

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 29

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention D.E.S

De Médecine Générale

PAR

HAUTEVILLE Clotilde

Née le 17/12/1997 à Sallanches

Obstacles rencontrés dans le dépistage individuel du cancer de la
prostate : étude qualitative auprès des médecins généralistes
d'Alsace

Président du jury : Professeur Christian Saussine

Directeur de thèse : Dr Emilien Seizilles de Mazancourt



**FACULTÉ DE MÉDECINE,
MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ**

ÉDITION SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- Président de l'université
- Doyen de la Faculté
- Directeur des études de la faculté
- Doyens honoraires : (1983-1990)
(1990-1994)
(1994-2000)
(2001-2011)
- Chargé de relations auprès du doyen
- Responsable Adjoint Général

M. THIERRY GILLET
M. SYLVAIN JON
M. GILBERT F. RIBIÈRE
M. MARC JEAN HENRI
M. ANDRÉAS LÉON
M. GABRIELLE MERLE
M. LUIGI BARTALINI
M. ANTHONY ACHET
M. DIEZMUND GÖTTSCHEW



RUE DES DOCTEURS BASTIEN
31 038 CORTES (34)
Service général : M. GUY HÉROLD

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MONTEL Jean-Louis : Chaire "Généralisme français" à compter du 01.11.2020

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

MARTON Franck : Neurologie pédiatrique
OLLIVIERIERA : Gynécologie-obstétrique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (P.U.-P.H.)

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers (hôpital / localisation)	Services de la Faculté (Faculté des Universités)
ALLET Philippe	MCU CS	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Immunohématologie, Hépatologie et Transfusion / HP	01.11 Otorhinolaryngologie et oto-neuro-otologie
ALARDI Charly	MCU CS	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie (hôpital) HP	04.11 Gynécologie-Gynécologie-obstétrique Option : Gynécologie-Gynécologie
ANDRE Emmanuel	SPH CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Pédiatrie, Néphrologie (hôpital) HP - Service de Médecine Interne, Médecine et Maladies Infectieuses (hôpital) HP	01.11 Service médecine interne
ANDRE Mathis	MCU MC	- Pôle HP et HP - Service de Neurologie (hôpital) HP - médecine	01.11 Neurologie
ANDRY Marie-Dominique	MCU CS	- Pôle de Biologie - Service de Biologie (hôpital) HP de Neurologie - Institut d'Etudes et de Recherche en Médecine	01.11 Biologie, Embryologie et Cytogénétique (hôpital) HP
ANDRY Antoine	MCU CS	- Pôle de Biologie - Service de Radiologie (hôpital) HP	01.11 Oncologie, Radiothérapie
ANDRY Pierre	MCU MC	- Pôle de Biologie - Service de Rhumatologie (hôpital) HP de Neurologie	01.11 Rhumatologie
ANDREY Valérie	MCU CS	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie générale, hépatologie et endocrinologie et transfusion (hôpital) HP	01.11 Clinique générale
ANDRY Vincent	MCU CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Cellulaire (hôpital) HP - Institut d'Etudes et de Recherche en Médecine (hôpital) HP / HP	01.11 Immunologie (hôpital) HP
ANDRY Thibaut	MCU CS	- Pôle de Biologie (hôpital) HP - Centre de Recherche sur les Maladies Infectieuses Hospitalières (hôpital) HP	01.11 Infectiologie / Médiologie Option : Pédiatrie
ANDREAU-FALLET Nicolas	MCU MC	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et Biologie (hôpital) HP	01.11 Biologie cellulaire (hôpital) HP
ANDREAU Fabrice	MCU CS	- Pôle de Neurologie - HP / HP - Unité de Neurologie (hôpital) HP	01.11 Neurologie et Neurologie pédiatrique (hôpital) HP
ANDREAU Vincent	MCU MC	- Pôle de Neurologie - HP / HP - Service de Neurologie Pédiatrique (hôpital) HP de Neurologie	01.11 Neurologie pédiatrique
ANDREAU Valérie	MCU CS	- Pôle de Pédiatrie, Pédiatrie et Maladies Infectieuses - Service de Pédiatrie (hôpital) HP	01.11 Pédiatrie d'adultes / Maladies infectieuses Option : Pédiatrie d'adultes
ANDREAU Vincent	MCU CS	- Pôle de Pédiatrie et de Neurologie - Service de Pédiatrie (hôpital) HP	01.11 Pédiatrie d'adultes
ANDREAU Vincent	MCU MC	- Pôle de Neurologie - Service de Neurologie - HP / HP - Service de Neurologie (hôpital) HP de Neurologie	01.11 Neurologie, Neurologie pédiatrique (hôpital) HP
ANDREAU Vincent	MCU CS	- Pôle de Neurologie et Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie (hôpital) HP	01.11 Neurologie, Maladies Infectieuses Option : Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence
ANDREAU Vincent	MCU MC	- Pôle de Neurologie - Service de Neurologie (hôpital) HP de Neurologie	01.11 Neurologie, Maladies Infectieuses Option : Pédiatrie et Biologie de l'environnement
ANDREAU Vincent	MCU MC	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie Pédiatrique et Maladies Infectieuses (hôpital) HP	01.11 Clinique Pédiatrique, Neurologie et Maladies Infectieuses Option : Pédiatrie
ANDREAU Vincent	MCU CS	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie (hôpital) HP	01.11 Neurologie
ANDREAU Vincent	MCU CS	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie (hôpital) HP	01.11 Otorhinolaryngologie et oto-neuro-otologie
ANDREAU Vincent	MCU MC	- Pôle de Neurologie (hôpital) HP - Service de Neurologie (hôpital) HP	01.11 Neurologie

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Des sections du Conseil National des Universités
BOUDIN Yveline	R19E CE	- Pôle Tête et Cou - CTO - Service de Neurologie - Unité du sommeil / hôpital civil	43.01 Neurologie
Mme BINGARD Cecile	R19E K23	- Pôle des Hépatites digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	23.01 Chirurgie générale
Mlle BILLET Catherine	R19E LS	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et traumatologie / HP	31.04 ortho - chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAMOUCHE Marie Sophie	R19E K13	- Pôle de soins médicaux - gastro-entérologie / HP - Service de gastrologie-obésité et transplantation / HP	47.01 Hépatologie
CASTLAN Viviane	R19E K22	- Pôle Urgences - Soins médicaux (Centre antiparasit) - Service de Parasitologie Médicale / Hôpital de Hautepierre	46.01 Parasitologie
CHIFFE René	R19E ES	- Pôle d'activités médicales - chirurgie Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation HP/ HP	47.04 Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (autres) - chirurgie vasculaire
CHARLES Yann Philippe	R19E K13	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie de la main / chirurgie B / HP	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOT Anne	R19E K13	- Pôle de pathologie thoracique - Service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / HP	44.01 Physiologie (option biologique)
Mme CHIBROT Anne	R19E K23	- Pôle Tête et Cou - CTO - Service de l'oto-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	36.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHIVARDO Mlle Marie Marie	R19E CE	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVIER Stéphane	R19E ES	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'orthopédie-traumatologie du membre supérieur / HP	47.07 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLANGE Olivier	R19E K22	- Pôle d'activités / Anesthésie chirurgicale / SMC / SMC - Service d'Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale / HP	46.01 Anesthésiologie-Réanimation; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie Réanimation Type Clinique)
Dr COMBES Adrien	R19E K13	- Pôle Tête et Cou - CTO - Centre d'otologie ORL / HP et HP	43.01 Otologie
COHEN Laurent	R19E CE	- Pôle d'urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	32.03 Dermato-Dermatologie
Dr DUBOIS Jean-François	R19E CE	- Pôle de pathologie thoracique - Service de pneumologie / Hôpital de Hautepierre / HP	43.01 Pneumologie
Dr DUCHEMIN	R19E CE	- Pôle Tête et Cou - CTO - Centre d'otologie ORL / HP / Hôpital de Hautepierre	43.01 Otologie
Dr ELIAS Stéphane	R19E CE	- Pôle Tête et Cou - CTO - Pôle d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	45.01 Oto-rhino-laryngologie
Dr ELIAS Stéphane	R19E K13	- Pôle de neurologie - épileptologie - Service de neurologie épileptologie / Hôpital de Hautepierre	44.03 Neurologie - épileptologie; génétique médicale (option neurologie épileptologie)
Mme DUFFES VALÉRIE Hélène	R19E CE	- Pôle de Biologie - Service de Biologie Médicale / Hôpital de Hautepierre	42.04 Chimie (type chimie)
Dr DUBREUIL Jean-Louis	R19E K13	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'orthopédie-traumatologie du membre inférieur / HP	31.01 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme ENZL VÉRA Marie-Anne	R19E K23	- Pôle médecine - néphrologie néphrologie - Service de Néphrologie / Hôpital de Hautepierre	34.01 Néphrologie
Mme FALCA Sylvie	R19E CE	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie de la main - ses main / hôpital de Hautepierre	32.01 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FANT JEANOS Sandra	R19E CE	- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Biologie / PTH HP et Faculté	42.01 Biochimie; Virologie; Hygiène hospitalière (option Biochimie; Virologie hospitalière)
Mme FROST	R19E K13	- Pôle de pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie générale, hépatique et de transplantation / HP	47.01 Chirurgie générale
Mlle GILBERT Marie-Agnès (el)	R19E K13	- Pôle de pathologie thoracique - Service de chirurgie thoracique / Hôpital de Hautepierre	47.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FURBERER Luc Mathias	R19E K23	- Pôle d'oncologie - Service d'oncologie / CHU	47.01 Nématologie / Transfusion (option) Nématologie
GILLOT David	K13	- HP - Centre Hépatite-otolaryngologie - Hôpital Civil	43.01 Otolologie et chirurgie auditive
GAUC Anne	R19E ES	- Pôle d'ophtalmologie - Service d'ophtalmologie et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre Civil	43.03 Ophtalmologie et chirurgie oculaire (option clinique)
GARMON Jean	R19E K13	- Pôle d'ophtalmologie - Service d'ophtalmologie à interventionnelle / Hôpital de Hautepierre Civil	43.03 Ophtalmologie et chirurgie oculaire (option clinique)
GAUCI DE BIANCHI	R19E K23	- Pôle des Spécialités Médicales - Dentarologie / SMO - Service d'odontologie / Hôpital de Hautepierre	36.03 Odontologie
Dr GARNIER	R19E ES	- Pôle de pathologie thoracique - Service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / HP	44.01 Physiologie (option biologique)
Dr GARNIER	R19E K13	- Pôle d'activités médicales - chirurgie Cardio-vasculaire - Service de chirurgie vasculaire et de transplantation HP/ HP	47.04 Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (autres) - chirurgie vasculaire
GOUEZ Philippe	R19E CE	- Pôle médecine - chirurgie de la main - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	34.02 Chirurgie infantile
GLADON Laurent	R19E ES	- Pôle de Médecine générale, Gynécologie, Pédiatrie, Radiologie, Radiologie Nucléaire (Général) - Service de Médecine générale et de nutrition / HP	44.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Myrtille	R19E CE	- Pôle de santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HP	46.01 Médecine et santé au travail

NOM et titre complet	CR	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Sous-section du Comité National des Universités
ACTONIS Jacques-Edouard	RSPO RS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Néphrologie (MNH) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-Saint-Joseph	20.01 Rhumatologie
BARBOUCHE Thierry	RSPO CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Rhumatologie-Dalry et Traumatologie / HNE	22.00 Ophtalmologie
BARRON Yves	RS1 RS2	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et Sexuelles / HNE	40.00 Maladies Infectieuses
BEFFREYS Julie	RSPO RS1	- Pôle Ophtalmologie - Maladies Infectieuses / Centre d'implantation - Service de Maladies Infectieuses / Centre Hospital Civil	40.00 Maladies Infectieuses/Maladies
BERSIN Fabrice	RSPO RS1	- Pôle Tête et Cou - CTO - Service de Neurologie / Hôpital de Hauteglismes	45.01 Neurologie
BIRBALE Nicolas	RSPO RS2	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / IGMS	42.01 Biophysique et médecine Nucléaire
BOUTELOT Marie-Cécile	RS1 CS	- Pôle de Médecine Préventive et de Vaccinologie - Institut Universitaire de Vaccinologie et Chimie-Vac	40.02 Médecine Préventive et Vaccinologie
BUHAUC Benoît	RSPO CS	- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Recherche - IIRU HNE et HNEH	43.01 Institut Interdisciplinaire de Biologie (IBiologie)
Mme FALCOURN Annabelle	RSPO RS	- Pôle de Médecine Interne, Immunologie, Nutrition, Pneumologie, Néphrologie (MNH) - Service de Pneumologie, Santé et Nutrition / HNE	50.00 Pneumologie, Maladies et maladies respiratoires
Mme JESE/PATEL Laurence	RSPO RS2	- Pôle d'activité médicale - Cardiologie Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / MUSEM Hôpital Civil	21.00 Cardiologie
KOYAMA M-ouyong	RS1 CS	- Pôle de Santé - Service de Maladies Infectieuses - Santé et Hôpital de la Solidarité - Service Préventive - Santé et Hôpital de la Solidarité	40.00 Ophtalmologie, Maladies et maladies infectieuses
Mme KNATHIEN Laurence	RSPO RS1	- Pôle de Médecine Interne, Immunologie, Nutrition, Pneumologie, Néphrologie (MNH) - Service de Pneumologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / MAD, S, FMC	50.00 Pneumologie, diabète et maladies infectieuses
RESCON Bernard	RSPO RS1	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Rhumatologie / MUSEM Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
RESCON Michel	RSPO RS2	- Pôle d'activité médicale - Chirurgie Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / MUSEM Hôpital Civil	21.00 Chirurgie d'urgence et cardiologie vasculaire
Mme BERGAMONI Marie-Sophie	RSPO CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Maladies Infectieuses et Immunologie Clinique / MCI	40.00 Immunologie (autres disciplines)
ROUSSEY Catherine	RSPO CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 1 - Neurologie (Muscardon) et Pathologie HNE	45.00 Neurologie et Imagerie Médicale (autres disciplines)
RUDE Pierre	RSPO RS	- Pôle Maladies - chirurgie de l'obésité - Service de Pneumologie et Alimentation Nutritionnelle (Pédiate) / HNE	50.00 Maladies
BOUTELOT Jean-Christophe	RS1 RS2	- Pôle d'Immunologie - Service Chimie/Biologie / CCN	47.00 Chimie, Biochimie et Biologie (autres disciplines)
Mme BRASNE Laurence	RSPO CS	- Pôle de Recherche - Santé Nutrition et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	40.00 Spécialités d'addictologie ; Addictologie (autres disciplines)
LAMENAGE	RSPO RS2	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructive et esthétique, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatochirurgie - Service de Chirurgie Urgence / Musée Hôpital Civil	47.00 Chirurgie
FAROL Vincent	RS1 CS	- Pôle Maladies - chirurgie de l'obésité - Service de Médecine 1 / Hôpital de Hauteglismes	50.00 Maladies
Mme FERRIER Annie	RSPO RS1	- Pôle d'activité médicale - chirurgie reconstructive et esthétique - Service de Chirurgie maxillo-faciale et de Transplantation maxillo-faciale / HNE	51.00 Ophtalmologie/Chirurgie maxillo-faciale
LE MEURT Jean-Philippe	RSPO RS1	- Pôle d'Imagerie - Institut Chimie/Biologie / Santé et de Maladies - Service de Chimie/Biologie - Chimie/Biologie et des matériaux et des procédés	42.01 Anatomie
LEFRANCQ Jean-Marc	RS1 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie clinique et analytique / CTS / MCI - Laboratoire de Biologie et de Chimie analytiques / - Centre de Recherche	42.00 Chimie et Biologie de l'Homme
LEPRERON Dani	RSPO RS2	- Pôle de Clinique gériatrique neurocognitive et cognitive, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatochirurgie - Service de Dermatochirurgie / Hôpital Civil	50.00 Dermatologie/Neurologie
LYONSBAU Philippe	RS1 RS2	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOC Main / Hôpital de Hauteglismes	20.00 Chirurgie orthopédique et Traumatologie
MADRETTI Gaëlle	RSPO RS1	- Pôle d'Immunologie - Service de Neurologie Infectieuse / HNEH	47.00 Cancérologie ; pathologie infectieuse (autres disciplines)
MATHIEN Marie M	RSPO RS1	- Pôle de Biologie - Département Biologie Frontière de la Santé / MSHC	50.00 Chimie et médecine de développement et de la reproduction (autres disciplines)
MARTIN Thierry	RSPO RS1	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Maladies Infectieuses et Immunologie Clinique / MCI	40.00 Immunologie (autres disciplines)
Mme MASCALEGUE Stéphanie	RSPO RS2	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Pneumologie / Musée Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; addictologie
Mme MATHIEU Corinne	RSPO CS	- Pôle de Gynécologie-obstétrique - Pôle de Séologie / CCN	50.00 Gynécologie-obstétrique ; gynécologie Médicale
MATHIEU Laurent	RSPO CS	- Pôle de Pneumologie - Laboratoire d'Immunologie Clinique - Institut de la Santé - Institut Chimie/Biologie / Santé et de Maladies	47.01 Cancérologie ; Transfusion Ophtalmologie/Chirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Données du Conseil National des Universités
MARTINOTTE Jean-Philippe	RNF CE	- Pôle d'activités médicales-chirurgicales Cardiaques et Thoraciques - Service de Chirurgie Cardiaque vasculaire / Hôpital Hôpital Civil	41.00 Chirurgie thoracique et cardiopulmonaire
MATHIS Jean	RNF RTE	- Pôle de Pédiatrie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale / Hôpital Civil	45.00 Gynécologie et gynécologie (gynécologie) 46.00 Pédiatrie
MATHIS Jean-Michel	RTE CE	- Pôle d'Anatomopathologie (Anatomopathologie Clinique) / SPMO-SMOR - Service d'Anatomopathologie Clinique (Anatomopathologie Clinique) / Hôpital Civil	48.00 Ophtalmologie 49.00 Anatomopathologie (Anatomopathologie Clinique)
MATHIS Jean	RNF RTE	- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Radiologie Diagnostic - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / Hôpital Civil	44.00 Physiologie (Anatomopathologie)
MATHIS Jean	RNF RTE	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de Médecine / Hôpital Civil	46.00 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (Anatomopathologie)
MATHIAS Robert	RNF CE	- Pôle Urgences - Anatomopathologie / Centre Anticancer - Service de Réanimation Médicale / Centre Anticancer / Hôpital Civil	48.00 Anatomie
MATHIAS Laurent	RNF CE	- Pôle de Médecine - Pharmacologie - Sect. de la Pharmacologie et Pharmaco-épidémiologie associées - 44724 / Hôpital Civil	48.00 Ophtalmologie (Anatomopathologie)
MATHIAS Olivier	RNF RTE	- Pôle d'activités médicales-chirurgicales Cardiaques vasculaires - Service de Cardiologie / Hôpital Hôpital Civil	41.00 Cardiologie
MATHIAS Louis	RNF CE	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SPMO - Service de Néphrologie Dialyse et Transplantation / Hôpital Civil	42.00 Néphrologie
MATHIAS Michel	RTE RTE	- Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Civil	47.00 Chirurgie digestive
MATHIAS Jean-Jacques	RNF CE	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / SPMO	40.00 Médecine nucléaire et médecine nucléaire
MATHIAS Gilles	RNF RTE	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / SPMO	40.00 Radiologie / Radiophysique Ophtalmologie (Anatomopathologie)
MATHIAS Jean	RNF RTE	- Pôle d'Anatomopathologie Clinique / Anatomopathologie Clinique / Hôpital Civil - Service Anatomopathologie et de Biostatistiques Cliniques / Hôpital Civil	48.00 Anatomie 49.00 Anatomopathologie (Anatomopathologie Clinique)
MATHIAS Michel	RNF RTE	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à l'Imagerie structurale et fonctionnelle / Hôpital Civil	40.00 Radiologie et Imagerie médicale (gynécologie)
MATHIAS Frédéric	RTE CE	- Pôle d'activités médicales-chirurgicales Cardiaques vasculaires - Service de Cardiologie / Hôpital Hôpital Civil	41.00 Cardiologie
MATHIAS Pierre	RNF RTE	- Pôle de Radiologie Thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Hôpital Hôpital Civil	41.00 Chirurgie thoracique et cardiopulmonaire
MATHIAS Jean-Claude	RNF CE	- Pôle médecine-chirurgie de l'Oratoire - Service de Pédiatrie / Hôpital de l'Oratoire	46.00 Pédiatrie
MATHIAS Thierry	RNF RTE	- Pôle d'Anatomopathologie / Anatomopathologie Clinique / SPMO-SMOR - Pôle de formation et de recherche en pathologie des cellules de la muqueuse nasale	48.00 Anatomie / Médecine d'urgence Ophtalmologie (Anatomopathologie)
MATHIAS Gilles	RNF RTE	- Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Générale et Digestive / Hôpital Hôpital Civil	47.00 Chirurgie digestive
MATHIAS Rodik	RNF CE	- Pôle des Pathologies digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôpital Civil	47.00 Chirurgie digestive
MATHIAS Thierry	CE	- SPMO - Département de médecine oncologique	47.00 Cancérologie, Radiothérapie Ophtalmologie (Anatomopathologie Clinique)
MATHIAS Jean	RNF RTE	- SPMO - Département de médecine oncologique	47.00 Cancérologie, Radiothérapie Ophtalmologie (Anatomopathologie Clinique)
MATHIAS Jean	RNF CE	- Pôle d'Anatomopathologie / Anatomopathologie Clinique / SPMO-SMOR - Service d'Anatomopathologie et de Biostatistiques Cliniques / Anatomopathologie Clinique / Hôpital Civil	48.00 Anatomopathologie (Anatomopathologie Clinique) Médecine d'urgence (gynécologie)
MATHIAS Alain	RNF RTE	- Pôle de Pédiatrie (Oratoire, Pédiatrie, Pédiatrie, Pédiatrie, Pédiatrie, Pédiatrie) - Service de Pédiatrie (Oratoire, Pédiatrie, Pédiatrie, Pédiatrie, Pédiatrie)	46.00 Pédiatrie
MATHIAS Thierry	RNF CE	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de l'Oratoire	40.00 Neurochirurgie
MATHIAS Jean-Philippe	RNF CE	- Pôle de Pédiatrie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences Médico-Légales et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.00 Médecine légale et droit de la santé
MATHIAS Jean-Michel	RNF RTE	- Pôle des Pathologies digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'Endoscopie / Hôpital Civil	47.00 Ophtalmologie digestive
MATHIAS Jean-Michel	RNF RTE	- Pôle de Pédiatrie - Département de Pédiatrie et d'Explorations et de soins associés / SPMO	46.00 Pédiatrie et oncologie pédiatrique
MATHIAS Jean	RNF CE	- Pôle des Pathologies digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / Hôpital Civil	47.00 Chirurgie générale
MATHIAS Daniel	RNF RTE	- Pôle des Pathologies digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / Hôpital Civil	47.00 Pédiatrie
MATHIAS Jean-Michel	RNF CE	- Pôle médecine-chirurgie de l'Oratoire - Service de Pédiatrie / Hôpital de l'Oratoire	46.00 Pédiatrie
MATHIAS Jean-Claude	RNF CE	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à l'Imagerie structurale et fonctionnelle / Hôpital Civil	40.00 Radiologie et Imagerie médicale (gynécologie)
MATHIAS Michel	RNF RTE	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital Civil	44.00 Gynécologie-Obstétrique / Gynécologie Obstétrique Ophtalmologie (Anatomopathologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Section du Conseil National des Universités
DALER Ayoub	MRP MT	+ Pôle de spécialités médicales - Otolaryngologie / DMU - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	53.02 Otolaryngologie
DALLEAU Eric André	MRP MT	+ Pôle de santé publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique / Centre CAS - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	48.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication fonction biologique
DALLEUR Christian	RPE CS	+ Pôle d'odontologie, orthodontologie et dentologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale / Hôpital de la Charité / DMU	52.08 Odologie
Mme SCHAEZ Claude	MRP CS	+ Pôle de spécialités médicales - Gynécologie / DMU - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	53.02 Otolaryngologie
Mme SEMETHELIANO Caroline	MRM MCI	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biogénétique Générale / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option Biologique)
Mme SIBREY Francis	MRM CS	+ Pôle Urgence - Médecine médicale / Centre d'urgence - Service de Néonatalogie médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Pédiatrie
Mme SCHNEIDER Camille	MRP CS	+ Pôle de Psychiatrie et de Santé mentale - Service de Psychiatrie pour enfants et adolescents / HC	48.04 Pédiopsychiatrie - Addictologie
DEJOURS Hélène	MRP MT	+ Pôle Tête et Cou - DCU - Service d'Orl - maxillo-faciale et de Chirurgie Maxillo-faciale / HP	53.02 Otorhinolaryngologie
DEJOURS Laurence	MRM CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Alimentation Nutritionnelle	53.01 Gastro-entérologie - Hépatologie - Addictologie option : Hépatologie
Mlle M. Jean	MRM MCI	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Phlébotologie, Dobulologie (PNECO) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	53.01 Rhumatologie
DEJOURS Danièle	MRP CS	+ Pôle d'activités médicales - Otorhinologie ORL - maxillo-faciale - Service des Maladies ENT - Otorhinologie - Otolaryngologie	53.04 Orl - Médecine vasculaire
Mme FRANCOYVIE Christine	MRM CS	+ Pôle Tête et Cou - DCU - Service de Neurologie / Centre de Neurologie	49.01 Neurologie
Mlle DE SENEZ	MRM CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à l'Imagerie Pédiatrique, ORL et maxillo-faciale / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale fonction clinique
Mlle TRU Michel	MRM MCI	+ Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Département de Santé Publique / Secteur - Épidémiologie et économie de la Santé / Centre CAS - Laboratoire d'Épidémiologie et de Santé Publique / HC / Faculté	48.01 Épidémiologie, Anatomie de la santé et prévention fonction biologique
Mlle DE SENEZ	MRM MCI	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Phlébotologie, Dobulologie (PNECO) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Ordon : Gastro-entérologie
DEBILLET Marie	MRM CS	+ Pôle de Psychiatrie et de Santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgence de Hautepierre - Psychiatrie / Hôpital Civil	48.03 Psychiatrie / Addictologie
VELAZ Stéphane	MRP MCI	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Pharmacologie et de Technologies locales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement en site de vaccination (option Biologie)
VOGLI Dorcas	MRP CS	+ Pôle du diabète - Service de soins de suite et réadaptation gériatriques - Centre de la Démence	53.01 Ordon : diabète et biologie du vieillissement
Mme DEJOURS Christiane Marie	MRM CS	+ Pôle de spécialités médicales - Gynécologie / DMU - Service de Maladies Intimes / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Ordon : Médecine Interne
Mlle DEJOURS	MRM MCI	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et de transplantation multi-organes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantation des ORL	53.03 Chirurgie générale
Mme MIEFFERIE	MRM CS	+ Pôle Tête et Cou - Centre de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - DMU : Doyen, Université de médecine

* - CS (Chef de service) ou MCI (non chef de service hospitalier) - CAS : chef de service par intérim - HP : chef de service pédiatrique (DMU)

CS : Chef de service pédiatrique

MR : Pôle MR : Responsable de Pôle ou MR2 (MR) Responsable de Pôle

DMU : Doyen et Institut (présente les membres hospitaliers, CS et chefs de centre)

HP : Hôpital

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Section du Conseil National des Universités
GAOPE Laurent	MRM CS	+ Pôle spécialités médicales - Otolaryngologie / DMU - Service de soins pédiatriques / HP	48.03 Médecine pédiatrique
Mme STIEBER Françoise	CS	+ Pôle Hôpital d'urgence - Service de Gastro-entérologie - HC	53.02 Gastro-Entérologie
Mlle WITZEL	CS	+ Pôle Tête-Cou - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

M1 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MCU-PH)

Nom et Prénoms	sp ¹	Services hospitaliers ou Institut / Laboratoire	Spécialité du cursus National (en abrégé)
ALLARD Arnaud		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMC	43.01 Méphytisme et Médecine Nucléaire
Van ARAUJO DE SOUZA Estelle		- Pôle de Pharmacologie - Pôle de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	45.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique / toxicologie Option : pharmacologie fondamentale
BOUWZOUZ Fran		- Pôle de spécialité médecine-urgentologie / ICMC - Service de néphrologie-transplantologie / ICMC	42.03 Néphrologie
Van BANGEN DINA Veronique		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital de la Galle	42.04 Génétique (autres biologie)
BUMONT Luc-Éric		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMC	43.01 Méphytisme et Médecine Nucléaire (option clinique)
BOUVERET Franck		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICMC	44.01 Médecine et Biologie moléculaire
BOYER Pierre		- Pôle de Biologie - Institut de Biochimie / Faculté de Médecine	45.01 Biochimie / Médecine, Hygiène, Nutrition Option : Biochimie / Médecine / Biologie / Biologie
Van BUREN WALTER		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicales / ICMC - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option Biologie)
Van BUREN Gabriel		- Pôle d'imagerie - Service de médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMC	43.01 Méphytisme et Médecine Nucléaire
CAZEMAJOU Raymond		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie clinique / Hôpital de la Galle / ICMC	42.01 Immunologie
CHADOT Fabrice		- Pôle d'imagerie - Service d'imagerie à l'Université de la Galle / ICMC	43.02 Radiologie et Imagerie Médicale (option clinique)
Van CHIEUX HELENE		- Pôle d'écologie - Service de Neurobiologie / ICMC	42.02 Neurobiologie
CHAMPELLE Jean		- Pôle de Biologie - Département de Biologie Structurale Moléculaire / ICMC	42.02 Biochimie / Radiochimie Option : Biologie
CHERRIER Florence		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie clinique / Hôpital de la Galle / ICMC	42.02 Immunologie (option Biologie)
CHOUET PHILIPPE		- Pôle d'imagerie - IMCST - Imagerie Médicale / ICMC	43.01 Méphytisme et Médecine Nucléaire
CHIFFOLEAU Raphaël		- Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre Antagonisme - Service de Réanimation Médicale / Hôpital de la Galle / ICMC	49.02 Réanimation
Van CHIFFOLEAU Pierre-Mathieu		- Pôle d'activités médicales - médecine Cardio-vasculaire - Service des Maladies Vasculaires - ICMC - Pharmacologie clinique / ICMC	51.02 Cardion : Médecine vasculaire
DAU POUXET Ahmed Saoudi		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / ICMC	46.01 Médecine et Biologie moléculaire
DAVIGNY Vincent		- Pôle de spécialité médecine - Immunologie / ICMC - Service des Maladies Infectieuses et Parasitaires / ICMC	45.05 Immun : maladies infectieuses
DE LAUNAY Jean-Baptiste		- Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / ICMC	53.02 Chirurgie générale
DAVIGNY Vincent		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital de la Galle / ICMC	42.04 Génétique (autres Biologie)
Van DEMEYER JORIS VAN		- Pôle d'écologie - ICMC - Service de Neurobiologie / Hôpital de la Galle / ICMC	42.01 Neurobiologie
DOLLE Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICMC	44.02 Biochimie et Biologie moléculaire
Van DRAHEM Eric		- Pôle de Parasitologie / Biologie - Service de Biologie et d'Épithélio-Parasitologie / ICMC	44.02 Parasitologie
Pierre FROUJON JACQUES Audrey		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Nucléaire, Centre d'Immunologie, Cellulaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Nucléaire / Faculté de Médecine	43.02 Médecine Nucléaire et Centre de la Galle
HILTON Renaud		- Pôle d'écologie - ICMC - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - ICMC / Hôpital de la Galle / ICMC	48.04 Pharmacologie, Médecine de la Galle, Médecine Nucléaire
HUICHTON Louis	25	- Pôle de Biologie - Cours de Parasitologie et de Mycologie Médicales / ICMC et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option Biologie)
TOUJON Luc		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Neurologie et de Santé mentale - Service de Neurologie / Hôpital de la Galle	44.02 Physiologie (autres Biologie)
BOUVERET Franck		- Pôle de Biologie - Laboratoire (biochimie) de Biologie Moléculaire / ICMC	45.01 Biochimie / Médecine, Hygiène, Nutrition Option : Biochimie / Médecine / Biologie / Biologie
Van BANGEN DINA Veronique		- Pôle de Biologie / Biochimie - Service de Physiologie et d'Épithélio-Parasitologie / ICMC	44.02 Physiologie (option Biologie)
DES VIGNES		- Pôle de spécialité médecine - Immunologie / ICMC - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / ICMC	45.05 Immunologie (option clinique)
DELLON Nicolas		- Pôle de Biologie - Institut de Biochimie et de Biologie moléculaire / Faculté de Médecine	45.01 Option : Biochimie / Médecine / Biologie / Biologie

NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Siège social du Conseil National des Universités
MARTEL Yvonne		- Fête de Biologie - laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biologie cellulaire (option Biologie)
MATHY Aurélien		- Fête de Spécialités médicales - Ophthalmologie / CHU - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / CHU	47.03 Immunologie (option clinique)
MERCIER Stéphanie Laure		- Fête d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / CHU	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
MICHEL Fabrice		- Fête d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / CHU - service de radiologie et de médecine nucléaire / CHU	43.02 Biochimie et médecine nucléaire
MICHEL Fabrice		- Fête de Biologie - Laboratoire Génétique Hospitalière en cancer / CHU	47.04 Génétique (option Biologie)
MICHELANGE Vincent		- Fête de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
MICHARDIN Fabrice		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Fête de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neurologie	42.01 Histologie, Embryologie et Cytogénétiologie (option Biologie)
MIGNON Thomas		- Fête de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.03 Biologie cellulaire
MICOMTE Jean		- Fête de Gynécologie-Généraliste - Service de Gynécologie-Généraliste / Hôpital de Gynécologie	53.01 Gynécologie-obstétrique / gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
MILLET Jean-Philippe		- Fête de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital CHU	50.01 Dermatologie
MILLETTE David		- Fête de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neurologie	42.01 Anatomie et cytologie pathologique
MILLET Jean-Christophe		- Fête de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Esthétique et maxillo-faciale / Hôpital CHU	52.01 Chirurgie maxillo-faciale et dermatologie
MIRLET Laurent		- Fête de Biologie - Laboratoire d'Histologie Biologique / Hôpital de Neurologie et CHU	44.03 Biologie cellulaire (option Biologie)
MIRY MONIQUE Odine Ep. GUYARD	CC	- Fête de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / CHU de Biologie	54.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option Biologie)
MULLER Jean		- Fête de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital CHU	47.04 Génétique (option Biologie)
MURIELLE Sabine		- Fête de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neurologie	42.01 Anatomie et Cytologie pathologique (Option Clinique)
MURIELLE Mathilde		- Fête de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail / CHU	46.01 Prévention et Santé au Travail (option clinique)
MURRAY Thomas		- Fête de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
MURRAY Anthony		- Fête de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / CHU CHU	43.02 Parasitologie et mycologie
MURRAY Aurélie		- Fête de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / CHU	47.04 Génétique (option Biologie)
MURRAY		- Fête d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Neurologie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
MURRAY Louise		- Fête de Biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Neurologie	47.04 Génétique (option clinique)
MURRAY Sébastien		- Fête de Biologie - Service d'Anatomie et de Morphologie / CHU CHU et CHU	45.01 Option : Anatomologie et Biologie (Biologie)
MYRIAM ANNE LUCRÉCE		- Fête de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Hôpital CHU	47.03 Immunologie (option Biologie)
MURIELLE Mathilde		- Fête de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / CHU - Service de Chimie / CHU	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
MURRAY Marie Perle		- Fête de Pathologie Endocrinienne - Service de Physiologie de reproduction, Fertilité, Contraception	44.02 Physiologie (option clinique)
FOUJAT Patrick (Dr. AZ)		- Fête de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / CHU	44.02 Biochimie et Biologie moléculaire (option Biologie)
MYRIAM ANNE LUCRÉCE		- Fête de Biologie - Laboratoire d'Histologie Biologique / Hôpital de Neurologie	47.03 Histologie, embryologie et cytogénétiologie (option Biologie)
MURRAY Sébastien		- Fête de Biologie et CHU - Service de Neurologie - Unité de Neurologie de l'adulte / CHU	43.02 Neurologie
MURRAY Aurélie		- Fête de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / CHU - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	43.01 Parasitologie et mycologie (option Biologie)
MURRAY DOLORES Sophie		- Fête de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital CHU	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	LN ⁶	Services hospitaliers ou institut / localisations	Autres centres du Comité National de Consultation
et enseigne titulaire		- Pôle de Biologie - Centre d'Anatomie et de Neurobiologie / IFR 442 et Faculté	45.01 (Paris) : Neurobiologie - Biologie (Biologie)
Mme JULIE MORGAN		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Neurobiologie et Médecine Régénérative	45.01 : Neurobiologie - Biologie (Biologie) et Biologie (Biologie)
Mme DIDOT ESTELLE		- Pôle de Médecine (Médecine, Neurobiologie, Médecine, Diagnostics, Neurobiologie (Paris 12)) - Service de Neurobiologie / Hôpital de Neurologie	45.01 : Neurobiologie
Mme GALASSANO ESTELLE		- Pôle de Biologie - Centre d'Observation de Neurobiologie / Hôpital de Neurologie	45.01 (Paris) : Neurobiologie - Biologie (Biologie)
Mme SAURY		- Pôle de Neurobiologie et Neurologie - Service de Psychologie et Exploration Fonctionnelle / MRC	44.00 : Neurobiologie (Paris 12) et Biologie
Mme FLOUQUET		- Pôle neuro-orthographe de l'adulte - Service de Neurologie Fonctionnelle / Hôpital de Neurologie	44.00 : Orthographe adulte
TELETTI MARIE		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / DCO des Bioparis	44.00 : Biologie et médecine du développement et de la reproduction (Paris 12) et Biologie
VALLET LAUREN		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Biologique - Hôpital de Neurologie	47.01 : Anatomie - Techniques Ordon Neurobiologie Biologie
Mme VILAIN AURÉLIE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Neurobiologie et Neurologie	45.01 : Neurobiologie - Biologie (Biologie) et Biologie (Biologie)
Mme et M. LANGEVIN		- Pôle de Biologie - Lab. de Neurobiologie et Neurologie moléculaire / IFR 442 et Fac.	45.00 : Neurobiologie et psychologie (Paris 12) et Biologie
Mme ZHANG CHANG et Mme JIAO		- Laboratoire d'Exploration de l'adulte - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	44.00 : Pédiatrie
Mme XING		- Pôle de Neurobiologie et Neurologie - Service de Neurobiologie et Neurologie Fonctionnelle / Hôpital de Neurologie	44.00 : Neurobiologie (Paris 12) et Biologie

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Mme et M. CHATELAIN	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	45.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques
---------------------	---	---

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Mme DUBOIS DANIÈLE	ICD25 - IFR 7117 - Equipe IFR17 Faculté de Médecine	46.01 : Neurosciences
M. DELCHÈRE JEAN-PIERRE	ICD25 - IFR 7117 - Equipe IFR17 Faculté de Médecine	46.01 : Neurosciences
M. DIEZEL HUBERT	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	47.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques
M. DUBOIS DANIÈLE	ICD25 - IFR 7117 - Equipe IFR17 Faculté de Médecine	46.01 : Neurosciences
Mme JACQUES DANIELE	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	47.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques
Mme JACQUES MARIE	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	47.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques
M. JACOBSON FABIEN	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	47.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques
M. JIMENEZ GABRIEL	Laboratoire d'Exploration des Sciences de la Vie et de la Santé (LDES) Institut d'Anatomie Neurologique	47.01 : Neurobiologie - Biologie des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. Am. SALEM (C1)
 Dr. Abd. CHEDJ Jean-Luc
 Dr. Am. EL-ABENHACHEJ Abdel
 Dr. Abd. GUILLOU M. Raza
 Dr. Abd. H. EL-EL-EL
 Dr. Abd. EL-MAGREB Tahar

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. HAMME Ali Slim
 Dr. LORENZO Madjda

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. EL-ABENHACHEJ M. H.
 Dr. GACEMEL Arlette
 Dr. HELLAMMEL M. H.
 Dr. SANDJEL Abdel Djoudi
 Dr. SHAMRY Yacine

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. AMEL EL-ABENHACHEJ	- Pôle Médecine-Intensivité de l'Hôpital - Service de réanimation polyvalente et spécialisée en réanimation, coronarologie et ICH.
Dr. ABDRAHMANI M. H.	- Pôle Oncologie médicale-chirurgicale et d'Immunologie - Service d'Oncologie Médicale (ICM).
Mme Dr. GUILLOU Sandrine	- Pôle de Pharmacie-Obstétricale - Service de Pharmacie-Généraliste (Nouvel Hôpital CHU).
Dr. HANOUZI Tahar	- Pôle de Cardiologie - Service de Soins de Suite aux Urges Méd. et d'Urgences et polyvalentes (ICM) / (Nouvel Hôpital CHU).
Dr. LEBLANC Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Dermatologie - Hospital CHU - Service des Maladies Infectieuses et Parasitaires (Nouvel Hôpital CHU).
Dr. HENRI Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique - Nouvel Hôpital CHU.
Mme Dr. NICOT Elina	- Pôle de Spécialités Médicales - Dermatologie - Hospital CHU - ICHU.
Dr. HOUILLON M. H.	- Pôle de Gynécologie et Obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique (CHU).
Dr. HUY OUM	- Pôle spécialités médicales - Hospital CHU / CHU - Centre de soins - Centre de soins de l'Institut pour la Vie (Nouvel Hôpital CHU).
Mme EL-ABENHACHEJ M. H. ELINA	- Pôle Urologie - Service de Chirurgie Urologique / Hôpital de Neckerpierre.
Mme EL-ABENHACHEJ Corine	- Pôle de pédiatrie et d'oto-rhino-laryngologie - Centre Clinico-Épidémiologique d'AMI / CHU.
Dr. EL-ABENHACHEJ M. H.	- Pôle médecine-Intensivité de l'Hôpital - Service des Urgences Médicales-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Neckerpierre.
Mme EL-ABENHACHEJ Anne	- Pôle Urgences - CHU / Centre clinique et de réanimation - CHU.

1 SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

2 REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Christian Saussine, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Au **Docteur Emilien Seizilles de Mazancourt**, merci de m'avoir transmis ta passion pour l'urologie. Ce semestre d'urologie à Grenoble restera inoubliable. Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci de m'avoir encadré tout au long de l'écriture de ce travail. Il ne me reste plus qu'à t'apprendre à skier pour dépasser le niveau piou-piou. Je te souhaite le meilleur pour la suite et hâte de voir ce que le futur te réserve.

Au **Docteur Anne Dindoyal**, je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance d'apprendre à tes côtés aussi bien sur le plan humain que médical. Ta rigueur, ta précision et ta maîtrise sont impressionnantes et m'ont fait aller de l'avant. Avec toi le travail a toujours été un plaisir. Merci pour tous ces bons moments et ces fous rires. Ne plus travailler avec toi va me manquer. À toutes les sorties en montagne qui nous attendent dans les collines d'Alsace et les vraies montagnes des Alpes. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A ma famille,

A ma **Maman**, je te dédicace ce travail. Merci pour ton soutien depuis le tout début, tes conseils, les longues heures passées au téléphone à me rassurer. Je n'aurais jamais pu y arriver sans toi. Tu m'as appris la valeur du travail et tu resteras mon inspiration au quotidien par ta force de caractère et ta dévotion. Merci pour tout. Continue de croire en toi et en ta force peu importe les épreuves qui se mettront sur ton chemin

A mon **Papa**, alias papounet, toi qui m'as transmis le goût du sport et du travail. Merci d'avoir été mon coach de ski et mon professeur de maths. J'ai chéri précieusement nos souvenirs partagés à la mer et au ski lors des moments difficiles. Merci de ton soutien et de ta confiance. Merci de tous les sacrifices que tu as fait pour nous. Je t'en serai toujours reconnaissante.

Merci à vous deux pour votre soutien pendant ces longues années d'études. La Porsche et la Méhari vous attendent dans quelques années.

A ma **Momo**, tout a commencé à Ibis à Grenoble il y a quelques années autour de lentilles et de Grey's Anatomy. Merci de tout l'amour que tu m'as apporté ces 25 dernières années. Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi, d'avoir habité avec moi pour la PACES et d'avoir pris soin de moi, jusqu'aux sessions révisions/couture en Skype en 6ème année. Tu m'as appris ce que c'est que d'avoir du caractère et de te battre au quotidien tout en ayant la main sur le cœur. Je t'aime ma Momo.

A **Mathou**, je suis fière de la personne que tu deviens au quotidien. Continue de croire en toi et en tes rêves. C'est les cinq premiers millions qui sont les plus difficiles. Bientôt le Hauteville Hospital.

A **Pépé** et **Mémé**, merci pour votre amour et votre soutien. Votre fierté est mon plus beau cadeau. Merci pour tous ces bons moments partagés ensemble et surtout tous les kilomètres en voiture parcourus.

A **Papi**, il n'y a pas un jour sans que je pense à toi. Je garde nos souvenirs si précieux gravés au fond de mon cœur. Merci de m'avoir initié au ski. Je t'aime Papi.

A **Neige**, notre petit démon à poil marron qui nous apporte tant d'amour. Merci de tenir compagnie à Momo.

A **Vica**, pour ta présence et tes câlins toute notre enfance et surtout lors de la PACES.

A mes amis,

A **Mathilde**, tout a commencé en tutorat physique qui s'est transformé en ma plus belle amitié. Merci d'avoir rendu l'externat inoubliable et de m'avoir fait aimer Grenoble. Nos sessions révisions BU, nos sorties skis, les Cham' et le SOS sur les tonneaux à chanter ABBA et bientôt à Stockholm. Merci de rendre cet internat vivable et de prendre soin de moi. Merci pour ta présence, ton soutien et ton réconfort. Merci de me connaître aussi bien. À toutes les aventures et les voyages qui nous attendent. Bientôt à nous l'Eden Roc. Équipe de choc jusqu'à l'EHPAD.

A **Blandine**, ma cousine de cœur, toi qui supportes toutes mes vidéos chiens et mes concours sur insta, merci d'être présente au quotidien. Tu es une personne brillante et continue de croire en toi. Hâte que tu viennes habiter en Alsace et qu'on continue de se créer pleins de souvenirs.

A la **famille Mugnier** (Gilberte et Robert, Céline et Nicolas), merci de m'avoir accueillie à Grenoble et de tous ces bons moments partagés ensemble autour de délicieux repas.

A ma team Galien,

A **Laulau**, alias Twix, on a vieilli depuis sainte Ma. Les potos de galères forever. Qu'est-ce qu'on a pu rigoler lors de nos années d'études. Ne plus habiter dans la même ville que toi me manque. Les GM improvisés, les tacos à 16h de l'aprèm, les soirées aux Donjons à manger et danser jusqu'au bout de la nuit. Merci pour tous ces moments partagés ensemble et à tous ceux qui nous attendent.

A **Marie**, merci pour tous nos souvenirs grenoblois. Nos soirées et nos restaurants à Grenoble me manquent. Merci d'avoir rendu ces années étudiantes inoubliables.

A mes amies Grenobloises,

A **Alexia**, notre H dans le nom de famille nous a permis de nous rencontrer et de survivre au cours de l'externat. Notre vie grenobloise a été remplie de pleins de bons moments. Hâte de venir te voir dans les îles.

A **Talia**, ma TAC, ce stage d'urologie restera inoubliable, le meilleur stage d'externat. Merci pour tous ces bons moments pendant l'externat.

A **Laura**, une belle rencontre lors notre stage en diabétologie avec les consultations pieds diabétiques qui nous ont rapprochées. Bientôt la fin de l'internat et le début d'une nouvelle vie remplie de voyage.

A **Éloïse**, comment pourrais-je décrire ces stages en ortho et neurochir. Que de fous rires et de souvenirs lors de ces stages. Nos bières et frites au Brugs me manquent.

A mes amies Strasbourgeoises,

A **Caro**, que de bons souvenirs déjà partagés avec notre passion des voyages, du sport, de la montagne et surtout de la nourriture. Et ce n'est que le début ! Travailler avec Docteur Princesse a été un privilège.

A **Sylvia**, prépare-toi au tatoo burger. Le jour où je t'ai rencontré en cours je savais que c'était la naissance d'un duo infernal. Merci pour ces fous rires, ces restos et ces cocktails et à tous les prochains.

A **Valentine**, pour ton accueil en Alsace avec ta bonne humeur et ta cuisine délicieuse. Ce stage à Saverne restera un des meilleurs souvenirs de cet internat.

A **Emma**, à ce stage au 42.2 inoubliable. La réunion de la Yaute a rendu ce stage mémorable. Merci pour tous ces fous rires, ces après-midis en musique à danser du Cascada ou du FB, ces moments où tu m'as supporté en train de râler, merci de ne pas m'avoir Loxapacer. Tu auras illuminé ce stage par ta bonne humeur et ta gentillesse. Gran maci

A **Marie OB**, merci pour tous ces souvenirs depuis le collègue. Je te souhaite pleins de bonheur pour ce nouveau chapitre.

Merci à vous pour tous ces souvenirs, tous ces fous rires et à tous ceux qui nous attendent.

A mes collègues,

A **Abder**, je me rappellerais toujours de ma toute première garde en tant qu'interne avec toi comme chef. Merci de m'avoir transmis toutes tes connaissances et d'avoir rendu ces gardes à Saverne vivable et en me nourrissant de tes petits plats savoureux. Et merci du fond du cœur de m'avoir conseillé lorsque j'étais un peu perdue sur mon orientation.

A **Claude**, merci pour ta bienveillance, ta gentillesse et merci de m'avoir transmis ton expérience et ton professionnalisme.

A **l'équipe des urgences de Saverne**, vous avez été ma famille pendant un semestre au moment où je commençais ma nouvelle vie en Alsace. Vous m'avez permis de faire mes premiers pas en tant qu'interne et guidé au mieux par vos conseils. Vous avez et vous resterez la meilleure équipe avec laquelle j'ai eu la chance de travailler. Petite dédicace particulière à Aurélie, Sophie, Béné, Jen et Lisa.

A **l'équipe médicale du 42.2 à Colmar**, en particulier **Anne, Camille, Laure et Maxime**, merci pour ce semestre très enrichissant.

Merci aux **médecins** ayant accepté de participer à cette étude

Merci à toutes les **équipes médicales et paramédicales** avec qui j'ai eu le privilège de travailler lors de mon externat et de mon internat.

*“When you fall, get right back up. Just keep going, keep pushing it”
“Follow your dreams. If you have a goal, and you want to achieve it, then work hard and do
everything you can to get there, and one day it will come true”*

Lindsey Vonn

3 Table des matières

1	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
2	REMERCIEMENTS.....	14
3	Table des matières	22
4	LISTE DES ABREVIATIONS.....	25
5	INTRODUCTION	26
5.1	Objectif principal de l'étude.....	29
5.2	Objectifs secondaires de l'étude.....	30
6	MATERIEL ET METHODE.....	31
6.1	Type d'étude.....	31
6.2	Population étudiée	31
6.2.1	Critères d'inclusion.....	31
6.2.2	Critères d'exclusion	31
6.2.3	Échantillonnage.....	32
6.2.4	Méthode de recrutement	32
6.3	Entretiens semi-dirigés.....	33
6.4	Analyse des données.....	34
6.5	Aspect éthique et réglementaires	35
7	RESULTATS	36
7.1	Analyse thématique.....	37
7.1.1	Obstacles liés aux outils de dépistage.....	37
7.1.1.1	Le geste du toucher rectal	37
7.1.1.1.1	Manque d'expérience et de pratique des médecins	37
7.1.1.1.2	Acte intime désagréable pour le patient	38
7.1.1.1.3	Embarras du médecin	38
7.1.1.1.4	Intérêt scientifique.....	39
7.1.1.1.5	Alternative par l'imagerie	39
7.1.1.1.6	Dépistage secondaire d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).....	40
7.1.1.1.7	Légitimité plus importante des urologues	40
7.1.1.2	Le PSA, outil de diagnostic controversé.....	40
7.1.1.2.1	Marqueur sanguin peu sensible.....	41
7.1.1.2.2	Intérêt scientifique.....	41
7.1.1.2.3	Absence de ciblage des cancers agressifs	41
7.1.1.2.4	Surmédicalisation.....	42
7.1.1.2.5	Outils diagnostic.....	42
7.1.1.2.5.1	Mélange des outils de dépistage et diagnostic	42
7.1.1.2.5.2	Limites des outils de diagnostic.....	43
7.1.1.2.5.3	Accès à l'imagerie.....	43
7.1.2	Obstacles liés aux médecins.....	43
7.1.2.1	Dépistage personnel non uniformisé des médecins.....	43
7.1.2.1.1	Opinion personnelle des médecins.....	43
7.1.2.1.1.1	Remise en question	43
7.1.2.1.1.2	Adhésion.....	44

7.1.2.1.2	Pratique individuelle	45
7.1.2.1.3	Évolution avec l'expérience professionnelle.....	46
7.1.2.1.4	Cession de patientèle.....	46
7.1.2.2	Délivrance d'informations aux patients.....	47
7.1.2.3	Oubli	47
7.1.2.4	Judiciarisation de la santé.....	48
7.1.2.5	Sexe du médecin.....	49
7.1.2.5.1	Embarras femme médecin.....	49
7.1.2.5.2	Orientation vers un médecin homme	49
7.1.2.5.3	Comportements ambigus des patients avec les médecins femmes	50
7.1.2.6	Connaissances non à jour	50
7.1.2.7	Enjeux urologues et médecins généralistes différents	51
7.1.2.7.1	Visions différentes	51
7.1.2.7.2	Désir de visibilité.....	51
7.1.2.8	Délai de consultation chez l'urologue.....	52
7.1.3	Obstacles liés aux patients	52
7.1.3.1	Sentiments et comportements des patients face au cancer	52
7.1.3.1.1	Anxiété des patients avec demandes excessives	52
7.1.3.1.2	Anxiété des résultats.....	52
7.1.3.1.3	Craintes des effets secondaires des thérapeutiques	53
7.1.3.1.4	Expériences d'autrui	53
7.1.3.1.5	Refus catégorique des patients.....	54
7.1.3.2	Méconnaissance et fausses associations.....	54
7.1.3.2.1	Méconnaissance	54
7.1.3.2.2	Fausse associations	55
7.1.3.3	Obstacles sociaux-culturels	55
7.1.3.3.1	Santé masculine	55
7.1.3.3.2	Charge médicale masculine gérée par les femmes.....	56
7.1.3.3.3	Examens chez les hommes	56
7.1.3.3.4	Origine ethnique des hommes.....	57
7.1.3.4	Comorbidités des patients.....	57
7.1.3.4.1	Patients polyhandicapés	57
7.1.3.4.2	Patients âgés.....	58
7.1.4	Obstacles liés à l'organisation du dépistage	58
7.1.4.1	Recommandations discordantes	58
7.1.4.1.1	Preuves scientifiques discordantes.....	59
7.1.4.1.2	Multiples recommandations non uniformisées.....	59
7.1.4.2	Dépistage individuel non systématisé	60
7.1.4.2.1	Aucune consultation dédiée	60
7.1.4.2.2	Liberté contraignante	60
7.1.4.2.3	Comparaisons dépistage de masse et dépistage individuel	61
7.1.4.3	Dépistage paradoxal	62
7.1.4.3.1	Cancer le plus fréquent de l'homme sans dépistage organisé	62
7.1.4.3.2	Cancer piégeux.....	62
7.1.5	Pratiques du dépistage du cancer de la prostate.....	63
7.1.5.1	Dépistage individuel ou de masse	63
7.1.5.1.1	Dépistage individuel.....	63
7.1.5.1.2	Dépistage de masse	63
7.1.5.1.3	Abord des antécédents.....	64
7.1.5.2	Examens faisant partie du dépistage.....	64
7.1.5.2.1	PSA	64
7.1.5.2.2	PSA + TR	64
7.1.5.2.3	Rapport PSA libre/total.....	64
7.1.5.2.4	Échographie	65
7.1.5.2.5	IRM.....	65
7.1.5.3	Âge de dépistage	65
7.1.5.4	Fréquence de dépistage	66

7.1.5.4.1	1 fois par an	66
7.1.5.4.2	Tous les deux ans	66
7.1.5.4.3	Pas de suivi.....	66
7.1.5.5	Informations délivrées.....	67
7.1.5.5.1	Aucune information	67
7.1.5.5.2	Omission d'informations.....	67
7.1.5.5.3	Information orale.....	67
7.1.5.6	Information orale et écrite	68
7.1.6	Piste d'amélioration du dépistage CaP	68
7.1.6.1	Recommandations.....	68
7.1.6.2	Marqueurs biologiques.....	69
7.1.6.3	Imagerie.....	70
7.1.6.4	Développement des supports d'information	70
7.1.6.5	Soutien des pouvoirs publics	71
7.1.6.6	Amélioration des outils thérapeutiques	72
7.1.6.7	Échanges interprofessionnels.....	72
8	DISCUSSION.....	74
8.1	Objectif principal	74
8.1.1	Obstacles liés aux outils de dépistages	74
8.1.2	Obstacles liés aux médecins.....	76
8.1.3	Obstacles liés aux patients	80
8.1.4	Obstacles liés à l'organisation du dépistage	82
8.2	Objectif secondaire	83
8.2.1	Pratique hétérogène du dépistage.....	83
8.2.2	Pistes d'améliorations	84
8.3	Les forces et les limites	87
8.3.1	Méthodologie.....	87
8.3.2	Population étudiée.....	88
8.3.3	Le recueil de données	88
8.3.4	L'investigateur principal.....	89
8.3.5	Analyse des données.....	90
9	CONCLUSION	91
10	ANNEXES	92
10.1	Annexe 1 : Guide d'entretien	92
10.2	Annexe 2 : Document d'information	93
10.3	Annexe 3 : Document de consentement.....	95
10.4	Annexe 4 : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research.....	96
11	BIBLIOGRAPHIE.....	98
12	RÉSUMÉ.....	104

4 LISTE DES ABREVIATIONS

AFU : Association Française d'Urologie

CaP : Cancer de la prostate

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du
Ministère de la Santé

EAU : European Association of Urolog

ERSPC : The European Randomise Study of Screening for Prostate Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

HIFU : High Intensity Focalised Ultrasounds

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

PLCO : Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer

PSA : Prostate Specific Antigen, Antigène Spécifique de la Prostate

ROC : Receiver Operating Characteristic

TR : Toucher Rectal

5 INTRODUCTION

Les cancers représentent en France la première cause de décès chez l'homme comme le précise l'Institut national du cancer. Le cancer de la prostate avec plus de 50 000 cas par an en 2018, représente le premier cancer masculin avec un taux d'incidence de 25%. Cancer rare avant 50 ans avec un âge médian au diagnostic de 68 ans, son incidence augmente avec l'âge. C'est un cancer d'évolution lente possédant un bon pronostic avec un taux de survie nette standardisée à 5 ans de 93% (1).

Le cancer de la prostate (CaP) reste cependant le troisième cancer le plus meurtrier chez l'homme avec environ 8100 décès. L'évolution de la mortalité est en décroissance depuis la fin des années 90 (de 18/100 000 à 8,9/100 000). Cette diminution est le résultat à la fois d'un dépistage précoce permettant le diagnostic de cancer dans la zone de curabilité ainsi que par l'amélioration des traitements particulièrement dans les formes métastatiques.

Le PSA (Prostate Specific Antigen), molécule sécrétée exclusivement par la prostate, a été découvert dans les années 1960 lors de recherches de techniques d'identification du sperme dans les viols (2). Sa découverte a été un tournant dans le dépistage du cancer de la prostate (CaP) avec une utilisation en oncologie prostatique depuis 1987 suite à la publication de T. Stamey dans le New England Journal of Medicine (3). Le PSA est spécifique de l'épithélium prostatique mais n'est pas spécifique du cancer de la prostate. On peut retrouver une augmentation du PSA lors de certaines pathologies (Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP), prostatite aiguë, rétention aiguë d'urine) ou lors de contact avec la prostate (sondage urinaire, toucher rectal) (4). La valeur seuil du PSA pour le dépistage du cancer prostatique, fixée à 4 ng/mL, possède une sensibilité d'environ 90% et une spécificité limitée d'environ 20-30% (2). Ainsi, le PSA comme marqueur de dépistage n'est pas assez fiable, ce qui soulève le doute d'un surdiagnostic de cancer prostatique indolent engendrant des surtraitements alors que

ces cancers n'auraient probablement présenté aucune manifestation clinique au cours de la vie du patient.

De plus, aucune étude n'a démontré pour l'instant un bénéfice du dépistage du cancer de la prostate. En effet, les deux études contrôlées randomisées les plus importantes publiées en mars 2009 ayant été réalisées afin d'explorer l'efficacité du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité spécifique par cancer de la prostate n'ont pas été significatives. Les résultats de l'étude PLCO : Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian cancer screening (5) aux Etats-Unis n'a pas montré de bénéfice sur la mortalité spécifique suite à un dépistage annuel organisé comparé à un dépistage opportuniste. En Europe, l'étude ERSPC The European Randomise Study of Screening for Prostate Cancer retrouve un gain de survie spécifique de 21% à 16 ans dans le groupe dépistage. (6) Cependant, la méthodologie de cette étude est très critiquée. Ainsi, les résultats de ces deux études se sont révélés biaisés et non validés pour établir des recommandations. Tsodikov et al en 2017 retrouvaient une réduction de 25 à 32% de la mortalité du CaP chez les hommes dépistés par rapport à ceux non dépistés après une nouvelle analyse des études ERSPC et PLCO (7). Une revue Cochrane publiée en 2013 a montré que le dépistage du CaP ne diminuait pas de manière significative la mortalité spécifique mais favorisait le surdiagnostic et le surtraitement (8).

Ainsi, le dépistage du cancer de la prostate est depuis quelques décennies au cœur de nombreuses interrogations et controverses avec des recommandations non consensuelles au sein de la communauté scientifique. En France, il n'y a pas de programme de dépistage organisé comme pour le cancer du sein, du col de l'utérus ou du côlon. L'Association Française d'Urologie (AFU) considère les résultats de l'ERSPC comme fiables et s'est basée dessus pour établir ses recommandations (actualisation 2022-2024). L'AFU recommande qu'« une détection précoce du CaP doit être effectuée chez les hommes ayant une survie estimée au minimum à 10 ans, ayant été informés de façon loyale et ayant donné leur accord pour la

procédure afin de s'assurer qu'elle correspond à leurs attentes. L'information doit porter à la fois sur la détection, le diagnostic, mais aussi sur les modalités thérapeutiques du CaP, intégrant la surveillance active et les éventuelles séquelles des prises en charge ». Ce dépistage précoce débute à 50 ans, voire 40-45 ans pour les populations d'origine Africaine et Afro-caraïbienne ou pour les hommes avec des antécédents familiaux de CaP, tous les 2 à 4 ans et ce jusqu'à 70 ans. Il repose sur le toucher rectal et le dosage du PSA total (9).

La Haute Autorité de Santé (HAS), anciennement Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), recommande depuis 1999 de ne pas pratiquer un dépistage systématique (10). De plus, la HAS rappelle dans son avis de mars 2016 « que les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA de façon systématique en population générale ou dans des populations d'hommes considérées comme plus à risque. ». (11) Le Collège de la médecine générale (CMG) partage la même position que l'HAS, dans un communiqué de presse en 2011, concernant le dépistage du cancer de la prostate (12). Ainsi, l'HAS et le CMG ne sont pas en accord avec l'AFU. Les recommandations actuelles sont plutôt en faveur d'un dépistage individuel chez les hommes de 50 à 75 ans avec un dosage de PSA et un toucher rectal (TR), après leur avoir délivré une information claire et loyale sur la détection, le diagnostic et les traitements. Ces recommandations non uniformisées se reflètent sur la pratique divergente des médecins généralistes.

Une étude sur le dépistage individuel du CaP des médecins généralistes auvergnats a mis en évidence que « le dépistage individuel du cancer de la prostate est proposé massivement mais il existe des différences entre les pratiques déclarées des médecins et les recommandations officielles de la société savante ». 98,3% des médecins généralistes proposaient un dépistage. (13) Le dépistage du cancer de la prostate est proposé massivement par les médecins généralistes (14) (15), chacun le dispensant à sa manière, sans respecter les recommandations

actuelles d'un dépistage individuel. Les médecins généralistes étant en première ligne dans le parcours de soin du patient, ils jouent un rôle central dans la pratique du dépistage.

La recherche d'obstacles à ce dépistage individuel du CaP permettrait d'optimiser et d'améliorer ce dépistage afin de proposer de nouvelles recommandations coordonnées et harmonisées. N'ayant trouvé aucun travail de recherche dans la littérature sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage individuel du CaP, nous avons exploré ce sujet. Lors de l'écriture de notre travail, la Commission européenne a présenté, le 20 septembre 2022, une proposition de mise à jour de la recommandation du Conseil de l'Union européenne sur le dépistage du cancer et notamment d'étendre le dépistage organisé au CaP (16). L'implantation de ce nouveau programme de dépistage organisé du CaP est basé sur le rapport de preuve « Improving cancer screening in the European Union » par la Science Advice for Policy by European Academies (SAPEA) qui rapporte un bénéfice du dépistage organisé du CaP chez les hommes jusqu'à 70 ans avec le PSA combiné à un suivi par IRM des hommes ayant un taux de PSA positif (17). Avec le souhait d'étendre le dépistage organisé au CaP, la prise en compte des obstacles rencontrés par la médecin dans ce dépistage permettrait d'optimiser et d'améliorer les nouvelles recommandations.

5.1 Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les obstacles rencontrés par les médecins généralistes d'Alsace dans leur pratique du dépistage individuel du cancer de la prostate. Nous avons formulé différentes hypothèses à l'aide des données retrouvées dans la littérature pour d'autres cancers, n'ayant retrouvé au préalable aucune donnée sur le cancer de la prostate dans la littérature.

5.2 Objectifs secondaires de l'étude

Nous avons exploré plusieurs objectifs secondaires. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux pratiques du dépistage du cancer de la prostate des médecins généralistes. Puis nous avons étudié les pistes d'amélioration proposées par les médecins généralistes pour pallier aux obstacles rencontrés.

6 MATERIEL ET METHODE

6.1 Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes en activité en Alsace de mai à août 2022. Nous avons réalisé une étude qualitative, cette méthodologie donne un état des lieux des phénomènes sociaux en relevant le plus grand nombre d'informations différentes. Sa forme ouverte permet l'expression des perceptions et des représentations sur un sujet donné. Nous nous sommes appuyés sur la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ), qui répertorie les critères de bonnes pratiques en recherche qualitatives (Annexe 4).

6.2 Population étudiée

6.2.1 Critères d'inclusion

Notre population d'étude était constituée de médecins ayant obtenu le diplôme de DES de médecine générale dans une des facs de France métropolitaine ou DOM-TOM et ayant leur activité en Alsace au moment du recueil des données. Nous avons choisi de nous concentrer sur les médecins généralistes d'Alsace par facilité d'accès aux données, l'investigateur principal habitant et réalisant son internat en Alsace. Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes car ils sont les acteurs de choix dans la pratique de dépistage des cancers.

6.2.2 Critères d'exclusion

Les médecins généralistes exerçant dans d'autres régions que celle d'Alsace, les internes, les médecins généralistes ayant un exercice hospitalier, les médecins généralistes retraités ainsi que les médecins n'ayant pas donné leur consentement de participation n'ont pas été inclus dans notre étude.

6.2.3 Échantillonnage

La sélection de la population étudiée était basée sur un échantillonnage raisonné à variation maximale afin de récolter des données sur des médecins généralistes possédant la plus grande variété possible de caractéristiques (âge, sexe, lieu de pratique, année de diplôme). Ainsi, ceci a permis de recruter des participants avec une expression maximale de la diversité. En effet, nous pouvons supposer que les femmes n'ont pas la même approche que les hommes sur ce cancer masculin. De plus, un médecin avec plus d'années d'expérience n'aura sûrement pas la même pratique qu'un médecin récemment diplômé tout comme un médecin exerçant en zone rurale n'aura pas la même pratique qu'un médecin en zone urbaine. Le but était d'avoir une diversité d'informations la plus importante et non une représentativité, c'est pour cela qu'en ce qui concerne la méthodologie qualitative, nous n'avons pas procédé à un tirage au sort.

6.2.4 Méthode de recrutement

Les médecins généralistes ont été contactés directement par l'investigateur principal par téléphone pour fixer un rendez-vous. La veille de l'entretien, un document d'information sur notre étude et de consentement leur ont été adressé par mail. Les entretiens se sont déroulés dans un endroit choisi par chaque praticien : soit en présentiel sur leur lieu de travail pour les interroger soit par visioconférence afin de s'adapter à leur planning. La moitié des entretiens ont eu lieu en présentiel et l'autre moitié en visioconférence. Il a été précisé que l'entretien avait une durée variable entre dix et trente minutes. Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigateur principal. Des entretiens individuels ont été préférés à un focus group pour permettre une liberté de parole et d'éviter un éventuel jugement de ses pairs.

Le nombre de médecins généralistes participants à l'étude n'a pas été déterminé à l'avance. Cet échantillonnage se réfère au principe de saturation des données. Le but était de récolter le plus grand nombre de données en recrutant des participants spécifiques considérés comme

susceptibles de fournir ces données et ce jusqu'à saturation, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle idée n'émergeait au cours des entretiens. Nous sommes arrivés à saturation au bout de huit entretiens. Pour confirmer cette saturation, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés et n'ont pas apporté d'informations supplémentaires. Nous avons réalisé ainsi un total de dix entretiens.

6.3 Entretiens semi-dirigés

L'étude s'est déroulée entre mai 2022 et août 2022 sous forme d'entretiens semi dirigés réalisés en face à face et ayant pour base commune un guide d'entretien (annexe 1). Chaque entretien commençait par un questionnaire quantitatif sur les caractéristiques des participants en récoltant leur âge, leur sexe, leur lieu d'activité, leur mode d'exercice (maison de santé, cabinet seul, association, collaboration, autres) et leur nombre d'années de pratiques depuis la fin de l'internat en années. Concernant le lieu d'activité, nous l'avons classé en rural ou urbain à l'aide du site de l'agence nationale de la cohésion des territoires. (18)

Le guide d'entretien est constitué de 8 questions ouvertes servant de fil directeur. Dans un premier temps, nous avons dirigé la conversation sur les pratiques des médecins concernant le dépistage du CaP ainsi que leur ressenti sur celui-ci. Nous nous sommes ensuite intéressés aux obstacles rencontrés dans le dépistage de leur point de vue et de celui du patient. Puis nous les avons interrogés sur la place de l'urologue dans ce dépistage. Et pour finir, nous avons demandé aux médecins leurs suggestions de pistes d'amélioration pour ce dépistage du cancer de la prostate.

Ce guide d'entretien a été réalisé à la suite de l'étude bibliographique de différents articles et thèses sur des sujets similaires mais s'intéressant au cancer de l'utérus (19) (20) (21) ou au cancer colorectal (22) (23). En effet, à la suite de recherches sur le Système universitaire de documentation (Sudoc), Pubmed, GoogleScholar et Dumas, aucune thèse ou autres travaux

n'avait été réalisés sur notre sujet. Seulement une thèse s'était intéressée aux obstacles du toucher rectal lors du dépistage individuel du cancer de la prostate (24).

Ce guide d'entretien a été préalablement testé sur deux internes en médecine générale de première année appartenant à la faculté de Strasbourg, un médecin généraliste exerçant en Alsace et deux personnes n'exerçant pas le métier de médecin. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et a été enrichi en fonction des nouvelles thématiques importantes qui ont été abordées. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Dictaphone d'un téléphone portable iPhone puis retranscrits manuellement et anonymisés sur l'ordinateur via l'application Word le jour même de l'interview ou au plus tard dans la semaine suivant l'entretien. La communication non verbale a été noté sur un carnet, en recueillant le moment de survenue de l'événement par rapport au minuteur du dictaphone.

6.4 Analyse des données

Dans un premier temps, nous avons donné un nom de code à chacun des participants afin de respecter l'anonymisation des données. Le médecin participant au premier entretien a été désigné par le code « M1 », celui participant au deuxième entretien « M2 » et ainsi de suite.

Ces codes ont été utilisés dans les résultats et la discussion pour nommer les médecins. Dans un second temps, nous avons anonymisé les entretiens en désidentifiant les propos des participants par une version générique afin d'assurer l'anonymat des participants.

Les paroles des médecins ont été réorganisées afin d'en faire ressortir des grands thèmes et sous-thèmes pertinents afin de répondre au mieux à notre problématique. Nous nous sommes inspirés de la méthode par théorisation ancrée pour l'analyse des données. Tout d'abord, nous avons procédé à une analyse ouverte, réalisée après chaque entretien, afin de faire émerger des concepts sur l'analyse des verbatims. Puis deuxièmement, nous avons réalisé une analyse axiale en articulant les différents concepts de chaque verbatim en thèmes et sous-thèmes. Ces sous-

thèmes était complétés par l'extraction d'une citation du verbatim. Par la suite, les sous-thèmes ont été regroupés en thèmes principaux. Et enfin, nous avons terminé par une analyse sélective qui a permis de faire ressortir un modèle explicatif en prenant en compte les différents axes. Une analyse descriptive des caractéristiques de la population d'étude a été réalisée. L'analyse qualitative des données a été réalisée à l'aide des logiciels Microsoft Word et Microsoft One Note.

6.5 Aspect éthique et réglementaires

Les médecins généralistes ne connaissaient pas l'investigateur principal avant les entretiens et il n'y avait donc aucun conflit d'intérêt. Les médecins étaient informés que les données étaient récoltées dans le but de réaliser une thèse de médecine générale. Le consentement des participants fondé sur une information claire, exhaustive, compréhensible et libre (obtenu sans effet de contrainte) a été recueilli dans le document d'information sur notre étude et de consentement ayant été adressé par mail la veille de l'entretien (annexe 2 et 3). L'absence de conséquence si refus était précisée aux médecins généralistes ainsi que leur droit de retirer leur consentement à tout moment sans avoir de justification à fournir. Après avoir rempli le Lime Survey sur les « Formalités réglementaires 2021 en recherche en santé » (25) : notre étude ne relevait pas de la loi "Informatique et libertés" et ne nécessitait pas de déclaration auprès de la CNIL. En effet, notre recherche incluant uniquement des professionnels de santé et portant sur leur pratique professionnelle, elle n'est pas une recherche impliquant la personne humaine, hors champ de la loi Jardé.

7 RESULTATS

Dix médecins généralistes exerçant en Alsace ont été interrogés. Tous les médecins contactés ont accepté de participer à l'étude. Nous pouvons retrouver dans le tableau 1 les caractéristiques des médecins généralistes interrogés : sexe, âge, lieu d'activité, mode d'exercice, nombre d'années de pratique depuis la fin de l'internat.

L'âge moyen des médecins généralistes était de 42,3 ans (écart-type 8,69). 40% des médecins interrogés étaient des hommes. La moyenne du nombre d'années de pratiques depuis la fin de l'internat est de 13,5 (écart-type 8,84). La moitié des praticiens exerçait en milieu urbain et l'autre moitié en milieu rural. 1 seul médecin exerçait en cabinet seul, les neuf autres médecins étaient en collaboration, association ou maison médicale.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogés

Entretien	Sexe	Âge	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Nombre d'années de pratique depuis la fin de l'internat
M1	Homme	41 ans	Urbain	Cabinet seul	8 ans
M2	Homme	42 ans	Rural	Maison médicale	13 ans
M3	Homme	46 ans	Urbain	Collaboration libérale MST sans en avoir les attributs de la SS	18 ans
M4	Femme	33 ans	Urbain	Maison médicale	4,5 ans
M5	Femme	28 ans	Rural	Maison médicale	7 mois
M6	Femme	39 ans	Rural	Association 5 médecins	11 ans
M7	Femme	39 ans	Urbain	Association 3 médecins	11 ans
M8	Femme	56 ans	Rural	Association 5	28 ans
M9	Femme	55 ans	Rural	Association 3	27 ans
M10	Homme	44 ans	Urbain	Association 5	14 ans

7.1 Analyse thématique

Concernant notre objectif principal, après l'analyse des entretiens, nous avons regroupé les obstacles mis en évidence dans le dépistage du cancer de la prostate en quatre thèmes principaux. Pour chaque sous-thème, des citations issues des verbatim d'entretien ont été rapportées.

7.1.1 Obstacles liés aux outils de dépistage

7.1.1.1 Le geste du toucher rectal

La pratique du TR dans le dépistage du CaP n'est pas réalisée par la plupart des médecins généralistes interrogés.

7.1.1.1.1 Manque d'expérience et de pratique des médecins

Le TR est un geste technique qui nécessite de l'expérience et une pratique régulière. Les médecins remettent en question la performance et l'interprétation de leur TR.

- M1 « *Le TR je ne fais pas parce que je n'ai pas l'habitude d'en faire et que faudrait en faire régulièrement pour être compétent* »
- M5 « *je ne fais pas de TR parce que je ne me sens pas qualifié dans ce geste* » « *Quand j'en discute avec des médecins qui ont un peu plus d'expérience j'ai l'impression qu'eux aussi il le réalise très peu* »
- M8 « *J'aurais envie de dire que je pense que vu les performances de nos TR à mon avis je pourrais m'en passer* » « *il n'est pas très performant, c'est vrai que très régulièrement je n'arrive pas à faire autour de la prostate donc le pôle supérieur je ne l'ai pas donc que voilà...* » « *Je dois reconnaître que j'ai très rarement fait des diagnostics sur TR. J'ai dû en faire 2 sur 20 ans. Et encore c'étaient des énormes prostates cancéreuses dures comme des affreux cailloux.* »

- M10 « *geste invasif qui n'apporte pas forcément quelque chose* »

7.1.1.1.2 Acte intime désagréable pour le patient

Le TR est un examen intime pouvant effrayer et décourager la patientèle masculine, étant déjà une population résistante à l'examen.

- M1 « *personne n'aime trop avoir un TR* »
- M2 « *c'est un examen qui avait tendance à m'en faire fuir deux trois qui n'était pas forcément facile à proposer* »
- M3 « *moi le TR bon j'ai tendance à le proposer écouter la prochaine fois parce que j'essaye de pas les cueillir à froid* »
- M4 « *les hommes à qui tu proposes un toucher rectal pour dépister le cancer honnêtement c'est très compliqué.* » « *On te dit que le bilan biologique à lui ça ne lui suffit pas qu'il faut le toucher rectal mais en même temps ce n'est pas quelque chose que tu peux adapter non plus à tout le monde.* »
- M8 « *Je pense que ce n'est pas très agréable pour lui d'assister à cette scène et pour sa conjointe aussi* »
- M10 « *il y a des patients de plus en plus réticent* » « *J'ai arrêté pour le côté gêne des patients* »

De plus, la position d'installation du patient renforce le côté désagréable à ce geste.

- M3 « *Alors je pense par une gêne sans doute mal placée à l'installation du patient, je trouve que cette position genu pectoral est assez dégradante* »

7.1.1.1.3 Embarras du médecin

De plus, cet acte est aussi embarrassant pour le médecin que pour le patient.

- M3 « *j'ai un petit blocage là-dessus. Voilà donc c'est très mal placé ce n'est pas l'endroit en étant médecin je ne devrais pas avoir cette gêne.* »
- M9 « *n'ayant pas l'habitude de le proposer je ne suis pas à l'aise.* »
- M8 « *autant là pour le TR (pfff) y a encore des situations où je ne suis pas très à l'aise chez les hommes* »

Parmi certains de ces mêmes médecins, ils rapportent aussi une absence de pratique d'examen gynécologiques comme le frottis cervico-utérins ou la palpation mammaire.

- M3 « *Par ailleurs, je fais très peu enfin je ne fais pas du tout d'examen gynéco non plus.* »
- M7 « *je ne fais pas le TR je pense que je n'arriverais pas à évaluer, je n'ai pas l'habitude parce que c'est un peu comme l'examen du col chez la femme, le frottis* »
« *Moi j'ai arrêté je ne fais plus de gynéco, plus de frottis* »

7.1.1.1.4 Intérêt scientifique

Sa valeur scientifique est remise en question par les médecins.

- M2 « *depuis j'ai lu des choses assez discordantes par rapport à ça* »

7.1.1.1.5 Alternative par l'imagerie

Une alternative utilisée par les médecins généralistes dans le dépistage est l'imagerie avec notamment l'échographie.

- M2 « *Je trouve que par rapport à ce que va nous apporter l'échographie je n'ai pas l'impression que (le TR) ne soit très discriminant.* »

7.1.1.1.6 Dépistage secondaire d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Des médecins considèrent le TR non pas comme un examen de dépistage du CaP mais plutôt comme un examen de dépistage de l'HBP chez des patients présentant des troubles urinaires du bas appareil. Ils le pratiquent plutôt dans un dépistage secondaire.

- M2 « *On n'est plus vraiment dans un dépistage primaire mais un dépistage secondaire en cas de troubles fonctionnels* » « *Je continue à faire un toucher rectal chez un patient qui se plaint d'une dysurie ne serait-ce pour évaluer une HBP donc il y a toujours cette idée. Donc si on peut se dire que c'est une démarche de dépistage mais plus tout à fait primaire.* »
- M10 « *TR pffff je ne le fais pas systématiquement tant qu'il n'y a pas de symptôme en tout cas.* »

7.1.1.1.7 Légitimité plus importante des urologues

Les urologues, par leur pratique quotidienne de ce geste, sont vus par les généralistes comme les médecins les plus à même de réaliser le TR.

- M3 « *je me dis que ce n'est peut-être pas la peine que moi qui ai relativement peu d'expérience fasse un TR pour qu'il soit refait par l'urologue* »
- M4 « *l'urologue fait un toucher rectal, parce que voilà c'est un uro et que quand on va chez l'uro, on accepte le geste plus facilement.* »
- M10 « *même sur un PSA qui s'affole je laisse le TR à l'urologue qui le fera de toute façon* »

7.1.1.2 Le PSA, outil de diagnostic controversé

Le PSA est le deuxième examen de dépistage du cancer de la prostate.

7.1.1.2.1 Marqueur sanguin peu sensible

Ce marqueur est un outil de dépistage peu fiable avec une sensibilité médiocre qui dépend de l'âge et de la taille de la prostate.

- M1 « *je leur explique qu'il y a beaucoup de faux positif, beaucoup de faux négatif et que ce n'est pas parce qu'il (PSA) sont augmentés qu'il y a un cancer et ce n'est pas parce qu'il est normal qu'il n'y a pas de cancer* »
- M2 « *Quelque part j'ai un peu l'impression qu'on a un mauvais outil mais au service d'une bonne cause.* »
- M3 « *le PSA n'est pas l'alpha et l'oméga. On peut tout à fait avoir un PSA élevé et avoir une prostate normale.* »
- M7 « *Et j'ai un patient qui avait un PSA à peine au-dessus des normes et finalement c'était un cancer* »

7.1.1.2.2 Intérêt scientifique

Sa valeur scientifique est remise en question par les médecins tout comme le TR.

- M9 « *Ce qui est problématique c'est que les lectures disent que le dosage du PSA n'est pas un dépistage concrètement* »

7.1.1.2.3 Absence de ciblage des cancers agressifs

De plus, le PSA ne permet pas d'apprécier l'agressivité du cancer.

- M1 « *On n'a pas de mesures pertinentes, efficaces et efficientes qui nous donne une bonne précision évolutive sur des cancers de la prostate parce qu'il y en a beaucoup qui ne sont pas agressifs* »

- M2 « *on a des traitements pour traiter ce cancer mais finalement l'outil est mauvais parce qu'il est très peu spécifique parce qu'il ne renseigne pas au départ sur l'évolutivité potentielle du cancer.* »

7.1.1.2.4 Surmédicalisation

Le dosage du PSA entraîne un risque de surdiagnostic et de surtraitement avec une anxiété des examens à réaliser.

- M2 « *Le manque de spécificité du marqueur initial conduit à des examens qui sont source de stress et puis éventuellement d'interventions utiles ou pas mais avec des effets secondaires qui peuvent potentiellement être assez sévères.* »
- M7 « *j'ai déjà eu des taux de PSA très haut et finalement c'était juste une hypertrophie bénigne de la prostate mais ça inquiète quand même les patients.* »
- M9 « *il (PSA) entraîne trop de faux positif, de surtraitement, de surbiopsie et trop d'effets secondaires à priori par rapport aux bénéfices* »

7.1.1.2.5 Outils diagnostic

7.1.1.2.5.1 Mélange des outils de dépistage et diagnostic

On retrouve dans la pratique des médecins une utilisation des examens d'imagerie de diagnostic comme l'échographie ou l'IRM pour le dépistage.

- M1 « *après l'IRM si les PSA sont augmentés* »
- M3 « *(l'échographie) ça reste un examen qui permet de sélectionner les patients que je vais envoyer à la biopsie* »
- M7 « *quand il y a un taux de PSA anormal j'en fais deux et si ça reste haut je fais une échographie en fonction du rapport aussi. Mais j'ai l'écho facile quand même on va dire.* »

- M10 « *en ce moment on va facilement à l'IRM déjà avant la biopsie* »

7.1.1.2.5.2 Limites des outils de diagnostic

Les performances des outils de dépistages et de diagnostic ainsi que leurs applications en consultation restent limitées.

- M4 « *de toute façon même quand tu as des lésions objectivées à l'I.R.M. et que tu fais une biopsie, des fois elles reviennent négatives parce que les carottes elles ne sont pas exactement sur la lésion et souvent tu as des biopsies normales, avec des lésions suspectes à l'I.R.M. du coup tu fais la surveillance et la surveillance c'est les PSA, l'échographie de temps en temps* »

7.1.1.2.5.3 Accès à l'imagerie

On retrouve un certain délai d'attente pour avoir accès à l'imagerie.

- M3 « *on va dire que c'est un peu plus long d'avoir une échographie* »

7.1.2 Obstacles liés aux médecins

7.1.2.1 Dépistage personnel non uniformisé des médecins

7.1.2.1.1 Opinion personnelle des médecins

L'opinion personnelle de chaque praticien influence leur pratique du dépistage.

7.1.2.1.1.1 Remise en question

Les médecins généralistes réticents et non favorables à ce dépistage pratiquent un dépistage individuel sur demande du patient ou s'ils rapportent des symptômes urinaires. M1 – M2 – M9

- M1 : « *Non je ne le trouve pas pertinent (dépistage)* »

- M2 « *Je pense que ce (le dépistage) n'est pas bien mais c'est surtout lié à cette situation de malaise et de ne pas me sentir bien. »*
- M9 « *je ne le (dépistage) fais pas carrément donc c'est un sujet problématique. » « Je ne l'aborde pas non parce que je ne suis pas, ça fait partie des choses que je me questionne et que je n'ai pas trouvé là, enfin on va dire que je n'ai pas du bien chercher, mais je n'ai pas trouvé la réponse sur le dépistage du cancer de la prostate avec un algorithme. »*

7.1.2.1.1.2 Adhésion

Les médecins généralistes qui adhèrent au dépistage pratiquent un dépistage de masse à l'ensemble de leur patientèle masculine afin de dépister des cancers à un stade précoce. M3-M4-M5-M6-M7-M8-M10

- M3 « *j'aurais tendance à le mettre au même niveau que le dépistage du CCR, c'est à dire bah d'essayer d'être le plus en amont possible de la prise en charge d'une pathologie possiblement agressive en particulier sur les 50-75 ans sur cette tranche d'âge donc j'aurais tendance à globalement penser que le dépistage et la prévention sont bien. »*
- M4 « *Oui c'est discutable oui ce n'est pas parfait. Je suis clairement pour. »*
- M5 « *Je pense que c'est une action d'intérêt public qui a son intérêt. » « Oui je pense que ça nous permet de dépister pas mal de cas et de les traiter suffisamment tôt. »*
- M6 « *Oui entre 50 et 80 ans je trouve que c'est pertinent. »*
- M8 « *Oui il fait partie de ma pratique quotidienne. » « Ça me paraît oui c'est pertinent étant donné l'incidence »*

Ils le pratiquent d'autant plus pour certains médecins, qu'ils ont dans leur patientèle des CaP à un stade tardif chez des hommes n'ayant pas bénéficié de dépistage.

- M10 *« j'entends tous ceux qui sont contre par rapport à l'excès de prise en charge de cancers qui n'évolueraient pas forcément. Je sais que l'on a tous en tête des cancers qui ont quand même flambés agressivement donc le regret de rien avoir fait avant. »*

7.1.2.1.2 Pratique individuelle

L'absence d'uniformisation de ce dépistage entraîne une pratique personnelle de chaque médecin à leur manière.

- M3 *« j'ai effectivement un petit peu l'impression de faire ma petite cuisine artisanale dans mon coin. »*
- M4 *« T'essaye de faire au mieux pour tes patients c'est comme quand il n'y a pas d'encadrement, de recommandation claire t'essaye de faire au mieux. Tu t'adaptes. Tu t'adaptes à chaque patient »*
- M7 *« PSA si augmenté échographie soit j'attends 6 mois, ça dépend aussi des symptômes du patient si y aucun lever la nuit par exemple aucune gêne j'attends les 6 mois pour recontrôler et je leur explique que si par contre la prochaine fois ça reste augmenté bah on verra parce que souvent le premier dosage je demande que le PSA. Du coup s'il est augmenté je demande le rapport et après en fonction du rapport bah je vois. »*
- M8 *« je pense que le PSA c'est un petit minimum syndical. Et puis que l'écho c'est un petit renfort. Donc la pertinence je ne sais pas. En premier je pense que je mettrais le PSA, en deuxième le TR pour quelqu'un qui est plus performant et en 3ème l'écho. Pour moi, l'association des trois c'est le gold standard. Enfin pour moi. »*

- M9 « *C'est eux qui arrivent avec une demande je n'aborde pas le cancer de la prostate puisque je n'ai pas comment dire je n'ai pas de propositions* »

7.1.2.1.3 Évolution avec l'expérience professionnelle

On retrouve un changement de pratique avec les années et l'expérience professionnelle. Chez un même médecin, un outil de dépistage a pu être utilisé dans le passé et avec les années et l'expérience a été abandonnée sur son propre jugement de valeur.

- M10 « *C'est vrai que j'avoue que je n'ai pas eu beaucoup d'intérêts, parce que j'en faisais tout le temps, ou régulièrement pendant quelques années et puis c'est vrai que ce n'est pas hyper rentable je trouve.* » « *C'est vrai que tant que la capsule (de la prostate) n'est pas touchée je préfère souvent avant si le patient est d'accord en tout cas ils en discutent avec l'urologue plutôt la prostatectomie radicale plutôt que les radiothérapies. J'ai pas mal de récurrences quelques années après la radiothérapie donc j'ai un petit doute avec ça.* »

7.1.2.1.4 Cession de patientèle

Chaque médecin ayant sa pratique, lors d'une reprise de patientèle par un confrère, on retrouve un changement de dépistage déstabilisant pour le successeur et sa patientèle.

- M2 « *j'ai récupéré la patientèle de son père et qui lui pratiquait un dépistage systématique annuel à partir de 50 ans donc on a eu toute une phase aussi où on était encore dans le suivi de patients qui avaient été habitués à une surveillance annuelle et pour lesquels il était difficile de stopper d'un coup* »
- M7 « *mon prédécesseur il jugeait... il trouvait le dépistage pas bien. Parce que je pense qu'il avait dû connaître les interventions invasives, tout ça.* »

7.1.2.2 Délivrance d'informations aux patients

La délivrance d'informations sur ce dépistage est aussi non standardisée et dépend de chaque médecin.

- M1 « non, pas forcément parce que c'est compliqué à leur expliquer, beaucoup de questions... » « C'est compliqué ennuyeux rébarbatif de revenir tout le temps sur la même chose, de réexpliquer. »
- M3 « quand ça fait partie du dépistage, j'ai plutôt tendance à penser que c'est un accord tacite enfin que c'est une voilà, ils font une prise de sang on regarde s'il y a du diabète on regarde s'il y a du cholestérol ... donc ça c'est on va dire du tout-venant quand il n'y a pas de symptômes urologiques. »
- M5 « Les patients chroniques je ne reviens pas sur toutes les explications. Je me dis qu'à partir du moment où ils ont déjà eu un PSA c'est qu'on leur a déjà expliqué initialement et je leur redemande juste s'ils sont d'accord qu'on recontrôle la prostate. Mais c'est vrai que je devrais peut-être ré expliquer les choses à ce moment-là. »
- M7 « Le contenu bah à partir de quel âge, pourquoi et comment et qu'est-ce qu'on fait si après c'est augmenté. Pas d'abord des thérapeutiques je suis un peu moins à l'aise. »
- M10 « si on explique un peu les choses aux patients, parce que c'est facile de faire un PSA sans rien expliquer, une fois qu'on a un problème mais il faut savoir quoi faire avec. Donc il faut un peu en parler quand même. Non enfin ça dépend si on n'est speed ou pas. Tôt ou tard dans l'année on en parle on explique pourquoi on fait un PSA, ce qu'on peut faire avec les résultats que l'on trouve. »

7.1.2.3 Oubli

Un oubli de la part des médecins est rapporté dans le dépistage.

- M5 « *J'essaye d'y penser à chaque fois. Je ne vais pas dire que je suis sur un 100%. Mais ça serait un objectif. »*
- M7 « *C'est vrai que je n'y pense pas forcément aux 50 ans, quand ils viennent avec l'ADECA (Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace) je regarde un peu mais c'est vrai que des fois comme mon prédécesseur ne le proposait pas c'est vrai qu'il s'est passé quelques années avant que je propose le dosage du taux de PSA. »*

Mais aussi, un oubli lors du suivi d'un diagnostic du CaP, noyé dans tous les autres motifs de consultation.

- M7 « *Il avait déjà eu un cancer de la prostate. Et du coup il a récidivé et il s'est quand même passé 3 ans sans qu'il n'ait de dosage du PSA. Parce que du coup y a eu d'autre chose entre temps et du coup s'est passé un peu en arrière et comme c'était un patient qui blablatait tout le temps tellement que c'est vraiment passé à la trappe. »*

7.1.2.4 Judiciarisation de la santé

Certains médecins rapportent un dépistage par peur des représailles d'un diagnostic d'un cancer tardif non dépisté, qui peut leur être reproché par les patients.

- M1 « *quand tu ne fais pas le dépistage et que tu tombes sur un qui est agressif on te le reproche et c'est toujours compliqué »*
- M2 « *Et on a un petit peu l'impression de se retrouver entre deux avec la crainte aussi de se voir reprocher » « C'est une situation qui n'est vraiment pas confortable pour le médecin généraliste aujourd'hui »*
- M4 « *Dépister des gens asymptomatiques, ça ne devrait pas être de la responsabilité seule du médecin »*

- M9 « *je ne fais pas de dosage de PSA tout en me disant que ça va me retomber sur le nez un jour en ne faisant pas de TR* »

7.1.2.5 Sexe du médecin

7.1.2.5.1 Embarras femme médecin

Les femmes médecins rapportent une gêne à l'abord de ce sujet et à la pratique du TR.

- M4 « *j'ai des collègues hommes, un peu plus âgés, pour qui ça ne pose pas de soucis alors est-ce qu'ils leur disent de manière plus ferme ou c'est moi qui aborde de manière plus réservée, il doit y avoir quelque chose comme ça.* »
- M6 « *Mais effectivement le TR, le frein ce serait bah le TR quoi. D'une part, parce que je suis une femme (...)* »
- M8 « *C'est peut-être dû au fait que je suis une femme ou au fait que moi-même inconsciemment je suis moins à l'aise ...* » « *Et une fois que l'on n'est dans le sujet c'est bon, une fois qu'on y est c'est bon le plus difficile c'est de l'amener je trouve, en tant que femme.* »

7.1.2.5.2 Orientation vers un médecin homme

Les médecins femmes n'hésitent pas à orienter vers un de leur collègue masculin pour aborder et prendre en charge ce dépistage du CaP.

- M7 « *C'était un homme (le médecin) je pense que ça aussi ça joue.* »
- M8 « *Il m'arrive assez régulièrement que les messieurs me disent si ça ne vous dérange pas je prendrais rdv avec les Dr X ou Y (Dr masculin du même cabinet) pour faire ça. Voilà ça m'arrive assez régulièrement. Donc je dis vous parlerez de tout ça avec eux.* »

7.1.2.5.3 Comportements ambigus des patients avec les médecins femmes

L'attitude de certains patients face aux femmes médecins a des répercussions sur leur pratique. On retrouve des comportements déplacés de certains patients envers les médecins femmes avec par exemple une demande insistante d'examen de leurs organes génitaux ou encore des discussions ambiguës autour de leur sexualité.

- M8 « *il y a des messieurs avec qui je ne suis pas du tout à l'aise concernant leur intimité. Par exemple ceux qui ont systématiquement, l'impression qu'ils ont un bouton sur le bout de la verge ou ceux qui ont systématiquement l'impression qu'ils ont une boule dans les testicules et qui ont toujours une raison valable pour me montrer leur anatomie.(...) mais en vieillissant c'est de moins en moins fréquent mais quand même il en reste et ceux la non je leur dit écoutez allez voir un de mes collègues masculins pour votre dépistage ou allez voir un urologue mais moi je ne vous ferai pas le TR »*

7.1.2.6 Connaissances non à jour

Avec une évolution constante des pratiques et des recommandations, les médecins généralistes admettent leurs lacunes sur leurs connaissances des dernières recommandations.

- M2 « *Moi je vous avouerai que justement je n'ai pas regardé la littérature et ça fait un petit bout de temps que ça me trotte »*
- M3 « *je ne suis peut-être pas dans les clous, je ne sais pas qu'elle est la reco »*
- M4
- M8 « *Maintenant peut être que ma vision est perturbée que je ne suis pas au courant des dernières nouveautés. »*

7.1.2.7 Enjeux urologues et médecins généralistes différents

7.1.2.7.1 Visions différentes

Les médecins généralistes prennent en charge de manière globale le patient alors que les urologues avec leur vision, eux vont se concentrer sur le cancer de la prostate.

- M2 *« on sent la pression des sociétés françaises d'urologie qui restent encore dans le dépistage systématique avec leur vision d'urologue et eux effectivement ils découvrent des cancers et il est découvert des stades plus tardifs où il y a pas eu de dosage de PSA avant mais de leur côté toutes les études à grande échelle en tout cas à ma connaissance aujourd'hui aucune n'a démontré une diminution de la mortalité c'était en tout cas ce qui nous intéressait à la fin comme médecin généraliste » « on attend le principal c'est de pouvoir avoir des recommandations un peu plus solidement ancrées » « On comprend qu'il y soit attaché en même temps nous notre préoccupation c'est la mortalité, la morbidité de nos patients hommes et de limiter la iatrogénie »*
- M9 *« après les urologues c'est ça eux qui est embêtant ils redemandent annuellement quoi. Il redemande un dosage annuel de PSA donc du coup les gens une fois qu'ils sont rentrés dans le circuit un peu bah ils ont un dosage quasi annuel du PSA que je fais pour l'urologue à la demande inscrit dans son courrier. »*

7.1.2.7.2 Désir de visibilité

Un des médecins met en avant le fait que les urologues eux sont privés de leur dépistage de masse et ont ainsi un désir de visibilité.

- M2 *« On peut s'interroger, c'est aussi une profession qui à l'instar des gynécologues avait besoin de bénéficier d'une campagne de dépistage du cancer le plus fréquent chez l'homme. »*

7.1.2.8 Délai de consultation chez l'urologue

L'accessibilité aux urologues reste limitée avec un certain délai d'attente.

- M10 « *Non il y a des urologues qui ne sont pas proches c'est le facteur limitant principal sinon ça se passe bien. Il y a un peu de délai quoi.* »

7.1.3 Obstacles liés aux patients

7.1.3.1 Sentiments et comportements des patients face au cancer

Les médecins généralistes doivent s'adapter aux patients qu'ils ont en face d'eux avec leurs demandes et leurs attentes.

7.1.3.1.1 Anxiété des patients avec demandes excessives

Certains patients très anxieux de la maladie sont très consuméristes de ce dépistage voir avec une demande excessive.

- M1 « *Je fais que les gens qui le demandent parce qu'ils sont anxieux* »
- M2 « *Il y a des patients qui veulent des PSA tous les deux mois.* » « *J'ai en tête deux trois personnes qui sont des flippées du PSA.* »
- M3 « *c'est une vraie demande en pratique* » « *Voilà symptômes urinaires au-dessus de 50 ans les patients ils viennent, j'ai l'impression qu'ils veulent être rassurés qu'ils n'ont pas un cancer de la prostate.* »

7.1.3.1.2 Anxiété des résultats

Alors qu'à l'opposé des patients qui sont plutôt anxieux des résultats ne voudront pas se soumettre au dépistage.

- M5 « *c'est toujours inquiétant de se lancer dans un dépistage parce qu'il y a toujours l'angoisse avant la réception des résultats* »

- M7 « finalement c'était juste une hypertrophie bénigne de la prostate mais ça inquiète quand même les patients. »
- M9 « c'est des patients particuliers avec des histoires particulières qui ne veulent pas de dépistage aussi de la même manière que le cancer colorectal, donc c'est plutôt des patients soit avec une grosse anxiété vis à vis de la maladie et qui du coup préfèrent ne pas savoir etc. »

7.1.3.1.3 Craintes des effets secondaires des thérapeutiques

Certains patients ne commencent pas ce dépistage par crainte de devoir compléter le bilan par des biopsies prostatiques et des prises en charge thérapeutiques lourdes avec des effets indésirables possibles.

- M2 « Les craintes des patients, ils ont très peur de la biopsie, de la douleur qu'elle engendre ils n'ont pas forcément, je n'ai pas l'impression qu'ils ont très peur des saignements mais la douleur ça a l'air de les effrayer » « le traitement en lui-même que ce soit chirurgical avec les risques en termes de continence et de troubles érectiles et puis les hormonothérapies éventuelles là aussi avec les effets secondaires. »

7.1.3.1.4 Expériences d'autrui

Les histoires de connaissances des patients ayant eu un vécu de diagnostic et de traitements difficiles découragent certains patients.

- M7 « parce que lui il avait des histoires autour de lui ou il y avait eu des prostatectomies jeunes, avec les fuites urinaires, les troubles de l'érection. Il avait patienté presque 1 an avant de se faire opérer. » « Dans le refus, c'est souvent quand ils ont des histoires de proches où ça ne s'est pas trop bien passé. (...) c'est souvent des histoires qu'eux

ont entendu pas forcément vécu. Mais ils s'inquiètent souvent de ça. Et de la fonction érection, des fuites urinaires. »

7.1.3.1.5 Refus catégorique des patients

Les médecins sont aussi confrontés à des patients qui refusent totalement ce dépistage, même si ces patients sont considérés comme une minorité.

- M5 *« Des patients qui sont moins accessibles au dépistage systématique souvent les patients qui essaient de limiter au maximum la prise en charge invasive on va dire qui viennent vraiment pour le minimum et qui n'adhèrent pas avec des programmes de dépistages nationaux. Donc je dirais qu'il y a des patients qui sont assez fermés à ça, qui refusent même les prise de sang parfois. »*
- M7 *« Et sinon oui y'en a certains que je n'ai pas réussi à convaincre, si pour eux tout va bien, ils ne se lèvent pas la nuit, que tout fonctionne bien, ils ne voient pas l'intérêt de forcément faire le dosage. »*

7.1.3.2 Méconnaissance et fausses associations

Sur ce dépistage, les médecins généralistes relatent un manque de connaissances des patients sur ce dépistage du CaP contrairement aux autres dépistages de cancer organisés.

7.1.3.2.1 Méconnaissance

Ce dépistage du CaP est encore mal connu des patients, qui à l'égard de ce dépistage, ont beaucoup de questions

- M1 *« Beaucoup de questions » « Les patients ne sont pas informés par rapport à ça »*
- M4 *« C'était un homme de 47 ans qui est venu de lui-même parce qu'il avait des questions sur le cancer de la prostate »*

- M5 « *ce monsieur-là avait pas mal de questions sur les symptômes qu'il avait, l'HBP qu'est-ce que c'est, le cancer qu'est-ce que c'est.* » « *Un manque d'intérêt et parfois un manque de compréhension de la part du patient* »
- M7 « *Et des fois c'est eux même qui viennent dans l'autre sens parce qu'ils ont entendu qu'untel à un cancer et qu'eux ça ne leur dit rien ce dosage.* »
- M10 « *Bon après faut toujours tout expliquer* »

7.1.3.2.2 Fausse associations

Cette mésinformation des patients les conduit à des fausses associations sur ce sujet.

- M1 « *les gens ils font le lien entre le marqueur et le dépistage alors qu'il n'y a pas de lien* »
- M6 « *Je lui ai demandé s'il connaissait comment ça se passait. Lui il a tout de suite pensé urologue, TR.* »

7.1.3.3 Obstacles sociaux-culturels

7.1.3.3.1 Santé masculine

La santé chez les hommes n'est pas leur priorité.

Les hommes sont une catégorie de la population qui consulte peu et donc est peu accessible au dépistage.

- M3 « *je le fais quand quelqu'un qui va venir pour un autre motif j'ai tendance à vérifier les dépistages au niveau du dossier médical, de vérifier que les dépistages ont été fait, que la vaccination antitétanique est à jour etc. ...* »
- M4 « *Je leur en parle je leur explique si on prévoit une prise de sang pour autre chose je fais avec sinon ce n'est pas une classe de population qui consulte fréquemment.* »
« *Dès que je les ai en consulte j'essaye de les bloquer au moins avec une prise de sang* »

c'est toujours ça de dépister si jamais le toucher rectal n'est pas possible. » « En plus, faut que ça soit des patients qui consultent régulièrement, les hommes ne consultent pas régulièrement. »

- M5 *« Après pour les autres patients qui n'ont pas de pathologie chronique bah c'est un peu quand on les voit en consultation finalement. »*
- M7 *« c'est un Mr qui n'a pas de traitement de fond, qui n'a rien c'est pour ça que je ne le vois pas plus que ça »*

7.1.3.3.2 Charge médicale masculine gérée par les femmes

De nombreux médecins rapportent que ce sont les femmes qui ont entendu parler du CaP et qui envoient leur mari en consultation pour discuter avec leur médecin généraliste.

- M2 *« mon épouse m'a dit qu'à partir de 50 ans il faut qu'on dépiste la prostate »*
- M3 *« il était envoyé par sa femme parce qu'il avait ces symptômes »*
- M7 *« c'est un patient qui ne veut jamais voir le médecin c'est sa femme qui le traîne chez moi »*

7.1.3.3.3 Examens chez les hommes

Non seulement les hommes consultent peu les médecins mais les examiner est encore plus difficile, peu importe l'âge, d'autant plus lorsqu'il faut pratiquer un examen intime comme le toucher rectal.

- M4 *« Je trouve que l'examen clinique chez un homme enfin de nos jours c'est quand même de plus en plus compliqué » « Compliqué déjà quand tu dis à un jeune qui vient pour un certificat médical, enlève ton T-shirt je vais te faire un ECG c'est compliqué. Les gens ont un rapport encore un peu plus... est-ce qu'on est plus jeune on a un peu plus de mal. »*

- M6 « *les hommes ne veulent pas forcément s'il n'y a pas de soucis particuliers avoir un TR. »*
- M8 « *Je ne sais pas si c'est parce que je suis une femme mais je trouve quand même que les femmes ont quand même beaucoup plus de facilité à montrer leurs hémorroïdes, à accepter un examen gynécologique ou un TR si ça se présente que les hommes. » « ... donc oui par rapport à l'examen des seins qui est quasi systématique. »*

7.1.3.3.4 Origine ethnique des hommes

Lors de nos entretiens, les médecins précisent que suivant l'origine et la culture du patient, l'abord de ce dépistage et la pratique du toucher rectal est compliquée voire impossible.

- M8 « *J'ai d'ailleurs un frein net et majeur chez les méditerranéens. Je n'y arrive pas. Je ne passe pas c'est tout. Ils n'en veulent pas. Je dois mal m'y prendre je ne sais pas. Pas les aborder de la bonne façon. Oui je ressens quand même un obstacle plus important chez eux que chez les gens de culture plus européennes. »*

7.1.3.4 Comorbidités des patients

De nos entretiens ressort le fait que les médecins ne savent pas comment adapter ce dépistage à certaines catégories de la population masculine aux vues des antécédents médicaux.

7.1.3.4.1 Patients polyhandicapés

Confrontés à des patients polyhandicapés, la réalisation du dépistage pose question chez les médecins.

- M2 « *Ça m'est arrivé dans une situation particulière y'a pas plus tard qu'il y a deux ans un diagnostic très tardif chez un patient poli handicapé ou moi je ne voyais pas l'intérêt*

de faire un dépistage annuel du PSA mais il est effectivement décédé d'un cancer découvert à un stade tardif à un stade métastasé assez avancé »

- M9 « *Bah parce qu'en fait il m'est arrivé une fois, je ne le dose pas, et donc du coup c'est un patient qui s'est retrouvé finalement avec un premier dosage, fais je ne sais plus pourquoi, qui devait être autour de 75, il avait un cancer de la prostate clairement. Et du coup, le monsieur avait un retard mental, sa famille n'était pas trop agressive, mais un patient pourrait bah trouver qu'il aurait dû avoir ce dosage et que c'est une erreur de ne pas l'avoir fait. »*

7.1.3.4.2 Patients âgés

Le dépistage chez les personnes à partir d'un certain âge revient plus d'un ordre étiologique pour expliquer l'apparition de symptômes et instaurer un traitement de confort que curatif.

- M3 « *quand ils ont des symptômes et qu'ils sont âgés, parce que là l'inquiétude augmente souvent dans ce cas-là j'ai tendance à leur dire qu'on n'est pas pressé même si le PSA est haut, si la cinétique est bonne je leur dis écouter on va garder un œil là-dessus, on refait un PSA dans 3 à 6 mois. »*
- M7 « *Après c'est toujours pareil si y a quelque chose, si y a une altération de l'état général, j'ai vu un patient en maison de retraite on a fait le taux de PSA, et en fait c'était ça c'était un cancer de la prostate, mais bon lui il a quasi 80. Il est en palliatif et ça va. Il a quand même eu des injections. »*

7.1.4 Obstacles liés à l'organisation du dépistage

7.1.4.1 Recommandations discordantes

Le dépistage du CaP est une source de discordance entre les organismes de santé et au sein même des médecins.

7.1.4.1.1 Preuves scientifiques discordantes

Les études scientifiques sont discordantes sur la preuve de l'effet bénéfique de ce dépistage sur la mortalité.

- M2 « *toutes les études à grande échelle en tout cas à ma connaissance aujourd'hui aucune n'a démontré une diminution de la mortalité* »
- M3 « *Après est ce qu'on est toxique, est ce qu'on est délétère pour le patient* »
- M9 « *C'est très compliqué donc je n'ai pas trop de ... si ce n'est que tant que je trouve que tant que le dépistage n'est pas scientifiquement prouvé comme étant bénéfique par le dosage du PSA bah je pense qu'il faut le dire.* »

7.1.4.1.2 Multiples recommandations non uniformisées

Ce dépistage du CaP reste imprécis en pratique car les recommandations diffèrent entre les organismes de santé (HAS, AFU, CNG). Il n'existe pas de recommandations strictes et claires.

- M1 « *Il ne fait pas partie de ma pratique quotidienne parce qu'il ne fait pas partie des recommandations sur les dépistages organisés comme le cancer du côlon ou le cancer du sein donc il n'y a pas de dépistage* »
- M3 « *en gros ce que j'avais cru retenir mais il disait que ce n'était pas gravé dans le marbre.* »
- M4 « *Les recommandations en tout cas de ce que je sais, ne sont pas très claires non plus pour le dépistage.* » « *Enfin je pense que c'est ça à la limite principal, il faudrait qu'on ait des recommandations claires.* »
- M9 « *c'est problématique du fait que ce n'est pas recommandé* » « *Parce qu'en fait ce n'est pas recommandé, je lis la revue Prescrire, et du coup le dosage du PSA, n'est pas recommandé* »

7.1.4.2 Dépistage individuel non systématisé

Ce dépistage individuel est difficile à mettre en place.

7.1.4.2.1 Aucune consultation dédiée

Ce dépistage du CaP n'étant pas un dépistage de masse, aucune consultation n'est dédiée à l'abord de ce dépistage. L'abord de ce sujet se fait généralement en fin de consultation, par le patient ou le médecin généraliste, quand il n'y a plus de temps pour rentrer dans les détails.

- M2 « *Un patient de 52 ans qui vient en consultation pour un autre motif X ou Y fin de consultation au fait docteur... »*
- M4 « *Quand ils viennent ils viennent pour un problème donc du coup tu n'as pas forcément le temps de planifier le toucher rectal donc du coup tu leur dire qu'il faut revenir pour ça ils ne le font pas. C'est difficile à mettre en place. »*

7.1.4.2.2 Liberté contraignante

Presque tous les médecins ont le ressenti d'être isolé et de faire leur pratique sans consensus. Cette liberté de prise en charge est complexe pour les médecins.

- M1 « *Tout le monde connaît les PSA et le cancer de la prostate mais personne ne sait qu'il ne faudrait pas le faire »*
- M2 « *C'est une situation qui n'est vraiment pas confortable pour le médecin généraliste aujourd'hui » « c'est un peu à la louche je n'ai pas forcément analysé ma pratique »*
- M4 « *Je trouve que c'est compliqué en tout cas à mettre en place. » « Honnêtement c'est la difficulté de le mettre en place de façon systématique à chaque patient et que ce soit régulier. » « Oui c'est discutable oui ce n'est pas parfait. »*
- M9 « *C'est un sujet très compliqué et moi je trouve que ça met très mal à l'aise parce que justement on est quand même entre une certaine demande de la population*

masculine et puis on n'a pas d'attitude d'algorithme enfin de choses très confortables à proposer pour nous. » « Ce qui fait que finalement je suis dans quelque chose de très insatisfaisant »

7.1.4.2.3 Comparaisons dépistage de masse et dépistage individuel

Ce dépistage du CaP est souvent rapporté et comparé avec un dépistage de masse comme les trois cancers (sein, utérus, colorectal) alors qu'ils ont tous leur examen de dépistage différents. Il ressort cependant que le dépistage de masse est plus facile à appliquer qu'un dépistage individuel par la sélection précise de patients, leurs informations et leurs incitations à se faire dépister.

- M1 *« pas partie des recommandations sur les dépistages organisés comme le cancer du sein ou le cancer du côlon »*
- M2 *« Comment dire on a la mammographie, on a le test pour le cancer du côlon, on a les frottis cervicaux vaginaux pour le cancer du col de l'utérus. Et donc on a grandi depuis à peu près 30, 40 ans dans cette culture de pouvoir dépister précocement des maladies qui sont quand même problématiques, très fréquentes. »*
- M3 *« j'ai l'impression de suivre un mouvement qui a été initié il y a maintenant relativement longtemps sur le dépistage »*
- M4 *« Mais après c'est comme le cancer du sein ou le cancer colo-rectal, à part quand tu fais quelque chose de systématique, à part quand tu fais un dépistage de masse de manière systématique dans la population générale comme le cancer du col. » « Quand c'est quelque chose de systématique, de national, au moins tu peux avoir ce côté ferme, comme l'adénocarcinome, il ne le faut point. »*

Les médecins mettent en avant le fait que le dépistage du CaP est moins bien organisé que les cancers avec dépistage de masse :

- M3 « *c'est un dépistage que je trouve moins efficace ou en tout cas moins normé que le cancer du côlon, le frottis, la mammo...* »
- M4 « *Il faudrait clairement que ce soient des recommandations établies comme pour le cancer du sein où le cancer colo-rectal, je pense qu'il faut, même l'ADK même si ce n'est pas la perfection, mais on sait qu'on fait quand même beaucoup et que ça évite pas mal de problèmes.* »

7.1.4.3 Dépistage paradoxal

7.1.4.3.1 Cancer le plus fréquent de l'homme sans dépistage organisé

Le CaP est le cancer le plus fréquent de l'homme mais aucun dépistage de masse n'est organisé.

- M9 « *Mais quelque part sachant que c'est quand même, ça reste quelque chose de problématique, parce que comme c'est quand même assez fréquent, c'est un peu compliqué je trouve à gérer.* »

7.1.4.3.2 Cancer piégeux

De plus, les médecins le rapportent comme un cancer insidieux car d'une part il devient symptomatique lorsqu'il est à un stade avancé et c'est un cancer caractérisé par une évolution lente mais qui peut chez certains patients progresser très rapidement en quelques mois.

- M2 « *Sûrement un cancer très piégeux. J'ai vu au tout début de mon installation un patient entre la découverte à un stade relativement localisé enfin il était avancé mais pas à un stade métastatique et puis qui a flambé en l'espace de deux ans déjouant tous les pronostics. On nous dit que c'est un cancer qui évolue en 10 ans alors que là ce n'était pas le cas* »

- M3 « *il y a une incertitude qui fait courir un risque quand même plus important au patient. Voilà parce que je me dis qu'il y en a ce sont des tumeurs plus agressives et il y a une durée d'évolution rapide... ».*

7.1.5 Pratiques du dépistage du cancer de la prostate

7.1.5.1 Dépistage individuel ou de masse

Le dépistage du cancer de la prostate est praticien dépendant.

7.1.5.1.1 Dépistage individuel

Un dépistage individuel est proposé pour donner suite à la demande des patients ou sur la présence de symptômes urinaires : M9

- M1 : « *Je ne fais pas de dépistage organisé en général, c'est de l'individuel, principalement à la demande ou s'il y a des symptômes »*
- M2 « *je ne l'ai pas intégré dans ma pratique quotidienne donc c'est plutôt à la demande du patient »*

7.1.5.1.2 Dépistage de masse

La majorité des médecins interrogés dépiste en masse le CaP : M5, M6, M7, M8

- M3 « *Alors moi j'ai pour habitude de faire, on va dire pour les patients qui viennent, ou alors soit ils sont eux même demandeur de dépistage mais les autres aussi qui ont un suivi régulier pour l'HTA ... de faire une biologie annuelle dans laquelle une fois je mets le PSA une fois je ne la mets pas. »*
- M4 « *de manière assez large à tous les hommes à partir de 50 ans je vais finir par poser la question »*

7.1.5.1.3 Abord des antécédents

L'abord des antécédents familiaux n'est pas systématique : M2, M3, M4, M7.

7.1.5.2 Examens faisant partie du dépistage

On remarque que les examens réalisés pour le dépistage du CaP sont très variés entre les médecins généralistes.

- M8 « *l'approche multifocale ça me parait la meilleure. Le PSA, l'interrogatoire, l'examen, le TR éventuellement pourquoi pas une imagerie, une échographie, donc pas tout de suite une IRM, de débrouillage* »

7.1.5.2.1 PSA

Certains médecins prescrivent uniquement le PSA : M1, M7, M10

- M6 « *En gros, je mets juste le PSA sur une prise de sang.* »

7.1.5.2.2 PSA + TR

Il y a peu de médecins qui respectent les recommandations et pratiquent le PSA et le TR : M2, M3, M8

7.1.5.2.3 Rapport PSA libre/total

Certains médecins généralistes complètent leur prescription de PSA par le rapport PSA libre/total lorsque le taux de PSA > 4 : M5, M7

- M10 « *Les premiers, avant 65 ans plutôt juste un PSA pour avoir une référence. Et puis après en fonction de l'évolution de la cinétique je mets souvent PSA puis à faire rapport si PSA > 4* »

7.1.5.2.4 Échographie

Beaucoup de médecins incluent l'échographie pelvienne dans leur examen de dépistage afin de compléter et d'avoir un argument de plus si elle est anormale avant d'envoyer à un urologue : M2.

- M3 « *moi je fais l'écho sus-pubienne quand il y a un PSA qui semble un peu trop élevé* »
- M4 « *si jamais c'est augmenté écho et avis uro* »
- M7 « *moi je ne vais pas beaucoup plus loin que l'écho* »
- M8 « *C'est pour ça aussi le fait de faire le TR, le PSA éventuellement une écho ça me permet quand même d'avoir 3 angles de vue.* »

Certains médecins prescrivent une échographie endorectale : M5.

7.1.5.2.5 IRM

L'IRM est aussi utilisée comme examen de dépistage.

- M1 : « *Quand il (le PSA) commence à arriver entre six et huit* »

7.1.5.3 Âge de dépistage

En moyenne les médecins commencent ce dépistage à 50 ans et est stoppé vers 75 ans. Même si des variances existent entre les médecins.

- M3 « *J'ai mis la limite à 50 ans et du coup jusqu'à 75 un peu près* »
- M4 « *Autour de 45 ans, idéal c'est 50 mais un peu avant ça dépend de leurs antécédents* » « *Et y'a pas de limite s'il n'a jamais eu de cancer* »
- M5 « *j'essaye systématiquement quand j'ai un patient au-dessus de 50 ans de regarder s'il a déjà eu des PSA de fait et si ce n'est pas le cas d'évoquer le sujet avec lui* »
- M6 « *Je le mets systématiquement pour les hommes au-dessus de 50 ans sur un bilan annuel sanguin.* »

- M7 « *Dépistage de 50 à 75 ans en bonne forme.* »
- M8 « *Je le fais à partir de 50 ans de tout façon* »
- M10 « *Je fais déjà un PSA à partir de la cinquantaine pour avoir une référence. Et après 60/65 on le fait assez régulièrement quoi.* »

7.1.5.4 Fréquence de dépistage

7.1.5.4.1 1 fois par an

- M1 « *s'ils (les PSA) sont augmentés je les fais une fois par an* »
- M2 : « *Si on décide de faire une surveillance du PSA on fait une surveillance annuelle* »
- M4 « *Si PSA normal fréquence annuelle, comme la TSH* »
- M5 « *On va dire tous les ans pour les patients chroniques qui de toute façon sont prélevés et après je crois que j'espace à tous les 2 ans quand je peux.* » « *En général je me cale sur le rythme des autres prises de sang.* »
- M7 « *Si le PSA est normal fréquence de contrôle toutes les années* »
- M8 « *Une fois par an.* »

7.1.5.4.2 Tous les deux ans

- M3 « *PSA la première année puis contrôle la deuxième année, puis j'ai passé pour l'instant à deux ans* »

7.1.5.4.3 Pas de suivi

- M9 « *Si c'est très normal, la personne à un PSA je ne sais pas à 0,9, j'oublie à nouveau volontairement de le proposer.* »

7.1.5.5 Informations délivrées

7.1.5.5.1 Aucune information

- M6 « *Non pas d'informations* »

7.1.5.5.2 Omission d'informations

- M3 « *Je ne leur dit pas que dans de rare cas on peut avoir des PSA normaux avec un cancer parce que là je me dis que je me tire une balle dans le pied.* »

7.1.5.5.3 Information orale

Les médecins informent les patients principalement de manière orale : M1, M4.

- M3 « *c'est uniquement oral, il n'y a pas de brochures* » « *si pas de symptômes : pas d'informations, si symptômes : informations* »
- M5 « *j'explique un petit peu déjà pour commencer l'anatomie de la prostate, puisque finalement c'est quelque chose d'assez flou en population générale. Les symptômes qu'il peut y avoir en cas d'HBP et la différence avec le cancer de la prostate. J'insiste sur le fait que généralement c'est un cancer qui évolue assez lentement, et qu'il existe des TTT et que parfois on opte pour une simple surveillance.* »
- M7 « *Oral. Je n'ai pas de supports, on n'a pas d'affiches dans la salle d'attente.* »
- M8 « *Je leur ramène une statistique qui est assez rassurante en leur disant qu'à 90 ans 90% des hommes ont un cancer de la prostate et ça en général ça les rassure. Voilà enfin ça les rassure je leur dis vous avez votre prostate on a nos seins chacun ses problèmes. J'essaye d'aller jusqu'au bout du sujet tout de suite parce ce que je me doute que la question est sous-jacente.* »

7.1.5.6 Information orale et écrite

L'utilisation de support écrit pour compléter l'information orale est parfois utilisée.

- M2 « *J'imprime assez facilement le document réalisé par l'assurance-maladie dont je trouve assez parlant pour les patients, enfin il y a une fiche qui est bien faite qui les informe un peu sur les bénéfices risques, sur l'évolution du cancer, sur les effets secondaires des interventions. »*
- M3 « *Dans ma salle d'attente, il y a une vieille affiche enfin qui date de mes prédécesseurs qui doit avoir au moins 10 ans. Avec une dame qui dit 'est ce qu'on pourrait parler de la prostate ? » Enfin un truc dans le genre. »*
- M10 « *Information orale sauf s'ils sont intéressés et qu'il y a des questions. On peut effectivement trouver sur la question des choses intéressantes sur les sites des associations urologiques. »*

7.1.6 Piste d'amélioration du dépistage CaP

7.1.6.1 Recommandations

Les médecins généralistes sont demandeurs d'études scientifiques fiables sur le bénéfice de ce dépistage du CaP.

- M9 « *Si ça changeait avec des arguments, maintenant avec mes années d'expérience je suis quand même très « Prescrire » donc si il y avait des études qui sortaient dans « Prescrire » disant qu'on avait un bénéfice à faire un dosage de PSA et un TR euh oui je serais motivé mais il faut qu'il y ait du bénéfice. »*
- M10 « *après il faudrait vraiment qu'on ait des chiffres d'amélioration de la morbi-mortalité par rapport à ce dépistage là ce qui n'est pas le cas donc c'est toujours un*

peu compliqué quoi de faire des campagnes alors que ce n'est pas un vrai dépistage quoi. »

De plus, les médecins attendent des recommandations mises à jour, précises et consensuelles entre les organismes de santé.

- M2 « *le principal c'est de pouvoir avoir des recommandations un peu plus solidement ancrées »*
- M3 « *Il doit peut-être il y a avoir quelque part, dans les trucs, dans les articles, les guidelines sur la bonne pratique de dépistage. »*
- M4 « *s'ils peuvent organiser un dépistage de masse, organiser, systématiser, et que les patients adhèrent ou pas chacun a le choix, c'est comme tout tu peux ne pas aller faire ta mammographie tous les deux ans mais au moins c'est clair et c'est des recommandations, nous ça nous permet aussi d'avoir une marche à suivre un peu plus sécurisée. »*
- M5 « *Que les recommandations par rapport au toucher rectal faudrait peut-être les mettre à jour ou mieux nous former sur ce geste-là »*

7.1.6.2 Marqueurs biologiques

Le développement de marqueurs sanguins ou urinaires plus sensibles que le PSA et ciblant les cancers agressifs est très attendu.

- M1 « *qu'ils changent de marqueur, un marqueur spécifique sensible qui nous disent qu'elles sont les cellules cancéreuses qui peuvent évoluer vers des cancers agressifs ça serait bien. Plus cibler les cancers agressifs et pas tout type de cellule cancéreuse. »*
- M2 « *Est-ce qu'il faut s'acharner sur les PSA où je ne sais pas s'il y a des pistes de recherche ailleurs avec des marqueurs un peu plus spécifiques ou pas je ne sais pas du tout. »*

7.1.6.3 Imagerie

L'utilisation de l'IRM comme examen de dépistage est une notion qui revient de plus en plus et qui est déjà utilisée par certains médecins.

- M2 « *J'ai quand même l'impression qu'il y a une donnée qui commence à changer tout doucement c'est l'apport de l'I.R.M. qui permet de limiter j'ai l'impression de plus en plus le recours à la biopsie. » « Je suis très en attente qu'on puisse préciser la place de l'I.R.M. dans la surveillance notamment versus biopsie. »*

7.1.6.4 Développement des supports d'information

On retrouve chez les médecins une demande de supports d'information écrits à pouvoir donner aux patients ou la présence d'affiches en salle d'attente.

- M2 « *J'en suis sûr que ça existe d'avoir un document un petit peu de synthèse que le médecin généraliste puisse s'appuyer ce serait confortable en consultation. »*
- M5 « *Mais je pense que ça serait plus cohérent et peut être mieux retenu et mieux compris de la part de mes patients si j'appuyais mes informations avec un prospectus assez succinct. » « Peut-être que nous aussi on pourrait plus les sensibiliser avec plus d'affiche dans notre salle d'attente des choses comme ça »*
- M7 « *Peut-être qu'un support écrit ça pourrait être pas mal. Rien que pour nous même pour le patient à remettre au patient, comme pour tous les autres. »*

Une synthèse des chiffres parlants actualisée sur le CaP et des bénéfices risques des thérapeutiques est aussi suggérée.

- M2 « *de pouvoir donner des données un petit peu plus actualisées aux patients sur les risques peut-être » « c'est les données qui sont souvent parlantes, c'est de suivre tant et*

tant de patient pendant tant et tant d'années pour éviter un décès et de l'autre côté bah si on le fait vous risquez aussi d'avoir tant et tant d'effets secondaires pour tant et tant de patients suivis par année c'est des choses parlantes. »

7.1.6.5 Soutien des pouvoirs publics

Les médecins réclament un soutien des pouvoirs publics pour sensibiliser et éduquer les patients sur le CaP.

- M5 *« Peut-être faire plus de sensibilisation auprès des patients, j'ai l'impression que ce n'est pas toujours connu de la part des hommes de plus de 50 ans même si ça commence à rentrer un petit peu dans les mœurs » « je pense que la santé publique aurait peut-être un travail à faire là-dessus. Plus de sensibilisation que ce soit viral, la télévision ou des affiches en ville. De voilà plus informer les patients pour que d'eux-mêmes ils viennent en consultation spécifiquement pour ça. »*
- M7 *« Parce que le cancer du sein, ça tout ça c'est bon, maintenant on sait, le colon aussi mais c'est que la prostate nettement moins. » « Peut-être oui une campagne pour sensibiliser les hommes à ça »*
- M8 *« si vous pouviez un petit peu amener ça sur le terrain comme on a amené le dépistage du CCR comme a amené la mammographie à l'époque si on pouvait amener ça ça serait tellement plus simple à leur proposer. »*
- M10 *« Faire plus de campagnes je pense »*

7.1.6.6 Amélioration des outils thérapeutiques

L'amélioration des outils thérapeutiques en termes de bénéfices/effets secondaires est un point clé de ce dépistage du CaP. D'une part, le développement de la surveillance active permet de suivre les cancers faibles grades.

- M4 « *On en diagnostique régulièrement, et des tout petits, des gleason faibles, que l'urologue n'opère pas, qu'il fait des surveillances. Franchement tu arrives à encadrer les choses. Là du coup ces patients là qui ont des lésions minimales tu arrives à les faire rentrer dans un processus de surveillance, de dépistage et puis finalement ils ont des PSA annuels aussi. Du coup pourquoi pas l'adapter à la population générale. »*

D'autre part, l'utilisation de robot lors des chirurgies diminuent les effets secondaires.

- M2 « *pour en discuter avec mon copain urologue lui il avait développé la chirurgie robotisée. Ils ont vu en quelques années chuter de plus de moitié les complications secondaires à type d'incontinence, de troubles érectiles. Ça change la donne dans les choix. »*

Mais aussi le développement de nouveaux outils thérapeutiques est en cours.

- M10 « *après on attend beaucoup des nouvelles thérapeutiques aussi peut être moins invasives plus conservatrices notamment la cryothérapie ou les ultrasons... »*

7.1.6.7 Échanges interprofessionnels

La discussion entre groupes de pairs permet d'avoir un échange sur la pratique de différents médecins et les limites rencontrées au quotidien sur le dépistage.

- M9 « *groupes de pairs parce que le fait d'en parler, parce que le faire tout seul dans son coin ça met assez mal à l'aise et le fait de pouvoir à la limite d'être formé sur le*

fait que bah en gros l'attitude à avoir est très très inconfortable mais que ça reste quand même ça pour l'instant je trouve que ça mettrait quand même les médecins généralistes plus à l'aise voilà je pense que ça nous aiderait. »

8 DISCUSSION

8.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de s'intéresser aux obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage individuel du cancer de la prostate.

8.1.1 Obstacles liés aux outils de dépistages

Dans un premier temps, nous avons regroupé les obstacles liés aux outils de dépistage. Les outils de dépistage faisant parti des recommandations sont le TR et le dosage du PSA.

Les médecins ont presque tous rapporté que le toucher rectal ne faisait pas partie de leur pratique dans le dépistage du CaP. D'une part, le TR est un geste intime, embarrassant et intrusif à la fois pour le médecin et pour le patient qui est généralement asymptomatique et qui vient consulter pour une autre raison. Les médecins, peu importe leurs années d'expérience, remettent en question la performance et l'interprétation de leur TR. En effet, le TR a une sensibilité et une spécificité limitée pour découvrir des CaP car les anomalies palpables sont uniquement au niveau postérieur et latéral de la prostate, laissant une partie de la prostate non accessible au TR. Une méta-analyse de 2018 déconseille la pratique du TR par les généralistes dans le dépistage du CaP du fait d'une sensibilité de leur performance du TR estimée à 51% et une spécificité de 59% (26). De plus, la majorité des CaP sont détectés au stade pT1c qui sont par définition non palpable. Ainsi, la pratique du TR dans le dépistage du CaP est progressivement abandonnée au profit de la prescription du dosage du PSA, de sa réalisation par des urologues vus comme plus expérimentés par les médecins généralistes ou de l'échographie sus-pelvienne qui leur semble plus fiable. Vorilhon P. dans son étude publiée en 2012 met en avant que les deux principaux obstacles identifiés à la réalisation du TR sont pour 77% des médecins

interrogés la gêne du patient et pour 85% des médecins la supériorité du dosage du PSA (27). De même, une thèse sur les obstacles au toucher rectal met en avant le manque de fiabilité et d'utilité du TR, le manque d'expérience et de formation et le fait d'être une femme médecin font partie des obstacles les plus cités (24).

Ainsi, la plupart des médecins se limitent au dosage du PSA. Cependant, ce marqueur reste très critiqué par les médecins généralistes du fait de son manque de sensibilité. Il ne cible pas les cancers agressifs ce qui entraîne un risque de surdiagnostic et donc surtraitement. L'American Cancer Society a passé en revue la littérature s'intéressant à la performance du PSA et a mis en avant qu'un taux de PSA à 4.0 ng/mL a une sensibilité de 21% et une spécificité de 91% pour la détection de CaP, la sensibilité est augmentée à 57% pour la détection de CaP de haut grade (28). Cette faible sensibilité signifie que certains hommes avec un PSA < 4.0 ng/mL auront un CaP. Une étude estimant la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) du PSA retrouve qu'une limite du PSA fixée aussi bas que 1,1 ng/mL aurait manqué 17% des cancers, incluant 5% de cancers à haut grades (29). Ainsi, le dépistage à l'aide du PSA est associé à des faux positifs, des complications suite aux biopsies, et un surdiagnostic. Le surdiagnostic correspond au « diagnostic d'un problème qui, s'il n'avait pas été trouvé, n'aurait pas causé de symptômes ni de décès » « sans qu'il y ait de bienfaits possibles à tirer du traitement précoce de la personne concernée » (30). En effet, tout l'enjeu du dépistage du CaP est le risque de surdiagnostic comme peut le témoigner la prévalence élevée de cellules prostatiques cancéreuses retrouvées sur des séries d'autopsies. Plus de 50% des patients de plus de 90 ans présentait des CaP à l'autopsie sur une revue de la littérature de PubMed et Scopus (31) et environ 59% chez les hommes de plus de 79 ans dans une autre revue de PubMed et Embase (32). Ainsi, le CaP progresse généralement lentement et la plupart des hommes décéderont avant que le CaP ne devienne cliniquement parlant. Le taux de surdiagnostic de CaP, variable en fonction des modélisations, est estimé entre 1,7% et 67% dans une revue de la littérature (33).

Du fait d'une sensibilité et spécificité limitée du TR et du PSA, tous les CaP ne sont pas dépistés et certains CaP de bas grade, cliniquement insignifiants, vont être dépistés. La pertinence scientifique de ces deux outils de dépistage est remise en question par les médecins généralistes ce qui présente un obstacle à la mise en pratique du dépistage individuel du CaP.

Pour pallier à ces outils de dépistage défaillants, la plupart des médecins généralistes s'aident d'outils diagnostics pour compléter leur dépistage. L'échographie sus-pubienne est l'imagerie la plus utilisée par les médecins interrogés afin d'aider leur orientation vers un urologue pour des biopsies prostatiques. Cependant, l'échographie manque de sensibilité et de spécificité pour mettre en évidence les CaP et n'a pas sa place pour la détection ni pour le bilan d'extension comme le précise l'AFU (34).

8.1.2 Obstacles liés aux médecins

Les médecins généralistes se trouvent au cœur de la prévention et du dépistage des cancers. On retrouve parmi les médecins interrogés une confusion sur ce dépistage du CaP non uniformisé. Ainsi, ceci se traduit par des médecins pratiquant seul de leur côté leur dépistage du CaP construit sur leur point de vue personnel et leur expérience professionnelle. En effet, les médecins interrogés qui adhèrent à ce dépistage et qui le trouvent pertinent, pratiquent un dépistage de masse. Alors que les médecins qui sont réticents et qui se questionnent sur son utilité, pratiquent un dépistage individuel. On retrouve cette dichotomie dans une étude sur des focus group de médecins généralistes ayant identifié deux profils de médecins ; les médecins avec un dépistage « proactif » c'est-à-dire de masse et ceux avec un dépistage « réactif » c'est-à-dire individuel (35). L'opinion du médecin généraliste exerce une influence sur la décision du patient de se faire dépister. En effet, une étude danoise retrouvait que les femmes ayant un médecin généraliste avec une attitude négative sur le dépistage du cancer de sein participait moins au programme de dépistage contrairement aux femmes ayant un médecin généraliste

favorable à ce dépistage (36). L'absence de cadrage de ce dépistage contraint les médecins généralistes de décider de leur côté de l'abord du dépistage, des outils de dépistage utilisés, de la fréquence du suivi et du moment de réorientation vers un urologue. Une étude Australienne confirme cette pratique individuelle des médecins généralistes sur le dépistage du CaP, du fait d'une confusion des recommandations actuelles (37).

Comme le dépistage du CaP ne fait pas partie d'un programme de masse, les patients ne reçoivent pas de rappels. Les médecins oublient aussi d'aborder ce dépistage, du fait de consultations denses en informations. Ils ont tendance à repousser à une consultation ultérieure avec un risque d'oubli par la suite. Il est arrivé à un médecin d'oublier de prescrire un PSA pendant plusieurs années chez un patient avec un antécédent de CaP avec une récurrence de découverte tardive. L'abord se fait généralement à la fin d'une consultation pour un autre motif avec un manque de temps pour apporter des informations claires, précises et de déshabiller entièrement le patient pour réaliser un TR. Cet oubli de proposition de dépistage est aussi décrit dans la littérature (24) (38).

On retrouve ces dernières années une féminisation du corps médical comme le confirment les données de la Drees (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé) en janvier 2022, pour la première fois, plus de 50% des médecins généralistes sont des femmes (39). Toutes les femmes médecins interrogées rapportaient un embarras à l'abord du dépistage du CaP, qui est un sujet intime prenant en compte la vie sexuelle et urinaire du patient, et une gêne à la réalisation du TR. Une étude Française ne retrouvait pas de différences significatives entre le sexe du médecin généraliste et le dépistage du CaP. En revanche, les hommes médecins pratiquaient plus le TR que les femmes médecins (69 vs. 54% ; OR=1.86 ; 95% CI=1.31–2.63) (40). Une autre étude Allemande retrouvait que les médecins généralistes masculins pratiquaient plus souvent le TR dans le dépistage du CaP que les femmes médecins. De plus, cette étude mettait en évidence que les médecins

généralistes et les patients préféreraient une concordance de sexe dans la relation médecin-patient, surtout lors d'abord de sujet intime (41). On retrouve chez les patients souffrants de maladies prostatiques, une préférence à consulter un urologue masculin plutôt que féminin (42). Pour certaines médecins interrogées, elles n'hésitaient pas à réorienter le patient vers un collègue masculin afin de s'éviter cette gêne vis-à-vis du sexe opposé qui malgré les années d'expérience reste souvent présente. De plus, les médecins femmes rapportent des discussions et comportements inappropriés de certains patients masculins sur la sphère intime, ce qui les freinent à réaliser le dépistage du CaP. Une thèse sur les expériences sexistes de femmes médecins généralistes met en avant une familiarité et un manque de respect des patients masculins qu'ils n'auraient pas avec des médecins hommes. Ainsi, face à des patients déplacés, elles modifient leur pratique en évitant l'abord de la sexualité et les examens de la sphère urogénitale (43).

Il revient dans les entretiens que la pratique des médecins est aussi influencée par la peur de se faire reprocher un diagnostic tardif d'un CaP pouvant conduire un patient à enclencher des démarches judiciaires. Les exigences des patients envers leur médecin a augmenté depuis la création de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a permis de poser le principe de la responsabilité pour faute du professionnel de santé (44). Ainsi, le phénomène de judiciarisation de la médecine émerge, correspondant à une irruption du juridique dans le médical avec une tendance à favoriser le recours aux tribunaux lors d'un litige (45). On retrouve en 2013 un procès d'un médecin généraliste initié par un patient lui reprochant de ne pas lui avoir dépisté un CaP. Le Dr Leicher, président à l'époque de MG France, déclarait « *Il faut probablement que les pouvoirs publics réfléchissent à une réglementation protectrice pour les médecins qui suivent des recommandations de santé publique.* » (46). Une thèse sur le vécu des médecin généralistes d'un contentieux en

responsabilité médicale a permis de mettre en évidence que l'impact d'une plainte sur les médecins est vécu difficilement avec un impact émotionnel initialement fort (47). Une autre thèse de 2016 sur l'impact psychologique de la judiciarisation, retrouvait que la moitié des médecins généralistes avait un antécédent de judiciarisation. Une pression médico-légale est ressentie par 72% d'entre eux, ce qui multipliait par 1,9 la pratique d'une médecine défensive (48) défini comme « une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades » ce qui conduit à prescrire des examens le plus souvent non nécessaires (49). Des recommandations uniformisées et précises permettraient aux médecins généralistes de pratiquer un dépistage en diminuant la pression juridique.

Ces affaires judiciaires ravivent la polémique entre les urologues et les médecins généralistes sur la discordance des recommandations. Ces deux professions ont des enjeux différents. Pour les médecins généralistes, leurs objectifs est une prise en charge médicale globale du patient alors que les urologues eux se concentrent sur la prise en charge de la pathologie, le cancer de la prostate. Les recommandations de l'HAS ne sont pas suivies par les urologues qui eux se réfèrent aux recommandations de l'AFU avec un dépistage précoce. Une étude Allemande en 2021 retrouvait une attitude et une approche vis-à-vis du PSA différente entre les urologues et les médecins généralistes. Les urologues étaient plus convaincus par l'utilisation du PSA que les médecins généralistes. 64,4% des urologues considérait que la réduction de la mortalité par dosage du PSA était prouvée contre 20,8% pour les généralistes. 90% des urologues contre 55% des médecins généralistes recommandait le dosage du PSA chez les patients asymptomatiques sans facteur de risques (50). Une discussion entre les médecins généralistes et les urologues spécialistes du secteur permettrait une collaboration et une harmonisation du dépistage du CaP.

8.1.3 Obstacles liés aux patients

L'adhésion des patients aux propositions de dépistage est un enjeu majeur pour un dépistage efficient. La participation au dépistage des cancers est une décision autonome des patients basée sur le respect de la liberté individuelle. Ainsi, l'appréciation des bénéfices et des risques est subjective et variable entre les patients ce qui représente un obstacle. Les médecins rapportent devoir s'adapter aux ressentis et aux comportements de chaque patient face au cancer. Ils se retrouvent soit face à des patients anxieux de la maladie, en demande excessive de dosage du PSA, ayant besoin d'être rassurés. Ils peuvent être confrontés à des patients réticents au dépistage, préférant rester dans l'ignorance du fait d'une anxiété aux résultats, à la douleur et aux effets secondaires des thérapeutiques pouvant être lourds. Certains patients sont dans l'opposition totale au dépistage pour ne pas devenir impuissants et passifs et garder le contrôle de leur vie ; car le cancer est associé à la vieillesse, la maladie et la mort. Une étude publiée dans l'*American Journal of Medicine* met en avant que les hommes ayant eu une biopsie prostatique rapportent plus souvent avoir des craintes et angoisses sur le CaP malgré une biopsie négative (51). McCaffery en 2019 s'est intéressé à l'expérience des hommes soumis au dépistage du CaP. Les hommes révélaient un impact aussi bien sur leur psychologie, que sur leur bien-être, leur vie familiale et professionnelle ainsi que leurs choix de vie ; malgré le refus de traitement d'un CaP qui leur avait été diagnostiqué (52).

De plus, un autre obstacle rapporté par les médecins interrogés est une mauvaise connaissance des patients sur le dépistage du CaP. Ce cancer ne faisant pas partie d'un dépistage de masse à la suite des controverses, les modalités de dépistage sont moins connues par les patients, ce qui ne les incite pas à en parler à leur médecin généraliste. Lorsqu'ils l'abordent, ils ont des lacunes ou des fausses connaissances sur ce dépistage, et la délivrance d'information est chronophage pour le médecin. Une étude publiée en 2022 de Charvin et al met en évidence que les patients

avaient une mauvaise connaissance de l'anatomie de la prostate ainsi que des modalités de dépistage du CaP (53). Une thèse publiée en 2020 retrouve que plus de la moitié des patients ne connaissait pas les subtilités du dépistage du CaP (54).

Pour proposer ce dépistage les médecins généralistes doivent faire face aux facteurs sociaux-culturels de leur patient. Les hommes sont une patientèle qui est moins accessible au dépistage car ils se présentent en consultation plus rarement et pour d'autres motifs ce qui restreint l'abord du CaP et le suivi. L'INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques, rapporte en 2019 que 79% des hommes de 64 - 85 ans ont consulté un médecin généraliste dans la dernière année contre 87% des femmes de la même tranche d'âge (55). Une enquête réalisée en novembre 2022 retrouve que le cancer est un sujet tabou pour 49% des hommes interrogés. Les freins à l'abord du cancer sont, en premier la peur de la mort (59%) en second la peur liée au manque de connaissances (40%), puis on retrouve la douleur liée au traitement (47%), l'impact sur la vie professionnelle (36%) et sexuelle (15%). Seulement 17% des hommes interrogés ont déjà été dépistés pour le CaP (56).

De plus, les médecins rapportent que les hommes sont souvent adressés en consultation par leur femme pour aborder le CaP. Comme le confirme un sondage réalisé en février 2022 d'OpinionWay « 70% des femmes interrogées déclarent prendre soin régulièrement de la santé de leur conjoint » (57). On retrouve le rôle important des femmes dans la recherche d'informations sur la prostate et la gestion de la maladie dans une étude australienne (58). On retrouve aussi dans une revue d'articles de 2007 à 2020 que les hommes mariés ou en couple avaient un taux de dépistage du CaP plus élevé (59).

Contrairement aux femmes qui sont confrontés à un suivi médical et à des examens intimes dès le plus jeune âge (contraception, frottis cervico-utérin réalisés pour le dépistage du cancer du col de l'utérus dès l'âge de 25 ans, grossesse...). Les hommes n'ont pas d'examen intime de

prévention et sont donc moins sensibilisés aux dépistages. Ils y sont confrontés et que tardivement à partir de 50 ans.

8.1.4 Obstacles liés à l'organisation du dépistage

Comme le rappellent les médecins généralistes interrogés, les recommandations sur le dépistage du CaP des différentes institutions de santé française divergent entre elles du fait de preuves scientifiques discordantes sur le bénéfice de ce dépistage. Malgré, une politique de santé en France qui est actuellement contre un dépistage organisé de masse du CaP mais un dépistage individuel avec une prise de décision partagée entre les patients et leur médecin avec une information éclairée délivrée, les médecins se retrouvent seuls face à leurs patients à faire leur pratique de leur côté sans avoir de consultations dédiées et sans avoir une conduite à tenir précise. Cette liberté contraignante les met dans une position inconfortable. Une revue systématique de la littérature en 2019 sur 22 recommandations du dépistage du CaP retrouve que seulement 18% des recommandations fournissent des algorithmes de dépistage claires (60). Charvin et al ont mis en évidence que de nombreux médecins généralistes prescrivaient le dépistage du CaP sans en discuter avec leurs patients malgré le fait que la décision partagée fait partie des recommandations (53). De plus, le dépistage du CaP est paradoxal et piégeux comme le rappellent les médecins généralistes. Le CaP est le cancer le plus fréquent de l'homme mais du fait d'une évolution généralement lente (61), il ne fait pas partie d'un programme de dépistage organisé. Cependant, son évolution est très hétérogène et non connue dans le temps, ce qui confronte les médecins parfois à des patients métastatiques rapidement. En 2019, en Angleterre environ un cinquième des cancers de la prostate ont été diagnostiqués au stade métastatique (stade 4) (62). Les médecins remettent ainsi les recommandations en question et tendent vers un dépistage de masse comme le cancer du sein ou colorectal. Ce dépistage du CaP se retrouve perdu au milieu des dépistage de masse organisés. Les médecins interrogés précisent

que les dépistages de masse ayant une meilleure organisation et promotion auprès de la population sont plus connus et plus facile d'application que le dépistage du CaP.

De multiples obstacles rapportés par les médecins généralistes sont à prendre en compte pour l'optimisation du dépistage du CaP.

8.2 Objectif secondaire

8.2.1 Pratique hétérogène du dépistage

On retrouve une hétérogénéité de pratiques et des outils de dépistage utilisés par les médecins généralistes.

Plus de la moitié des médecins interrogés pratiquaient un dépistage de masse alors que les autres médecins étaient dans un dépistage individuel, soit à la demande du patient soit s'ils rapportaient des symptômes urinaires. Tous les médecins connaissaient les deux outils faisant partie des recommandations pour la pratique du dépistage : le PSA et le TR. Cependant, seulement 3 médecins pratiquaient les deux. Certains médecins complétaient leur dosage du PSA par le rapport PSA libre/total. L'emploi de l'imagerie en outils de dépistage était utilisé par sept médecins sur les dix. L'échographie abdomino-pelvienne était utilisée par la moitié des médecins. Un médecin utilisait l'échographie endorectale et un médecin utilisait l'IRM.

Peu nombreux étaient les médecins abordant les antécédents médicaux ou ethniques.

L'âge du dépistage différait entre chaque médecin. L'âge de début cité était entre 45 et 50 ans et la limite était 75 ans voire pas de limite pour certains médecins. L'intervalle entre le dosage du PSA est recommandé entre 2 à 4 ans avec une adaptation au profil de risque du patient par l'AFU (63). N'ayant pas de fréquence précise établie, la plupart des médecins dosaient le PSA tous les ans, un médecin le dose tous les deux ans et un autre ne le dose plus si le premier dosage est normal.

L'information était délivrée majoritairement par voie orale. Cependant, quatre médecins ne délivraient aucune information. Seulement trois médecins utilisaient des supports écrits.

Il existe autant de manière de dépister le CaP que de médecins interrogés. Cette variété de pratique est expliquée par les médecins par des recommandations non rigoureuses qui leur laissent une grande liberté. Cette hétérogénéité de pratiques du dépistage du CaP est retrouvée dans d'autres études (24) (15).

8.2.2 Pistes d'améliorations

À la suite des différents obstacles déclarés par les médecins généralistes, des pistes d'améliorations ont été proposées. La réclamation principale concernait les recommandations du dépistage du cancer de la prostate. En effet, des recommandations actualisées et harmonisées des différents organismes de santé sont demandées par les médecins généralistes. Notamment des recommandations de dépistage de masse du cancer de la prostate qui est plus facile à proposer avec des campagnes d'informations. La politique des autorités publiques internationales des quinze dernières années est de recommander un dépistage individuel en collaboration avec le patient au lieu d'un dépistage de masse. Une étude publiée en mars 2022 par des chercheurs de Weill Cornell Medicine ont retrouvé une diminution significative, de 2010 à 2018, de diagnostics et de traitements de CaP de bas grade, cependant l'incidence de CaP de haut grade avec de métastases au diagnostic ont augmenté de 3,0 à 5,2%. Ainsi, leur conclusion est l'implantation d'un dépistage avec la stratification des risques, avec entre autres l'IRM ou des biomarqueurs, afin de continuer à diminuer le surdiagnostic et éviter des biopsies pour des CaP de bas grade, tout en adressant la hausse des CaP de haut grade (64). La Commission Européenne a publié en décembre 2022 une mise à jour des recommandations de dépistage de cancer de 2003 et notamment une possibilité d'extension du dépistage de masse au cancer de la prostate (65). Cette révision pour un dépistage de masse est basée sur de

nouvelles données. L'EAU, European Association of Urology, a développé une stratégie en 2021 adaptée aux risques pour le dépistage du CaP à l'aide du PSA, d'un calculateur de risques et de l'IRM représentée dans l'algorithme ci-dessous (66).

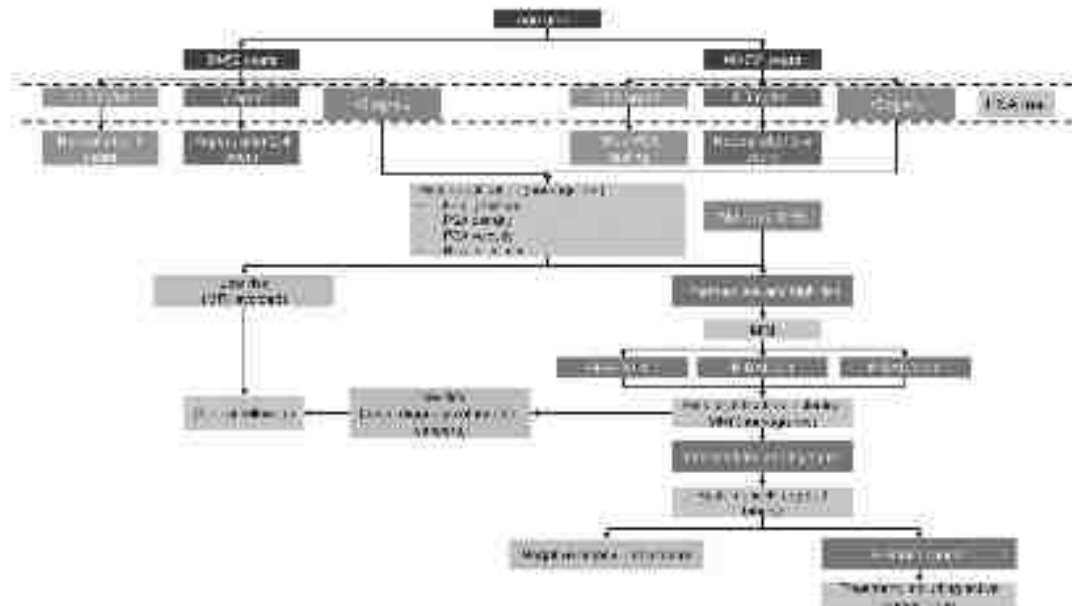


Fig. 4 – Risk-adapted algorithm for the early detection of prostate cancer, adapted based on prostate cancer guidelines published by the EAU (21). The patient's values and preferences should always be taken into account as part of a shared decision-making process (21). DRF = digital rectal examination; EAU = European Association of Urology; MRI = magnetic resonance imaging; PI-RADS = Prostate Imaging Reporting and Data System; PSA = prostate specific antigen. *Healthy men > 50 y without important comorbidities and a life expectancy of > 10 to 15 y may consider PSA testing.

Cette stratégie diagnostic améliorerait la survie et la qualité de vie et diminuerait le surdiagnostic et le surtraitement (67). Ainsi, les membres de l'Union Européenne sont invités à évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un dépistage du CaP à l'aide du PSA et de l'IRM. On peut attendre dans les prochaines années une mise à jour des recommandations pour le dépistage du CaP.

Le développement de nouveaux biomarqueurs ainsi que l'IRM est très attendu par les médecins généralistes comme outils de dépistage. Du fait des limites du PSA, de nouveaux outils de diagnostics et de pronostics sont en cours d'étude afin de faciliter une détection précoce et stratifier le risque du CaP. Ces biomarqueurs en cours de développement sont sanguins, urinaires et tissulaires mais leur application en pratique n'est pas encore prouvée (68). Le PSA reste pour l'instant le gold standard pour le dépistage du CaP. L'IRM est déjà utilisée comme

outil de dépistage par certains médecins malgré le fait qu'elle ne fasse pas partie des recommandations. L'inclusion de l'IRM comme outil de dépistage serait de diminuer les surdiagnostics de CaP. L'étude IP1-PROSTAGRAM retrouve que l'IRM comme outil de dépistage diagnostiquait plus de cancer cliniquement significatif par rapport au dépistage du PSA seul sans risque de surdiagnostic (69). Hugosson et al retrouvent une diminution par deux du risque de surdiagnostic avec l'utilisation uniquement de biopsie guidée par l'IRM chez les hommes présentant un PSA augmenté par rapport au biopsie systématique. Cependant, des CaP de risques intermédiaires sont passés inaperçus en voulant éviter les biopsies systématiques (70). Dans les prochaines années, les outils de dépistage aussi bien biomarqueurs qu'imagerie seront amenés à évoluer en fonction des données scientifiques.

De plus, le développement de nouveaux outils thérapeutiques et l'amélioration des outils thérapeutiques actuels permettraient de diminuer les effets secondaires redoutés des patients et des médecins (fonction érectile, incontinence urinaire). Le développement de la surveillance active est une option thérapeutique de référence pour les cancers bas grade. Neal et al en 2020 ont démontré que la cohorte de patients traités par prostatectomie radicale ont un bénéfice en survie spécifique par rapport à la cohorte traitée par surveillance active mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (71). Les thérapies focales avec l'HIFU, High Intensity Focalsed Ultrasounds, et la cryothérapie dans les CaP de risques intermédiaires sont en cours de développement avec des résultats de contrôle oncologique et de survie satisfaisants (72).

Le développement de supports d'information oraux et écrits est aussi une requête des médecins généralistes. Le CaP n'étant pas sujet à un dépistage de masse, les patients ont moins d'informations par rapport aux dépistages du cancer du sein ou CCR. Les principales sources d'informations sont le médecin, l'environnement familial et professionnel et les médias. Un soutien des pouvoirs publics notamment par la promotion de campagnes nationales

d'informations, faciliterait la diffusion d'informations clés sur le CaP et son dépistage. Les médecins recherchent une meilleure sensibilisation du public masculin à partir de 40 ans au cancer de la prostate. Ainsi, les patients se présenteraient en consultation pour information sur le CaP avec des consultations dédiées à ce sujet, plutôt qu'une information en fin de consultation pour un autre motif. Une brochure réalisée en 2016 pour une communication au grand public sur le dépistage du CaP est disponible sur le site de l'INCa (73) ou de l'Assurance Maladie (74). Cette brochure est connue par seulement un des médecins interrogés. Une mise à jour de la brochure avec une diffusion aux médecins leur permettrait d'avoir un support écrit à distribuer aux patients.

De nombreux outils d'amélioration du dépistage du CaP, en cours de développement, sont attendus par les médecins généralistes.

8.3 Les forces et les limites

8.3.1 Méthodologie

Le choix de réaliser une étude qualitative a permis de balayer en globalité les obstacles aux dépistages du CaP. Cependant, cette méthodologie ne permet pas de hiérarchiser les obstacles au dépistage ou de mettre en évidence des associations statistiquement significatives. Nous avons interrogé au total dix médecins généralistes. L'effectif peut sembler faible mais la force de notre étude est d'être arrivée à la saturation des données donc il n'était pas nécessaire de réaliser plus d'entretiens, gage de validité interne. Les médecins généralistes interrogés ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des médecins généralistes mais ce n'est pas le but des études qualitatives. Le but était de recueillir des profils différents pour avoir la plus grande variété de réponses. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens en

prenant en compte les entretiens précédents afin d'optimiser et de récupérer le plus de données pour les entretiens suivants.

8.3.2 Population étudiée

Notre population d'étude s'est limitée aux médecins généralistes. L'exploration des obstacles identifiés par les patients ont été explorés uniquement du point de vue des médecins. Il serait donc intéressant d'explorer les obstacles du point de vue des patients eux-mêmes.

Il serait aussi intéressant de recueillir l'avis des urologues. Nous pouvons supposer que les médecins ayant accepté de participer à notre étude avaient une certaine connaissance du cancer de la prostate et un intérêt sur ce sujet.

8.3.3 Le recueil de données

Un des obstacles rencontrés était la prise de contact avec les médecins généralistes pour organiser l'entretien. En effet, la prise de contact a été faite par appel téléphonique à leur cabinet. Cependant, les secrétaires prenaient l'appel et laissaient un message aux médecins leur demandant de rappeler l'investigateur principal. Aucun médecin n'a donné suite, probablement que le message a été perdu dans tous les autres messages qu'ils reçoivent quotidiennement. L'investigateur principal a ainsi fait appel à des connaissances médecins, internes ou autres afin d'être mis en contact directement avec des médecins généralistes en passant par leur numéro de portable privé. Tous les médecins généralistes contactés par numéro privé ont donné suite. Le temps de l'entretien devait être limité à environ vingt minutes car les médecins n'avaient pas beaucoup de temps à nous consacrer.

Le choix d'envoyer le document d'information et de consentement la veille de l'entretien avait pour but d'éviter au maximum la réalisation de recherches par les médecins interrogés sur le

sujet pour ne pas influencer leurs réponses. De plus, nous avons dévoilé uniquement le mot « prostate » pour limiter les recherches ciblées sur notre sujet.

La réalisation des entretiens devait initialement se faire au cabinet du médecin de vive voix. Cependant, au vu de leur planning et de leur manque de disponibilités, la plupart des entretiens ont été réalisés en visioconférence pour nous adapter aux disponibilités des médecins. La visioconférence a beaucoup de limites. Elle est moins propice aux interactions ce qui pouvait entraîner des entretiens limités dans le temps, l'appel pouvait quelquefois couper du fait d'un manque de connexions, nous ne pouvions pas visualiser les expressions du médecin et son attention pouvait être attirée par des facteurs extérieurs (coup de téléphone, secrétaire, patients, familles...). Des informations ont pu être coupées ou perdues. Les questions posées aux médecins pouvaient influencer leurs réponses. La question « Quels examens font partie de votre dépistage ? » suggèrent aux médecins que plusieurs examens existent dans le dépistage. Les questions ouvertes ont pour objectif de ne pas orienter les médecins vers une réponse précise, ce qui peut amener à des thèmes non abordés par les médecins s'ils n'y pensent pas ou s'ils n'ont pas une place prédominante dans leur pratique. De plus, des données ont pu être omises par les médecins étant face à un inconnu et ne voulant pas que leur pratique soit soumise à un jugement de valeur. De nombreux médecins à la fin de l'entretien s'enquéraient de notre avis sur le sujet ou de la pratique de leur collègue. Le fait de ne pas réaliser des entretiens en groupe permettait aux médecins d'avoir une parole plus libre sans être confrontés aux jugements de leurs pairs en plus de l'anonymisation des entretiens qui permettait une plus grande liberté d'expression.

8.3.4 L'investigateur principal

Les entretiens ont été réalisés par l'investigateur principal, qui est interne, n'ayant que peu d'expérience dans la recherche et le déroulement d'entretiens semi-dirigés ce qui a pu

contribuer à des entretiens courts et moins riches. De plus, l'investigateur principal se tenait de rester le plus neutre pour ne pas influencer les réponses. Il est possible que ceci n'ait pas été respecté dans certains entretiens en donnant son avis pris dans la discussion avec le médecin.

8.3.5 Analyse des données

Une des faiblesses de notre étude est le fait que la même personne ait réalisé les entretiens et l'analyse des données. Il aurait fallu que la personne qui réalise les entretiens ne soit pas influencée par les analyses des entretiens précédents car issus d'un seul point de vue. Cependant, l'investigateur principal ayant réalisé cette étude seul, les entretiens et l'analyse ont été réalisés par la seule et même personne. La triangulation de l'analyse, qui consiste en l'analyse par plusieurs chercheurs pour limiter les interprétations personnelles, n'a pas pu être réalisée. Pour pallier à cela, nous avons demandé l'avis à une personne extérieure « en aveugle » lors de l'analyse des données.

9 CONCLUSION

Pour qu'un dépistage soit légitime et bien organisé, il est nécessaire d'avoir des données démontrant un bénéfice réel sur la population ciblée. N'étant pas le cas pour le cancer de la prostate, il fait face à de multiples controverses, ce qui engendre de nombreux obstacles à son utilisation effective. L'organisation de ce dépistage n'étant pas strictement définie et laissant beaucoup de liberté aux médecins généralistes, ils se retrouvent à pratiquer un dépistage non standardisé à l'aide d'outils très critiqués du fait de leur fiabilité limitée. De plus, ils doivent s'adapter à chaque patient pour proposer un dépistage personnalisé en prenant en compte les comportements et les connaissances des hommes face au cancer.

La Commission Européenne s'est positionnée récemment en décembre 2022, pour évaluer l'efficacité d'un dépistage de masse du cancer de la prostate à l'aide du PSA et de l'IRM. L'évolution de ces recommandations permettrait de mettre fin à plus de quinze années de controverses française et européennes sur le dépistage du cancer de la prostate. La prise en compte de ces obstacles permettrait d'optimiser les nouvelles recommandations afin de rendre ce dépistage le plus effectif possible.

VU et approuvé
Strasbourg, le 28 FEV 2023
Le Directeur de l'Institut de
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIFFERT

VU
Strasbourg, le 28 FEV 2023
Le président du jury de thèse
Professeur Jean SIFFERT



10 ANNEXES

10.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

I/ Renseignements

- 1) Quel est votre âge ? Ans
- 2) Quel est votre sexe ? Femme – Homme
- 3) Lieu d'activité ? Urbain - Semi-Urbain – Rural
- 4) Mode d'exercice ? Maison de santé - Cabinet seul - Association - Hôpital – Autres
- 5) Nombre d'années de pratiques (depuis la fin de l'internat en années) ? 0-4/ 5-9/10-19/ > 20

II/ Guide d'entretien

- 1) Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation de dépistage du cancer de prostate ?
- 2) Que pensez-vous du dépistage du cancer de prostate ? Le jugez-vous pertinent ? Fait-il partie de votre pratique quotidienne ?
- 3) Comment abordez-vous ce dépistage auprès de vos patients ? Le proposez systématiquement à partir d'un certain âge ou en fonction de la symptomatologie ou à la demande du patient ? Prévoyez-vous une consultation particulière pour ce sujet ?
- 4) Quels examens font partie de votre dépistage ? Que pensez-vous sur leur pertinence et leur faisabilité en pratique quotidienne ? A quelle fréquence les réalisez-vous ?
- 5) Quelles sont les obstacles rencontrés au cours du dépistage du cancer de prostate :
 - De votre point de vue ?
 - Du point de vue des patients ?
- 6) Quel est le rôle de l'urologue dans le dépistage ? A partir de quand adressez-vous vos patients à un urologue ?
- 8) Quelles sont vos suggestions ou attentes afin d'améliorer le dépistage du cancer de la prostate ?
- 9) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

10.2 Annexe 2 : Document d'information

Intitulé de la structure : Département universitaire de médecine générale de Strasbourg (75)

Note d'information

Coordinateur de la recherche : Dr Emilien Seizilles de Mazancourt

Investigateur : Madame Clotilde Hauteville

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e)s à participer à une étude menée par la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e)s à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conservez une copie de ce formulaire.

Procédure de l'étude

Vous vous entretenez avec l'investigateur au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le cancer de la prostate.

Cette étude ne nécessite pas de déclaration auprès de la CNIL, incluant uniquement des professionnels de santé et portant sur leurs pratiques professionnelles.

Risque de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostic ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Amélioration du dépistage du cancer de la prostate

Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire

Rémunération et indemnisation

Absence de rémunération et d'indemnisation

Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal.

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle la Faculté de Médecine de Strasbourg et l'investigateur Clotilde Hauteville vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement de la page suivante.

10.3 Annexe 3 : Document de consentement

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de la recherche en santé : cancer de la prostate. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur. J'ai été informé(e) que les données recueillies durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci. Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leur responsabilité légale. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la Loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

10.4 Annexe 4 : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	33
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	90
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	1
Gender	4	Was the researcher male or female?	1
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	90-91
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	36
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	36
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	36
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	33-35
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	32
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	33
Sample size	12	How many participants were in the study?	37
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	89
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	33
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	33
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	37
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	34-35
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	34
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	35
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	35
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	33
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	34
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	36

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders :	24	How many data coders coded the data?	91
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	35
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	30
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	36
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	35
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	38-74
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	75-91
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	75-91
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	84-88

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

11 BIBLIOGRAPHIE

1. Panorama des cancers en France - Edition 2022 - Ref : PANOKFR2022 [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022>
2. Boissier R. L'antigène spécifique de la prostate ou PSA. *Progrès en Urologie*. nov 2011;21(11):798-800.
3. Stamey TA, Yang N, Hay AR, McNeal JE, Freiha FS, Redwine E. Prostate-Specific Antigen as a Serum Marker for Adenocarcinoma of the Prostate. *New England Journal of Medicine*. 8 oct 1987;317(15):909-16.
4. chapitre_15_item_307_-_ue_9_-_tumeurs_de_la_prostate.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/sites/default/files/chapitre_15_item_307_-_ue_9_-_tumeurs_de_la_prostate.pdf
5. 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. *J Natl Cancer Inst*. 18 janv 2012;104(2):125-32.
6. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer – Prostate Cancer Mortality at 13 Years of Follow-up. *Lancet*. 6 déc 2014;384(9959):2027-35.
7. Tsodikov A, Gulati R, Heijnsdijk EA, Pinsky PF, Moss SM, Qiu S, et al. Reconciling the effects of screening on prostate cancer mortality in the ERSPC and PLCO trials. *Ann Intern Med*. 3 oct 2017;167(7):449-55.
8. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cité 1 sept 2022];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004720.pub3/full>
9. Urofrance | Cancer de la prostate - Urofrance [Internet]. [cité 5 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/patient/pathologies-urologiques/cancer-de-la-prostate/>
10. La Haute Autorité de Santé maintient ses recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961215/fr/la-haute-autorite-de-sante-maintient-ses-recommandations-sur-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate
11. AVIS N° 2016.0026/AC/SEESP du 16 mars 2016 du collège de la Haute Autorité de santé sur un document d'information à destination des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate chez l'homme asymptomatique par un premier dosage du PSA [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2627033/fr/avis-n-2016-0026/ac/seesp-du-16-mars-2016-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-sur-un-document-d-information-a-destination-des-medecins-generalistes-concernant-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-chez-l-homme-asymptomatique-par-un-premier-dosage-du-psa
12. Communiqué prostate_CMG.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sfdrmg.org/wp-content/uploads/Communiqué_prostate_CMG.pdf
13. Guy L, van de Steene E, Védrine N, Teissonnière M, Boiteux JP. Étude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate. *Progrès en Urologie*. janv 2008;18(1):46-52.
14. Bradley SH, Funston G, Jones D, Watson J. Diagnosing prostate cancer in asymptomatic patients. *BMJ*. 31 mai 2022;377:e071076.

15. Claire H. DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE : ETAT DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DU MAINE ET LOIRE.
16. Proposal for a Council Recommendation (CR) on Strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening replacing CR 2003/878/EC [Internet]. [cité 8 oct 2022]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-council-recommendation-cr-strengthening-prevention-through-early-detection-new-approach_en
17. Cancer screening – SAPEA [Internet]. [cité 8 oct 2022]. Disponible sur: <https://sapea.info/topic/cancer-screening/>
18. Typologie urbain / rural | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/typologie-urbain-rural>
19. Rolland M. Analyse des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. :51.
20. Ultsch HG. Étude qualitative auprès de médecins généralistes: quels sont les leviers qui permettraient une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Moselle? :89.
21. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Family physicians' barriers to cervical cancer screening in women aged from 50 to 65 years. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2012;43(4):261-8.
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Trung TL, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. 19:4.
23. Cordier A. L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal: étude qualitative par entretiens semi-dirigés. :75.
24. Kollmann Y. Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate. :93.
25. Formalités réglementaires 2021 en recherche en santé [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/262984?lang=fr>
26. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. mars 2018;16(2):149-54.
27. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/454
28. Wolf AMD, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico AV, Volk RJ, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer: Update 2010. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2010;60(2):70-98.
29. Operating Characteristics of Prostate-Specific Antigen in Men With an Initial PSA Level of 3.0 ng/mL or Lower | Cancer Biomarkers | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/201171>
30. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. *Can Fam Physician*. sept 2018;64(9):e373-9.
31. C J, Y P, Sf B, Rj B. "More men die with prostate cancer than because of it" - an old adage that still holds true in the 21st century. *Cancer Treatment and Research Communications*. 1 janv 2021;26:100225.
32. Bell KJL, Del Mar C, Wright G, Dickinson J, Glasziou P. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *International Journal of Cancer*. 2015;137(7):1749-57.
33. Loeb S, Bjurlin M, Nicholson J, Tammela TL, Penson D, Carter HB, et al. Overdiagnosis and Overtreatment of Prostate Cancer. *Eur Urol*. juin 2014;65(6):1046-55.
34. Rozet F, Mongiat-Artus P, Hennequin C, Beauval JB, Beuzeboc P, Cormier L, et al. Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU – actualisation 2020–2022 :

cancer de la prostate. *Progrès en Urologie*. nov 2020;30(12):S136-251.

35. RACGP - What do general practitioners think and do about prostate cancer screening in Australia? [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2013/december/prostate-cancer-screening>
36. Jensen LF, Mukai TO, Andersen B, Vedsted P. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation. *BMC Cancer*. 18 juin 2012;12(1):254.
37. Ranasinghe WK, Kim SP, Papa NP, Sengupta S, Frydenberg M, Bolton D, et al. Prostate cancer screening in Primary Health Care: the current state of affairs. SpringerPlus. 13 févr 2015;4(1):78.
38. Guerra CE, Jacobs SE, Holmes JH, Shea JA. Are Physicians Discussing Prostate Cancer Screening with Their Patients and Why or Why Not? A Pilot Study. *J Gen Intern Med*. juill 2007;22(7):901-7.
39. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
40. Impact of general practitioners' sex and age on systematic r... : *European Journal of Cancer Prevention* [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: https://journals.lww.com/eurjcancerprev/Abstract/2011/01001/Impact_of_general_practitioners_sex_and_age_on.11.aspx
41. Full article: The readiness of German GPs to recommend and conduct cancer screening is associated with patient-physician gender concordance. Results of a survey [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2016.1240166>
42. Steinkohl F, Luger AK, Gruber L, Hochleitner M, Pichler R, Heidegger-Pircher I, et al. Acceptance of female urologists among patients with suspected prostate disease. *Transl Androl Urol*. juill 2021;10(7):2938-43.
43. « Mais qu'est-ce que vous êtes belle ma poupée ! » : des femmes médecins témoignent du sexisme des patients [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/mais-quest-ce-que-vous-etes-belle-ma-poupee-des-femmes-medecins-temoignent-du-sexisme-des-patients>
44. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
45. Larousse É. Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>
46. Un médecin ne prescrit pas un dépistage du cancer de la prostate, son patient l'attaque | *Le Quotidien du Médecin* [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/cancerologie/un-medecin-ne-prescrit-pas-un-depistage-du-cancer-de-la-prostate-son-patient-lattaque>
47. 2013_these_de_constance_de_st_vincent_061350600_2349_06042018.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/2013_these_de_constance_de_st_vincent_061350600_2349_06042018.pdf
48. 2016LIL2M452.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M452.pdf
49. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):5-33.
50. Kappen S, Jürgens V, Freitag MH, Winter A. Attitudes Toward and Use of Prostate-Specific Antigen Testing Among Urologists and General Practitioners in Germany: A Survey.

Front Oncol. 4 juin 2021;11:691197.

51. McNaughton-Collins M, Fowler FJ, Caubet JF, Bates DW, Lee JM, Hauser A, et al. Psychological effects of a suspicious prostate cancer screening test followed by a benign biopsy result. *The American Journal of Medicine*. 15 nov 2004;117(10):719-25.
52. McCaffery K, Nickel B, Pickles K, Moynihan R, Kramer B, Barratt A, et al. Resisting recommended treatment for prostate cancer: a qualitative analysis of the lived experience of possible overdiagnosis. *BMJ Open*. mai 2019;9(5):e026960.
53. Charvin M, Moutel G, Launoy G, Berchi C. Perceptions et connaissances concernant la décision de réaliser le dépistage du cancer de la prostate. *Santé Publique*. 2022;34(1):107-18.
54. 2020TOU31120.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3257/1/2020TOU31120.pdf>
55. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
56. Burté - La peur liée au manque de connaissances de la mala.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: https://www.datapressepremium.com/rmdiff/2005135/CP_Etude_Livi_Opineia.pdf
57. Charge mentale médicale : quels sont les risques ? [Internet]. Qare. 2022 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.qare.fr/blog/charge-mentale-medicale-quels-sont-les-risques/>
58. Kirkman M, Young K, Evans S, Millar J, Fisher J, Mazza D, et al. Men's perceptions of prostate cancer diagnosis and care: insights from qualitative interviews in Victoria, Australia. *BMC Cancer*. 27 oct 2017;17:704.
59. Salmon C, Parent MÉ, Quesnel-Vallée A, Barnett TA. A scoping review of social relationships and prostate cancer screening. *Preventive Medicine*. 1 janv 2022;154:106892.
60. Filella X, Albaladejo MD, Allué JA, Castaño MA, Morell-Garcia D, Ruiz MÀ, et al. Prostate cancer screening: guidelines review and laboratory issues. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 1 oct 2019;57(10):1474-87.
61. Damber JE, Aus G. Prostate cancer. *The Lancet*. 17 mai 2008;371(9625):1710-21.
62. Early Diagnosis [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://crukancerintelligence.shinyapps.io/EarlyDiagnosis/>
63. Urofrance | Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU – actualisation 2020–2022 : cancer de la prostate - Urofrance [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/recommandation/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-2020-2022-cancer-de-la-prostate/#top>
64. Grade Migration of Prostate Cancer in the United States During the Last Decade - PubMed [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35348709/>
65. European Health Union: new approach on cancer screening [Internet]. European Commission - European Commission. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548
66. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP_SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2022_2022-04-25-063938_yfos.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP_SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2022_2022-04-25-063938_yfos.pdf
67. Van Poppel H, Roobol MJ, Chapple CR, Catto JWF, N'Dow J, Sønksen J, et al. Prostate-specific Antigen Testing as Part of a Risk-Adapted Early Detection Strategy for Prostate Cancer: European Association of Urology Position and Recommendations for 2021. *European Urology*. 1 déc 2021;80(6):703-11.
68. Farha MW, Salami SS. Biomarkers for prostate cancer detection and risk stratification.

Ther Adv Urol. 14 juin 2022;14:17562872221103988.

69. Population-Based Prostate Cancer Screening With Magnetic Resonance Imaging or Ultrasonography: The IP1-PROSTAGRAM Study | Cancer Biomarkers | JAMA Oncology | JAMA Network [Internet]. [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2776224?resultClick=1>

70. Hugosson J, Månsson M, Wallström J, Axcrona U, Carlsson SV, Egevad L, et al. Prostate Cancer Screening with PSA and MRI Followed by Targeted Biopsy Only. *N Engl J Med*. 8 déc 2022;387(23):2126-37.

71. Neal DE, Metcalfe C, Donovan JL, Lane JA, Davis M, Young GJ, et al. Ten-year Mortality, Disease Progression, and Treatment-related Side Effects in Men with Localised Prostate Cancer from the ProtecT Randomised Controlled Trial According to Treatment Received. *European Urology*. 1 mars 2020;77(3):320-30.

72. Dias N, Rodriguez-Sanchez L, Colandrea G, Macek P, Cathelineau X. Medium-term oncological outcomes of intermediate-risk prostate cancer treated with HIFU or cryotherapy. A single center 10-year experience. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 27 déc 2022;94(4):413-9.

73. Le dépistage du cancer de la prostate - S'informer avant de décider - Ref: BROPROSTATE16 [Internet]. [cité 8 janv 2023]. 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>

74. Dépistage du cancer de la prostate [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/depistage-cancer-prostate>

75. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Collectif. Éthique et réglementation. In: *Initiation à la recherche qualitative en santé*. GROUMF-Global Média Santé-CNGE Productions. France; 2021. p. 136-7.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Hauteruelle Prénom : Clotilde

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1991 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale : 

à Strasbourg le 12/02/23

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

12 RÉSUMÉ

Introduction : Le dépistage du cancer de la prostate est sujet de débats et controverses depuis plus d'une quinzaine d'années en France et en Europe. Les médecins généralistes étant au cœur de la prévention sont confrontés à ce dépistage individuel du cancer de la prostate, premier cancer masculin.

Objectif : L'objet de l'étude était de s'intéresser aux obstacles rencontrés par les médecins généralistes d'Alsace dans le dépistage individuel du cancer de la prostate.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes exerçant en Alsace a été réalisée de mai à juillet 2022.

Résultats : Nous avons interviewé dix médecins généralistes pour arriver à la saturation des données. De ces entretiens, quatre obstacles principaux ont été mis en avant. D'une part, les médecins reconnaissent que l'organisation du dépistage ainsi que les outils à disposition, c'est-à-dire le TR et le dosage du PSA, sont des obstacles majeurs à sa mise en pratique. Les médecins sont eux même responsables de nombreux obstacles avec une pratique personnelle non uniformisée, influencée par leur opinion, leur expérience professionnelle et personnelle. Les patients sont également un frein à leur propre dépistage. De ces obstacles, plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées par les médecins afin d'optimiser ce dépistage du cancer de la prostate avec notamment un souhait d'harmoniser les recommandations et de développer de nouveaux outils de dépistage.

Conclusion : Les médecins généralistes rapportent de nombreux obstacles à leur pratique du dépistage du cancer de la prostate. Une évolution dans l'harmonisation de la prise en charge des patients est attendue tout en prenant en compte les obstacles signalés.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clés : Dépistage, Tumeur de la prostate, Obstacles

Président : Pr Christian SAUSSINE

Assesseurs : Dr Emilien Seizilles de Mazancourt (directeur de thèse), Dr Anne Dindoyal

Adresse de l'auteur : 45 impasse des Bouvreuils 74970 MARIGNIER