

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNÉE 2017 N° 54**

**HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE PROSTATE  
ET QUALITÉ DE VIE**

**Quid de la qualité de vie du « patient  
prostatique » ?**

À partir d'une étude qualitative auprès de quinze patients  
réalisée en 2016 dans le Nord-Isère.

**THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 11 avril 2017  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Vincent COTTAZ  
Né le 10 décembre 1987  
À LYON (69)

**Sous la direction de Monsieur le Professeur Xavier LAINÉ**

**Faculté de Médecine Lyon Est**  
**Liste des enseignants 2016/2017**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**Classe exceptionnelle Echelon 2**

|                |               |                                                                                               |
|----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Blay           | Jean-Yves     | Cancérologie ; radiothérapie                                                                  |
| Cochat         | Pierre        | Pédiatrie                                                                                     |
| Cordier        | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                                                                    |
| Etienne        | Jérôme        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                                |
| Gouillat       | Christian     | Chirurgie digestive                                                                           |
| Guérin         | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale            |
| Mornex         | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                                                                    |
| Ninet          | Jacques       | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Philip         | Thierry       | Cancérologie ; radiothérapie                                                                  |
| Ponchon        | Thierry       | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                                                |
| Revel          | Didier        | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| Rivoire        | Michel        | Cancérologie ; radiothérapie                                                                  |
| Rudigoz        | René-Charles  | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                                                |
| Thivolet-Bejui | Françoise     | Anatomie et cytologie pathologiques                                                           |
| Vandenesch     | François      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                                |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**Classe exceptionnelle Echelon 1**

|               |              |                                                                         |
|---------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Borson-Chazot | Françoise    | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Chassard      | Dominique    | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| Claris        | Olivier      | Pédiatrie                                                               |
| D'Amato       | Thierry      | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                    |
| Delahaye      | François     | Cardiologie                                                             |
| Denis         | Philippe     | Ophtalmologie                                                           |
| Disant        | François     | Oto-rhino-laryngologie                                                  |
| Douek         | Philippe     | Radiologie et imagerie médicale                                         |
| Ducerf        | Christian    | Chirurgie digestive                                                     |
| Finet         | Gérard       | Cardiologie                                                             |
| Gaucherand    | Pascal       | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| Guérin        | Claude       | Réanimation ; médecine d'urgence                                        |
| Herzberg      | Guillaume    | Chirurgie orthopédique et traumatologique                               |
| Honorat       | Jérôme       | Neurologie                                                              |
| Lachaux       | Alain        | Pédiatrie                                                               |
| Lehot         | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| Lermusiaux    | Patrick      | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                |
| Lina          | Bruno        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| Martin        | Xavier       | Urologie                                                                |
| Mellier       | Georges      | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| Mertens       | Patrick      | Anatomie                                                                |
| Michallet     | Mauricette   | Hématologie ; transfusion                                               |
| Miossec       | Pierre       | Immunologie                                                             |
| Morel         | Yves         | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| Moulin        | Philippe     | Nutrition                                                               |
| Négrier       | Sylvie       | Cancérologie ; radiothérapie                                            |

|               |               |                                                |
|---------------|---------------|------------------------------------------------|
| Neyret        | Philippe      | Chirurgie orthopédique et traumatologique      |
| Nighoghossian | Norbert       | Neurologie                                     |
| Ninet         | Jean          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire       |
| Obadia        | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire       |
| Ovize         | Michel        | Physiologie                                    |
| Rode          | Gilles        | Médecine physique et de réadaptation           |
| Terra         | Jean-Louis    | Psychiatrie d'adultes ; addictologie           |
| Zoulim        | Fabien        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

|               |                 |                                                                                               |
|---------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| André-Fouet   | Xavier          | Cardiologie                                                                                   |
| Argaud        | Laurent         | Réanimation ; médecine d'urgence                                                              |
| Badet         | Lionel          | Urologie                                                                                      |
| Barth         | Xavier          | Chirurgie générale                                                                            |
| Bessereau     | Jean-Louis      | Biologie cellulaire                                                                           |
| Berthezene    | Yves            | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| Bertrand      | Yves            | Pédiatrie                                                                                     |
| Boillot       | Olivier         | Chirurgie digestive                                                                           |
| Braye         | Fabienne        | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie                               |
| Breton        | Pierre          | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                                                     |
| Chevalier     | Philippe        | Cardiologie                                                                                   |
| Colin         | Cyrille         | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                                             |
| Colombel      | Marc            | Urologie                                                                                      |
| Cottin        | Vincent         | Pneumologie ; addictologie                                                                    |
| Devouassoux   | Mojgan          | Anatomie et cytologie pathologiques                                                           |
| Di Filippo    | Sylvie          | Cardiologie                                                                                   |
| Dumontet      | Charles         | Hématologie ; transfusion                                                                     |
| Durieu        | Isabelle        | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Edery         | Charles Patrick | Génétique                                                                                     |
| Fauvel        | Jean-Pierre     | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie                                             |
| Guenot        | Marc            | Neurochirurgie                                                                                |
| Gueyffier     | François        | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie                            |
| Guibaud       | Laurent         | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| Javouhey      | Etienne         | Pédiatrie                                                                                     |
| Juillard      | Laurent         | Néphrologie                                                                                   |
| Jullien       | Denis           | Dermato-vénéréologie                                                                          |
| Kodjikian     | Laurent         | Ophtalmologie                                                                                 |
| Krolak Salmon | Pierre          | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune       | Hervé           | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale            |
| Mabrut        | Jean-Yves       | Chirurgie générale                                                                            |
| Merle         | Philippe        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                                                |
| Mion          | François        | Physiologie                                                                                   |
| Morelon       | Emmanuel        | Néphrologie                                                                                   |
| Mure          | Pierre-Yves     | Chirurgie infantile                                                                           |
| Négrier       | Claude          | Hématologie ; transfusion                                                                     |
| Nicolino      | Marc            | Pédiatrie                                                                                     |

|                 |            |                                                                         |
|-----------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Picot           | Stéphane   | Parasitologie et mycologie                                              |
| Rouvière        | Olivier    | Radiologie et imagerie médicale                                         |
| Roy             | Pascal     | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ryvin           | Philippe   | Neurologie                                                              |
| Saoud           | Mohamed    | Psychiatrie d'adultes                                                   |
| Schaeffer       | Laurent    | Biologie cellulaire                                                     |
| Scheiber        | Christian  | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| Tilikete        | Caroline   | Physiologie                                                             |
| Truy            | Eric       | Oto-rhino-laryngologie                                                  |
| Turjman         | Francis    | Radiologie et imagerie médicale                                         |
| Vallée          | Bernard    | Anatomie                                                                |
| Vanhems         | Philippe   | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| Vukusic         | Sandra     | Neurologie                                                              |

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

|                  |               |                                                   |
|------------------|---------------|---------------------------------------------------|
| Ader             | Florence      | Maladies infectieuses ; maladies tropicales       |
| Aubrun           | Frédéric      | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  |
| Boussel          | Loïc          | Radiologie et imagerie médicale                   |
| Calender         | Alain         | Génétique                                         |
| Chapurlat        | Roland        | Rhumatologie                                      |
| Charbotel        | Barbara       | Médecine et santé au travail                      |
| Chêne            | Gautier       | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale    |
| Cotton           | François      | Radiologie et imagerie médicale                   |
| Crouzet          | Sébastien     | Urologie                                          |
| Dargaud          | Yesim         | Hématologie ; transfusion                         |
| David            | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  |
| Di Rocco         | Federico      | Neurochirurgie                                    |
| Dubernard        | Gil           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale    |
| Ducray           | François      | Neurologie                                        |
| Dumortier        | Jérôme        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie    |
| Fanton           | Laurent       | Médecine légale                                   |
| Fellahi          | Jean-Luc      | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  |
| Ferry            | Tristan       | Maladies infectieuses ; maladies tropicales       |
| Fourneret        | Pierre        | Pédopsychiatrie                                   |
| Gillet           | Yves          | Pédiatrie                                         |
| Girard           | Nicolas       | Pneumologie                                       |
| Gleizal          | Arnaud        | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie         |
| Henaïne          | Roland        | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire          |
| Hot              | Arnaud        | Médecine interne                                  |
| Huissoud         | Cyril         | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale    |
| Jacquín-Courtois | Sophie        | Médecine physique et de réadaptation              |
| Janier           | Marc          | Biophysique et médecine nucléaire                 |
| Lesurtel         | Mickaël       | Chirurgie générale                                |
| Michel           | Philippe      | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Million          | Antoine       | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire        |
| Monneuse         | Olivier       | Chirurgie générale                                |
| Nataf            | Serge         | Cytologie et histologie                           |
| Peretti          | Noël          | Nutrition                                         |

|             |                 |                                                                         |
|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Pignat      | Jean-Christian  | Oto-rhino-laryngologie                                                  |
| Poncet      | Gilles          | Chirurgie générale                                                      |
| Raverot     | Gérald          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Ray-Coquard | Isabelle        | Cancérologie ; radiothérapie                                            |
| Rheims      | Sylvain         | Neurologie                                                              |
| Richard     | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence                                        |
| Robert      | Maud            | Chirurgie digestive                                                     |
| Rossetti    | Yves            | Physiologie                                                             |
| Souquet     | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| Thaumat     | Olivier         | Néphrologie                                                             |
| Thibault    | Hélène          | Physiologie                                                             |
| Wattel      | Eric            | Hématologie ; transfusion                                               |

### **Professeurs des Universités – Médecine générale**

|             |         |
|-------------|---------|
| Flori       | Marie   |
| Letrilliart | Laurent |
| Moreau      | Alain   |
| Zerbib      | Yves    |

### **Professeurs associés de Médecine générale**

|       |        |
|-------|--------|
| Lainé | Xavier |
|-------|--------|

### **Professeurs émérites**

|            |             |                                                  |
|------------|-------------|--------------------------------------------------|
| Baulieux   | Jacques     | Cardiologie                                      |
| Beziat     | Jean-Luc    | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie        |
| Chayvialle | Jean-Alain  | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie   |
| Daligand   | Liliane     | Médecine légale et droit de la santé             |
| Droz       | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie                     |
| Floret     | Daniel      | Pédiatrie                                        |
| Gharib     | Claude      | Physiologie                                      |
| Mauguière  | François    | Neurologie                                       |
| Neidhardt  | Jean-Pierre | Anatomie                                         |
| Petit      | Paul        | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou     | Marc        | Neurochirurgie                                   |
| Touraine   | Jean-Louis  | Néphrologie                                      |
| Trepo      | Christian   | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie   |
| Trouillas  | Jacqueline  | Cytologie et histologie                          |
| Viale      | Jean-Paul   | Réanimation ; médecine d'urgence                 |

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Hors classe**

|           |             |                                                                                    |
|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Benchaib  | Mehdi       | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie                                                            |
| Dubourg   | Laurence    | Physiologie                                                                        |
| Germain   | Michèle     | Physiologie                                                                        |
| Jarraud   | Sophie      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                     |
| Le Bars   | Didier      | Biophysique et médecine nucléaire                                                  |
| Normand   | Jean-Claude | Médecine et santé au travail                                                       |
| Persat    | Florence    | Parasitologie et mycologie                                                         |
| Piaton    | Eric        | Cytologie et histologie                                                            |

|                 |           |                                                                    |
|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------------------|
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire                                  |
| Streichenberger | Nathalie  | Anatomie et cytologie pathologiques                                |
| Timour-Chah     | Quadiri   | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Voiglio         | Eric      | Anatomie                                                           |

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

|                   |                |                                                                         |
|-------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Barnoud           | Raphaëlle      | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| Bontemps          | Laurence       | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| Chalabreysse      | Lara           | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| Charrière         | Sybil          | Nutrition                                                               |
| Collardeau        | Sophie         | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| Frachon           |                |                                                                         |
| Confavreux        | Cyrille        | Rhumatologie                                                            |
| Cozon             | Grégoire       | Immunologie                                                             |
| Escuret           | Vanessa        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| Hervieu           | Valérie        | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| Kolopp-Sarda      | Marie Nathalie | Immunologie                                                             |
| Lesca             | Gaëtan         | Génétique                                                               |
| Lukaszewicz       | Anne-Claire    | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| Maucort Boulch    | Delphine       | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet          | David          | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| Pina-Jomir        | Géraldine      | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| Plotton           | Ingrid         | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| Rabilloud         | Muriel         | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Rimmele           | Thomas         | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| Ritter            | Jacques        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| Roman             | Sabine         | Physiologie                                                             |
| Tardy Guidollet   | Véronique      | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| Tristan           | Anne           | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| Venet             | Fabienne       | Immunologie                                                             |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie       | Biochimie et biologie moléculaire                                       |

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

|                |                |                                                   |
|----------------|----------------|---------------------------------------------------|
| Casalegno      | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière    |
| Curie          | Aurore         | Pédiatrie                                         |
| Duclos         | Antoine        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Lemoine        | Sandrine       | Physiologie                                       |
| Marignier      | Romain         | Neurologie                                        |
| Phan           | Alice          | Dermato-vénéréologie                              |
| Schluth-Bolard | Caroline       | Génétique                                         |
| Simonet        | Thomas         | Biologie cellulaire                               |
| Vasiljevic     | Alexandre      | Anatomie et cytologie pathologiques               |

### **Maîtres de Conférence associés de Médecine Générale**

|         |            |
|---------|------------|
| Farge   | Thierry    |
| Pigache | Christophe |

# SOMMAIRE

|             |                                                     |           |
|-------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b>   | <b>INTRODUCTION .....</b>                           | <b>17</b> |
| <b>2.</b>   | <b>MATERIELS ET METHODES .....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>2.1.</b> | <b>Recherche bibliographique .....</b>              | <b>19</b> |
| <b>2.2.</b> | <b>Type d'étude .....</b>                           | <b>19</b> |
| <b>2.3.</b> | <b>Participants .....</b>                           | <b>19</b> |
| <b>2.4.</b> | <b>Entretiens.....</b>                              | <b>19</b> |
| <b>2.5.</b> | <b>Guide d'entretien .....</b>                      | <b>20</b> |
| <b>2.6.</b> | <b>Recueil des données, codage et analyse .....</b> | <b>20</b> |
| <b>3.</b>   | <b>RESULTATS .....</b>                              | <b>21</b> |
| <b>3.1.</b> | <b>Patients et entretiens .....</b>                 | <b>21</b> |
| <b>3.2.</b> | <b>Analyse transversale.....</b>                    | <b>23</b> |
| 3.2.1.      | Physique.....                                       | 23        |
| 3.2.1.1.    | Intégrité physique .....                            | 23        |
| 3.2.1.2.    | Altération du sommeil .....                         | 26        |
| 3.2.1.3.    | Symptômes douloureux.....                           | 27        |
| 3.2.1.4.    | Sexualité.....                                      | 28        |
| 3.2.2.      | Psychologique.....                                  | 31        |
| 3.2.2.1.    | Anxiété/douleur morale .....                        | 31        |
| 3.2.2.2.    | Peur du cancer .....                                | 32        |
| 3.2.2.3.    | Peur de la chirurgie .....                          | 33        |
| 3.2.2.4.    | Contraintes liées au traitement médical .....       | 35        |
| 3.2.2.5.    | Vision de l'avenir.....                             | 36        |
| 3.2.3.      | Social.....                                         | 38        |
| 3.2.3.1.    | Relation avec les autres .....                      | 38        |
| 3.2.3.2.    | Vie quotidienne.....                                | 43        |
| 3.2.3.3.    | Conservation de la mobilité .....                   | 44        |
| 3.2.3.4.    | Activité physique.....                              | 45        |
| <b>4.</b>   | <b>DISCUSSION .....</b>                             | <b>47</b> |
| <b>4.1.</b> | <b>Discussion des résultats.....</b>                | <b>47</b> |
| 4.1.1.      | Physique.....                                       | 47        |
| 4.1.1.1.    | Intégrité physique .....                            | 47        |
| 4.1.1.2.    | Douleur .....                                       | 48        |
| 4.1.1.3.    | Sommeil .....                                       | 49        |



|             |                                                       |           |
|-------------|-------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.1.4.    | Sexualité.....                                        | 50        |
| 4.1.2.      | Psychologique.....                                    | 52        |
| 4.1.2.1.    | Anxiété/douleur morale .....                          | 52        |
| 4.1.2.2.    | Contraintes liées au traitement .....                 | 52        |
| 4.1.2.3.    | Anxiété liée au cancer .....                          | 54        |
| 4.1.2.4.    | Anxiété liée à la chirurgie.....                      | 54        |
| 4.1.2.5.    | Vision de l’avenir.....                               | 55        |
| 4.1.3.      | Social.....                                           | 56        |
| 4.1.3.1.    | Relation avec les autres .....                        | 56        |
| 4.1.3.2.    | Activités physiques.....                              | 58        |
| 4.1.3.3.    | Mobilité.....                                         | 58        |
| 4.1.3.4.    | Vie quotidienne.....                                  | 58        |
| <b>4.2.</b> | <b>Limites et forces de l’étude.....</b>              | <b>59</b> |
| 4.2.1.      | La place de l’enquêteur sur le sujet de l’étude ..... | 59        |
| 4.2.2.      | Les forces de l’étude.....                            | 60        |
| 4.2.3.      | Les faiblesses de l’étude .....                       | 60        |
| <b>5.</b>   | <b>CONCLUSIONS .....</b>                              | <b>62</b> |
| <b>6.</b>   | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                            | <b>64</b> |
| <b>7.</b>   | <b>ANNEXES.....</b>                                   | <b>67</b> |
| <b>7.1.</b> | <b>ANNEXE 1 : Consentement.....</b>                   | <b>67</b> |
| <b>7.2.</b> | <b>ANNEXE 2 : Guide d’entretien .....</b>             | <b>68</b> |
| <b>7.3.</b> | <b>ANNEXE 3 : Score IPSS .....</b>                    | <b>70</b> |
| <b>7.4.</b> | <b>ANNEXE 4 : Grille de Côté-Turgeon .....</b>        | <b>71</b> |

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président :**

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB  
*Médecine générale*

### **Membres :**

Monsieur le Professeur Marc COLOMBEL  
*Urologie*

Monsieur le Professeur Xavier LAINÉ  
*Médecine générale*

Madame le Docteur Marie-Hélène GRAS-GONIN  
*Médecine générale*

## **REMERCIEMENTS**

### **Aux membres du jury :**

#### **Au président de jury, le Professeur Yves ZERBIB,**

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci pour vos encouragements depuis les cours à la faculté à cette soutenance de thèse.

Recevez ici l'expression de mon profond respect.

#### **Au Professeur Marc COLOMBEL**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail sans hésitation. Votre expérience et vos compétences sont une force pour cette soutenance. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

#### **Au Professeur Xavier LAINÉ,**

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre soutien et la confiance que vous m'avez accordée. Merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet et de m'avoir apporté votre vision sur la prise en charge des patients.

Soyez assuré de mon amitié et de ma profonde reconnaissance.

#### **Au Docteur Marie-Hélène GRAS-GONIN**

Je te remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de juger ce travail.

### **Aux sept médecins et aux quinze patients qui ont accepté de participer à cette thèse.**

## **A ma famille :**

### **A Blandine,**

Les Portes-en-Ré, la Rue Claude Tillier, la Rue Bataille. Toutes ces années de médecine ensemble entre Lyon et Paris ont été plus faciles et pleine de joie grâce à toi.  
Hâte de continuer le chemin avec toi !

### **A l'enfant qui vient,**

Que nous sachions te transmettre tout notre amour.

### **A mes parents,**

Vous m'avez permis de parvenir au bout de ce parcours universitaire. Vous avez été pour moi des exemples par votre bienveillance. Merci Maman pour tes petits plats et ton ouverture aux autres. Merci Papa pour ton énergie débordante, ta disponibilité et le goût du travail que tu nous as donné. Merci de m'avoir toujours soutenu lors des difficiles années d'apprentissage ainsi que lors de mes différents choix.

### **A mes frères Laurent et Pierre,**

Je vous remercie pour votre patience et votre compréhension lors de mes longues journées de révisions.

Laurent, tu m'as toujours soutenu et supporté même si je n'étais pas le meilleur des colocataires. Merci d'avoir agrandi la famille avec la douce **Chloé** et le petit **Jules**

Pierre, je te remercie pour ton aide précieuse dans les problèmes techniques et ton envie de victoire au basket ou au badminton. Bienvenue à toi **Jeanne** et à tes gâteaux. Je te remercie pour la mise en page !

### **A mes grands-parents,**

Vous avez toute mon affection. Merci pour votre tendresse et toutes les belles choses que vous m'avez apprises.

### **A mon cousin Pierre-Olivier,**

Merci pour ta gentillesse inaltérable, en te souhaitant le meilleur avec **Marine**.

### **A Jean-Paul et Marie-Hélène,**

Je vous remercie pour votre soutien durant ces années d'études et encore aujourd'hui. Merci pour l'accueil que vous avez fait à Blandine. Merci pour la confiance que vous nous montrez. Vous êtes pour moi une belle source d'inspiration pour une médecine humaine et respectueuse.

**A Pierrot et Aimée,**

Tonton et Tatan, merci pour votre soutien à distance toutes ces années durant.

**A ma belle-famille, Patricia, Frédéric, Cyprien, Lucie, Antoine, Emile et Marcel,**

Merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille. C'est toujours un immense plaisir pour nous de vous retrouver en Seine-et-Marne !

**A Clotilde et Eric,**

Merci pour votre convivialité et vos délicieux repas.

**Aux autres membres des familles Besnard et Maurice**

Merci pour votre gentillesse à mon égard.

**A toute la famille Rojon**

Vous nous avez accompagnés toutes ces années du Couvérier à la Toussuire. Merci pour votre enthousiasme et votre gentillesse à tous !

## **A mes amis :**

### **Aux « déficients Lyonnais »**

Pour toutes ces années passées ensemble à la BU ou à Hippo.  
Toutes nos pauses café, les soirées quai Augagneur, les semaines « Marc à la neige »

### **A Louis,**

Pour toutes ces défaites au tennis ou au basket avec le sourire.  
« Vincent a gagné. Louis a perdu »  
Dans le nouveau centre de Lyon, le 8<sup>ème</sup>, sur les terrasses de l'Industrie ou dans les îles sous le Soleil, je te souhaite plein de bonheur avec **Marine**.

### **A Fanny,**

Pour ta bonne humeur et ton entrain. La Réunion Lé la !  
Merci pour tous ces moments Petite rue des Feuillants !

### **A Antoine,**

Les crocodiles du Parc de la Tête d'Or nous attendent,  
Tu pourras aller les montrer à **Eliott** avec **Mélissa** !

### **A Bruno, Razvan, Antoine, Pierre, Axel,**

Le beau gosse de la BU, Razvi, le Veau, Pedro, Le Barbu de Strasbourg !

### **A Coralie, Aline, Laura, Aurélie, Axelle, Caroline, Kristina,**

CLDP, Gogole, Mamie, Miss Major, J'aime la raclette la fondue la tartiflette et le mont d'or,  
Carouboule, Juste une Allusion.

Aux +1(+2) **Allyriane (et Malo), Alice (et Juliette), Elise, Gwénola, Marta, Gautier, Armel, Benjamin, Gaspard, Killien, Benoît,**

### **Aux Parisiens de la Pitié-Saint Antoine**

Merci de m'avoir confié votre Blanblan ! Merci à tous pour votre bonne humeur communicative.

### **A Sibel,**

Du lycée à aujourd'hui, que de chemins parcourus. Merci de m'avoir permis de rencontrer Blandine. Bonne installation à Lyon avec **Kévin**.

**Aux médecins qui ont contribué à ma formation :**

**Au Professeur Jean André,**

« Terreux, c'est l'humus qui fait la terre et la racine de ton nom »

Aux **médecins** croisés lors de mes stages d'externat à Lyon.

Aux **médecins, co-internes** et **équipes hospitalières** qui m'ont entouré lors de mes stages d'internat à Lyon et Bourgoin-Jallieu.

**Aux médecins qui ont conforté mon choix pour la médecine générale libérale :**

A mon tuteur, le **Docteur Michel Pignard,**

Merci pour vos conseils.

Aux Docteurs **Christophe Haguët, Jeanine Mibord, Céline Rancon,**

Merci pour votre accueil et votre implication dans la formation des internes.



## **ABREVIATIONS ET LEXIQUE**

AB : Alpha-Bloquant

AFU : Agence Française d’Urologie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

AR : inhibiteur de la 5 Alpha-Réductase

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

CTMH : Comité des Troubles Mictionnels de l’Homme

DES : Diplôme d’Etudes Spécialisées

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate

IADL : Echelle d’Activités Instrumentales de la Vie Courante

INPES : Institut National de Prévention et de l’Education pour la Santé

IPSS : International Prostate Symptom Score

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSA : Antigène prostatique spécifique

SBAU : Symptômes du bas appareil urinaire

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TUBA : Troubles du Bas Appareil Urinaire

## 1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, deux millions d'hommes souffrent d'hypertrophie bénigne de prostate (HBP). Elle constitue l'une des affections les plus fréquentes chez l'homme âgé de 50 ans et plus. Sa prévalence, estimée en 2003 en France à 49,4% chez les hommes âgés de 50 ans et plus, augmente avec l'âge. Compte tenu du vieillissement de la population, elle devrait s'accroître davantage dans les années à venir [1,2].

Le diagnostic de l'HBP a été bien codifié par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2003 [3] et revu en 2012 avec les recommandations pour la pratique clinique de l'agence française d'urologie [4].

Sa prise en charge a été fréquemment évaluée et l'efficacité sur les symptômes des différents traitements médicamenteux a été comparée [5]. De nombreuses études ont évalué l'efficacité des traitements médicamenteux sur l'amélioration des conséquences fonctionnelles chez des patients porteurs d'une HBP [6].

Il existe actuellement un score d'évaluation qui est recommandé pour le suivi : l'International Prostate Score Symptom (IPSS). Ce score évalue principalement le retentissement fonctionnel de l'HBP avec seulement un item portant sur la qualité de vie. Il est peu utilisé dans la pratique courante en médecine générale : une étude réalisée en 2010 dans le Maine et Loire a montré que 15,2 % seulement des médecins généralistes utilisaient ce score pour le suivi des patients [7].

Les recommandations actuelles sur le suivi et le traitement insistent sur la nécessité d'une réévaluation régulière du retentissement des troubles et de la qualité de vie du patient [4]. C'est sur cette réévaluation régulière qu'est basé l'ajustement des traitements [8,9].

La qualité de vie est définie par l'organisation mondiale de la santé comme « un état de bien-être physique, psychologique et social »[10] englobant un très grand nombre de domaines qui restent encore méconnus dans l'HBP [11,12].

Une étude française réalisée en 2012 a montré la corrélation entre qualité de vie liée à la santé et sévérité du score IPSS. Cette étude ne prenait en compte qu'un nombre limité de domaines (anxiété, mobilité, activités de la vie quotidienne) [6].

D'autres études ont étudié le lien entre troubles du sommeil et HBP [13] ou encore sexualité et HBP [14, 15, 16]. Il n'existe actuellement pas de questionnaire spécifique sur la qualité de vie du patient atteint d'une HBP permettant un suivi basé sur des éléments objectifs [17].

Il nous est apparu important d'interroger des patients présentant une HBP afin d'identifier les domaines de la qualité de vie impactés par celle-ci.

Quels sont donc les domaines de la qualité de vie impactés par l'HBP ?

Nous nous sommes interrogé sur l'impact que peut avoir l'HBP sur la qualité de vie des patients et notamment le retentissement sur le bien-être physique, psychologique ou encore social.

L'objectif principal de notre travail est d'identifier les domaines de la qualité de vie des patients impactés par l'HBP.

L'objectif secondaire, à valider lors d'un autre travail, est d'élaborer un auto-questionnaire patient spécifique à l'HBP utilisable facilement en cabinet de médecine générale pour le suivi du patient et l'adaptation de son traitement.

## **2. MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Recherche bibliographique**

Les bases de données utilisées pour la recherche bibliographique sont : SUDOC, PUBMED, bibliothèque Prescrire, Google, INPES, HAS, ANAES, CLGE, Site de la bibliothèque universitaire Lyon 1, Liste des thèses en cours du DMG Lyon.

Les mots clés utilisés sont : hypertrophie bénigne de la prostate, qualité de vie, dysfonction érectile, médecine générale

### **2.2. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients.

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé à nous. Cette méthode paraît adaptée pour identifier les domaines de qualité de vie, élément non quantifiable.

Le domaine de la sphère urologique pouvant être considéré comme relevant de la sphère intime par les patients, la méthode par focus group nous est apparue non appropriée.

### **2.3. Participants**

Nous avons regroupé dans un tableau la description de la population.

Les critères d'inclusion ont été :

- Patient diagnostiqué comme présentant une HBP
- Patient bénéficiant d'un traitement médicamenteux validé pour l'HBP.

Le recrutement des médecins a été effectué grâce à la liste des médecins généralistes installés dans le Nord-Isère à partir de la liste du Conseil de l'Ordre de l'Isère.

Le recrutement des patients a été effectué par l'intermédiaire de ces médecins. Le consentement écrit a été signé le jour de l'entretien.

### **2.4. Entretiens**

Nous avons recontacté les patients par téléphone afin de convenir d'une date pour des entretiens.

Nous avons proposé aux interviewés des entretiens semi-dirigés, avec des questions ouvertes, permettant de requérir des informations les plus complètes possibles et des questions de relance, à partir du guide d'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés après un consentement écrit signé par le patient expliquant brièvement le travail réalisé (annexe 1).

Une déclaration simplifiée de recherche biomédicale a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n°1972550 engageant l'auteur à respecter la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

## **2.5. Guide d'entretien**

Il a été élaboré à partir de la recherche bibliographique ainsi que de notre propre questionnement. La liste de questions visait à cibler l'ensemble des domaines de qualité de vie. Il a été adapté et modifié à l'issue de chaque entretien (annexe 2).

Nous avons également demandé aux patients de remplir un questionnaire avant l'entretien afin d'étudier les caractéristiques de la population étudiée ainsi que le questionnaire IPSS (annexe 3).

## **2.6. Recueil des données, codage et analyse**

L'enregistrement a été effectué au moyen d'un dictaphone. Ils ont été retranscrits mot à mot, ainsi que certains éléments de communication non verbale apparaissant entre parenthèses.

Les données audio ont été retranscrites intégralement et littéralement. Les données non verbales (silence, rires, pause...) ont été retranscrites pour plus de fidélité.

Nous avons d'abord lu plusieurs fois les entretiens afin de faire ressortir les idées principales. Nous avons effectué ensuite un tableau de codage par entretien : un code a été attribué à chaque élément signifiant de l'entretien, illustré par des exemples du discours (verbatim). Les codes ont été ensuite classés et regroupés en thèmes et sous thèmes.

Enfin, nous avons effectué une analyse transversale des données à l'aide du logiciel NVIVO.

Un autre médecin formé à la recherche qualitative a effectué une triangulation des données.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1. Patients et entretiens**

Les patients ont été recrutés par 7 médecins généralistes (4 hommes et 3 femmes). La participation à l'étude a été proposée aux patients par leur médecin respectif.

Le lieu convenu avait été laissé au choix des patients : le cabinet du médecin traitant ou leur domicile. Les entretiens ont été réalisés dans des lieux variés : une pièce habituellement réservée à une psychologue dans un cabinet médical, un salon aménagé dans un cabinet médical, le domicile des patients (la plupart du temps dans un salon).

L'enregistreur était posé sur une table, à côté à nous. Le patient et moi-même étions tournés l'un vers l'autre, assis confortablement sur un canapé.

Le ressenti global sur le déroulement de l'entretien a été marqué par l'absence de gêne de la part des patients avec une spontanéité des réponses y compris pour des questions liées à l'intime.

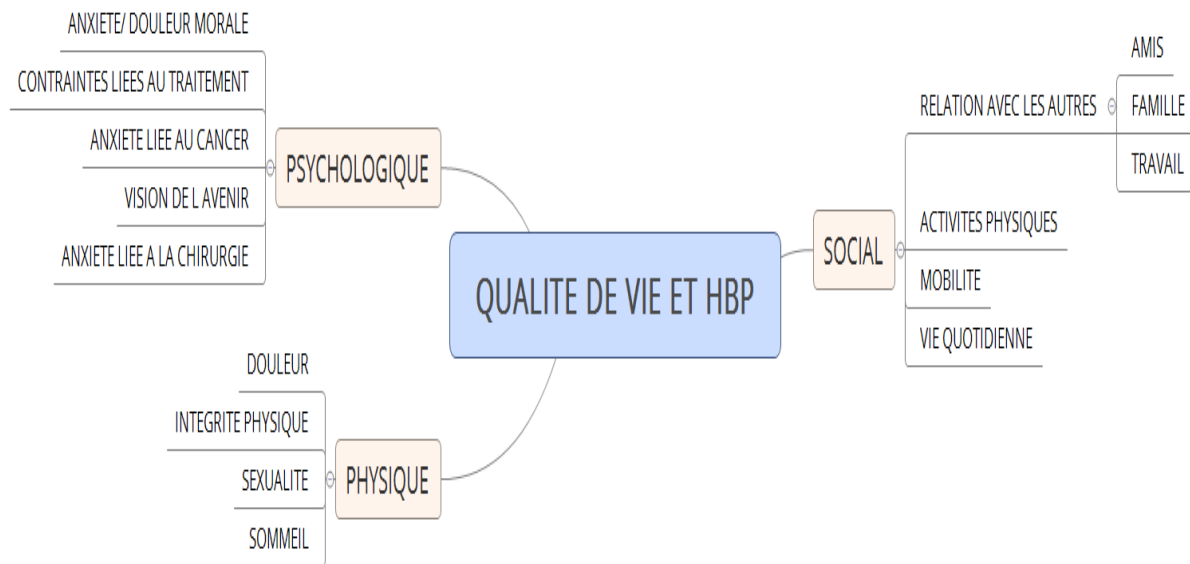
Quinze participants ont pris part à notre étude. L'âge moyen était de 66 ans. Le patient le plus jeune avait 47 ans, le plus âgé 80 ans. Cinq patients de notre effectif avaient encore une activité professionnelle. Le score IPSS moyen était de 17,9. Les entretiens ont eu une durée en moyenne de 20 minutes et 35 secondes.

## Caractéristiques des patients

| PATIENT | AGE | STATUT   | CATEGORIE<br>SOCIOPROFESSIONNELLE   | ANTECEDENTS                         | DEBUT DES<br>SYMPTOMES | TRAITEMENT                                                       | SCORE<br>IPSS | DUREE<br>ENTRETIEN |
|---------|-----|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| 1       | 70  | retraité | directeur logistique                | HTA                                 | 2010                   | alpha-bloquant<br>(alfuzosine)                                   | 15            | 26min37            |
| 2       | 47  | actif    | inspecteur BTP                      |                                     | 2007                   | phytothérapie (serenoa<br>repens)                                | 12            | 20min53            |
| 3       | 75  | retraité | chef de projet                      |                                     | 1995                   | alpha-bloquant<br>(alfuzosine)                                   | 16            | 28min55            |
| 4       | 66  | actif    | directeur société                   | Diabète<br>HTA                      | 2010                   | phytothérapie (serenoa<br>repens)                                | 16            | 25min22            |
| 5       | 59  | actif    | menuisier                           |                                     | 2013                   | alpha-bloquant<br>(alfuzosine)                                   | 21            | 18min46            |
| 6       | 58  | actif    | chauffeur taxi                      |                                     | 2009                   | phytothérapie (serenoa<br>repens) alpha-<br>bloquant(silodosine) | 22            | 14min43            |
| 7       | 69  | retraité | directeur sécurité<br>environnement | ACFA                                | 2006                   | alpha-bloquant<br>(silodosine)                                   | 19            | 20min21            |
| 8       | 72  | retraité | employé communal                    | Dyslipidémie                        | 1995                   | inhibiteur 5-alpha-<br>réductase(finastéride)                    | 21            | 17min20            |
| 9       | 63  | retraité | facteur                             | HTA                                 | 2016                   | alpha-bloquant<br>(tamsulosine)                                  | 18            | 18min49            |
| 10      | 76  | retraité | ouvrier industrie                   |                                     | 2012                   | alpha-<br>bloquant(silodosine)                                   | 13            | 18min40            |
| 11      | 80  | retraité | représentant de<br>commerce         | HTA<br>dyslipidémie<br>cancer rénal | 2001                   | inhibiteur 5-alpha-<br>réductase(dutastéride)                    | 16            | 25min01            |
| 12      | 64  | retraité | cadre industrie                     | dyslipidémie                        | 2012                   | alpha-<br>bloquant(tamsulosine)                                  | 17            | 16min12            |
| 13      | 69  | retraité | directeur technique                 | HTA<br>dyslipidémie                 | 2012                   | alpha-bloquant<br>(alfuzosine)                                   | 14            | 15min22            |
| 14      | 49  | actif    | agriculteur                         |                                     | 2009                   | phytothérapie (prunier<br>d'afrique)                             | 11            | 16min07            |
| 15      | 73  | retraité | fonctionnaire mairie                | HTA<br>dyslipidémie                 | 2013                   | alpha-bloquant<br>(silodosine)                                   | 22            | 22min13            |

### 3.2. Analyse transversale

L'analyse nous a permis de mettre en évidence les trois domaines de la qualité de vie définis par l'OMS : physique, psychologique, social.



#### 3.2.1. Physique

##### 3.2.1.1. Intégrité physique

L'intégrité physique des patients est touchée. Ils ont tous évoqués des **troubles fonctionnels urinaires**.

- Les différents troubles touchent différentes phases : **la miction** proprement dite avec une diminution du jet, des difficultés à initier la miction.

##### Patient 1

« Même si le jet n'est pas toujours puissant »

« Qu'une petite goutte parte de temps en temps »

##### Patient 13

« La première urine du matin, c'est vrai que c'est un petit peu long, ça dure plusieurs minutes, enfin une grosse minute quoi, c'est long quand même ! »

##### Patient 14



*« Il y a des moments où j'arrive pas uriner »*

Patient 4

*« Quand j'ai de la difficulté à uriner, que je sois obligé de forcer, que ça mette un certain temps avant d'arriver, ouais. »*

Patient 8

*« C'est-à-dire que j'urine doucement, il n'y a pas de pression et puis bon c'est inexistant »*

*« Maintenant quand j'urine, ça commence et hop ça s'arrête et ça repart un petit peu. »*

- Les troubles de la **phase de remplissage** sont bien décrits par les patients : pollakiurie, urgenturie

Patient 10

*« Personnellement c'est pas la prostate qui m'a embêté, c'était plutôt l'envie de pisser quoi. »*

Patient 12

*« C'était une envie très pressante, faut pas attendre cinq minutes de plus »*

Patient 13

*« J'ai un petit problème pour uriner »*

*« Pas pouvoir se retenir quand on a envie d'uriner »*

Patient 3

*« Il allait pisser toutes les vingt minutes »*

*« Non, non, je pisse à peu près toutes les trois heures »*

Patient 4

*« Je lui ai dit que j'avais de la gêne pour uriner, que j'allais uriner souvent »*

Patient 7

*« Le fait d'être réveillé le matin à cause de l'envie d'aller pisser. »*

- Enfin, les symptômes de la **phase post-mictionnelle** sont bien présents : gouttes retardataires, vidange incomplète

#### Patient 14

*« Cette sensation de pas avoir fini de vider la vessie, de ré-avoir envie d'uriner, c'est pénible ! »*

#### Patient 2

*« Si j'ai ma vessie qui s'est mal vidée, je vais avoir plus ou moins envie plus souvent »*

#### Patient 6

*« Je bois un café, allez, 5 minutes plus tard, c'est bon ! »*

- Les symptômes se sont **installés progressivement**

#### Patient 15

*« Ça s'est mis en place progressivement, c'est pas venu du jour au lendemain »*

#### Patient 2

*« J'ai toujours eu des problèmes pour uriner rapidement. C'est vrai qu'il y a des envies qui sont plus importantes que quand j'étais jeune. »*

- Les patients interrogés ont pour certains évoqués **l'amélioration de leurs symptômes** avec le traitement médicamenteux

#### Patient 10

*« Le traitement qui me donne, c'est très bon pour le moment. »*

#### Patient 14

*« Il y a quand même du mieux. Je sens que ça s'améliore, j'ai moins envie et je me lève moins la nuit. »*

#### Patient 3

*« Alors là, au lieu de me lever 3 fois la nuit, je me levais plus que 2 fois »*

#### Patient 6

*« Le traitement, ça porte une aide. »*

- A l'inverse, certains n'ont pas perçu d'amélioration, notamment avec la phytothérapie

#### Patient 13

*« Les gélules à base de plante, maintenant, je sais que ça marche pas. »*

#### Patient 3

*« Pas efficace, sinon que ça coûtait cher pour apporter un confort insignifiant »*

Patient 7

*« J'ai vu que ça changeait rien du tout donc j'ai arrêté. »*

Patient 9

*« Il faut que je revoie l'urologue pour les traitements parce que pour l'instant, c'est pas ça... »*

**3.2.1.2. Altération du sommeil**

Tous les patients interrogés ont évoqué un retentissement sur la qualité de leur sommeil

➤ d'une part, par le fait de devoir **se lever**

Patient 10

*« Je me lève au moins quatre cinq fois la nuit, presque toutes les deux heures, »*

Patient 14

*« Le problème pour moi, c'est surtout que je me lève la nuit ! »*

Patient 9

*« Généralement, je dors 3 heures et je vais être ennuyé par ça. C'est une envie d'uriner. Je sens que ça va pas tenir longtemps donc je me lève. »*

Patient 6

*« Ça peut déclencher de se lever toute la nuit »*

Patient 4

*« Je bois beaucoup d'eau avant de me coucher. Quand j'attends trop la nuit, par exemple quand j'attends pour me lever, c'est quand même des fois douloureux »*

*« Je me réveille, j'ai envie et comme j'ai pas envie de me lever, j'attends un moment et puis je me lève »*

Patient 5

*« Ça devait m'arriver de me lever jusqu'à 4 fois dans la nuit donc c'est vrai que c'était gênant »*

*« Ça me cassait mon sommeil. Ça me réveillait »*

➤ d'autre part, par le fait de devoir **se rendormir**

### Patient 3

*« Ça coupe le sommeil, faut se rendormir. »*

- certains évoquent même un **aspect de douleur pendant le sommeil**

### Patient 5

*« Et puis la nuit, ça me gênait parce que j'avais mal, je devais aller aux WC. Punaise ! »*

- Certains ont évoqués des moyens pour éviter les réveils nocturnes, principalement en rapport avec les apports hydriques le soir.

### Patient 3

*« Le soir, justement pour éviter de me réveiller la nuit, je bois très peu avec mon repas du soir »*

### Patient 6

*« Mais bon, j'évite de boire après une certaine heure »*

### **3.2.1.3. Symptômes douloureux**

7 des 15 patients interrogés ont évoqué des symptômes douloureux, avec des nuances d'intensité.

- Pour certains, il s'agit du **motif principal de consultation**

### Patient 3

*« Des douleurs dans le bas ventre au moment d'aller uriner »*

### Patient 4

*« C'est que je sois gêné vraiment dans la vie de tous les jours, que j'ai des douleurs »*

### Patient 8

*« J'ai commencé à avoir mal en bas du ventre depuis plusieurs années »*

### Patient 9

*« C'est pas agréable. »*

*« Si je fais la connerie de vouloir retenir, de me retenir (sifflements), après quand ça urge »*

### Patient 4

*« C'est plus le fait de forcer. La douleur, comme je vous disais au début, je bois beaucoup d'eau »*

*« Parce que j'ai une grosse envie, c'est douloureux »*

*« Des fois, avant de m'arrêter, je me retenais et donc bon j'avais quelques petites douleurs. »*

- D'autres ont évoqués aussi la douleur provoquée par le **toucher rectal**

#### Patient 3

*« Et même mon médecin, il m'a fait le machin (il mime le toucher rectal) »*

#### Patient 12

*« Le toucher rectal, c'est très pénible ! »*

#### Patient 3

*« Pour le toucher rectal, il a mis des gants en plastique que vous trouvez dans les stations-services de supermarché pour vous servir le fioul. C'est-à-dire, les formes des doigts sont imprimées très larges avec des soudures coupantes que vous trouvez à chaque doigt, et j'aime autant vous dire que là, la douleur, je l'ai sentie passer. Là encore, je l'ai eu dans le cul au propre comme au figuré. »*

### **3.2.1.4. Sexualité**

- Les troubles sexuels affectent particulièrement les patients, touchés même dans leur **représentation d'homme**

#### Patient 8

*« J'accepte moins, on dirait qu'on existe plus »*

- Cela apparaît comme un **souci majeur**

#### Patient 11

*« Oui, je suis gêné. (il s'arrête et inspire). »*

*« Ça reste un vrai problème. »*

#### Patient 9

*« De ce côté-là, c'est assez en berne. »*

- 13 patients sur les 15 ont évoqué des problèmes dans leur sexualité, principalement à type de **dysfonction érectile**.

#### Patient 1

*« Ah, je reconnais que de ce côté-là, je sais pas si ça vient de ça, j'aime bien caresser ma femme et de, comment dire, pénétrer, euh (silence), il faut pas que ça dure trop longtemps, quand ça marche. »*

*« C'est pas des problèmes d'envie mais d'érection, ça vient pas. »*

#### Patient 10

*« Maintenant, je bande plus. »*

#### Patient 13

*« J'ai surtout des problèmes d'érection, l'éjaculation, ça va. »*

#### Patient 6

*« Ça a bien baissé ! »*

*« On a du mal à avoir une érection et quand ça vient, c'est très rapide. C'est pas du constant, c'est plus comme avant. »*

#### Patient 7

*« Donc la sexualité, depuis des mois, c'est un peu faible alors qu'avant ça allait. »*

- D'autres évoquent plus une **baisse de libido**

#### Patient 3

*« J'ai une baisse de libido »*

*« Mais la libido, zéro ! »*

*« Problème d'érection. »*

#### Patient 5

*« C'est vrai que j'ai des soucis, des soucis sexuels »*

#### Patient 8

*« Je ne peux plus (il s'arrête) je ne peux plus faire l'amour, plus de libido »*

- Les patients reconnaissent l'impossibilité pour eux d'établir un lien certain entre troubles sexuels et l'hypertrophie bénigne de prostate. Cependant, pour certains, le **lien est assez évident** :

#### Patient 10

*« Sûrement qu'il y a un lien entre les deux. »*

*« Les problèmes sexuels, ça a commencé après la prostate »*

#### Patient 8

*« Je pense qu'il a un lien entre les deux, entre la prostate et ça. »*

#### Patient 12

*« J'ai l'impression que c'est arrivé en même temps que les problèmes pour uriner. »*

#### Patient 13

*« Je pense que ça a commencé à venir un peu avec ça, avec le problème du grossissement de la prostate. »*

➤ Pour d'autres, la réponse est plus **nuancée**

#### Patient 1

*« Alors est-ce que cela vient de cela ou de l'âge ? Je ne sais pas. »*

*« Je sais pas s'il y a un lien. Je ne suis pas sûr. »*

#### Patient 14

*« Dire que ça vient de la prostate, j'en sais rien ! »*

#### Patient 3

*« Alors, est-ce que je sais pas la relation que ça a avec la capacité sexuelle, la puissance sexuelle mais il y a peut-être une je sais pas laquelle. »*

*« À quelles causes imputer à cette baisse de libido ? »*

➤ Enfin, 2 patients ne pensent pas au contraire que le lien puisse être fait entre problèmes sexuels et HBP, évoquant des causes extérieures

#### Patient 7

*« Je pense que la prostate, c'est pas ce qui donne l'envie si on l'a pas. Un copain m'avait dit « C'est pas toujours le cheval qui est en cause, ça peut aussi être la jument quand ça marche pas bien »*

#### Patient 9

*« Je ne pense pas que ce soit vraiment la prostate qui entraîne les problèmes d'érection. »*

### 3.2.2. Psychologique

#### 3.2.2.1. Anxiété/douleur morale

Les patients interrogés concèdent un impact sur leur moral à divers degrés.

- Globalement, les patients relativisent la portée **mineure** de cette maladie par rapport à d'autres problèmes de santé qu'ils jugent plus grave.

##### Patient 2

*« C'est pas le problème number one »*

##### Patient 3

*« Bah écoutez le moral, il est affecté par beaucoup plus de choses que la prostate, parce que viennent se greffer la dessus l'hypertension, le diabète (il souffle). »*

- D'autres concèdent en revanche une **souffrance présente**

##### Patient 12

*« C'est un souci sous-jacent mais ça me prend pas la tête tout le temps. »*

##### Patient 3

*« Donc moralement, je suis beaucoup plus atteint par un ensemble, l'ensemble de ce contexte. »*

##### Patient 4

*« Ça ne m'affecte pas si ce n'est que, comment on est tous pareil, j'ai peur que ça s'aggrave »*

##### Patient 5

*« Comment le vivre ? On pense à ça. »*

##### Patient 8

*« Ça joue un petit peu sur le moral quand même »*

##### Patient 9

*« Je me dis que si ça continue à s'aggraver, ça sera pas terrible. »*

- Néanmoins, la plupart concède une vraie inquiétude et avec un **questionnement** important

##### Patient 6



*« On se pose pleins de questions ! On se dit « comment ça va évoluer ? Est-ce que ça va rester comme ça ? »*

Patient 7

*« Je suis pas spécialement inquiet. Disons qu'à des moments, moi j'aime bien savoir. »*

**3.2.2.2.      Peur du cancer**

Le **cancer de la prostate** semble être l'une des préoccupations principales des patients qui voient d'ailleurs une évidence à cette crainte.

- Pour de nombreux patients, c'est **l'inquiétude principale** à l'évocation de leurs troubles prostatiques

Patient 3

*« C'est que ça évolue en cancer bien évidemment, ça c'est le souci numéro 1 quoi. »*

Patient 6

*« Quand est-ce que ça va arriver ? Je parle du cancer ! (il prend un air grave) C'est ça la question, si on savait. On ne sait pas »*

Patient 7

*« J'aurai un gros doute sur un cancer de la prostate, je dirai il faut y aller »*

Patient 9

*« Déjà l'urologue m'a dit qu'il n'y avait pas de de cancer ou truc comme ça. »*

Patient 13

*« Je pense que le cancer, il faut y penser mais après il faut pas se faire trop de souci avant que plutôt de dire. »*

Patient 14

*« Le seul truc qui me fait peur, c'est le cancer. »*

Patient 2

*« Ça peut pas être lié forcément à des cancers. »*

- Certains ont parlé des dosages biologiques qu'ils effectuent pour ce suivi en particulier et notamment le dosage des PSA

Patient 14

*« Le PSA, pour vérifier qu'il y a pas de cancer »*

#### Patient 12

*« Je me fais suivre avec le PSA tous les 6 mois »*

- La plupart des patients évoquent des personnes de leur entourage qui ont été confrontés à un cancer de la prostate

#### Patient 10

*« Après le cancer de la prostate, il y en a qu'ils l'ont mais ça, ça peut arriver à tout le monde, c'est comme ça. »*

#### Patient 5

*« J'ai entendu parler qu'il y avait des cancers de la prostate, que c'était assez important, qu'il fallait se faire suivre, se faire soigner »*

*« On vous parle de cancer. J'ai des amis qui ont eu. Je pense que c'est quand même assez important. »*

#### Patient 8

*« C'est-à-dire que ça m'inquiète car j'ai un frère qui est en train de faire des rayons »*

### **3.2.2.3.      Peur de la chirurgie**

La nécessité d'un éventuel geste chirurgical entraîne une appréhension pour les patients pour diverses raisons : expérience personnelle douloureuse, histoire inquiétante d'amis opérés.

- Certains y voient un **mal nécessaire**.

#### Patient 1

*« Il faudrait peut-être faire une petite opération pour dégager »*

#### Patient 10

*« Après, se faire opérer, si il faut, je connais des gars qui ont été opérés et qui maintenant ont l'air d'aller bien. »*

#### Patient 14

*« Si un jour je dois me faire opérer, je me ferai opérer bien sûr. »*

#### Patient 6

*« La chirurgie si il faut, j'y vais. »*

#### Patient 9

*« Si c'est la solution. Bon bah, je le ferai, je suis pas réfractaire à 100%. »*

- D'autres évoquent cette alternative comme **ultime recours**

#### Patient 2

*« La place extrême. Quand on pourra plus faire autrement. J'espère le plus tard possible. »*

#### Patient 4

*« Je veux pas que je voudrais pas me faire opérer, c'est tout. »*

#### Patient 8

*« Ca serait peut être une solution enfin je sais pas. »*

- En effet, près de la moitié des patients mentionnent les **effets secondaires** d'un geste chirurgical notamment au travers de l'expérience d'autres personnes

#### Patient 1

*« Ça leur a posé pas mal de problèmes après l'opération »*

#### Patient 13

*« Qu'il a eu des gros problèmes d'érection, de fuites urinaires... »*

#### Patient 15

*« C'est pas l'acte chirurgical qui me fait peur, c'est la suite ! »*

- Les patients se basent aussi sur leurs **propres expériences et représentations de la chirurgie** pour justifier l'appréhension du geste chirurgical

#### Patient 3

*« Alors là, voilà encore autre chose. Quand je suis passé dans les mains du chirurgien, ils m'ont loupé pour mes hernies, alors (rires) la chirurgie, c'est pas mon truc a priori. »*

#### Patient 7

*« Bah l'opération, il y a des fois des suites à avoir. Ca me plairait pas bien de finir ma vie avec une poche »*

*« Donc pour moi, la chirurgie ça représente des risques. »*

#### 3.2.2.4. Contraintes liées au traitement médical

L'évocation des médicaments a donné lieu à des réponses opposées pour les patients.

- Certains patients ont concédé un **effet positif** avec une franche amélioration des symptômes avec la prise de traitement

##### Patient 2

*« Pour la douleur, c'est efficace »*

##### Patient 8

*« Le traitement, ça fait que j'ai moins de douleur »*

- D'autres y voient un **traitement adapté**

##### Patient 1

*« Il m'a donné un autre médicament qui me fait pas cet effet néfaste »*

##### Patient 12

*« Les médicaments m'ont bien régulé pour ça »*

*« Tant que ça reste comme ça, les médicaments ça me convient »*

##### Patient 14

*« Il y a quand même du mieux. Je sens que ça s'améliore, j'ai moins envie et je me lève moins la nuit. »*

- A l'inverse, 2 patients ont mis en avant la **contrainte liée à la prise de médicaments**

##### Patient 1

*« J'aimerais bien que tout se passe bien, que je n'ai plus de médicaments à prendre. Je suis pas très porté sur les médicaments, moi en général, alors j'évite toujours »*

##### Patient 3

*« Quand je vois le nombre de médicaments que je prends par jour, ça m'affole car je sais qu'il y a 8000 morts par an à cause de médicaments. »*

- Trois patients ont parlé d'**intolérance** voire même d'**effets indésirables** sur la sexualité

##### Patient 1

*« Donc quand j'ai pris la gélule, un peu de temps après, je peux pas dire combien de temps, j'ai été vomir. Bah tiens, je prends le médicament, je vais vomir »*

*« Moi, je m'assois toujours pour pas éventuellement mal viser et, euh, je me suis réveillé, j'étais par terre. Ça n'a pas duré longtemps, petite syncope de rien du tout, enfin peu de temps parce que ma femme a entendu que je suis tombé vraiment de tout mon poids. Le lendemain, j'ai repris ce médicament, j'ai eu envie de vomir et quand je me suis levé dans la nuit, j'avais la tête qui tournait. J'ai arrêté le médicament aussitôt »*

#### Patient 7

*« Je trouve que ça fait péter, c'est tout ce que ça fait »*

#### Patient 10

*« L'urologue, il m'a dit que c'est urorec qui faisait ça. »*

*« Les cachets, ça a fini de couper la machine ! (rires) »*

### **3.2.2.5. Vision de l'avenir**

Le « suivi » par le médecin traitant est mis en avant par les patients, qui y voient une « surveillance » nécessaire pour cette maladie en mouvement, qui « évolue ».

La vision de l'avenir est très contrastée chez les patients interrogés :

- Certains patients sont **optimistes**

#### Patient 1

*« Il y a un qui a la même chose. Il est toujours vivant. »*

*« J'espère qu'un suivi et si c'était possible une guérison d'une manière ou d'une autre. »*

#### Patient 5

*« Qu'après, quand on pense à ça, ces problèmes de prostate, tout ça, on se dit que c'est l'âge. »*

*« Parce que j'ai envie de vivre assez longtemps. »*

- La plupart des patients ont mis en avant **l'importance du suivi médical, que ce soit par leur médecin traitant ou leur urologue**

#### Patient 14

*« Je pense que le plus tôt on s'en occupe, le mieux c'est ! »*

*« L'important, je pense, c'est de se faire suivre et d'en parler, de pas attendre que ça soit trop grave pour en parler »*

### Patient 3

*« Non la surveillance ça va être peut-être des échographies avec un mec qui met de la vaseline sur la sonde, des traitements, etcetera, vérifier que la vessie se vide bien, qu'elle n'a pas évolué non plus, qu'elle n'a pas trop grossi etcetera. »*

- Certains parlent des **avancées médicales** comme une source d'espoir pour la suite de leur prise en charge

### Patient 6

*« J'essaye de me tenir au courant. Je sais que ça avance. »*

*« La suite, on espère que la science va avancer, qu'on trouve des nouveaux traitements »*

- d'autres évoquent l'**incertitude** et leurs méconnaissances de l'évolution de la maladie

### Patient 1

*« J'espère que les problèmes de prostate c'est pas très grave et que ça ne va pas évoluer dans le mauvais sens. »*

### Patient 12

*« Tant que ça tient. Je sais pas combien de temps »*

### Patient 2

*« Après, je me dis, comment ça va évoluer. Potentiellement ça va, mais on sait pas. Cette problématique, je l'occulte un peu. »*

*« Tant que ça se dégradera pas plus que ça, je continuerai à prendre le médicament. Donc après on verra si on doit changer les dosages, si il y a autre chose à faire. »*

- Enfin, parmi les plus âgés de notre effectif, certains évoquent l'avenir avec **fatalité**

### Patient 10

*« C'est la vie ! (rires). C'est l'usure du corps humain. Il faut respecter. »*

### Patient 11

*« Vous savez à 80 ans, il peut m'arriver des choses. »*

#### Patient 12

*« Je me dis c'est l'âge »*

#### Patient 3

*« Ceux-là, je les accepte car c'est une question de vieillissement, comme on accepte ses rides, comme on accepte, c'est pas de gaieté de cœur, c'est comme quand on est à l'aéroport et que les comptes à rebours de votre avion qui est retardé, retardé, retardé. Bah, vous êtes obligé de faire avec. »*

#### Patient 7

*« Le vieillissement est normal. »*

#### Patient 4

*« Enfin, c'est la vie ! C'est comme ça ! »*

➤ Les patients font souvent référence à des «  **croyances populaires**  »

#### Patient 11

*« Je sais pas si c'est dû au fait que les gens sont vieux, on en parle plus il me semble »*

#### Patient 13

*« Quand on arrive à un certain âge, c'est « et toi, comment ça va ? Et la prostate ? »*

#### Patient 3

*« L'histoire de la prostate quand on est garçon, on en entend parler toute sa vie pratiquement. »*

### **3.2.3. Social**

#### **3.2.3.1. Relation avec les autres**

##### **3.2.3.1.1. Relation avec la famille**

➤ Nous retrouvons chez les patients une **approche très pudique** de cette maladie avec leur entourage familial, peut-être parce qu'elle concerne la sphère intime

#### Patient 1

*« Les autres le savent pas mais bon à part la famille, les enfants, euh, ma femme. »*

#### Patient 12

*« C'est pas le genre de sujet dont on discute »*

### Patient 3

*« Bah, c'est pas de problèmes qu'on évoque avec l'entourage. »*

### Patient 5

*« J'en ai parlé avec mon amie. Je lui ai dit que c'était assez important, qu'il fallait que je me fasse suivre. »*

### Patient 6

*« Au niveau familial, (silence), bah des fois, c'est compliqué. (il baisse la voix) Il faut concilier les envies et ce qui est faisable... »*

### Patient 8

*« J'en parle avec mon épouse et avec mon médecin et c'est tout »*

➤ Des patients ont évoqués le retentissement dans leur **vie de couple**

### Patient 12

*« C'est très frustrant pour moi (il baisse la voix). Pour ma femme aussi j'imagine évidemment. »*

### Patient 8

*« Surtout pour les relations avec ma femme »*

*« J'accepte moins, on dirait qu'on existe plus »*

➤ A l'inverse, certains patients disent parler avec **facilité** de leur problème avec leur entourage

### Patient 11

*« J'en parle facilement avec mon épouse »*

*« Pourquoi on en parlerait pas ? »*

### Patient 13

*« C'est un sujet qui est facile à aborder pour moi. »*

*« C'est un truc comme un autre. »*

### Patient 14

*« On en parle. Ils savent que je suis suivi pour la prostate »*

➤ D'autres concèdent l'usage de l'**humour** pour parler de l'HBP en famille



#### Patient 4

*« C'est-à-dire qu'on me dise : « tiens, t'y vas souvent, tu as la prostate ? » sur le ton de la plaisanterie »*

#### Patient 5

*« Ah mais ça y est, tu es foutu, tu as la prostate » vous voyez, les gens. »*

#### Patient 7

*« Avec mon beau-frère, j'arrive à en parler sur le ton de la rigolade. »*

### **3.2.3.1.2. Relation avec les amis, les collègues de travail**

- Le sujet n'apparaît pas tabou pour la majorité des patients puisqu'ils partagent souvent un **même vécu** avec leurs amis masculins

#### Patient 9

*« Je m'aperçois que on est beaucoup à ce stade-là. »*

#### Patient 1

*« Il y a un qui a la même chose. Il est toujours vivant. Il a 78 ans (rires). Il est toujours mourant mais il est en forme (rires). Avec lui, on en parle un petit plus, parce que petit à petit avec les années, les gens qui sont partis à la retraite ont comme nous. »*

#### Patient 10

*« Avec les copains ! C'est toujours pareil ! Quand on arrive à un certain âge, on dit  
« Bon, bah j'ai la prostate qui m'embête, un truc comme ça »  
« Lors des repas, quand on a envie, on y va quoi. »*

#### Patient 11

*« Et on en a parlé d'ailleurs parce qu'il a des problèmes de prostate. »*

#### Patient 13

*« Quand on arrive à un certain âge, c'est « et toi, comment ça va ? Et la prostate ? »*

#### Patient 14

*« Surtout un copain fait qui a du se fait opérer il y a pas longtemps avec qui j'en ai pas mal parlé du coup »*

- Les patients ont évoqué malgré tout **une gêne** pour eux ou leurs amis à l'évocation de ces troubles

#### Patient 10

*« C'est marrant que les gens aiment pas parler de ça. »*

- Ils ont mis en avant lors de rencontres amicales la **discrétion** dont ils font preuve

#### Patient 14

*« Quand il faut y aller, j'y vais discrètement, je fais pas signe à tout le monde ».*

#### Patient 2

*« Ça m'arrive des fois, c'est un peu gênant, parce que il faut aller uriner plus souvent qu'il ne faut (il soupire). »*

#### Patient 6

*« Elle me gêne quand je sors, j'ai tendance à aller aux toilettes plus souvent quand je sors voilà. »*

*« Par exemple, on est sorti samedi, il y a des soirs, c'est affreux. »*

- Néanmoins, l'**humour** apparaît encore comme un catalyseur de discussion. De nombreux patients citent des situations où les troubles prostatiques sont un sujet de plaisanterie

#### Patient 14

*« Ouais. Des fois, on en parle, on en rigole même. Ils ont la même chose donc on se comprend, on se charrie ! »*

#### Patient 7

*« Avec les copains, quand on se voit, au golf par exemple, et que il y a un qui va pisser, on rigole. On plaisante, on se moque. »*

#### Patient 8

*« C'était à dire qu'on rit qu'on se fait pipi sur les pieds (il rit) et c'est tout »*

#### Patient 4

*« C'est-à-dire qu'on me dise : « tiens, t'y vas souvent, tu as la prostate ? » sur le ton de la plaisanterie »*

### 3.2.3.1.3. Activités professionnelles

- Les sujets encore actifs interrogés ont reconnu un impact réel dans leur activité professionnelle au quotidien, notamment du fait de la **fréquence des mictions**

#### Patient 12

*« Dans mon boulot, je me retrouvais souvent aux toilettes »*

#### Patient 5

*« Ça commençait à me gêner d'y aller très souvent, parce que dans une journée de 8 heures de travail, je devais arriver à y aller une dizaine de fois. »*

- D'autres notent des situations compliquées à gérer avec la **clientèle**

#### Patient 13

*« Quand on va voir des clients, si on ne peut pas se retenir, c'est ... c'est un peu gênant »*

- De la même manière, la tenue de **réunion** en groupe s'avère parfois problématique

#### Patient 4

*« Quand vous êtes en réunion de travail, vous avez envie de sortir pour aller faire uriner et vous pouvez pas. Vous sortez et vous avez de la difficulté à uriner parce que vous êtes un peu stressé parce que vous êtes en réunion et vous voulez vite revenir. »*

#### Patient 5

*« Et ça me gêne beaucoup dans mon boulot ! »*

#### Patient 7

*« Dans les réunions, je fais attention avant. J'y vais avant. »*

- D'autres patients retraités ont évoqué de **manière fictive** la situation

#### Patient 9

*« Bon là ça va, je suis un plus maître de mon temps mais au boulot, ça aurait été vraiment problématique »*

#### Patient 10

*« Ça a commencé après ma retraite donc c'est vrai que ça m'aurait gêné au boulot mais la situation s'est pas présentée. »*

- Un autre patient qui travaille en extérieur a noté une **solution facile**

#### Patient 14

*« Au boulot, ça va parce que je suis toujours dehors, alors si j'ai envie, c'est facile : je trouve un coin et c'est bon ! »*

#### **3.2.3.2. Vie quotidienne**

- La plupart des patients admet que leur vie quotidienne est relativement **préservée**

#### Patient 14

*« J'essaie de vivre normalement »*

#### Patient 3

*« Ça a pas modifié mon rythme de vie. »*

*« Autrement niveau activité ça m'a jamais, jamais perturbé. »*

#### Patient 4

*« Sinon, ça a rien changé à mes activités sportives ou mes occupations de tous les jours »*

- Certains concèdent néanmoins des **adaptations**, notamment au niveau des **apports hydriques**

#### Patient 10

*« La journée, si je bois un peu de trop, c'est vrai que j'y vais plus. »*

#### Patient 13

*« Dans toutes mes activités, je vais uriner, je sais pas, en plus je bois beaucoup de flotte, je vais uriner sept, huit fois dans la journée »*

#### Patient 2

*« Potentiellement je vais pas boire un grand verre d'eau avant d'aller me coucher. J'évite. »*

- Ou dans la **gestion du stress**

#### Patient 6

*« J'essaye de gérer mon stress qui est intérieur. »*

- Deux de nos patients ont cité une gêne dans leur activité de divertissement, à savoir la **télévision**

#### Patient 12

*« Sauf quand je regarde la télé le soir (il rit) et qu'il faut se lever vite pour aller aux toilettes ! »*

- Un tiers de nos patients ont évoqués les conséquences pour leur **hygiène corporelle** et la nécessité de multiplier les changements de vêtements ou les toilettes

#### Patient 10

*« Après c'est vrai que je fais plus attention, je prends des douches comme je me salis plus souvent avec tout ce qui s'en suit. »*

#### Patient 3

*« Les trois premières gouttes elles sont dans le slip quoi. »*

#### Patient 8

*« En plus, on peut se salir, c'est pas hygiénique ça. Et puis il y a les odeurs si on est pas chez soi. »*

#### Patient 9

*« Un peu parce que je gère, je me débrouille pour caler les toilettes. »*

*« Je vous dis, quel que soit l'endroit, je gère le départ, les toilettes avant de commencer. »*

- Deux patients ont admis un **changement** dans leur mode de vie :

#### Patient 5

*« On voudrait toujours faire les mêmes choses comme avant mais c'est pas possible »*

- Un patient a évoqué de lui-même une **dépendance** à cause de l'HBP

#### Patient 9

*« Ça c'est une gêne dans mon autonomie comme je vous le disais tout à l'heure. Ça crée une certaine dépendance »*

### **3.2.3.3. Conservation de la mobilité**

Les patients n'ont pas mis en avant des difficultés majeures dans leur déplacement au quotidien.

- Ils concèdent néanmoins la multiplication des arrêts dans leur **trajet en voiture**

#### Patient 14

*« L'autre jour, par exemple, j'ai dû aller jusqu'à Macon, et bah, j'ai dû m'arrêter pour pisser »*

#### Patient 6

*« Ca m'arrive des fois de devoir m'arrêter parce que je tiens plus en voiture. »*

#### Patient 8

*« Quand je prends la voiture, les secousses ça me gêne un peu »*

#### Patient 9

*« Toute façon quand je vais assez loin, sur l'autoroute, je gère les aires d'autoroute quoi (il rit). J'attends pas d'être bloqué, généralement sur autoroute toutes les heures à peu près. »*

➤ Par ailleurs, un patient a évoqué ses difficultés **en avion** :

#### Patient 4

*« Et puis, je prenais beaucoup l'avion aussi pour aller en Roumanie, au Portugal parce qu'on avait des sous-traitants là-bas. Effectivement quand vous prenez l'avion pendant deux trois heures et que vous êtes mal installé, que vous pouvez pas vous déplacer et que vous avez envie d'uriner, voilà la gêne. »*

➤ De même, l'utilisation des **transports en commun** s'avère périlleux :

#### Patient 7

*« Eh ben, le bus il a mis une heure, eh eh ben, c'était temps que ça arrive. Quand je suis descendu du bus, il y avait un petit bistro. Je suis rentré dans le bistro pour prendre un café mais d'abord pour aller pisser, ça c'était l'urgence. »*

### **3.2.3.4.      Activité physique**

➤ La moitié des patients constate un **statu quo** quant aux activités physiques

#### Patient 10

*« Je danse comme tout le monde. Je marche. Je fais tout. Je suis pas trop gêné. »*

#### Patient 2

*« Rien. Rien ne change. »*

#### Patient 4

*« Je fais toujours mon tennis, mon sport... »*

#### Patient 8

*« Au jardin par exemple ça va, je suis pas trop gêné »*

- Plusieurs patients interrogés notent néanmoins des **limitations** que ce soit pour la randonnée, le bricolage

#### Patient 10

*« J'ai pissé trois fois pendant la marche. »*

#### Patient 12

*« Ça me gênait beaucoup. Je fais beaucoup de bricolage »*

#### Patient 7

*« Avant, je faisais un golf quatre heures. Des fois je pissais une fois pendant le parcours. Maintenant, c'est plutôt 2-3 fois. Si si vous voulez, c'est un peu pénible. »*

#### Patient 9

*« On se retrouve un peu bloqué. Par exemple, moi, je fais pas mal de randonnée. Etre obligé de s'arrêter des fois toutes les heures ou des trucs comme ça ; dire « bon il faut que je fasse une pause », c'est un peu pénible quoi »*

*« J'ai des interruptions aussi bien dans le bricolage, j'aime bien bricoler, je suis obligé d'aller aux toilettes. »*

*« Les activités physiques, c'est vrai. Ça me gêne pour le bricolage, la rando. Je fais partie d'un club »*

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Discussion des résultats

#### 4.1.1. Physique

##### 4.1.1.1. Intégrité physique

###### 4.1.1.1.1. *Diagnostic*

Les symptômes décrits par les patients de notre étude font partie des **critères diagnostiques cliniques connus** qui ont été récemment revus par le comité des troubles mictionnels de l'homme de l'association française d'urologie [4].

Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) sont séparés en SBAU de la phase mictionnelle (difficulté à démarrer la miction, diminution de la force du jet, interruption du jet, nécessité de pousser, gouttes terminales), SBAU de la phase de remplissage (nycturie, pollakiurie, urgenturie, incontinence par urgenturie), et SBAU de la phase post-mictionnelle (gouttes retardataires, impression de vidange incomplète). Par convention, les SBAU sont dits légers, modérés ou sévères selon que le score IPSS est compris entre 0 et 7, 8 et 19, ou 20 et 35.

On parle d'«HBP clinique » pour un homme ayant des SBAU gênants et chez lequel il existe des arguments cliniques et paracliniques permettant de les relier à une HBP.

Le diagnostic d'HBP est souvent porté sur ces symptômes. Une étude française de 2004 réalisée auprès de 17 953 patients s'est intéressée à l'attitude des médecins généralistes par rapport à ce diagnostic. Les auteurs ont constaté que la plupart des médecins avait déclaré découvrir souvent ou très souvent une HBP à l'issue d'un **interrogatoire systématique des patients (78,9%)**, ou à la suite des plaintes directes des patients (69,0%), et moins fréquemment, à l'issue d'un examen clinique (27,3%). Pour établir leur diagnostic, les médecins ont déclaré avoir presque toujours recours à un interrogatoire des patients (99,3% des médecins y recouraient souvent ou très souvent), et un examen clinique avec toucher rectal (87,4% des médecins y recouraient souvent ou très souvent) [1]

Ces données sont en accord avec une étude réalisée dans le département du Maine et Loire en 2010 auprès de 171 médecins généralistes. Ces derniers utilisent l'interrogatoire, le



toucher rectal et le dosage des PSA dans plus de 90% des cas. En revanche, **le score IPSS n'est utilisée que par 15,2% des praticiens [18].**

Aucun de nos patients n'avait jusqu'alors répondu au questionnaire IPSS, que ce soit auprès de leur médecin généraliste ou de leur urologue. Une des hypothèses de sa faible réalisation déjà évoquée lors de l'étude de 2010 est la **durée de sa réalisation, peu compatible avec le temps de consultation en médecine générale.**

#### **4.1.1.1.2. Traitement**

Les patients expriment des avis différents quant à l'efficacité du traitement médicamenteux et à leur satisfaction.

L'efficacité des traitements dans l'HBP a été fréquemment évaluée. La revue *Prescrire* en 2016 revient sur les éléments de la littérature. Il n'existe pas actuellement de médicament modifiant l'évolution de l'hypertrophie bénigne de prostate. Le traitement de l'HBP vise à **soulager les symptômes et à éviter la survenue ou la récurrence de complications graves.**

Les médicaments ont une efficacité symptomatique modeste dans l'HBP : les alpha-1-bloquant (AB) et les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (AR) sont les mieux évalués. Quand ils sont efficaces, les AB réduisent les symptômes en quelques semaines. Les effets bénéfiques des AR sont perceptibles environ six mois après l'initiation du traitement.

Le choix entre AB et AR, voire leurs associations dépend avant tout de leurs délais d'action différents, de leurs profils d'effets indésirables et des risques d'interactions [19].

**La chirurgie est la meilleure option en cas de complications [19]**

#### **4.1.1.2. Douleur**

La douleur est un élément majeur de la qualité de vie « un état de bien-être physique, psychologique et social », prise en compte par l'OMS. La douleur n'apparaît pas dans le score IPSS bien que l'on puisse retrouver des symptômes probablement douloureux « forcer ou pousser pour commencer à uriner » dans ce score [10].

Dans le cadre de notre étude, les patients ne mettent pas fréquemment en avant cet élément. Néanmoins, la douleur prédomine surtout lors de la réalisation de l'examen clinique et

notamment du toucher rectal. Elle est également évoquée pour la réalisation des examens complémentaires : échographie endo-rectale et réalisation des biopsies prostatiques.

#### **4.1.1.3. Sommeil**

La nycturie, définie comme étant le fait d'avoir au moins deux mictions nocturnes, est un symptôme urinaire commun rapporté par les hommes avec une HBP.

Dans une étude transversale espagnole de 2008 impliquant 502 hommes âgés de 60 ans et plus avec un diagnostic de troubles urinaires du bas appareil urinaire (TUBA) ou HBP, qui ne sont pas encore sous traitement, **83% ont déclaré présenter une nycturie**. Globalement, seulement 24% des hommes avec nycturie étaient satisfait de leur état urinaire contre 73% sans nycturie [20].

Une étude française réalisée en 2009 auprès de 1376 patients a mis en évidence des troubles du sommeil chez des patients présentant des troubles fonctionnels urinaires. Un **lien significatif entre le nombre de nycturie et la sévérité de l'insomnie a été établi** [21].

Une analyse rétrospective monocentrique de 2009 menée aux Pays-Bas a également étudié l'impact de la nycturie par rapport à d'autres symptômes sur la qualité de vie chez 2 611 hommes diagnostiqués avec une HBP. Parmi les symptômes de l'HBP, la nycturie était celui qui avait la plus forte association avec le score IPSS [22].

Une étude réalisée en Suède a enquêté sur l'effet des troubles urinaires du bas appareil urinaire (TUBA) sur la qualité du sommeil. Elle a comparé 239 hommes souffrant d'HBP et 213 hommes dans la population générale (tous âgés de 45-80 ans). **Les hommes avec TUBA avaient une prévalence plus élevée d'insomnie (40%) que la population générale (26%) (P <0,001)** [23].

Les troubles du sommeil ont souvent été mis au premier plan par les patients de notre étude. Or, il est admis qu'une altération du sommeil est source de comorbidités, tels que de

la fatigue et de façon plus générale la qualité de vie, que ce soit celle du patient ou de son partenaire.

#### **4.1.1.4. Sexualité**

Plusieurs études épidémiologiques réalisées sur de larges échantillons de population générale ont rapporté une **corrélation significative entre dysfonction érectile et les symptômes du bas appareil urinaire en rapport avec l'HBP**, variant de 30 à 70% en fonction des études [13].

Une étude espagnole de 2012 portant sur 1541 patients montre, selon les auteurs, une détérioration plus importante de la fonction sexuelle chez les patients présentant des symptômes urinaires en rapport avec l'HBP [14].

Une revue de la littérature effectuée par le Professeur Droupy du CHU de Nîmes en 2014 revient sur les hypothèses actuelles du lien physiopathologique supposé entre HBP et dysfonction érectile.

Les deux troubles retrouvent des facteurs étiologiques communs : « des modifications de la relaxation musculaire lisse (l'altération de la voie du Nitric Oxide-cycli Guanosine Monophosphate, la surexpression du signal RhoA-Rho-Kinase), des modifications de la vascularisation pelvienne fonctionnelle (l'hyperactivité du système nerveux autonome sympathique) et morphologique (l'athérosclérose pelvienne) [16].

Récemment, l'**utilisation du Tadalafil 5mg** à doses quotidiennes a fait ses preuves dans les troubles urinaires du bas appareil en lien avec une HBP symptomatique modérée ou sévère. Plusieurs études ont montré une amélioration significative du score IPSS sous Tadalafil 5mg quotidien versus placebo. Il existe des précautions d'emploi lors de leur association avec certains inhibiteurs du cytochrome P 450 (3A4) et certains alpha- bloquants (doxazosine, térazosine). De manière générale, il ne doit pas être administré chez les hommes atteints de maladie cardiaque et traités par dérivés nitrés ou donneurs de monoxyde d'azote (NO) et pour qui l'activité sexuelle est déconseillée [24].

Ce médicament fréquemment utilisé pour les troubles de l'érection doit donc être prescrit en tenant compte des interactions et des effets indésirables graves qu'il peut engendrer [19].

A l'inverse, certains des patients de notre étude ont évoqué le possible **lien entre la prise de leur traitement médical pour l'HBP et l'apparition de troubles sexuels**. La revue *Prescrire* en 2014 revient sur ces effets indésirables bien connus de la littérature que ce soit pour les AB ou les AR [5].

#### 4.1.2. Psychologique

##### 4.1.2.1. Anxiété/douleur morale

Les patients de notre étude souffrent de cette gêne et on peut imaginer que leur partenaire aussi. En 2000, une étude grecque portant sur un échantillon de 50 couples a montré que 34 des partenaires se déclaraient moralement « affectés » par les troubles de leur conjoint [24].

Une étude observationnelle de 2012 auprès de 1 098 patients réalisée par des médecins généralistes français a mis en évidence une **corrélation entre sévérité des troubles du bas appareil urinaire et anxiété/dépression** : 27% des patients peu symptomatiques présentaient des troubles anxieux ou dépressifs, 43% pour les patients avec des troubles modérés, 52% pour les patients très symptomatiques [6].

Une étude prospective américaine incluant 547 hommes de plus de 40 ans a montré la relation bidirectionnelle entre troubles du bas appareil urinaire (TUBA) et dépression. **La perception des TUBA est accrue par la dépression sous-jacente**. Ainsi, des troubles modérés à sévères sont rapportés chez 79% des patients dépressifs contre 57% des hommes non dépressifs [25].

##### 4.1.2.2. Contraintes liées au traitement

En 2012, Lacoïn et son équipe ont mené une étude observationnelle en France auprès d'un échantillon de médecins généralistes ayant inclus des patients pour lesquels un traitement de l'HBP était prescrit. Au total, 1068 patients ont été inclus par 247 médecins généralistes. Parmi les patients, 82,7% étaient traités par monothérapie. Le choix du traitement reposait principalement sur son efficacité, l'avis du patient n'était pris en compte dans ce choix que par 5% des médecins généralistes.

Le **niveau d'observance était faible à 31,2%** des patients avec une tendance à une surestimation de l'observance par les médecins généralistes. Selon les auteurs, l'explication de cette mauvaise observance peut être liée à différents éléments : efficacité partielle du traitement, défaut d'éducation thérapeutique, difficulté pour le patient de percevoir rapidement le bénéfice thérapeutique face à la fluctuation des symptômes ressentis [11].

Une étude de population globale réalisée en 2013 par une équipe parisienne, à partir des données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie entre 2004 et 2008 a permis d'étudier la gestion des troubles urinaires en rapport avec l'HBP par les médecins français.

Dans l'ensemble, 2 620 269 patients ont été traités dans les 5 ans avec des variations géographiques importantes. Le **traitement médical a été interrompu pour environ 16% des patients**. Les alpha1-bloquants ont été prescrits le plus souvent, mais étonnamment la phytothérapie représentait 27% de tous les monothérapies et 54% de toutes les thérapies combinées. Les **médecins généralistes et les urologues** (92% et 3,7% de l'ensemble des prescripteurs, respectivement) ont présenté un **profil de prescription similaire**. Dans 95,4% des cas, le traitement initial est médicamenteux consistant principalement en monothérapie utilisant a1-bloquants (60,3%), la phytothérapie (31,8%), ou 5-ARI (7,9%). [26].

De même, une étude italienne rétrospective basée sur les données des ordonnances de sortie de l'hôpital a été menée sur un total de 1,5 million d'hommes italiens. Les données de patients de plus de 40 ans prenant un traitement pour l'HBP ont été analysés : les alpha-bloquants administrés (AB) et les inhibiteurs de 5-alpha-réductase (5ARIs), seuls ou en combinaison (CT). Les patients après 6 mois de traitement avaient une **observance globale de 29% à 6 mois** (en monothérapie AB 35%, monothérapie 5ARI 18%, CT 9%). L'adhésion des patients a progressivement diminué à 15%, 8% et 3% pour AB, 5ARI et CT, respectivement à la cinquième année de suivi.

L'adhésion au traitement pharmacologique de l'HBP est faible et varie en fonction de la classe de médicaments [33].

On constate donc **dans la pratique réelle une prise non continue des traitements ou leur arrêt**. Ces données sont en adhésion avec les résultats de notre étude où plusieurs de nos patients ont arrêté leur traitement. Interroger les patients sur les motifs de ces arrêts prématurés permettrait peut-être de les aider à une meilleure observance dans le temps.

#### 4.1.2.3.      **Anxiété liée au cancer**

La peur du cancer de la prostate est un thème récurrent des entretiens que nous avons menés.

Ces données sont en adéquation avec le travail d'une équipe française de 2004 qui s'est intéressée à l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de l'HBP auprès de 17 953 patients. La question du **risque de cancer** est un des thèmes les plus évoqués lors des consultations en rapport avec l'HBP : 59% des cas [1].

De même, Mitropoulos et son équipe ont montré que ce sujet est aussi une **source d'inquiétude pour le conjoint des patients** (62% l'ont évoqué spontanément comme une de leur source d'inquiétude) [24].

Ces données rejoignent les recommandations de l'Agence Française d'Urologie de 2012, « des explications claires sur l'HBP, **son caractère bénin**, son faible risque de complication doivent être données au patient car elles permettent une amélioration significative des SBAU. » [4].

De la même manière, l'association européenne d'urologie en 2015, insiste sur **l'importance de la « réassurance »** des patients dans la gestion de l'HBP, c'est-à-dire expliquer que « le cancer (de la prostate) n'est pas la cause de leurs symptômes urinaires » [28].

#### 4.1.2.4.      **Anxiété liée à la chirurgie**

Une étude française de 2003 réalisée par une équipe d'urologues de l'Hôpital Cochin à Paris et de médecins généralistes a mis en évidence que « l'appréhension de l'intervention chirurgicale » est un **motif de non-consultation** fréquent, évoqué par 47.7% des patients qui n'avaient pas consulté leur médecins jusqu'alors malgré des problèmes mictionnels déjà présents [2].

Cette inquiétude est partagée par les conjoints des patients. Une étude grecque de 2002 réalisée auprès de 50 couples dont l'homme présente une HBP, montre que 82% des conjoints étaient **anxieux à l'idée d'une éventuelle chirurgie** [24].

Cette appréhension de la chirurgie provient chez les patients de notre étude de causes multiples : expérience antérieure douloureuse subie par eux-mêmes ou d'autres, représentations négatives du geste opératoire.

#### **4.1.2.5. Vision de l'avenir**

Une étude française de 1997 auprès de 10 028 patients âgés de plus de 50 ans atteints de troubles prostatiques a mis en évidence que **61% des patients seraient gênés s'ils vivaient le reste de leur vie** avec cette manière d'uriner [17].

La place du médecin traitant est prépondérante dans l'HBP. En France, la prise en charge de l'HBP relève principalement des **médecins généralistes** qui prescrivent environ 80% des traitements médicamenteux [9].

Le suivi actuel est bien codifié : les patients ayant une HBP symptomatique traitée ou non doivent être revus à 12 mois, ou plus tôt en cas d'aggravation ou pour évaluer l'indication d'une modification du traitement [3].

Les décisions thérapeutiques à propos du traitement durant le suivi médical sont probablement influencées par l'expérience des médecins et les attentes des patients [29].

En cela, le fait de **rediscuter des attentes des patients** dans l'HBP apparaît comme un élément majeur du suivi. La **relation centrée patient** doit être cœur de la pratique du médecin généraliste. Les attentes des patients doivent être prises en compte et non le seul avis du médecin. Une **décision partagée**, réfléchie, doit être au cœur de la pratique des médecins généralistes.



### 4.1.3. Social

#### 4.1.3.1. Relation avec les autres

##### 4.1.3.1.1. Famille

Une étude anglaise de 2001 s'est intéressée aux conséquences des troubles prostatiques sur **la vie sociale des épouses** de 215 patients prostatiques. De nombreux domaines de leur vie quotidienne sont affectés par les problèmes de prostate. Cette étude réalisée sous la forme d'entretiens téléphoniques a permis de mettre en évidence ces éléments.

28% des épouses ont signalé des troubles du sommeil en rapport avec les problèmes de leur conjoint. De nombreux domaines de la vie quotidienne sont perturbés : 17% n'effectuent plus de longs trajets en voiture, 10% veillent à ce que des toilettes soient facilement trouvables dans les lieux visités, 8% ne vont plus au cinéma ou au théâtre, 16% ont signalé des rapports dégradés avec les amis et même 10% estiment que les troubles en rapport avec la prostate sont « la source » de leur problème de couple [30].

De même, une étude grecque de 2002 menée auprès de 50 conjoints de « patients prostatiques » a montré les **conséquences suivantes sur la vie des conjoints des patients prostatiques**: troubles du sommeil (28%); perturbation de la vie sociale (30%) incapacité à prendre en charge les tâches essentielles à l'extérieur et l'intérieur de sa maison (8%); fardeau psychologique (66%) vie sexuelle inadéquate (48%); peur du cancer de la prostate (62%); et la crainte d'une intervention chirurgicale (82%) [24].

On comprend donc l'impact que peut avoir l'HBP sur la vie sociale et conjugale des patients. Ce sujet reste difficile à aborder comme l'a montré une étude française de 2003 puisque **la « pudeur » était un motif de non-consultation** évoquée par les patients dans près d'un tiers des cas [2].

Cette notion de pudeur a été retrouvée chez de nombreux patients de notre étude et constitue un **frein majeur au diagnostic** de l'HBP et participe probablement au retard dans la prise en charge dans cette pathologie.

#### **4.1.3.1.2. Amis**

Une étude épidémiologique de 1997 auprès de 2143 médecins généralistes français portant sur 10 028 patients âgés de plus de 50 ans présentant des troubles prostatiques s'est intéressée en particulier à cet aspect social.

61,5% des patients n'avaient **pas d'activité sociale**. Cette absence ne peut être uniquement rapportée à l'âge et aux troubles prostatiques mais ces derniers y contribuent de manière importante. 37% des patients qui ont réduit ou supprimé leurs sorties et/ou qui ont réduit ou supprimé leurs voyages et 22% qui déclarent avoir des problèmes relationnels l'ont fait **en raison de leur existence des troubles prostatiques** [17].

Shvartzman et son équipe ont montré que des hommes de plus de 50 ans porteurs d'une HBP étaient gênés dans près de 13% des cas dans leurs **relations sociales** [30].

Dans notre étude, les patients ont parfois exprimé une limitation de leur activité sociale ou en tout cas une modification de leur comportement en société du fait de leurs troubles mictionnels.

#### **4.1.3.1.3. Travail**

La même étude de 1997 a montré que 31% des patients de l'échantillon estiment que leurs troubles prostatiques **nuisent à leur vie professionnelle** en provoquant une gêne dans le travail et 20% les ressentent comme une gêne dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues [17].

Les patients de notre étude ont évoqué aussi des conséquences de l'HBP dans leur activité professionnelle : réunion, nécessité de quitter son poste de travail, contact avec la clientèle.

L'impact de l'HBP dans l'activité professionnelle des patients doit être pris en compte. Du fait de l'allongement du départ à la retraite, des patients de plus en plus symptomatiques vont être amenés à travailler. Cet élément ne doit pas être négligé.

#### 4.1.3.2. Activités physiques

Quelle que soit l'activité physique (bricolage, golf, randonnée...), la gêne fonctionnelle est bien présente. Cet élément nouveau présent dans notre étude paraît fondamental puisque l'HBP affecte des hommes encore actifs.

Une étude américaine de 2015 a mis en évidence les **bienfaits de l'activité physique sur la survenue des symptômes de l'HBP** [31]. En revanche, aucune étude n'a fait le lien entre sévérité de l'HBP et diminution des activités physiques.

#### 4.1.3.3. Mobilité

Les patients ont évoqué de nombreuses situations dans leurs **déplacements** face auxquelles ils avaient rencontré des **difficultés** : voiture, avion, transport en commun.

En voiture, l'adaptation apparaît moins difficile que lors d'autres déplacements où les patients restent tributaires des autres (transport en commun, avion) et ne peuvent adapter les périodes d'arrêt en fonction de leur besoin.

Nous n'avons pas identifié dans la littérature des données relatives à ces impacts sur la qualité de vie. Les questionnaires habituellement utilisés sont standardisés et n'ont probablement pas permis de mettre en évidence ces éléments particuliers. La mobilité est pourtant un élément central dans nos sociétés.

#### 4.1.3.4. Vie quotidienne

C'est un **élément nouveau qui a été mis en évidence dans notre travail**. Les patients sont handicapés dans de nombreux domaines : soins corporels, habillement, toilettes à répétition.

Aucun élément d'évaluation actuel en dehors des grilles d'évaluation de l'autonomie utilisées en gériatrie, IADL par exemple, ne prend en compte ce champ de la qualité de vie du patient pourtant essentiel.

Nous avons identifié dans la littérature une étude anglaise de 2009 qui a eu pour objectif d'évaluer l'effet d'un **programme d'autogestion** sur le comportement mictionnel des patients. En tout, 140 hommes avec troubles du bas appareil urinaire ont été recrutés et randomisés pour assister à une formation par des urologues pour gérer leurs troubles

mictionnels. Ces patients ont donc assisté à des séances en petits groupes (cinq à huit hommes) au cours de laquelle ils ont :

- appris diverses stratégies pour surmonter les troubles mictionnels (gestion des apports de liquides dans la journée, éviter l'alcool et le café, lutte contre la constipation, techniques de réentraînement de la vessie et de miction en deux temps)
- bénéficié d'une éducation sur l'HBP et d'une réassurance sur le caractère bénin de cette maladie
- bénéficié d'un ajustement des autres traitements notamment diurétiques

La participation à ce programme a significativement amélioré les symptômes urinaires en termes de fréquence et notamment de nycturie lors des contrôles à distance (3 mois et 6 mois) [21].

On note ici l'importance d'une information claire donnée au patient sur cette pathologie et sur **l'importance de techniques adaptatives**. Ceci apparaît comme une vraie piste dans l'aide à la prise en charge de ces patients.

## 4.2. Limites et forces de l'étude

### 4.2.1. La place de l'enquêteur sur le sujet de l'étude

Il s'agit d'un sujet de recherche en médecine générale. En effet, les demandes de prise en charge de troubles du bas appareil urinaire sont des motifs fréquents de consultation dans cette discipline. Ce sujet est d'actualité avec le vieillissement de la population.

Au cours de ses stages d'internat, l'enquêteur a appris à interroger les patients à ce sujet et a constaté que cela était un motif récurrent de consultation.

Ce travail a permis à l'enquêteur d'améliorer sa pratique quotidienne, en matière de prise en charge de l'HBP mais aussi dans la relation médecin-patient.

Afin d'évaluer les forces et faiblesses de cette étude, la grille de Côté-Turgeon a été utilisée (annexe 4). Il s'agit d'une grille de lecture critique d'article réalisée pour évaluer la qualité et la pertinence des études qualitatives.

#### **4.2.2. Les forces de l'étude**

L'étude de données qualitatives a été perçue comme étant la meilleure approche pour répondre à l'objectif, permettant de décrire le ressenti des patients concernant les thèmes abordés. Aucune étude n'étudiant l'impact de l'HBP sur la qualité de vie des patients : c'est donc un travail original qui apporte des données nouvelles.

Les entretiens effectués ont permis d'obtenir une richesse dans les réponses, que nous avons jugé suffisante, mais probablement pas d'obtenir une saturation des occurrences, en tout cas sur un plan éthique. La triangulation des données a permis d'affiner les thématiques évoquées par les patients.

Les thématiques retrouvées sont cohérentes et comparables à d'autres études de la littérature ce qui permet d'en conforter la pertinence.

L'enquêteur n'était pas le médecin traitant des patients. Celui-ci était absent des entretiens afin de laisser aux patients une plus grande liberté d'expression.

Les patients ont été recrutés par sept médecins différents afin de s'adresser à des patients ayant eu accès à des pratiques d'exercice différentes permettant d'enrichir et d'élargir leurs réponses.

L'échantillon de patients n'a pas été choisi au hasard. Il a été choisi de façon réfléchi et raisonné afin d'être le plus exhaustif possible.

Les propos ont été initialement enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour être intégralement retranscrits sans risque d'oubli ou modification de l'enquêteur. L'aspect non verbal (rires, silence..) a aussi été noté.

Concernant les aspects éthiques, le consentement éclairé et la confidentialité des données ont été respectés, une déclaration simplifiée a été effectuée auprès de la CNIL.

#### **4.2.3. Les faiblesses de l'étude**

Concernant le recrutement :

L'échantillon de patients a été limité géographiquement ce qui a pu empêcher l'émergence de certaines données. Il a été choisi par l'enquêteur pour des raisons de proximité géographique (secteur Nord Isère).

Concernant la façon dont ont été menés les entretiens :

Les entretiens se sont déroulés avec un seul enquêteur. L'enquêteur était l'auteur de cette thèse et était peu expérimenté au départ à ce type d'entretien. Les entretiens ont pu être trop directifs, obtenant des réponses qui ont peut-être manqué de spontanéité.

Concernant l'analyse des entretiens :

Les résultats n'ont pas été communiqués aux patients interviewés qui auraient pu les critiquer. L'enquêteur a pu mal interpréter certains propos.

L'ensemble de ces biais ont eu un impact limité sur nos résultats.

## 5. CONCLUSIONS

En France, deux millions d'hommes consultent chaque année leur médecin généraliste pour des troubles urinaires. Près d'un million de patients est traité chaque année pour une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique. Le traitement chirurgical est nécessaire pour environ un homme sur dix (70 000 hommes opérés par an) et représente le deuxième geste opératoire après l'intervention de la cataracte.

Le médecin généraliste est au premier plan de la prise en charge de ces patients puisqu'il a un rôle prépondérant dans le diagnostic et dans l'initiation du traitement, ainsi que de son suivi. Aider le patient pour un médecin généraliste, c'est veiller à ce que le patient mène une vie la plus conforme à ses attentes et à sa qualité de vie comme le préconise l'OMS. Les recommandations actuelles sur l'HBP rappellent l'importance de la réévaluation de la qualité de vie du patient pour son suivi. Il est nécessaire de reconnaître et savoir rechercher les éléments de qualité de vie qui sont altérés par l'HBP.

Nous avons cherché à identifier les domaines de la qualité de vie impactés par l'HBP.

Notre travail a permis de mettre en évidence une altération de la qualité de vie en rapport avec le bien-être physique, élément déjà bien décrit dans la littérature : sexualité, troubles urinaires, troubles du sommeil.

D'autres éléments en rapport avec le bien-être psychologique des patients ont pu être identifiés : anxiété liée au cancer et à la chirurgie, contraintes en rapport avec le traitement.

Des éléments nouveaux concernant le bien-être social des patients ont été distingués : relation avec les autres, altération de la vie quotidienne, mobilité, activités physiques, activité professionnelle.

Notre étude confirme la complexité de la prise en charge de l'HBP en médecine générale. Il apparaît au vu de nos résultats que l'HBP ne doit pas être négligée dans le cadre du suivi des hommes en soins premiers. Les conséquences sur la vie des patients de cette pathologie « bénigne » touchent l'ensemble des domaines de qualité de vie des patients. Le

retentissement social et psychologique doit être pris en compte par les médecins généralistes lors du suivi de ces patients.

Le score IPSS, qui n'aborde pas comme nous avons pu le montrer l'ensemble des retentissements de l'HBP sur la vie des patients, reste peu utilisé par les médecins généralistes. A ce titre, la réalisation d'un auto-questionnaire patient centré sur la qualité de vie, éventuellement mis à leur disposition en salle d'attente, pourrait être une piste intéressante à évaluer par un travail ultérieur.

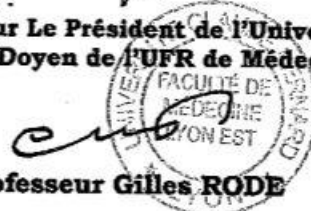
**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*

*Signature* **P. YVES ZERBIS**



**Vu :**

**Pour Le Président de l'Université**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



**Professeur Gilles RODE**

**Vu et permis d'imprimer**  
**Lyon, le**

**13 FEV. 2017**



## 6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Costa P, Ben Naoum K, Boukaram M, Wagner L, Louis JF. Hyperplasie bénigne de prostate (HBP) : prévalence en médecine générale et attitude pratique des médecins généralistes français. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17 953 patients. Prog Urol. 2004;14:33-9.
- [2] Flam T, Montauban V. Dépistage de l'hypertrophie bénigne de prostate clinique en médecine générale : enquête sur 18 450 hommes. Prog Urol. 2003;13:416-24.
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de prostate. Mars 2003.
- [4] Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillet O, et al. Bilan initial et suivi de l'hyperplasie bénigne de prostate : revue de littérature du CTMH de l'AFU. Prog Urol. 2012;22:1-6.
- [5] La revue Prescrire, Patients gênés par une hypertrophie bénigne de prostate. La revue Prescrire. décembre 2014;34,573 – 577.
- [6] Fourcade R-O, Lacoïn F, Rouprêt M, Slama A, Le Fur C, Michel E, Sitbon A, Cotté F-E. Outcomes and general health related quality of life among patients medically treated in general daily practice for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. World J Urol. 2012;30:419-426.
- [7] Wolters R, Wensing M, Klomp M, Van Weel C, Grol R. Shared care and the management of lower urinary tract symptoms. BJU international. 2004;94,1287–1290.
- [8] Hong SJ, Rayford W, Valiquette L, Emberton M. The importance of patient perception in the clinical assessment of benign prostatic hyperplasia and its management. BJU international. 2005;95:15-9.
- [9] Lukacs B. Management of symptomatic BPH in France : who is treated and how ? Eur Urol. 1999;36(Suppl.3):14-20.
- [10] Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS, 1999:25p en ligne : [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)

- [11] Lacoïn F, Fourcade R, Rouprêt M, Slama A, Le Fur C, Michel E, Sitbon A, Cotté FE. Perceptions de l'hypertrophie bénigne de prostate par le patient et le médecin généraliste – étude Trophée. *Prog Urol*. 2013;23,50-57.
- [12] Chartier-Kastler E, Leger D, Montauban V, Comet D, Haab F. Etude observationnelle nationale de l'impact de la nycturie sur le sommeil des patients porteurs d'une hyperplasie bénigne de la prostate. *Prog Urol*. 2009;19,333-340.
- [13] Roupret M, Seisen T, De La Taille A, Desgrandchamps F. Troubles sexuels associés aux maladies de la prostate. *Prog Urol*. 2012;22:S14-S20, suppl 1.
- [14] Castro-Diaz D, Diaz-Cuervo H, Perez M. Benign prostatic hyperplasia and its treatment : impact on quality of life and sexual function. *Actas Urol Esp*. 2013;37:233-41.
- [15] Richard F, Lukacs B, Jardin A, Lanson Y, Chevret-Measson M, Grange J-C, Navratil H. Résultats d'une enquête épidémiologique menée chez des hommes âgés de 50 à 80 ans étudiant troubles mictionnels, qualité de vie et fonction sexuelle. *Prog Urol*. 2001,11,250-263.
- [16] Droupy S, Benign prostatic hyperplasia. *Sexologies*. 2014;23:78-84.
- [17] Coulange C, Allaert F-A, Toran-Padovanni M. Répercussions de l'hypertrophie bénigne de la prostate sur le confort de vie des patients. *Prog Urol*. 1997 ;7:63-68.
- [18] Bigot P et al, Evaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'HBP. *Prog Urol*. 2010 ;20:65-70.
- [19] La revue Prescrire, Hypertrophie bénigne de prostate. La revue Prescrire, février 2016, Actualisation.
- [20] Hernández C, Estivill E, Prieto M, Badia X. Nocturia in Spanish patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH). *Curr Med Res Opin*. 2008;24:1033–1038.
- [21] Tet L.Yap, Christian Brown, David A.cromwell, The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. *BJU International*. 2009;104: 1104-1108.
- [22] van Dijk MM, Wijkstra H, Debruyne FM, De La Rosette JJ, Michel MC. The role of nocturia in the quality of life of men with lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2009; 105:1141–1146.
- [23] Marklund H, Spangberg A, Edell-Gustafsson U. Sleep and health-related quality of life in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction

compared to the general population and patients with inguinal hernia. *Scand J Urol Nephrol*. 2010;44:304–14.

[24] Cuzin B, Le couple face aux difficultés sexuelles liés aux troubles urinaires. *Sexologies*. 2014;23:33-40.

[24] Mitropoulos et al, Symptomatic Benign Prostate Hyperplasia : Impact on Partners quality of life. *European Urology*. 2002;41:240-245.

[25] Major Depression drives severity of American Urological association Symptom Index. *J Urol*. 2010;76(6):1317-1322.

[26] Lukacs B, Cornu JN, Aout M, Management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia in real-life practice in France : a comprehensive population study. *European Urology*. 2013;64:493-501.

[27] Cindolo et al, Patient's adherence on pharmacological therapy for benign prostatic hyperplasia (BPH)-associated lower urinary tract symptoms (LUTS) is different : is combination therapy better than monotherapy ? *BMC Urology*. 2015;15-96.

[28] Gravas S, Bach T, Bachmann A, Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl Benign Prostatic Obstruction (BPO). *European Association of Urology*. 2015.

[29] Emberton M. et al, Medical treatment of benign prostatic hyperplasia : physician and patient preferences and satisfaction. *The international journal of clinical practice*. 2010;64:10, 1425-1435.

[30] Shvartzman P, Borkan JM, Stolar L et al, Second-hand prostatism : effects of prostatic symptoms on spouses' quality of life, daily routines and family relationships. *Family Practice*. 2001;18:610-613.

[31] Wolin K, Robert L, Grubb III et al, Physical Activity and Benign Prostatic Hyperplasia-Related Outcomes and Nocturia. *Med Sci Sports Exerc*. 2015;47:581-592.

## **7. ANNEXES**

### **7.1. ANNEXE 1 : Consentement**

Je soussigné M.

Nom :

Prénom :

Atteste avoir reçu une information orale et écrite sur les modalités de ma participation à cette étude.

J'autorise la publication de mon interview dans le respect de l'anonymat.

Seuls mon médecin et l'enquêteur auront connaissance de mon identité.

Par la présente, je donne ainsi mon consentement éclairé.

Date :

Lieu :

Signature :

## 7.2. ANNEXE 2 : Guide d'entretien

### Généralités : **Que savez-vous sur l'HBP ?**

Comment en aviez-vous entendu parler ?

Qu'est-ce qui vous inquiète concernant l'HBP ?

Comment en avez-vous discuté avec votre généraliste ?

### Symptômes : **Comment êtes-vous gêné par rapport à votre problème de prostate ?**

Quelles sont les symptômes que vous attribueriez à cette maladie ?

Qu'est-ce qui vous handicape le plus avec ce problème de prostate ?

### Traitement : **Comment le traitement mis en place vous a-t-il aidé ? Pourquoi ?**

Quelle place voyez-vous aujourd'hui pour les médicaments ?

### Vie quotidienne : **Comment vos activités de tous les jours sont-elles perturbées par vos problèmes de prostate ?**

Quelle gêne ressentez-vous par rapport à votre autonomie dans la vie de tous les jours ?

Qu'est-ce qui change depuis que vous avez ces problèmes ?

Comment êtes-vous gêné dans votre activité physique à cause de ces problèmes ?

Votre activité professionnelle ?

Vos déplacements (voiture, train...) ?

Quels sont les choses que vous ne faites plus ou pas à cause de ces problèmes ?

### Sommeil : **Comment se déroulent vos nuits ?**

Comment vos problèmes de prostate vous gênent la nuit ?

### Psychologie : **Comment ces difficultés interfèrent-ils par rapport à votre moral ?**

Comment vous sentiez-vous ces dernières semaines ?

Comment personnellement acceptez-vous ces problèmes de prostate ?

Dans quels domaines avez-vous l'impression d'être moins investi ?

### Vie familiale et sociale : **Quel retentissement ces problèmes ont-ils dans votre vie familiale ? Avec vos amis ? Avec vos collègues de travail ?**

Comment abordez-vous ces problèmes avec votre entourage ?

Quelles sont les problèmes liés à votre prostate dont vous parlez et ceux dont vous ne parlez pas?

Comment aborder vous le sujet avec vos amis?

Etes-vous gêné lors repas ou de rencontres avec des amis?

Dans votre travail, quels sont les situations où vous avez pu être gêné?

Sexualité : **Comment êtes-vous gêné par rapport à votre sexualité ?**

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans vos rapports sexuels et que vous pensez être en lien avec vos problèmes de prostate ?

Avenir : **Comment envisagez-vous la suite de votre prise en charge?**

Chirurgie : **Quelle place voyez-vous pour la chirurgie?**

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

### 7.3. ANNEXE 3 : Score IPSS

Nom : ..... Prénom : ..... Date : .....

| IPSS : International Prostate Score Symptom                                                                                                                                                   |        |                      |                      |                      |                      |                  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                               | Jamais | Environ 1 fois sur 5 | Environ 1 fois sur 3 | Environ 1 fois sur 2 | Environ 2 fois sur 3 | Presque toujours |                          |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?                                                 | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?                                                                    | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?                               | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?                                               | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?                                                                      | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?                                                                                      | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                               | Jamais | 1 fois               | 2 fois               | 3 fois               | 4 fois               | 5 fois           |                          |
| Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ? | 0      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>0 - 7 = léger</li> <li>8 - 19 = modéré</li> <li>20 - 35 = sévère</li> </ul>                                                                            |        |                      |                      |                      |                      |                  |                          |
| Total = IPSS :                                                                                                                                                                                |        |                      |                      |                      |                      |                  |                          |

| Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires                                               |                |           |                  |                                   |               |        |             |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|------------------|-----------------------------------|---------------|--------|-------------|--------------------------|
|                                                                                                            | Très satisfait | Satisfait | Plutôt satisfait | Partagé (ni satisfait, ni ennuyé) | Plutôt ennuyé | Ennuyé | Très ennuyé |                          |
| Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez : | 0              | 1         | 2                | 3                                 | 4             | 5      | 6           | <input type="checkbox"/> |

Source : <http://urofrance.org/fileadmin/medias/scores/score-IPSS.pdf>

## 7.4. ANNEXE 4 : Grille de Côté-Turgeon

| <b>Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)</b>                                                                      |     |   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-----|
|                                                                                                                                                                                           | Oui | ± | Non |
| <b>L'introduction</b>                                                                                                                                                                     |     |   |     |
| 1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.                                                                                                 | -   | - | -   |
| 2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins). | -   | - | -   |
| <b>Les méthodes</b>                                                                                                                                                                       |     |   |     |
| 3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).                                                          | -   | - | -   |
| 4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).                                                                     | -   | - | -   |
| 5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).                                                                                                    | -   | - | -   |
| 6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).                                                                     | -   | - | -   |
| 7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).                                                                                         | -   | - | -   |
| <b>Les résultats</b>                                                                                                                                                                      |     |   |     |
| 8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.                                                                                                                               | -   | - | -   |
| 9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.                                                                                                                               | -   | - | -   |
| <b>La discussion</b>                                                                                                                                                                      |     |   |     |
| 10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices                                                                                                                   | -   | - | -   |
| 11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).                                                                                                                        | -   | - | -   |
| <b>La conclusion</b>                                                                                                                                                                      |     |   |     |
| 12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.                                                                                             | -   | - | -   |

Source : Côté L, Turgeon J. Grille de lecture d'un article de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002;3:81-90. <http://www.pedagogie-medecine.org/articles/pmed/pdf/2002/02/pmed20023p81.pdf>



**COTTAZ Vincent**

**Hypertrophie bénigne de prostate et qualité de vie. Quid de la qualité de vie du « patient prostatique » ? Etude qualitative auprès de 15 patients réalisée dans le Nord-Isère en 2016.**

**Nb f.71, ill.1, tabl.1 Th.Méd : Lyon 2017 ; n°54**

**Introduction.** L'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) est une des affections les plus fréquentes chez l'homme âgé de 50 ans et plus. Le suivi et l'ajustement des traitements nécessitent la réévaluation régulière du retentissement des troubles et de la qualité de vie du patient. Les domaines de qualité de vie impactés par l'HBP restent encore méconnus.

**Objectif principal.** Identifier les domaines de la qualité de vie des patients impactés par l'HBP

**Matériel et méthodes.** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients recrutés par 7 médecins généralistes

**Résultats et discussion.** Notre travail a permis de mettre en évidence une altération de la qualité de vie en rapport avec le bien-être physique, élément déjà bien décrit dans la littérature : sexualité, troubles urinaires, troubles du sommeil, douleur. D'autres éléments en rapport avec le bien-être psychologique ont pu être identifiés : anxiété liée au cancer, à la chirurgie, contraintes en rapport avec le traitement. Des éléments nouveaux concernant le bien-être social ont été distingués : perturbations des relations sociales, altération de la vie quotidienne, mobilité, activités physiques, activité professionnelle.

**Conclusions.** L'HBP ne doit pas être négligée dans le cadre du suivi des hommes en soins premiers. L'ensemble des domaines de la qualité de vie des patients est touché. Le retentissement social et psychologique doit être pris en compte par les médecins généralistes lors du suivi de ces patients.

### **MOTS CLÉS**

-HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE PROSTATE  
-QUALITÉ DE VIE  
-SEXUALITÉ  
-MÉDECINE GÉNÉRALE

### **JURY**

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB  
Membres : Monsieur le Professeur Marc COLOMBEL  
Monsieur le Professeur Xavier LAINÉ  
Madame le Docteur Marie-Hélène GRAS-GONIN

### **DATE DE SOUTENANCE**

Mardi 11 avril 2017

### **ADRESSE DE L'AUTEUR**

vincent.cottaz@gmail.com  
37 rue Bataille  
69008 LYON