut influencer sur ...pas vraiment, non je sais pas trop, je peux pas vous dire. » (E11 L96-97)

Les traitements du cancer de la prostate sont considérés par les patients comme étant potentiellement responsables d'effets indésirables, aux premiers rangs desquels se trouvent les troubles érectiles et urinaires. Quelques participants citent les perturbations de la fertilité à travers les troubles de l'éjaculation voire la stérilité, quand d'autres évoquent une possible asthénie.

Là encore, une majorité des patients se montrent incertains quant aux conséquences des traitements.

9. Intérêts du dépistage

Presque tous les participants, soit 19 d'entre eux, soutiennent l'intérêt d'un dépistage du cancer de la prostate :

MOD : « Pensez-vous qu'il y ait des intérêts à réaliser le dépistage du cancer de la prostate ?

P8 : Bah vu que le taux de mortalité est élevé, je pense que oui. » (E8 L57-59)

Seul 1 patient se montre réservé quant au recours à un dépistage :

P5 : Je suis vachement réservé sur tout ce qui est dépistage.

MOD : Oui, pourquoi ? C'est intéressant.

P5 : Bah...[soupir] parce que je connais pas à l'heure actuelle l'efficacité du dépistage. Si on me disait, voilà, ça permet de s'affranchir...d'anticiper, de les prendre en amont et puis après guérison à 80 %, je dirais bravo, j'en sais rien. » (E5 L132-135)

Un des intérêts du dépistage est la détection du cancer de la prostate pour 8 patients :

P3 : « Dans la mesure où ça peut être important, grave, il vaut mieux savoir et pis détecter, pis faire ça le plus tôt possible, quoi. » (E3 L187-189)

Pour 13 d'entre eux, c'est la prise en charge précoce de la maladie qui est en jeu :

P15 : « Ben de savoir tout de suite si y'a déjà un début ou une suspicion et puis pouvoir prendre les choses avant que ça soit la catastrophe. » (E15 L89-90)

Pour 4 patients, le dépistage offre la possibilité d'être rassurés et de rassurer leurs proches sur leur état de santé :

P19 : « Ben déjà [rire gêné], sécuriser la personne, hein. Quand on fait des dépistages, ça permet de savoir où on en est, où on se situe par rapport à notre fin de vie, hein, c'est surtout ça qui est important. Et puis, au niveau du cocon familial, ça rassure tout le monde quand on annonce que les examens sont bons et qu'y a pas de soucis, quoi. » (E19 L133-137)

Le dépistage est un outil d'amélioration de l'espérance de vie pour 1 patient :

MOD : « Vous pensez à quels intérêts ? Quels avantages ?

P4 : Eh ben déjà de sauver sa vie. » (E4 L96-97)

Enfin, 7 patients montrent une certaine méconnaissance des potentiels enjeux d'un dépistage :

P5 : « Bon après, dépistage pour dépistage, c'est comme on dit, faut vacciner contre la grippe...moi je me vaccine jamais. Je suis très ...je suis plutôt très [hésitation] pragmatique, très cartésien [rires]. » (E5 L 144-146)

La quasi-totalité des patients interrogés considèrent qu'il est pertinent de dépister le cancer de la prostate, parmi lesquels un tiers affiche pourtant une méconnaissance des éventuels bénéfices apportés. Un seul patient n'y souscrit pas car il doute de l'efficacité du dépistage. Selon les patients, le dépistage offre essentiellement la possibilité de détecter le cancer de la prostate et de le prendre en charge précocement. Pour certains, c'est un moyen de rassurer le patient et son entourage. Enfin, un patient estime qu'il permet d'accroître l'espérance de vie.

10. Inconvénients du dépistage

Concernant les éventuels inconvénients du dépistage du cancer de la prostate, 12 patients répondent qu'il n'en existe pas :

P3 : « Non, aucun. Non. [...] ça me paraissait évident, tous les ans, de passer ce test pour voir, comme on fait le test des selles [...] puisque ce sont les maladies les plus courantes aujourd'hui ... » (E3 L192-196)

L'absence d'inconvénient est très citée car il s'agit d'une réponse spontanée des patients que certains modèrent ensuite. Ainsi, 4 d'entre eux jugent que le fait de réaliser une prise de sang peut être un désagrément :

P9 : « Bon ben y'a des gens peut-être qui n'aiment pas les prises de sang mais... » (E9 L106-107)

Le toucher rectal est considéré par 3 patients comme une contrainte :

P17 : « On va parler du toucher rectal, je suis contre.

MOD : D'accord.

P17 : Je suis pas du tout pour ça.

MOD : Pour quelle raison ?

*P17 : [soupir] Pour moi, c'est violer mon intimité, quoi, voilà. J'ai euh ...
voilà, c'est ...j'approuve pas. » (E17 L97-102)*

L'inquiétude que peut engendrer le résultat du dépistage est avancée par 2 patients :

*P5 : « Ne serait-ce que le pékin moyen qui y va puis qu'on lui annonce ça alors qu'il se
sentait relativement bien, bah il se dit "merde, c'est mal barré, y'en a plus que pour 6 mois,
ou pour 1 an, pour 2 ans", alors qu'on lui demandait rien. » (E5 L150-153)*

Le fait qu'un dépistage positif puisse mener à des examens complémentaires est une potentielle contrainte pour 1 patient :

P14 : « Là actuellement je le fais faire par analyse, voir si le taux de ...n'est pas trop élevé.

Et ben après les examens, je sais pas trop comment ça se passe donc je ne sais pas.

MOD : En tout cas, vous concevez tout de même que ça puisse conduire à d'autres examens.

P14 : Ah ben je pense, oui. Y'a certainement d'autres inconvénients, oui, je pense. »

(E14 L79-85)

Enfin, 1 patient s'interroge sur le coût qu'implique le dépistage pour notre système de soins :

P12 : « Bah si, si en terme pécuniaire, je sais pas. Oui, c'est vrai que ça va coûter, mais... »

(E12 L120-121)

Majoritairement, les patients estiment que le dépistage du cancer de la prostate ne présente pas d'inconvénients.

Les potentiels freins du dépistage cités sont le fait de réaliser une prise de sang, un toucher rectal ou des examens complémentaires.

Quelques participants y voient une source d'inquiétude et l'un d'eux considère le coût que cela peut représenter pour le système de santé.

IV. Discussion

A. Validité interne

1. Validité de la méthodologie

1.1. Évaluation des choix méthodologiques

1.1.1. Choix du type d'étude

L'étude qualitative, en permettant l'analyse et l'interprétation des représentations des patients, s'est révélée adaptée à la compréhension du phénomène de la demande de dépistage.

1.1.2. Choix du type d'entretiens

Le format de l'entretien individuel était également adapté à notre enquête en favorisant l'expression libre des convictions, des croyances et des doutes.

La méthode des entretiens semi-dirigés a permis d'engager la conversation sur plusieurs thématiques.

1.1.3. Choix des questions d'étude

Globalement, le choix des questions d'entretien a permis de répondre aux objectifs de notre enquête.

Néanmoins, une attention plus importante aurait pu être consacrée à l'identification des patients ayant été eux-mêmes demandeurs d'un dosage de PSA ainsi qu'aux déterminants de cette demande. Les patients identifiés dans l'analyse sont au nombre de 6 mais il est possible qu'ils aient été en réalité plus nombreux. En effet, la question dédiée à l'expérience du dosage du PSA interrogeait surtout sur sa première réalisation. Une question différemment orientée aurait permis de connaître précisément la proportion de patients demandeurs.

La question des avantages et inconvénients du dépistage aurait mérité d'être plus précise pour interroger spécifiquement sur le dosage du PSA afin qu'il ne soit pas confondu avec un dépistage par toucher rectal.

D'autre part, une question portant spécifiquement sur l'information reçue par les patients à propos des enjeux du dépistage aurait pu se révéler pertinente. Ce thème était malgré tout abordé par la question portant sur les intérêts et inconvénients de celui-ci.

1.2. Évaluation des biais d'étude

1.2.1. Biais internes

Les biais internes sont liés aux caractéristiques personnelles de l'enquêteur et des participants qui peuvent entraîner des incompréhensions ou une réticence à se confier (23). Ces biais peuvent seulement être limités. L'enquêteur s'est notamment attaché à reformuler ses propres questions mais aussi les réponses des enquêtés pour s'assurer de la bonne compréhension mutuelle. D'autre part, bien que l'attitude de l'enquêteur ait été bienveillante et qu'il les ait invités à répondre le plus librement possible, les participants se sont souvent sentis évalués par le questionnaire, ce qui a pu inhiber l'expression de leurs opinions.

1.2.2. Biais externes

Les biais externes sont liés à l'environnement dans lequel se déroulent les entretiens, comme le lieu, ou la présence de tiers (23). Pour notre étude, nous avons choisi de réaliser les entretiens au domicile des participants pour favoriser leur aise. En outre, nous leur avons demandé de s'affranchir de la présence d'un tiers à dessein de prévenir d'éventuelles interruptions et influences.

1.2.3. Biais d'investigation

Nous avons fait le choix de révéler de façon volontairement évasive le thème de l'étude sur le document de recrutement. L'absence de toute indication concernant l'objet des entretiens aurait pu conduire à l'abstention des potentiels candidats. En outre, ne pas révéler le sujet exact de l'enquête avait pour but de prévenir d'éventuelles recherches car elles auraient pu aboutir à des réponses non spontanées. Malgré cet effort, plusieurs patients s'étaient vraisemblablement documentés sur la prostate – ce que l'un d'eux a même reconnu – tant leurs réponses à propos de l'organe étaient précises. Il est à supposer que ces patients ne souhaitaient pas paraître ignorants lors de l'entretien, quand bien même les données étaient

anonymisées. Néanmoins, ces recherches ne semblent pas être allées jusqu'à s'intéresser au cancer de la prostate et à son dépistage.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu le conduire, notamment dans les premiers entretiens, à poser des questions de relance fermées conduisant à des réponses binaires. De même, la nature de quelques sous-questions était susceptible d'orienter les réponses, en particulier concernant la prostate, car cela permettait d'interroger spécifiquement certaines représentations. La première question de l'entretien est elle-même une question fermée qui a le plus souvent conduit à des réponses non binaires. Cependant, pour plus de rigueur méthodologique, elle aurait pu faire l'objet d'une autre formulation.

Certains patients se sont montrés particulièrement loquaces au cours des entretiens, si bien qu'il leur a parfois été demandé de restreindre les digressions, afin de limiter le recueil de données superflues. La limite de cette demande est qu'elle a possiblement bridé l'expression de quelques opinions.

De l'analyse réalisée au fur et à mesure des entretiens sont apparus des thèmes qui ont pu conduire l'enquêteur à orienter ses questions de relance afin que les participants suivants abordent ces mêmes thèmes.

1.2.4. Biais d'interprétation

La triangulation de l'analyse du thésard et de la directrice de thèse a permis de limiter les éventuels biais d'interprétation et de classer les codes en accord.

2. Validité des résultats

2.1. Réponses aux objectifs de l'étude

Notre étude a permis de répondre à l'objectif principal qui était de mettre en évidence les représentations associées à la prostate et au cancer de la prostate. Elle a également été l'occasion d'évaluer la perception, les connaissances et croyances associées au dépistage du cancer de la prostate.

En revanche, l'objectif secondaire qui était d'identifier les déterminants de la demande de dépistage n'a pas suffisamment abouti, bien que quelques réponses aient émergé. D'une part, seuls 6 participants déclarent avoir été demandeurs d'un dosage du PSA auprès de leur médecin. D'autre part, les motivations de ces patients n'ont pas été amplement approfondies

au cours des entretiens. Un recrutement fondé sur le critère d'une demande de dosage du PSA par le patient aurait été propice à satisfaire pleinement cette ambition.

2.2. Taux de participation

Le calcul d'un taux de participation n'a pas été possible en raison du mode de recrutement. D'une part, il était confié à plusieurs médecins et secrétaires médicaux à qui il n'a pas été demandé de comptabiliser les éventuels refus pour que la procédure demeure simple. D'autre part, le recrutement se voulait également facilité par le dépôt de formulaires de recrutement à disposition des patients en salle d'attente.

2.3. Saturation des données

La saturation des données a été atteinte à partir de 15 entretiens. Les 5 derniers entretiens étant programmés, nous avons choisi de les mener et de les intégrer à notre analyse.

2.4. Représentativité de la population

La quasi-totalité des grandes catégories socio-professionnelles de l'INSEE (25) sont couvertes par l'échantillon de population étudié, ce qui concourt à l'objectif de diversité des données recueillies.

Concernant la répartition géographique des sujets inclus, la représentativité était relativement restreinte, étant donné que les communes de résidence ne s'étendaient que sur 6 cantons lorrains dont 4 meurthe-et-mosellans et 2 vosgiens.

Aucune limite supérieure d'âge n'avait été fixée pour le recrutement des sujets d'étude. On constate pourtant que l'âge le plus élevé était de 77 ans, sans que cela n'ait été recherché. Notre hypothèse est que les médecins et leurs secrétaires, qui étaient en charge du recrutement, ont pu inconsciemment se tourner davantage vers les patients les plus jeunes ou les mieux portants. L'âge de notre échantillon s'est donc globalement conformé à l'âge de dépistage du cancer de la prostate recommandé par l'AFU (2).

Alors que les opinions des patients vis-à-vis du dépistage peuvent être influencées par la pratique de leur médecin traitant, le fait que les 20 participants aient été issus de 11 patientèles différentes a été en faveur de la diversité des données recueillies.

Les patients inclus étaient potentiellement les plus sensibles à notre sujet d'étude. Ils ont pu être recrutés par leur médecin à l'occasion d'une discussion autour du dépistage du cancer de la prostate. De même, dans les salles d'attente, ceux ayant choisi de laisser leurs coordonnées sont probablement les plus intéressés par le sujet. Il est donc possible que nous ayons peu atteint les patients les plus réticents au dépistage.

B. Validité externe

1. Représentations du cancer de la prostate

1.1. Emploi du terme virilité

Plusieurs patients ont utilisé le terme de virilité au cours des entretiens. Nous pouvons y voir une acception désuète et euphémique désignant l'érection et la capacité d'engendrer. L'emploi pudique du terme virilité ferait alors appel à la crainte d'une altération de certains symboles de la masculinité.

1.2. Rapports à l'intimité

En raison de sa place dans le corps et l'intimité, la prostate fait possiblement l'objet d'un tabou. À ce sujet, l'un des patients a évoqué son refus catégorique du toucher rectal, considérant qu'il s'agissait d'une « violation de son intimité ». Considérant cela, le cancer de la prostate peut représenter l'immixtion de la maladie dans la sphère intime et la sexualité.

L'enquête qualitative Ipsos de 2005, commandée par l'AFU et menée auprès de 9 patients âgés de 45 à 60 ans identifie plusieurs enjeux liés à la prostate (26) :

- La prostate est associée à la masculinité à travers les notions de séduction, de sexualité, de jeunesse, de vigueur, de puissance et de fertilité.
- L'apparition de pathologies de la prostate est associée aux notions de dégénérescence, d'altération de la plénitude masculine, de vulnérabilité.

1.3. Craintes liées au cancer de la prostate

Le cancer de la prostate représente un ensemble d'inquiétudes :

- C'est un danger pour la santé et au-delà pour la vie, car le terme de cancer est associé à l'apparition de métastases et au décès. Les représentations sont très liées à l'expérience de la maladie par l'intermédiaire de l'entourage des patients. Il est fait mention de vécus difficiles, y compris du décès de certains proches. Un des participants cite le nom de l'ancien Président de la République, François Mitterrand, dont il est de notoriété publique que son décès est lié à un cancer de la prostate. Malgré tout, la crainte d'un danger mortel est modérée puisque le CaP est considéré comme de bon pronostic par la moitié des patients.
- C'est un danger pour la fonction érectile et la fertilité. Le CaP représente donc une crainte pour la puissance sexuelle et la virilité, voire la masculinité.
- C'est un danger pour la continence et ainsi pour l'image de l'individu car les troubles de la continence sont associés à la vieillesse et à la dégradation du corps.

1.4. Méconnaissance et croyances erronées

La connaissance du cancer de la prostate par les patients est globalement modeste. On retient notamment que beaucoup d'entre eux ne lui associent pas de particularités. D'autre part, l'existence de formes indolentes est quasiment absente des réponses.

En outre, quelques croyances erronées sont apparues dans les entretiens :

- Le rôle physiologique supposé de la prostate dans la fonction érectile, confusion relative aux potentiels effets indésirables du traitement du cancer.
- La confusion du cancer de la prostate avec le cancer colorectal, retrouvée dans l'étude de Beeker C. *et al.* de 2000, explorant les connaissances, attitudes et croyances concernant le cancer colorectal et son dépistage dans 14 focus groupes (27).
- Le présumé mauvais pronostic du cancer de la prostate, probablement lié aux expériences faites dans l'entourage de certains patients.

2. Perception du dépistage par les patients

2.1. Adhésion au dosage du PSA

Tous les patients de l'étude s'étant vu proposer un dosage de PSA disent l'avoir accepté. Cependant, aucun ne mentionne avoir reçu une information claire sur les avantages et inconvénients de ce dépistage, ni même sur la controverse des recommandations. Il est à supposer que, par défaut, les patients se fient à la prescription médicale qui fait autorité.

Il existe plusieurs leviers du recours au dosage du PSA chez les patients :

- La faible contrainte du prélèvement sanguin
- L'inclusion à un bilan sanguin de dépistage plus large
- L'évitement du toucher rectal
- La possibilité présumée d'être rassuré
- La vision binaire de l'enjeu : le dosage du PSA est perçu comme permettant soit de détecter la maladie, soit d'être rassuré sur son absence. Cela laisse peu de place au doute et notamment aux faux positifs (les autres causes d'élévation du PSA) et aux faux négatifs (la présence d'un cancer malgré un PSA normal).

Parmi les deux méthodes utilisées dans le dépistage du CaP, le dosage du PSA obtient plus aisément l'adhésion des patients que le toucher rectal. Le dosage du PSA ne nécessite qu'un prélèvement sanguin alors que le toucher rectal est sujet à plusieurs freins que Kollmann Y. a demandé à 10 médecins généralistes d'identifier dans une étude qualitative de 2018 (28), à savoir l'obstacle de la pudeur, l'implication du geste dans la relation médecin-patient, l'inconfort du geste et les considérations d'hygiène.

2.2. Intérêts du dépistage

La détection et la prise en charge précoces des patients asymptomatiques sont globalement bien identifiées par les participants comme étant les objectifs d'un dépistage. Cependant, tous ignoraient la non-recommandation de celui-ci appliqué au cancer de la prostate. Cela témoigne du fait que la position de la HAS ne parvient pas aux patients, que ce soit par le biais de leurs médecins ou par d'autres canaux de communication.

L'étude de Mota C. (29) montre également chez les patients une méconnaissance du caractère non systématique du dépistage du cancer de la prostate, de ses inconvénients et de ses limites.

Les sources d'information identifiées y sont, par ordre d'importance, les médecins, les expériences dans l'entourage et les médias.



LE DÉPISTAGE

À QUOI ÇA SERT ?



Un dépistage vise à détecter chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas de symptômes...



... la présence d'une maladie à un stade précoce.



Afin de traiter cette maladie le plus tôt possible...

... et ainsi freiner ou stopper sa progression.

Cette infographie ne traite pas des dépistages pré-nataux ou néo-nataux

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

[@HAS_sante](https://twitter.com/HAS_sante)

mai 2016

Infographie « Le dépistage » de la HAS.

2.3. Inconvénients du dépistage

Le dépistage a une connotation positive, raison pour laquelle la grande majorité des patients répondent spontanément qu'ils ne voient pas d'inconvénients à réaliser celui du cancer de la prostate. Les conséquences potentielles d'un dépistage positif ne sont que peu représentées, qu'il s'agisse des examens qui en découlent, de leurs possibles complications, du traitement d'un cancer ou de ses effets indésirables. De même, ils ne se projettent pas dans les problématiques de surdiagnostic et de surtraitement dont ils ne sont pas avertis.

Concernant le dosage du PSA en particulier, la HAS liste les arguments en faveur d'une performance médiocre et générant des biopsies prostatiques inutiles (1) :

- pour une valeur seuil ≥ 4 ng/ml, la sensibilité est comprise entre 20 % et 75 % et la spécificité est de 90 % ;
- la valeur prédictive positive (VPP) est de 30 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total > 4 ng/ml, 7 sur 10 n'ont pas de cancer ;
- la valeur prédictive négative (VPN) est de 90 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total < 4 ng/ml, un sujet sur 10 a un cancer.
- 45 % à 70 % des biopsies faites après un PSA compris entre 4 et 10 ng/ml sont négatives (faux positifs) ;
- 15 % des cancers de la prostate sont identifiés chez des hommes ayant un taux de PSA < 4 ng/ml (faux négatifs) ;
- le test peut détecter des cancers d'évolution lente (cancers de la prostate dits indolents), ou des cancers considérés comme cliniquement non significatifs (de petit volume et de faible grade), ou des formes tardives pour lesquelles aucun traitement ne serait mis en œuvre.

Les autres inconvénients du dépistage par dosage du PSA sont les suivants :

- Il entraîne un risque de surdiagnostic, c'est à dire de dépistage d'un cancer qui ne serait jamais devenu symptomatique avant le décès du patient. Le surdiagnostic mène à des examens complémentaires invasifs tels que les biopsies prostatiques, augmente le niveau d'anxiété et expose aux complications des traitements.
- Il entraîne un risque de surtraitement, c'est à dire de traitement d'un cancer à forme indolente, sans impact sur son pronostic, ce qui expose également le patient aux complications des traitements.
- Il peut rassurer ou inquiéter à tort le patient.

2.4. Manque d'information

La HAS souligne l'importance de l'information claire et objective sur les bénéfices potentiels et les inconvénients de la stratégie de dépistage (dosage du PSA, biopsie et traitement) à apporter aux hommes qui s'interrogent sur l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate (1). Pourtant, notre enquête met en lumière l'importante méconnaissance et par conséquent le défaut persistant d'une information relative au cancer de la prostate, à son dépistage et notamment au dosage de PSA.

L'étude qualitative de Vaillant P. de 2016 s'intéressait aux pratiques de 15 médecins généralistes en matière de dépistage du cancer de la prostate. La majorité des médecins disaient accepter de prescrire le PSA si le patient le demandait, sans délivrer d'information et notamment sans informer des conséquences de la réalisation du dosage. Les raisons invoquées étaient le manque de temps, la potentielle incompréhension des patients et la crainte de les effrayer (3).

Dans une enquête d'opinion conduite en 2013 par Douvillé E. sur l'information des patients avant un dosage du PSA auprès de 351 patients (30), 2/3 d'entre eux estimaient savoir ce qu'était le dosage sanguin du PSA, mais la même proportion avait un faible niveau de connaissances réelles selon son outil d'évaluation.

Dans l'étude de Mucciante-Menuel S. de 2011 sur l'information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate menée auprès de 112 patients (31), on retient que :

- 14 % des répondants déclaraient ne pas connaître la raison de la prescription du PSA ;
- 17 % pensaient que l'affirmation "le cancer de la prostate évolue lentement, parfois pendant plus de 10 ans" était fausse ;
- 48 % pensaient que la normalité du PSA excluait l'existence d'un cancer de la prostate ;
- 48 % estimaient que l'élévation du PSA était spécifique du cancer de la prostate ;
- 41 % déclaraient ne pas avoir reçu d'information sur le cancer de la prostate de la part de leur médecin avant l'examen.

L'étude de Kergadallan B. de 2019 évaluant la perception de l'information quant au dépistage du cancer de la prostate auprès de 101 patients âgés de 50 à 75 ans (32) trouvait que :

- 64 % d'entre eux ignoraient l'utilité du dosage du PSA (29 % parmi les 38 patients ayant eu un dosage et 86 % parmi les 63 patients n'en ayant pas eu) ;
- parmi les patients ayant eu un dosage de PSA, 71 % s'estimaient bien informés, contre 17 % parmi les patients n'en ayant pas eu ;

- seuls 9 % et 5 % des patients connaissaient respectivement la fiche d'information du site Ameli.fr (33) et le prospectus d'aide à la décision fait par l'INCa (34)

3. Déterminants de la demande de dépistage

3.1. Pratique d'un dépistage non organisé

Notre étude corrobore l'hypothèse d'un dépistage de grande ampleur par dosage du PSA chez les hommes de plus de 50 ans. En effet, la moitié de notre échantillon déclare avoir réalisé un dépistage individuel par dosage du PSA.

3.2. Instigateurs du dosage du PSA

3.2.1. Demande du dosage par le patient

Notre hypothèse d'une demande importante de dosage du PSA par les patients eux-mêmes est confirmée puisque leur proportion, bien que nous la jugions sous-estimée, atteint un tiers de notre échantillon.

Les motivations de cette demande invoquées sont les suivantes :

- Âge du patient
- Antécédent d'hypertrophie bénigne de la prostate chez le père
- Antécédent de cancer de la prostate dans l'entourage
- Crainte du cancer et recherche de sécurité

Les deux autres motifs de dosage du PSA à la demande de patients ne concernaient pas un dépistage :

- Apparition de symptômes suspects
- Incitation par le conjoint

La revue systématique de James L., *et al.* de 2017 a inclus soixante études qualitatives impliquant 3029 hommes âgés de 18 à 89 ans, qui avaient fait l'objet ou non d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA ou toucher rectal (35). La revue a classé en 5 thèmes les facteurs pouvant entrer en jeu dans la décision de réaliser le dépistage :

- L'incitation sociale : la confiance dans les avis des professionnels de santé, la motivation par l'entourage, l'impact du cancer dans l'entourage.

- L'acquisition d'une confiance dans la décision : la peur du dépistage, la nécessité d'un gain sur la morbi-mortalité, la possibilité d'être rassuré et de rassurer ses proches, la préparation psychologique au résultat, la volonté d'être acteur de sa santé et son bien-être.
- La préservation de la masculinité : l'intrusion dans le corps et la pudeur relatives au toucher rectal, l'altération de la sexualité par les potentielles conséquences du dépistage, la menace sur la virilité, l'évitement du corps médical.
- La peur de l'inconnu et des incertitudes : le tabou de la mort liée au cancer, la méconnaissance de la symptomatologie du cancer, la méconnaissance de la prostate, la méconnaissance des techniques de dépistage, les controverses du dépistage.
- Le coût excessif selon les pays.

3.2.2. Médecins prescripteurs

Sans surprise, les principaux prescripteurs du PSA sont les médecins généralistes, suivis par les urologues.

On retrouve cette répartition dans l'étude par questionnaire réalisée en 2014 par Ospital J. auprès de 212 patients qui se rendaient au laboratoire pour réaliser un dosage du PSA (36). Dans cette étude, le prescripteur était un médecin généraliste dans 83 % des cas, un urologue dans 13 % des cas et un autre spécialiste dans 4 % des cas.

Dans l'étude de Mucciante-Manuel S. de 2011, le prescripteur du PSA était un médecin généraliste dans 80 % des cas et un urologue dans 19 % des cas (31).

3.2.3. Indications du PSA

Dépistage du cancer de la prostate

La moitié des patients de notre étude ont réalisé un dosage de PSA à titre de dépistage, c'est-à-dire alors qu'ils étaient asymptomatiques, ce qui appuie l'hypothèse d'un dépistage de masse non organisé du cancer de la prostate.

Diagnostic de cancer de la prostate

Plusieurs patients ont bénéficié d'un dosage du PSA devant des symptômes suspects du bas appareil urinaire, ce qui est conforme aux recommandations de diagnostic du cancer de la prostate. En effet, selon le référentiel de la HAS sur la « Détection précoce du cancer de la prostate » de 2013, les examens de première intention lors d'une suspicion de cancer de la prostate comprennent un dosage du PSA sérique total (1).

Bilan d'une hypertrophie bénigne de la prostate

À l'instar du dépistage, certaines circonstances sont l'occasion d'un recours au PSA hors recommandations. C'est le cas du bilan d'hypertrophie bénigne de la prostate cité par quelques participants. Or, selon les recommandations pour la prise en charge de l'HBP de 2003 (37), éditées par l'ANAES devenue HAS, le dosage du PSA n'a pas d'intérêt pour le diagnostic, le bilan ni le suivi de l'HBP.

Bilan d'une prostatite aiguë

Un patient dit avoir réalisé un dosage de PSA à l'occasion d'une prostatite. Cette démarche est également non recommandée. En effet, à l'occasion d'une étude de 100 cas de prostatites aiguës publiée en 2005 (38), l'AFU estimait inutile et anxiogène de pratiquer un dosage du PSA devant une prostatite aiguë. L'intérêt du PSA dans ce diagnostic n'est discuté qu'en cas de fièvre inexplicée ou de doute diagnostique devant des lombalgies, sans que cela n'ait fait l'objet d'une recommandation par le comité d'infectiologie de l'AFU. De même, selon la HAS, le PSA n'est pas indiqué au cours d'un épisode infectieux urinaire ou en cas de suspicion de prostatite (39).

3.3. Parallèle avec le cancer colorectal

Contrairement au cancer de la prostate, le cancer colorectal fait l'objet d'une recommandation de dépistage organisé pour les femmes et les hommes âgés de 50 à 74 ans à risque modéré (40). Pourtant, le taux de participation à ce dépistage est insuffisant. Sur la période 2017-2018, il était de 32,1 % pour l'ensemble de la population éligible et de 30,7 % chez les hommes alors que l'objectif européen minimal acceptable est de 45 % (6).

La lecture de la thèse de psychologie de Bridou M. de 2012 qui étudiait les principaux freins et leviers face au dépistage du cancer colorectal (41) permet d'identifier nombre de ressorts pouvant être communs au dépistage du cancer de la prostate :

- Des freins au dépistage : la méconnaissance du cancer (prévalence, traitements, efficacité thérapeutique, pronostic) et les croyances erronées associées, la méconnaissance des tests de dépistage (avantages et inconvénients), la relation médecin-patient (mauvaise qualité de la relation, manque d'information, manque de temps de consultation consacré, manque de personnalisation du raisonnement), la peur du cancer, le fatalisme.
- Des leviers envers le dépistage : l'information et les connaissances sur le cancer et son dépistage, l'incitation par l'entourage, la relation médecin-patient (recommandations et information du médecin, approche personnalisée), la simplicité de la procédure, l'expérience du cancer dans l'entourage, l'espoir de guérison associé à une prise en charge précoce, la possibilité d'être rassuré pour soi-même ou son entourage.

Certains freins, plus spécifiques du cancer colorectal, peuvent expliquer la faible participation au dépistage organisé de ce dernier, notamment les contraintes liées à la procédure : temps consacré, complexité, embarras lié à la collecte et à la manipulation de selles.

Dans une autre thèse de psychologie de 2018, Le Bonniec A. a mené une étude qualitative par *focus groups* auprès de 29 participants issus de la population générale (42). Dans cette étude, les principaux freins au dépistage chez les patients sont d'une triple nature : le manque d'accessibilité du test (nécessité de consulter le médecin généraliste), une faible préoccupation pour la prévention et le lien avec une partie du corps considérée comme tabou et sale.

V. Conclusion

Chez les hommes interrogés dans notre étude, le cancer de la prostate est l'objet d'un dépistage systématique, que l'on peut comparer à un dépistage de masse non organisé. Les patients semblent enclins à faire la demande de ce dépistage et à l'accepter. Le dosage du PSA apparaît peu contraignant et les conséquences d'un dépistage positif sont éminemment méconnues.

Dans notre échantillon, les prescripteurs étaient majoritairement les médecins généralistes et, dans une moindre mesure, les urologues. Le PSA est fréquemment prescrit dans d'autres situations médicales que le cancer de la prostate, hors des recommandations, telles que l'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite aiguë.

Notre étude révèle certains des déterminants du dépistage à savoir la crainte du cancer, l'âge, les antécédents d'hypertrophie bénigne de la prostate et de cancer de la prostate dans la famille ou l'entourage.

Le cancer de la prostate fait appel à des représentations de plusieurs ordres. Parce qu'il s'agit d'un cancer, il symbolise la maladie et la mort. Dans la mesure où il est susceptible d'engendrer des troubles de la continence, il peut être associé à la vieillesse et à une image dégradée du corps. Enfin, en raison de son impact potentiel sur la fertilité et la fonction érectile, il représente un intrus dans l'intimité, la sexualité, et une certaine conception de la masculinité.

Si ce sont les craintes explorées par cette étude qui conduisent les patients à solliciter le dépistage du cancer de la prostate, l'un des défis est de parvenir à les combattre. À cette fin, l'information demeure un atout majeur. D'ailleurs, si les patients adhèrent largement au dépistage, c'est par confiance en leurs médecins qui restent très prescripteurs, mais aussi par défaut d'information. Cette information est peu délivrée, vraisemblablement en raison des convictions des prescripteurs, d'un manque de temps de consultation ou de la crainte qu'elle ne soit trop complexe, voire anxiogène (3).

L'information claire et objective des patients s'intéressant au dépistage fait partie des recommandations de la HAS (1). Au-delà des bénéfices potentiels, que les patients connaissent bien, il convient de leur exposer les inconvénients d'un dépistage par dosage du PSA, qu'il s'agisse de ses modestes performances, des risques de surdiagnostic et de surtraitement ou de l'absence de démonstration d'un impact sur la mortalité.

Les supports d'aide à la décision pourraient faire l'objet d'une plus large diffusion. De même, des campagnes d'information dans les médias pourraient tenter de populariser l'essentiel de l'information relative au dépistage. Malgré tout, on peut imaginer que les patients demeurent peu sensibles à une absence de recommandation qui se fonde sur des constatations statistiques, portées sur un ensemble de population, alors que les préoccupations de santé sont individuelles.

Les patients peuvent être confrontés à des stratégies de prise en charge dont ils ne comprennent pas tous les enjeux. *L'Evidence Based Medicine* nous permet de les éclairer quand la supériorité des bénéfices sur les risques fait peu de doute. En revanche, lorsque cette supériorité n'est pas établie, il est plus difficile de les accompagner dans leur décision.

Le choix éclairé des patients est un concept récent, probablement encore mal intégré. Les déterminants qui les motivent en matière de santé étant insuffisamment connus, d'autres études pourraient se pencher sur leur compréhension, que ce soit en matière de cancer de la prostate ou pour d'autres comportements en consommation de soins.

Annexe 1 : Courrier à destinée des médecins

Chers confrères, chères consœurs,

Je m'appelle Marvin O'DOWD, je réalise un travail de thèse dirigé par le Dr Laurène MILLET-MALINGREY, en vue d'obtenir le grade de Docteur en médecine.

Mon sujet traitera de l'influence des représentations du cancer de la prostate sur la demande de dépistage par dosage du PSA en médecine générale. Il s'agira d'une enquête qualitative par entretiens individuels auprès de patients de plus de 50 ans.

Avec votre accord, je souhaiterais laisser à disposition de vos patients, par votre intermédiaire, celui de votre secrétariat ou en salle d'attente, un document les invitant à me laisser leurs coordonnées s'ils acceptent de participer à mon étude.

Je recherche des hommes de plus de 50 ans volontaires pour un entretien oral enregistré dont les données seront anonymisées.

Je vous remercie d'avance de votre participation à l'élaboration de ce projet.

Je vous prie d'agréer, chers confrères, chères consœurs, mes respectueuses salutations.

Marvin O'DOWD

Annexe 2 : Document de recrutement

Recherche de volontaires hommes de plus de 50 ans pour un entretien dans le cadre d'un travail de thèse

Je m'appelle Marvin O'DOWD, je suis interne en médecine générale. Je réalise un travail de thèse dirigé par le Dr Laurène MILLET-MALINGREY, en vue d'obtenir le grade de Docteur en médecine.

Il s'agira d'entretiens enregistrés et anonymisés.

Acceptez-vous que je vous contacte pour un entretien individuel concernant la prostate, en me laissant vos coordonnées ?

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Si vous connaissez un homme de plus de 50 ans volontaire pour participer à un entretien, vous pouvez également le solliciter.

Merci de remettre ce document au secrétariat ou à votre médecin.

D'avance, merci pour votre participation.

Annexe 3 : Formulaire de recueil du consentement

Influence des représentations du cancer de la prostate sur la demande de dépistage par dosage du PSA en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'un panel raisonné de patients de plus de 50 ans

Je soussigné,

Atteste avoir été informé de l'objet de l'étude que M. Marvin O'DOWD conduit et donne mon consentement à ma participation à un entretien oral enregistré dont les données seront anonymisées.

Date :

Signature :

Annexe 4 : Questionnaire de recueil des déterminants

Patient :

Âge :

Catégorie socioprofessionnelle de l'INSEE¹ :

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux :

- Maladies cardio-vasculaires :

- Diabète :

- Cancer :

Facteurs de risque de cancer de la prostate	Oui	Non
Origine africaine ou antillaise		
ATCD familial de CaP chez au moins 2 parents collatéraux		
ATCD familial de CaP chez un parent âgé de moins de 55 ans		
ATCD familial de CaP chez 3 membres d'une même fratrie		

Statut marital :

¹ INSEE. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 | Insee [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>

Annexe 5 : Canevas d'entretiens

1) Avez-vous déjà bénéficié d'une prise de sang en lien avec la prostate ?

- Avez-vous bénéficié d'un dosage du PSA ?
- Avez-vous refusé de réaliser des examens en rapport avec la prostate ? Si oui, pourquoi ?

2) Qu'est-ce qui vous a poussé à réaliser cet examen ?

- Une inquiétude concernant votre santé, l'apparition de symptômes ?
- Les conseils de votre médecin, d'un proche ?
- Les antécédents d'un proche ?
- Une information dans les médias (de quelle source) ?

3) À quoi associez-vous le terme de « prostate » ?

- Et d'un point de vue plus symbolique ?
- Voyez-vous un rapport avec l'image de l'homme, la virilité ?
- Voyez-vous un rapport avec la fonction urinaire, sexuelle ?
- Voyez-vous un rapport avec le cancer ?

4) Qu'est-ce que le cancer de la prostate vous évoque ?

- Que diriez-vous de sa gravité ?
- Que diriez-vous de sa guérison ?

5) Que savez-vous des moyens de traiter un cancer de la prostate ?

- Que savez-vous des conséquences potentielles des traitements ?

6) Que savez-vous des intérêts à réaliser le dépistage ?

- Que savez-vous des inconvénients ?

Annexe 6 : Tableaux thématiques

- **FO relative** : nombre d'entretiens dans lesquels apparaît le code
- **FO absolue** : nombre total d'apparitions du code dans l'ensemble des données

1. Dosage du PSA

Codes		FO relative	FO absolue
Réalisation du dosage	Dosage du PSA	17	
	Absence de dosage du PSA	3	
Fréquence du dosage	Dosage occasionnel du PSA	7	
	Suivi du PSA	6	7
	Dosage systématique du PSA	4	
Méconnaissance du PSA		7	

Définitions :

- **Dosage du PSA** : Le patient a bénéficié d'un dosage de PSA
- **Absence de dosage du PSA** : Le patient n'a jamais bénéficié d'un dosage de PSA
- **Dosage occasionnel du PSA** : Le PSA n'a été dosé qu'occasionnellement
- **Suivi du PSA** : Le PSA est l'objet d'un suivi, d'une surveillance
- **Dosage systématique du PSA** : Le patient bénéficie systématiquement d'un dosage de PSA lorsqu'il réalise un bilan sanguin de routine
- **Méconnaissance du PSA** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur le PSA

2. Acceptation des examens de dépistage

Codes	FO
Pas de refus des examens de dépistage	18
Non proposé	2

Définitions :

- **Pas de refus des examens de dépistage** : Le patient n'a pas refusé les examens de dépistage du cancer de la prostate qui lui ont été proposés
- **Non proposé** : Le patient ne s'est pas vu proposer d'examens de dépistage du cancer de la prostate

3. Initiateurs du dosage du PSA

Codes		FO
Patient		6
Médecin	Médecin traitant	11
	Urologue	5
	Médecine Préventive	2
	Proctologue	1
Contexte	Dépistage	10
	Symptômes suspects	4
	Adénome prostatique	2
	Prostatite	1
	Antécédents familiaux	1
Non réalisé		3

Définitions :

- **Patient** : Le patient déclare avoir déjà été demandeur de la prescription d'un dosage de PSA
- **Médecin traitant** : Le dosage du PSA a été prescrit au moins une fois par le médecin traitant
- **Urologue** : Le dosage du PSA a été prescrit au moins une fois par un urologue
- **Proctologue** : Le dosage du PSA a été prescrit au moins une fois par un proctologue
- **Médecine Préventive** : Le dosage du PSA a été prescrit au moins une fois par un médecin de Centre de Médecine Préventive
- **Dépistage** : Le dosage du PSA a été réalisé à titre de dépistage chez un patient asymptomatique
- **Symptômes suspects** : Le PSA a été dosé en raison de symptômes suspects de cancer de la prostate
- **Adénome prostatique** : Le PSA a été dosé à l'occasion de la découverte d'un adénome de prostate
- **Prostatite** : Le PSA a été dosé à l'occasion d'une prostatite
- **Antécédents familiaux** : Le PSA a été dosé en raison d'antécédents familiaux de cancer de la prostate
- **Non réalisé** : Le patient n'a jamais bénéficié d'un dosage de PSA

4. Représentations de la prostate

Codes		FO relative	FO absolue
Pathologies	Troubles de la miction	9	10
	Cancer	7	
	Adénome prostatique	3	4
Rôle	Appareil de reproduction	8	
	Fonction érectile	3	
Virilité		7	
Source de préoccupations		4	
Toucher rectal		3	
Méconnaissance		13	

Définitions :

- **Troubles de la miction** : La prostate est associée aux troubles de la miction
- **Cancer** : La prostate est associée au cancer
- **Adénome prostatique** : La prostate est associée à l'adénome prostatique
- **Appareil de reproduction** : La prostate est associée à l'appareil de reproduction
- **Fonction érectile** : La prostate est associée à la fonction érectile
- **Virilité** : La prostate est associée à la virilité
- **Source de préoccupations** : La prostate est considérée comme une source de préoccupations
- **Toucher rectal** : La prostate est associée au toucher rectal
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur la prostate

5. Représentations du cancer de la prostate

Codes		FO relative	FO absolue
Entourage		15	19
Complications	Décès	5	
	Métastases	3	
Inquiétude		4	5
Antécédent personnel		2	
Méconnaissance	Méconnaissance	14	
	Non spécificité	8	
	Confusion cancer colorectal	3	4

Définitions :

- **Entourage** : Expérience du cancer de la prostate par l'intermédiaire d'un membre de l'entourage
- **Décès** : Le cancer de la prostate est associé au décès
- **Métastases** : Le cancer de la prostate est associé à l'apparition de métastases
- **Inquiétude** : Le cancer de la prostate évoque l'inquiétude
- **Antécédent personnel** : Le patient a un antécédent personnel de cancer de la prostate
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur le cancer de la prostate
- **Non spécificité** : Le cancer de la prostate n'est pas perçu comme présentant des particularités, il n'est associé à aucune symbolique
- **Confusion cancer colorectal** : Confusion entre le cancer de la prostate et le cancer colorectal

6. Évolution du cancer de la prostate

Codes		FO relative	FO absolue
Gravité	Maladie grave	3	
	Moindre gravité	3	
Pronostic	Bon pronostic	10	12
	Mauvais pronostic	3	
Évolution lente		1	
Méconnaissance		9	

Définitions :

- **Maladie grave** : Le cancer de la prostate est considéré comme une maladie grave
- **Moindre gravité** : Le cancer de la prostate est considéré comme étant un des cancers de moindre gravité
- **Bon pronostic** : Le cancer de la prostate est associé à un bon pronostic
- **Mauvais pronostic** : Le cancer de la prostate est associé à un mauvais pronostic
- **Évolution lente** : Le cancer de la prostate est considéré comme une maladie à évolution lente
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances concernant l'évolution du cancer de la prostate

7. Moyens thérapeutiques

Codes		FO relative	FO absolue
Arsenal thérapeutique	Chirurgie	13	16
	Chimiothérapie	9	
	Radiothérapie	6	8
	Immunothérapie	1	
	Médicaments	1	2
Méconnaissance	Méconnaissance	15	
	Non chirurgical	2	

Définitions :

- **Chirurgie** : La chirurgie fait partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate
- **Chimiothérapie** : La chimiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate
- **Radiothérapie** : La radiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate
- **Immunothérapie** : L'immunothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate
- **Médicaments** : La prise d'un traitement médicamenteux fait partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur les moyens thérapeutiques
- **Non chirurgical** : Le patient estime que la chirurgie ne fait pas partie de l'arsenal thérapeutique du cancer de la prostate

8. Conséquences des traitements

Codes		FO relative	FO absolue
Effets indésirables	Troubles de l'érection	11	13
	Troubles urinaires	8	
	Infertilité	4	
	Asthénie	2	
Méconnaissance		13	

Définitions :

- **Troubles de l'érection** : Le traitement du cancer de la prostate est associé à de potentiels troubles de l'érection
- **Troubles urinaires** : Le traitement du cancer de la prostate est associé à de potentiels troubles urinaires
- **Infertilité** : Le traitement du cancer de la prostate est associé à une potentielle infertilité
- **Asthénie** : Le traitement du cancer de la prostate est associé à une potentielle asthénie
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur les conséquences potentielles des traitements du cancer de la prostate

9. Intérêts du dépistage

Codes		FO relative	FO absolue
Adhésion	Intérêt du dépistage	19	
	Scepticisme	1	
Objectifs	Détection	8	9
	Prise en charge précoce	13	
	Rassurer	4	
	Espérance de vie	1	
Méconnaissance		7	

Définitions :

- **Intérêt du dépistage** : Le patient estime que le dépistage du cancer de la prostate présente des intérêts
- **Scepticisme** : Le patient se montre sceptique quant à l'intérêt de réaliser le dépistage du cancer de la prostate
- **Détection** : Un des objectifs du dépistage est l'éventuelle détection du cancer de la prostate
- **Prise en charge précoce** : Un des objectifs du dépistage est la prise en charge précoce d'un éventuel cancer de la prostate
- **Rassurer** : Un des objectifs du dépistage est de rassurer
- **Espérance de vie** : Un des objectifs du dépistage est l'allongement de l'espérance de vie
- **Méconnaissance** : Le patient exprime ou affiche un manque de connaissances quand il est interrogé sur le dépistage du cancer de la prostate

10. Inconvénients du dépistage

Codes		FO
Absence d'inconvénient		12
Inconvénients	Prise de sang	4
	Toucher rectal	3
	Inquiétude	2
	Examens complémentaires	1
	Coût	1

Définitions :

- **Absence d'inconvénient** : Le dépistage du cancer de la prostate est perçu comme ne présentant pas d'inconvénient
- **Prise de sang** : La prise de sang est perçue comme un inconvénient du dépistage
- **Toucher rectal** : Le toucher rectal est perçu comme un inconvénient du dépistage
- **Inquiétude** : Le dépistage est considéré comme producteur d'inquiétude
- **Coût** : Le coût pour le système de santé est considéré comme un inconvénient du dépistage
- **Examens complémentaires** : Les examens complémentaires pouvant découler du dépistage sont perçus comme un inconvénient

Bibliographie

1. HAS. Détection précoce du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel des pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013 [Cité le 14 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
2. AFU. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : cancer de la prostate [Internet]. 2018 [Cité le 14 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-10>
3. Vaillant P. Effet des dernières publications de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA auprès des médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine ; 2016.
4. ASSURANCE MALADIE. BiolAM 2013-2015. Dénombrement, base de remboursement et montant remboursé se rapportant aux actes de biologie remboursés en 2013, 2014 et 2015 [Internet]. 2016 [cité le 15 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/actes-de-biologie-medicale/biolam/biolam-2013-2015.php>
5. Tuppin P. *et al.* Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2016 ; (39-40) : 700-6.
6. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018 [Internet]. 2019 [Cité le 26 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-20182>
7. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018 [Internet]. [Cité le 31 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-2018>
8. Maison de l'Urologie. Altération de la fonction sexuelle dans le traitement du cancer de la prostate localisé [Internet]. 2018 [Cité le 1 février 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/alteration-de-la-fonction-sexuelle-dans-le-traitement-du-cancer-de-la-prostate>
9. INCa. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 - Tumeurs solides. 2019 juill p. 255-62.

10. INCa. Les cancers en France - édition 2017 [Internet]. 2017 [Cité le 31 janvier 2020] p. 58. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=59

11. HAS. Cancer de la prostate : Identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque. Rapport d'orientation. [Internet]. 2012 [Cité le 26 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf

12. Maison de l'Urologie. Chapitre 16 - Tumeurs de la prostate [Internet]. 2016 [Cité le 26 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>

13. INCa, L'Assurance Maladie, Collège de la Médecine Générale. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. [Internet]. 2016 [Cité le 29 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/var/inca/storage/original/application/85338330358215e97a808776ecffd9d.pdf#viewer.action=download>

14. Wilson JMG, Junger G. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1970.

15. ANAES. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. 2004 [Cité le 27 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

16. La Revue Prescrire. PSA et dépistage des cancers localisés de la prostate. 2009 ; 29(308) : 437-43.

17. Andriole GL, Levin DL, Crawford ED, Gelmann EP, Pinsky PF, Chia D, *et al.* Prostate cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial: findings from the initial screening round of a randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 16 mars 2005 ; 97(6) : 433-8.

18. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, *et al.* Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*. 18 Janvier 2012 ; 104(2) : 125-32.

19. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, *et al.* Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *New England Journal of Medicine*. 26 mars 2009;360(13) : 1320-8.

20. 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. *The Lancet*. 6 Décembre 2014 ; 384(9959) : 2027-35.

21. La Revue Prescrire. Dépistage des cancers de la prostate par PSA. Mars 2012 ; 32(341) : 207-9.
22. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, *et al.* Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol.* 1 août 2010 ; 11(8) : 725-32.
23. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. GM Santé ; CNGE ; 2011.
24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique.* 1994 ; 147-81.
25. INSEE. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 | Insee [Internet]. 2003 [Cité le 14 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
26. Maison de l'Urologie. La prostate, symbole de la vulnérabilité masculine : une enquête qualitative AFU-IPSOS [Internet]. 2005 [Cité le 15 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/la-prostate-symbole-de-la-vulnerabilite-masculine-une-enquete-qualitative-afu>
27. Beeker C., *et al.* Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention. *Journal of Community Health.* 2000 ; 25(3) : 263-78.
28. Kollmann Y. Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine ; 2018.
29. Mota C. Etat des lieux des connaissances et des représentations des hommes de plus 50 ans au sujet du dépistage du cancer de la prostate : enquête qualitative exploratoire [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II ; 2011.
30. Douvillé E. Informations aux patients avant un dosage sanguin de l'Antigène Prostatique Spécifique : enquête d'opinion auprès de patients de la Somme [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2013.
31. Mucciante-Manuel S., Bouchaud J. L'information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate. [Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2011.
32. Kergadallan B. Evaluation de la qualité et de la perception de l'information des hommes de plus de 50 ans quant au dépistage du cancer de la prostate, en Morbihan [Thèse d'exercice]. Université Bretagne Loire ; 2019.
33. L'Assurance Maladie. Cancer de la prostate | ameli.fr | Assuré [Internet]. [Cité le 28 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate>

34. INCa, L'Assurance Maladie, Collège de la Médecine Générale. Le dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider. [Internet]. 2016 [Cité le 29 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-decider>
35. James L., *et al.* Men's perspectives of prostate cancer screening: A systematic review of qualitative studies. PLOS ONE. 2017 ; 12(11) : e0188258.
36. Ospital J. Prescription du dosage de PSA et information des patients : enquête transversale auprès de 212 patients lors du prélèvement sanguin [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2014.
37. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Synthèse des recommandations. 2003.
38. Maison de l'Urologie. Prise en charge d'une prostatite aiguë : à propos de 100 cas [Internet]. 2005 [Cité le 26 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prise-en-charge-dune-prostatite-aigue-propos-de-100-cas>
39. HAS, INCa. Cancer de la prostate. Guide - Affection de longue durée [Internet]. 2012 [Cité le 26 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide__prostate_web.pdf
40. HAS. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel des pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013 juin [Cité le 29 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal
41. Bridou M. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche [Thèse de doctorat]. Université de Tours ; 2012.
42. Le Bonniec A. Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique [Thèse de doctorat]. Université Paul Valéry, Montpellier ; 2018.

VU

NANCY, le **26 février 2020**

Le Président de Thèse

NANCY, le **26 février 2020**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11081**

NANCY, le **27 février 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Le dépistage du cancer de la prostate est non recommandé par la HAS. Pourtant, il existe un dépistage de masse non organisé, par dosage du PSA, faisant l'objet d'une demande fréquente de la part des patients.

Objectifs : Étudier comment les représentations du cancer de la prostate peuvent influencer sur la demande de dépistage par dosage du PSA. Identifier les déterminants de cette demande. Explorer la perception du dépistage du cancer de la prostate par les patients.

Matériels et méthodes : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 patients hommes de plus de 50 ans.

Résultats : Le cancer de la prostate représente plusieurs dangers : il peut symboliser la maladie et la mort ; en étant susceptible d'engendrer des troubles de la continence, il peut être associé à la vieillesse et à une image dégradée du corps ; ses impacts potentiels sur la fertilité et la fonction érectile représentent une intrusion dans l'intimité, la sexualité et une certaine conception de la masculinité. Les déterminants du dépistage peuvent être la crainte du cancer, l'âge, les antécédents d'adénome prostatique ou de cancer de la prostate dans l'entourage. Le dosage du PSA apparaît peu contraignant et ses inconvénients sont éminemment méconnus.

Conclusion : Les patients semblent choisir de façon non éclairée de se livrer au dépistage du cancer de la prostate. Face à cette problématique complexe, leur apporter une information claire et objective permettrait de mieux les accompagner dans leur décision.

TITRE EN ANGLAIS : Influence of prostate cancer representations on PSA screening demand in general medicine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – Année 2020

MOTS CLÉS : Cancer de la prostate, dépistage, PSA, recommandations

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX
