



HAL
open science

Élaboration d'un consensus par méthode Delphi d'un protocole de diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique

Leslie Blum

► **To cite this version:**

Leslie Blum. Élaboration d'un consensus par méthode Delphi d'un protocole de diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03451971

HAL Id: dumas-03451971

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03451971v1>

Submitted on 26 Nov 2021

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

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

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

**ELABORATION D'UN CONSENSUS PAR METHODE DELPHI D'UN PROTOCOLE DE DIAGNOSTIC
PRECOCE DU CANCER DE LA PROSTATE CHEZ LE PATIENT ASYMPTOMATIQUE**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Par BLUM Leslie

Née le 10 décembre 1989

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2021

Membres du jury

Président du Jury

Monsieur le Professeur David DARMON

Asseseurs

Monsieur le Professeur Jean-Michel HANNOUN-LEVI

Monsieur le Docteur Matthieu DURAND

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Renaud FERRIER



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur DARMON David, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de mes considérations les plus respectueuses.

A Monsieur le Professeur HANNOUN-LEVI Jean Michel, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur DURAND Matthieu, je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur FERRIER Renaud, merci infiniment pour ta présence, tes conseils, ton enseignement et ta confiance. Merci d'avoir eu l'ambition de ce travail que je n'aurai sûrement pas eu toute seule, et pour ton aide sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A ma famille,

A mes parents, mon premier soutien depuis toujours, merci d'avoir été à mes côtés dans les bons comme les mauvais moments au cours de ces années difficiles. Merci pour ce que vous avez fait et pour ce que vous continuez de faire pour moi. Je suis fière d'être votre fille. Je vous aime.

A mon frère Mathias, merci d'être le grand frère protecteur que tu es et que tu as toujours été avec moi, merci de croire en moi, je suis fière de t'avoir comme frère. Je t'aime

A ma belle-sœur Clémence, merci d'avoir épousé mon frère et d'avoir donné naissance à la plus belle nièce du monde et merci de supporter toutes mes incrustes chez vous. Je suis heureuse que tu fasses partie de la famille.

A Alice, ma nièce adorée, la plus belle, la plus mignonne, la plus parfaite tout simplement, merci d'avoir rejoint la famille cette année.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines, merci pour votre soutien.

A Oma, je pense bien à toi, merci pour tout ce que tu as fait pour nous, et pour les valeurs que tu nous as transmises.

A Papi parti trop tôt et à Mamie, je pense fort à vous aussi et je vous embrasse très fort.

A Tomy et Happy, merci pour votre compagnie et vos ronrons d'un grand soutien tout au long des longues heures de révision.

A Patrick et Isa, contente de vous avoir désormais parmi nous dans le sud, merci pour votre soutien, et pour vos invitations quand je suis « laissée à l'abandon ». Vous faites partis de la famille. En espérant avoir l'esquisse d'un sourire du grincheux en ce jour important :)

A la « clique », les Zarag', Hollender et Occelli, vous m'avez presque vu naître pour certains, merci pour votre soutien.

A mes amis,

A Adeline, à nos soirées endiablées et inoubliables, à nos journées shopping où tu sais, à nos rigolades passées et à venir, « i'm sexy and i know it », merci d'être une amie fidèle.

A mes copines d'enfance, Lise, Marine et Caro, d'un soutien infailible depuis toutes ces années. Quels chemins parcourus pour nous toutes, des chemins très différents et pourtant toujours inséparables. Merci d'être toujours à mes côtes. Je vous aime.

Camille je ne t'oublies pas, merci de me servir de défouloir et de prendre si bien soin de ma copine.

A Romain alias EDM, merci d'avoir autant égayé mon internat et merci d'avoir aussi tardé à passer la thèse, même si tu m'as coiffé au poteau. Merci pour ta générosité, pour l'ami fidèle que tu es et sur qui je pourrai toujours compter, #VLMCforever.

A Laurène, merci pour ta confiance, ta générosité, merci de nous supporter moi, mon estomac et mes hypos. Vivement nos prochains voyages et nos prochaines sessions ski. Merci d'être qui tu es, mon amie sincère.

A Anne-Claire, ma pharmacienne préférée, contente de te compter maintenant parmi mes amies et non uniquement parmi mes voisines.

A Nathalie, merci pour ces moments d'insultes réconfortants, notre manière à nous de nous déclarer notre amour. Même si nos emplois du temps font qu'on se voit un peu moins, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

A Estelle ma bibitch de love, merci pour ton déhanchée et ta chagassitude qui, même s'ils sont moins exposés aujourd'hui, me font toujours rêver et feront partie sans aucun doute de ton héritage à ta fille (désolée Thib).

A Thib, merci d'être mon ami tout simplement, et merci pour notre battle de danse inoubliable.

A Micka, merci pour ta bonne humeur perpétuelle, ton grand cœur et ta générosité, quelle force de la nature tu es, je t'admire.

A Barbara, contente de te compter parmi mes amies, en espérant réussir à nous voir plus souvent.

A François, à nos journées au ski passées entre « handicapés », #malléolesetclaviculeencarton.

A Diane, à notre trépied, à nos années folles passées ensemble, que même si la vie nous a un peu éloignées je n'oublierai jamais.

A la bande Yannick, Hamid et JB, à notre année prépa commune inoubliable, merci pour votre folie, pour nos réveillons de fou, merci de garder le lien malgré les très longues distances qui nous séparent. Je vous aime.

A Chrystelle, ma secrétaire préférée, merci pour ton soutien.

Aux Gréco, qui m'ont quasiment vu naître, merci de me faire l'honneur de votre présence en ce jour important. Yves, merci de m'avoir montré l'exemple de ce qu'est un bon médecin.

A Vince, un de mes plus grands fans ^^, merci d'avoir toujours cru en moi.

A Laurine, que j'ai toujours plaisir à revoir même si nous ne nous voyons pas souvent.

A mes maîtres de stage et tous ceux que j'ai croisés pendant mon internat,

A Max Derochet, Gaëlle Calemczuk, Bruno Ceccarelli et Renaud Ferrier qui ont su me transmettre leur passion de la médecine générale.

A tous les médecins que j'ai remplacé régulièrement ces dernières années et qui ont placé en moi leur confiance.

Aux acteurs de cette étude,

Les experts de ce travail, merci pour votre participation, votre rigueur, votre intérêt pour ce travail, pour être resté jusqu'au bout à mes côtés dans ce projet, et pour le temps précieux que vous m'avez accordé.

Je suis honorée et chanceuse que vous ayez cru en ce projet et que vous ayez accepté de participer à ce travail de thèse de médecine générale, alors que bon nombre de projets occupent déjà vos emplois du temps. Il s'agissait ici d'un projet de réalisation difficile qui n'aurait pu aboutir sans votre aide. Soyez assurés de ma reconnaissance et de mon respect.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
MATERIELS ET METHODES	18
RESULTATS	21
DISCUSSION	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
ANNEXES	55
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 1	55
Annexe 2 : Argumentaire de la fiche initiale envoyé aux experts au tour 1	57
Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 2	59
Annexe 4 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 3	64
Annexe 5 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 4 (préparation visioconférence)	68
Annexe 6 : PAGE DE GARDE – Evolution	71
Annexe 7 : PAGE "HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE" – Evolution	72
Annexe 8 : PAGE "ALGORITHME PERSONNEL" – Evolution	73
Annexe 9 : PAGE "SUIVI PERSONNEL" – Evolution	74
Annexe 10 : PAGE DESTINEE AU PATIENT – Evolution	75
Annexe 11 : Commentaires complets des experts pour les 3 premiers tours	76
Annexe 12 : Commentaires libres des experts - TOUR 1	87
Annexe 13 : Notes des experts pour les 3 premiers tours	88
Annexe 14 : Caractéristiques des experts	91

ABREVIATIONS

CaP : Cancer de la Prostate

Etude PLCO : Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian

Etude ERSPC : European Randomized Study ou screening for Prostate Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

CMG : Collège de Médecine Générale

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

AFU : Association Française d'Urologie

CCAFU : Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie

TR : Toucher Rectal

USPSTF : US Preventive Services Task Force

FdR : Facteur(s) de risque

EAU : European Association of Urology

[eA] à [eH] : Experts A à H

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate (CaP) est le plus fréquent des cancers en France et est le premier cancer de l'homme avec environ 50000 nouveaux cas par an (50430 nouveaux cas estimés en 2015 [1]), malgré la baisse de l'incidence observée depuis 2005. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans en 2015.

Avec 8512 décès estimés en 2015, le cancer de la prostate est la troisième cause de décès par tumeurs solides chez l'homme, avec un âge médian des décès par cancer de la prostate de 83 ans en 2015 [1].

Ces chiffres nous poussent à nous interroger sur la place du dépistage du cancer de la prostate, à l'heure où celui-ci n'est pas généralisé, contrairement au cancer du sein ou au cancer colorectal.

Le cancer de la prostate est un cancer d'évolution le plus souvent lente. Mais il faut bien comprendre que le cancer de la prostate n'est guérissable que lorsqu'il est localisé à la glande ou juste à côté. A ces stades, il n'y a pas de symptômes, d'où l'intérêt du dépistage, d'autant que la population vieillit et que l'espérance de vie ne cesse de croître.

Découvert en 1970 et validé en 1986, le PSA (prostate-specific antigen) est depuis largement utilisé dans le monde entier pour détecter et suivre le CaP, aux côtés du toucher rectal (TR). Le risque de CaP augmente en effet avec la valeur du PSA total. Mais le PSA est caractéristique de l'organe (de l'épithélium prostatique) et non du CaP. Ainsi, certaines pathologies, autres que le cancer, (hypertrophie bénigne de prostate, prostatite aiguë, rétention aiguë d'urine...) ou des manipulations de prostate (toucher rectal, sondage urinaire...) peuvent augmenter le taux sérique du PSA.

Son intérêt dans le dépistage du cancer prostatique est controversé et fait l'objet de débats par la communauté médicale et scientifique internationale.

Cette controverse est basée jusqu'alors sur les résultats des mortalités spécifiques apparemment contradictoires des deux plus grosses études randomisées initiées dans les années 90. L'étude américaine PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian cancer screening trial) a randomisé plus de 76 000 patients suivis pendant au moins 10 ans, et n'a pas retrouvé de différence significative du taux de mortalité par CaP entre le groupe des patients dépistés et celui du groupe n'ayant pas bénéficié de dépistage [2].

L'étude européenne ERSPC (European Randomized study of Screening for Prostate Cancer) a suivi plus de 182 000 patients pendant plus de 10 ans et montre en revanche une diminution substantielle du taux de mortalité spécifique du CaP de 20% avec une augmentation de l'effet absolu sur la mortalité par CaP avec un suivi long [3]. Un sous-groupe scandinave a même retrouvé un gain de survie spécifique à 14 ans de 42% (étude GOTEBOURG) [4].

En 2010, la HAS choisit de suivre l'étude américaine dont très tôt les conditions de constitution des groupes sont remises en cause : la HAS recommande donc de ne pas pratiquer un dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA [5], suivie en 2011 par le CNGE et le CMG [6].

La HAS ajoute même en 2012 « qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du CaP par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque de CaP » [7].

L'AFU s'accorde sur le fait de ne pas réaliser de dépistage de masse mais reste quant à elle favorable au diagnostic précoce du CaP [8].

Il est en effet primordial de différencier les deux notions suivantes : le dépistage du CaP qui consiste à rechercher la maladie de façon systématique dans une population asymptomatique ; et le diagnostic précoce du CaP qui consiste à rechercher la maladie chez un patient asymptomatique considéré individuellement.

La problématique actuelle qui découle de cette divergence des opinions des sociétés savantes, est l'absence de conduite à tenir précise concernant le diagnostic précoce du cancer de la prostate pour les médecins de 1^{er} recours, qui se retrouvent confrontés au questionnement des patients à ce sujet, et livrés à leur propre jugement. On retrouve par conséquent une importante hétérogénéité des conduites et une utilisation parfois irrationnelle du PSA.

Mais une révision en 2016 de l'étude PLCO (qui a rapporté une absence de bénéfice sur la mortalité spécifique) a décelé un énorme biais : presque 90% des patients mis dans le groupe des non-dépistés l'avaient, en fait, été sans le dire (par dosage du PSA), ce qui inverse la conclusion finale : une augmentation de la survie spécifique de 27 à 32% dans la population des dépistés [9], arrivant donc à la même conclusion que l'étude ERSPC.

Au niveau international, l'USPSTF, qui s'était opposée au même titre que la HAS à la prescription de dosage du PSA dans un objectif de diagnostic précoce, a ainsi modifié en 2018 ses recommandations [10,11]. Elle recommande de ne pas dépister un patient qui n'exprime pas son souhait de l'être (après avoir reçu une information à ce sujet), sans plus s'opposer à la prescription du PSA pour un diagnostic précoce de CaP.

Pour ce qui est de la HAS, il n'existe pas encore de nouvelles recommandations à ce jour.

Au-delà de l'argument de l'absence d'un niveau de preuve suffisant du bénéfice du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité spécifique et globale, les arguments de risque de surdiagnostic et de surtraitement sont également souvent avancés à l'encontre du diagnostic précoce du CaP. L'enjeu est de déterminer si les bénéfices du diagnostic précoce sont supérieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne (biopsies prostatiques notamment) en cas de suspicion

d'un cancer, ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté. Là aussi, des avancées scientifiques ont eu lieu.

Tout d'abord, sur le plan diagnostique, l'IRM a pris une place prépondérante permettant de réduire le risque de surdiagnostic. Les dernières recommandations 2020-2022 du CCAFU [8] préconisent désormais la réalisation d'une IRM pré-biopsies, indication dans laquelle elle a été validée par des études maintenant solides [12–14]. Cette dernière augmente la rentabilité des biopsies, permet des biopsies dites ciblées, optimisant ainsi les chances de détection et la réduction des actes inutiles. En revanche, le niveau de preuves scientifiques ne permet pas encore de renoncer aux biopsies standard en cas d'IRM normale.

De plus, sur le plan thérapeutique, depuis une dizaine d'années, la surveillance active des cancers de la prostate localisés à faible risque s'est fortement développée, permettant de réduire le risque de surtraitement. Malgré des biopsies parfois répétées, la qualité de vie des patients est préservée, et ils évitent l'exposition à la chirurgie et aux radiothérapies.

Elle est réservée aux patients avec un faible risque d'évolution vers un cancer métastasé. Ces patients, pour lesquels il n'y a pas de bénéfice à traiter d'emblée, seront mis en surveillance plus ou moins prolongée, et traités s'ils montrent des signes de progression de la maladie.

Le principe est basé sur le fait que beaucoup de cancers de la prostate bien différenciés ne vont pas progresser ou vont évoluer très lentement. Certains patients vont donc mourir d'une cause intercurrente sans que le cancer de la prostate ait été symptomatique.

Ainsi, à la lumière de ces éléments, nous sommes en droit de nous interroger sur la possibilité aujourd'hui d'harmoniser les recommandations concernant le diagnostic précoce du cancer de la prostate, afin de permettre à tout médecin généraliste ou urologue de répondre de manière homogène, selon la même préoccupation de gain de qualité et de durée de vie, à la question du risque individuel de cancer prostatique.

L'objectif principal est de créer un support d'aide à la décision partagée, à base d'informations validées par un panel d'experts, à destination des médecins de premier recours au sujet du diagnostic précoce du cancer de la prostate chez l'homme asymptomatique considéré individuellement.

Les objectifs secondaires sont l'obtention d'un consensus autour des informations présentes dans ce support ou dans le cas contraire l'analyse des divergences interdisant le consensus.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Nous avons utilisé la méthode DELPHI, validée pour l'obtention d'avis consensuels d'experts.

La méthode DELPHI

La méthode DELPHI, mise au point par Rand Corporation dans les années 50, est une méthode visant à recueillir sur un ensemble de questions le point de vue d'experts, conçue pour transformer l'opinion en consensus de groupe.

Le principe est d'interroger les différents experts sur la base d'un questionnaire. Les caractéristiques sont l'anonymat, l'itération (permettant aux individus d'affiner ou de changer leur opinion), le retour contrôlé (montrant la distribution de la réponse du groupe) et la réponse statistique du groupe.

Participants à l'étude

Un panel de huit experts nationaux représentant des médecins de premier recours dans le diagnostic précoce du cancer de la prostate ont été invités par téléphone à participer à la procédure DELPHI, après exposition du projet au téléphone.

La sélection des experts reposait sur leur spécialité, avec une répartition égale attendue entre médecins généralistes et médecins urologues, et sur leur représentativité des connaissances et/ou des perceptions actuelles sur le cancer de la prostate.

Source des données / Elaboration de la fiche et des questionnaires

Pour identifier les informations potentiellement pertinentes pour l'aide à la décision du diagnostic précoce du cancer de la prostate, nous avons effectué une recherche sensible dans PubMed, complétée par GoogleScholar. Nous avons sélectionné les études potentiellement pertinentes sur le sujet du cancer de la prostate, son diagnostic, son dépistage, sur l'utilisation du PSA et avons fait une revue de la littérature pour en extraire les recommandations déjà existantes.

Nous avons ensuite tenté de regrouper ces recommandations sur une seule et même fiche pour en faire une proposition de recommandation consensuelle, destinée aux médecins de 1^{er} recours. Cette fiche, que nous avons intitulée « Fiche PPP » pour « Point Prostate Personnel » a été constituée sous forme de livret A5. Le contenu de cette « Fiche PPP » visait à résumer les principales notions qu'il nous semblait important de prendre en considération dans la stratégie de diagnostic précoce au cours de l'entretien avec le patient, au sujet de son risque de cancer prostatique, et visait à proposer un algorithme décisionnel tenant compte de ces notions. Ceci dans le but de guider le médecin de premier recours dans la décision de proposer ou non un diagnostic précoce à son patient, et dans la manière la plus rationnelle possible de le faire.

Déroulé de la procédure

Nous avons effectué notre procédure DELPHI par courrier électronique. Nous avons prévu de réaliser au minimum 3 tours par voie électronique, avec le respect de l'anonymat de chacun des experts, puis d'ajouter si possible un tour en présentiel dans le but de clôturer le débat.

Chaque expert a reçu un questionnaire, listant les différents items présents sur la « fiche PPP », pour lesquels chacun devait sélectionner un degré d'accord allant de 0 (pas du tout d'accord) à 9 (tout à fait d'accord) quant à la présence, la pertinence ou la formulation de l'item en question, sur une échelle numérique placée en face de chaque item, accompagné de la possibilité de laisser un commentaire justificatif (Annexe 1, 3 et 4).

Au premier tour uniquement, il a également été laissée la possibilité d'émettre des remarques ou suggestions libres en fin de formulaire, permettant aux experts de proposer des idées non suggérées initialement dans le formulaire (Annexe 12).

Le questionnaire du premier tour était également accompagné d'un rappel du projet et d'une présentation de la méthode Delphi que nous allions appliquer.

Pour les aider dans leur réflexion, au-delà de leurs connaissances individuelles, les participants ont également reçu un document regroupant des informations générales sur les motivations de ce travail et les principales sources bibliographiques utilisées pour la confection de la fiche initiale (Annexe 2).

A chaque tour ensuite, chaque participant recevait un résumé des notes et commentaires du groupe, un rappel de sa réponse par rapport à la médiane du groupe, et une nouvelle version de la fiche et du questionnaire, modifiés à partir des résultats et commentaires du tour précédent.

En effet, les différents items proposés sur la fiche étaient modifiés ou supprimés ou encore des items étaient parfois ajoutés au cours des différents tours, avant d'être soumis à nouveau à l'avis des experts.

Lors du dernier tour présentiel, l'idée était de pouvoir débattre autour des items n'ayant pas obtenu de consensus au terme des premiers tours.

Analyse des données

La mesure du consensus inclut d'une part l'évaluation du degré d'accord individuel des participants, mesuré à partir d'une échelle numérique ; d'autre part, l'évaluation de l'accord global entre les participants, mesuré par des indicateurs statistiques de tendance centrale, ici par le calcul de la médiane, et de dispersions calculées au niveau du groupe.

Ainsi, la définition du consensus entre experts retenue pour notre étude était la suivante : cotations toutes ≤ 5 ou toutes ≥ 5 .

Le positionnement de la médiane et l'intervalle de distribution des réponses sur l'échelle de 0 à 9 permettaient ensuite de définir le caractère approprié, inapproprié ou incertain de la proposition soumise au vote, ainsi que la force de l'accord du groupe.

Si la proposition était jugée appropriée ou inappropriée, elle n'était plus soumise au vote les tours suivants, sauf exception (Tableau 1).

Tableau 1 : Conditions d'obtention d'un accord consensuel entre experts et jugement retenu.

Proposition jugée	Conditions d'obtention		Degré d'accord du groupe	Soumis au tour suivant de cotation
	Médiane	Intervalle de répartition des cotations		
Appropriée	≥ 7	[7-9]	Accord fort	Non, proposition acceptée telle quelle
	≥ 7	[5-9]	Accord relatif	Non, <i>sauf si émission de commentaires suggérant une modification</i>
Inappropriée	≤ 3	[0-3]	Accord fort	Non, proposition rejetée telle quelle
	$\leq 3,5$	[0-5]	Accord relatif	Non, <i>sauf si émission de commentaires suggérant une modification</i>
Incertaine	$4 \leq \text{médiane} \leq 6,5$	[0-9]	Indécision	Oui
	Toutes les autres situations		Absence de consensus	Oui

RESULTATS

I. Généralités

Les 8 médecins que nous avons sollicités pour ce projet ont tous répondu présents du début à la fin du projet, répartis à parts égales entre médecins généralistes et médecins urologues.

Les données socioprofessionnelles des experts sont disponibles en Annexe 14.

La méthode Delphi s'est déroulée en 3 tours « virtuels », c'est-à-dire à distance et par mail, avec anonymat des experts entre eux, puis s'est terminée par un 4^{ème} tour en visioconférence, où l'anonymat était rompu.

Les propositions non validées ont bénéficié d'une réévaluation à l'aide d'une analyse qualitative des commentaires dont la liste complète est disponible en Annexe 11.


Pour plus de détails sur certaines propositions du tableau, se référer aux Annexes 6 à 10 qui reprennent l'évolution de chaque page de la fiche au cours des différents tours.

II. Version initiale de la fiche

Elle est présentée en Figure 1 et est découpée de la manière suivante :

- Une page de garde regroupant le titre, le rappel de données épidémiologiques, la présence d'un exemple de questionnaire d'un patient au sujet de son risque de CaP, un résumé de l'intérêt de cette fiche et l'identité du patient.
- La page suivante intitulée « histoire médicale personnelle » regroupant les informations médicales du patient, les facteurs de risque éventuels à aller rechercher, les informations à délivrer au patient et un tableau récapitulant les traitements disponibles.
- Une troisième page intitulée « Algorithme personnel » proposant un algorithme décisionnel découlant des informations relevées en page précédente.
- Une quatrième page intitulée « Suivi » contenant un tableau récapitulant certaines données cliniques, paracliniques, la décision prise à chaque consultation et la date du prochain suivi, ainsi que les liens vers les derniers avis en date des principales sociétés savantes en France.
- Une page détachable recto-verso à destination du patient, reprenant le tableau de suivi.

Figure 1 : Version initiale de la fiche



Point Prostate Personnel

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME : 50000 nouveaux cas par an
3^E CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ L'HOMME

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, prise en charge jusqu'alors très hétérogène.

✦

« Docteur, comment limiter au mieux le risque de dégradation de MA vie, en termes de qualité et de quantité, par un potentiel cancer de la prostate ? »

✦

L'**objectif** de cette fiche, est d'aider à ce qu'une **réponse homogène** émerge de **tout médecin** confronté à la question posée du **risque de cancer prostatique personnel**, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'**attitude** adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.

✦

NOM	Prénom	DDN	Age lors de C1

Histoire Médicale Personnelle

ATCD MEDICAUX	DATE	ATCD CHIRURGICAUX	DATE

Comorbidités	Pronostic		Dates PSA		Résultats
	1	2	1	2	

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- ◇ Origine Afro-antillaise.
- ◇ Antécédent familial de cancer de la prostate :
 ≥ 3 cas chez des apparentés au 1er degré (père, fils ou frères) ou du 2ème degré (neveux, oncles maternels ou paternels).
- ◇ *≥ 2 cas diagnostiqués avant 55 ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré*
- ◇ Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire : *mutation BRCA1, mais surtout BRCA2 (risque plus élevé de cancer agressif).*
- ◇ Exposition au chlorthalédone (*insecticide utilisé dans les bananeraies des Antilles françaises*).

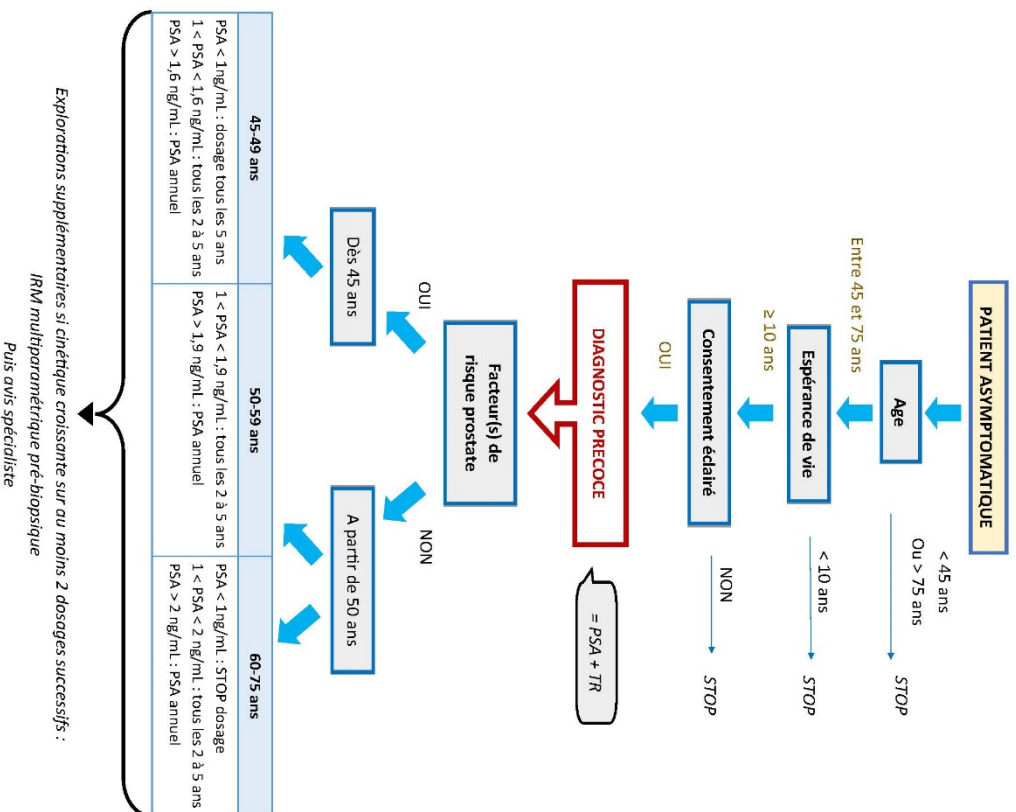
INFORMATION PATIENT Recueil oral du consentement éclairé OUI NON

- Facteurs de risque
- Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, et a contrario conséquences de la non détection
- Pertinence de réaliser une biopsie
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (biopsies), risque lié aux complications de la prise en charge retenu ou aux conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans.

GRANDES LIGNES DE TRAITEMENT DISPONIBLES EN 2020

CaP Localisé	Surveillance active ou traitement curatif (prostatectomie totale, radiothérapie, curiethérapie, HIFU) selon risque de progression après traitement (classification de d'Amico)
CaP Avancé	Prostatectomie totale +/- radio thérapie et/ou hormonothérapie
CaP Méétastatique	Chimiothérapie + hormonothérapie +/- radiothérapie

Algorithme Personnel



III. PARTIE A : page de garde

III. A Page de garde : résultats des 3 premiers tours

Concernant les résultats quantitatifs, ils sont exposés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Page de garde – Synthèse des résultats des 3 premiers tours

PARTIE A – PAGE DE GARDE				
PROPOSITION	TOUR	M	INT	R
1- Intitulé fiche « Point Prostate Personnel »	1 ^{er}	5	[0-9]	IND
1a - Reformulation « Diagnostic précoce du cancer de la prostate : aide à la décision personnalisée »	2 ^e	8,5	[6-9]	A/AR
2- Données épidémiologiques proposées (cf. figure 1)	1 ^{er}	9	[2-9]	NC
2a - Ajout de données d'âge Non-ajout du NNT	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
2b - Chiffres des nouveaux cas et décès + année de référence	3 ^e	8,5	[6-9]	A/AR
2c - Reformulation « seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs »	3 ^e	8	[1-9]	NC
2d - Ajout NNS et NNT	3 ^e	7	[1-9]	NC
2e - Modification mise en page (modification de la couleur rouge du texte)	3 ^e	9	[8-9]	A/AF
3- Présence d'un exemple de questionnement d'un patient sur son risque de cancer de la prostate : « Docteur, comment limiter au mieux le risque de dégradation de MA vie, en termes de qualité et de quantité, par un potentiel cancer de la prostate ? »	1 ^{er}	7,5	[0-9]	NC
	2 ^e	8	[4-9]	NC
	3 ^e	8	[0-9]	NC
3a - Phrase proposée reformulée : « Docteur, comment protéger au mieux MA santé, entre qualité et quantité de vie, qui pourrait potentiellement être entachée par un cancer de la prostate ? »	2 ^e	8	[2-9]	NC
3b - Reformulation : « Docteur, pour MA santé, comment choisir de faire ou de ne pas faire le dépistage du cancer de la prostate ? »	3 ^e	8	[0-9]	NC
	1 ^{er}	7,5	[0-9]	NC
4- Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche	2 ^e	7,5	[5-9]	A/AR
	3 ^e	8	[7-9]	A/AF
5- Identité du patient	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	9	[8-9]	A/AF
6- Ajout d'une case médecin traitant	2 ^e	9	[8-9]	A/AF

M : Médiane / INT : Intervalle de répartition des réponses / R : Résultats

IND : indécision / NC : non consensuel

A/AR : proposition appropriée avec accord consensuel relatif / A/AF : proposition appropriée avec accord consensuel fort

NNT : Number Needed to Treat ; NNS : Number Needed to Screen

Concernant le versant qualitatif, il a essentiellement été question sur cette page de demande de reformulation ou d'ajout de certaines précisions, concernant notamment le titre, les données épidémiologiques présentées et l'exemple de questionnement d'un patient.

4 propositions n'ont pas obtenu d'accord consensuel et ont été rediscutées au tour 4 (Tableau 3), suite aux problématiques suivantes :

- Proposition 2c : formulée initialement « *20% des cas diagnostiqués ne sont (ou ne seront) pas traités car peu évolutifs* » à la demande de [eH], il a été suggéré de « *plutôt utiliser une formule sans négations : seulement 80% des cas sont traités car évolutifs* » [eD] mais certaines réticences ont persisté, « *seulement est un jugement et il n'est pas adapté au 80%* » [eH], « *pour être plus rigoureux : 'tout au plus 8 cas sur 10 diagnostiqués nécessiteront un traitement, parfois même après une période de surveillance* » [eE].
- Proposition 2d : alors que [eB] suggérait au premier tour d'ajouter le NNT (nombre de sujet à traiter), en ajoutant au tour suivant « *ce sont pourtant des données éclairantes, combien vais-je devoir trouver de cancers dans ma patientèle ? combien de patients vais-je devoir dépister pour trouver un cancer ? [...] cela donne bien un ordre de grandeur [...]* », la présence de cette donnée n'a pas fait l'unanimité aux tours 2 et 3 ; « *[...] le NNT est intéressant pour les données pour le médecin, pas forcément pour le patient* » [eG], « *seuls les experts comprennent cette information, si on prend comme critère le risque de métastases plutôt que de mortalité, c'est plus faible* » [eH], ou encore « *information de trop ?* » [eD], « *pas d'accord, car ce chiffre a perdu son sens actuellement, il avait un sens lorsque le diagnostic de cancer de la prostate conduisait à un traitement systématiquement, ce qui était le temps du 'surtraitement', nous avons compris que de très nombreux patients ne bénéficient pas d'un traitement d'emblée, c'est le temps de la surveillance active et c'est cela qui fait chuter le NNT [...]* » [eE].

A noter que j'étais également intervenue, en tant qu'administrateur de la ronde Delphi, sur le questionnaire du tour 2 (Annexe 3) en précisant qu'après une revue de la littérature le NNT était jugé source de pièges et donc d'incompréhension, sa valeur semblant changer selon la durée de suivi de l'étude, notamment dans l'étude ERSPC, réticences alors partagées par l'expert E.

- Pour les propositions 3 et 3b, plusieurs propositions de reformulation : « *faire figurer le terme de 'santé'* » [eE], « *plutôt qualité et durée de vie et non quantité de vie* » [eF], « *dans ma pratique, la phrase la plus entendue, est 'docteur, marquez-moi le PSA'* » [eB], pour que finalement l'intérêt de cette phrase soit également remis en question, « *qu'apporte cette phrase ?* » [eB].

III. B Page de garde : résultats du Tour 4 - visioconférence

Les résultats sont ici purement qualitatifs et exposés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Page de garde - Résultats de la visioconférence (TOUR 4)

PARTIE A – PAGE DE GARDE		
PROPOSITION DISCUTÉE	RESUME DU DEBAT	DECISION
2c - Formulation « seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs	Propositions de reformulation du terme « évolutif » par : « significatif », mais terme jugé mal traduit de l'anglais « significatif » qui veut dire « important » et donc pas toujours bien compris ; « de volume important », mais significativité ne dépendant pas que du volume mais aussi de l'agressivité ; « agressif » mais connotation jugée trop violente pour le patient. Pour conclure que le terme « évolutif » convenait finalement le mieux. Importance de faire apparaître les deux options, pour éviter les fausses représentations de l'option non présentée.	Reformulation : « Sur 100 cas diagnostiqués, environ 80 seront traités car évolutifs et 20 ne nécessiteront qu'une surveillance » → Accord consensuel
2d - Présence des NNT et NNS	Après la reformulation de la proposition 2c ci-dessus, cette dernière semble plus lisible pour tout le monde. Donc la demande de faire apparaître ces notions a été retirée. <i>« Même si intellectuellement ça reste une information intéressante, elle est jugée en trop dans cette fiche ».</i>	Suppression de cette information → Accord consensuel
3 et 3b - Présence d'un exemple de questionnement d'un patient et phrase proposée	Phrase jugée non représentative du langage réel du patient mais accord avec la présence d'une question pour illustrer le but de cette fiche. Reformulation faite.	« Quelles informations donner à un patient à propos du diagnostic précoce du cancer de la prostate ? » → Accord consensuel

IV. PARTIE B : page « Histoire médicale personnelle »

IV. A Page « Histoire médicale personnelle » : résultats des 3 premiers tours

Concernant les résultats quantitatifs, ils sont exposés dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Page "Histoire médicale personnelle" - Synthèse des résultats des 3 premiers tours

PARTIE B – PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »				
PROPOSITION	TOUR	M	INT	R
<i>Généralités</i>				
7- Prise en compte des antécédents	1 ^{er}	7	[0-9]	NC
8- Prise en compte des comorbidités	1 ^{er}	5,5	[0-9]	IND
8a - Prise en compte des antécédents et des comorbidités	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
8b - Réunion ATCD et comorbidités en un item	2 ^e	7,5	[0-9]	NC
8c - Distinction « antécédents » et « pathologies en cours et comorbidités »	3 ^e	7,5	[1-9]	NC
9- Suppression des lignes du tableau et de la colonne « date »	3 ^e	8,5	[8-9]	A/AF
10- Suppression colonne « pronostic »	2 ^e	9	[7-9]	A/AF
11- Ajout IMC	2 ^e	7,5	[2-9]	NC
11a - Retrait colonne IMC	3 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
12- Ajout Mode de vie	2 ^e	7	[0-9]	NC
12a - Ajout colonne « accès facile aux soins ? »	3 ^e	7,5	[0-9]	NC
12b - Ajout colonne « précarité »	3 ^e	8	[0-9]	NC
13- Présence anciens dosages de PSA	1 ^{er}	8,5	[4-9]	NC
	2 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
13a - Ajout d'une note précisant « PSA total »	2 ^e	8,5	[0-9]	NC
	3 ^e	9	[8-9]	A/AF
13b - Ajout colonne « norme du test » pour le PSA	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
14- Prise en compte des facteurs de risque	2 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
	<i>Facteurs de risque</i>			
15- Origine afro-antillaise	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	9	[0-9]	NC
15a - Origine afro-antillaise : ajout estimation risque	3 ^e	8,5	[7-9]	A/AF
16- Antécédent familial de CaP	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
16a - Antécédent familial de CaP : ajout risque relatif (RR)	3 ^e	8	[3-9]	NC
16b - Antécédent familial de CaP : prise en compte du risque familial « simple »	2 ^e	3	[0-9]	NC
16c - Non-introduction du risque familial « simple »	3 ^e	8	[1-9]	NC
17- Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire	1 ^{er}	8	[0-9]	NC

17a - Reformulation : Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire	2 ^e	8,5	[2-9]	NC
17b - Ajout des risques relatifs (RR)	3 ^e	8	[3-9]	NC
18- Exposition au chlordécone	1 ^{er}	7,5	[0-9]	NC
18a - Suppression item « exposition au chlordécone »	2 ^e	9	[0-9]	NC
	3 ^e	9	[0-9]	NC
<i>Informations à fournir au patient</i>				
19- Facteurs de risque	1 ^{er}	9	[1-9]	NC
	2 ^e	9	[4-9]	NC
	3 ^e	8	[7-9]	A/AF
20- Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, conséquences de la non-détection	1 ^{er}	8	[1-9]	NC
20a - Reformulation : Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection	2 ^e	8,5	[7-9]	A/AF
21- Pertinence de réaliser une biopsie	1 ^{er}	5,5	[1-9]	IND
21a - Reformulation : Pertinence de réaliser une biopsie (dont l'indication relève du spécialiste)	2 ^e	7	[5-9]	A/AR
22- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement	1 ^{er}	6,5	[3-9]	IND
	2 ^e	9	[7-9]	A/AF
23- Existence de différents types de CaP et différentes options de prise en charge	1 ^{er}	8	[1-9]	NC
	2 ^e	8	[4-9]	NC
	3 ^e	8	[3-9]	NC
24- Place de la surveillance active	2 ^e	8,5	[7-9]	A/AF
25- Pertinence de réaliser une IRM prostatique	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
26- Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans	1 ^{er}	7	[1-9]	NC
26a - Reformulation : Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans (pondéré à l'âge physiologique et au risque de forme agressive)	2 ^e	8	[2-9]	NC
	3 ^e	8	[7-9]	A/AF
27- Grandes lignes de traitement disponibles	1 ^{er}	5,5	[2-9]	IND
	2 ^e	7	[4-9]	NC
27a - Place des inconvénients des traitements	2 ^e	5	[0-9]	IND
27b - Grandes lignes de traitement disponibles + suggestion d'évoquer les inconvénients dans la partie « information patient »	3 ^e	8	[1-9]	NC

*M : Médiane / INT : Intervalle de répartition des réponses / R : Résultats
IND : indécision / NC : non consensuel*

A/AR : proposition appropriée avec accord consensuel relatif / A/AF : proposition appropriée avec accord consensuel fort

9 propositions n'ont pas obtenu consensus à l'issue du 3^{ème} tour et ont été rediscutés au cours de la visioconférence du tour 4 (Tableau 5).

Les principales problématiques, concernant l'ensemble des propositions, sont exposées ci-dessous.

Concernant la partie « antécédents » et « comorbidités » :

- ◆ Tableau jugé trop chargé, les notions « antécédents » et « comorbidités » jugées « *difficilement différenciables* » [eG], « *difficilement quantifiables* » [eH] et « *difficilement intégrables dans un score de risque* » [eB]. Malgré la difficulté manifeste d'intégration dans un score de risque, les experts n'ont pas remis en doute aux tours suivants l'importance de la prise en compte des antécédents et des comorbidités du patient dans la prise de décision concernant le diagnostic précoce individuel du CaP, mais ont remis en question la terminologie. Ainsi, les propositions de réunion des antécédents et des comorbidités en un item, puis de distinction entre les « antécédents » et les « pathologies en cours et comorbidités », n'ont pas fait l'unanimité et ont été débattues au tour 4 (Tableau 5, proposition 8c).
- ◆ Demande de suppression de la colonne pronostic jugée « *non explicite* » [eE], « *peu éthique et scientifiquement peu pertinente* » [eG].
- ◆ Demande d'ajout de l'IMC, « *le poids pouvant être un facteur de risque* » [eG], qui n'a pas fait l'unanimité et pour laquelle il a finalement été jugé le retrait de manière consensuelle, la prise en compte de l'IMC dans certains cas étant « *du ressort du spécialiste* » [eE].
- ◆ Demande de prise en compte du « *mode de vie ou des conditions sociales du patient [...], accès aux soins, problématique du secteur 2* » [eG].
Mais l'ajout d'une case « mode de vie » divisée ensuite en deux cases « accès facile aux soins ? » et « précarité ? », a été jugé « *trop subjectif* » [eB], « *discriminant* » [eC], « *polémique* » [eF] et d'intérêt discutable dans la prise en charge, car n'étant « *pas à même de modifier les décisions à prendre* » [eE] et « *ne devant pas influencer l'information donnée* » [eB]. Ces propositions 12a et 12b ont dû être rediscutées au tour 4 (Tableau 5).
- ◆ Demande d'ajout des précisions suivantes concernant les anciens dosages de PSA : « *rappeler que le PSA libre n'est pas utile ou pas à reporter* » [eH], « *donner la valeur 'normale' du kit, ou donner le type de kit de dosage* » car « *il n'y a malheureusement pas de standardisation encore parfaite dans les dosages du PSA et les kits ne sont pas tous calibrés de la même façon* » [eE]. L'ajout de ces 2 précisions a été validé de manière consensuelle.

Concernant la partie « facteurs de risque » :

- ◆ Malgré une validation d'emblée par une majorité d'experts (Annexe 13 pour les cotations complètes des experts), un des principaux et premiers freins au consensus a été le commentaire suivant : « *la HAS a bien montré que la prise en compte des facteurs de risque ne changeait pas le pronostic ; ne change pas la décision* » [eB]. En tant qu'administrateur je suis, ici aussi, intervenue sur le questionnaire du tour 2 (Annexe 3) pour préciser les raisons de la présence de

cette proposition sur la fiche initiale. J'ai notamment expliqué : qu'il s'agissait de raisonner aussi en termes de qualité de vie et non uniquement en termes de quantité de vie (pronostic), ce que permettait la prise en compte de certains facteurs de risque (notamment les mutations génétiques BRCA2 à risque plus élevé de forme agressive du CaP) ; et que même s'ils ne changent pas le pronostic ces facteurs de risque existent, sont reconnus, et sont susceptibles d'inquiéter notre patient. Cette proposition 14 a ainsi obtenu consensus au 2^{ème} tour avec un accord relatif et la consigne dans ce cas de « *chiffrer l'augmentation du risque* » [eB], ce qui a été fait aux tours suivants avec l'ajout des risques relatifs.

- ◆ A propos de l'antécédent familial de cancer de la prostate, il a été suggéré : « *le risque familial simple doit être aussi inséré, un homme dont seul le père est décédé de cancer de la prostate [...] est inquiet pour lui-même, cela affectera sa décision à tout moment du parcours et celle du médecin* » [eH]. Mais cela n'a pas été unanime : « *la notion de risque familial 'simple' n'existe pas, je crois donc tout à fait déplacé d'inventer cette notion [...]* » [eE] ; « *potentiel problème médico-légal, on en tiendra compte quand même mais dans le cas présent ce n'est effectivement pas un facteur de risque* » [eF].

Il a également été ajouté le risque relatif à la demande d'un des experts mais ça a été source de confusion : « *pour les mutations BRCA, les RR sont pour quel cancer ?* » [eH], « *supprimer les RR* » [eD].

Les propositions 16a et 16c ont donc dû être rediscutées au tour 4 (Tableau 5).

- ◆ A propos de l'antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire il a été essentiellement question d'ajout de précisions : « *préciser mutations prédisposant aux cancers du sein ou de l'ovaire dans une branche familiale, un cas de cancer du sein <40 ans, un cas de cancer du sein bilatéral, un cas de cancer de l'ovaire, un cas de cancer du sein chez un homme* » [eA], « *préciser antécédent personnel ou familial de cancer du sein et antécédent familial de cancer de l'ovaire* » [eE], « *plein accord à une réserve près, une mutation constitutionnelle inactivatrice de BRCA1 est un facteur de risque de cancer de la prostate mais pas un facteur de risque de cancer agressif, en revanche une telle mutation de BRCA2 est le facteur de risque le plus puissant pour la survenue du cancer ET d'une forme agressive de celui-ci* » [eE] ; ainsi que l'ajout du chiffrage du risque (risque relatif) comme pour les autres facteurs de risque. Mais cette partie n'a pas obtenu consensus, sans commentaires forcément formulés ou parce que les risques relatifs semblaient avoir été confusants. Elle a ainsi été rediscutée au tour 4 (Tableau 5, propositions 17 à 17b).
- ◆ Concernant l'exposition au chlordécone : « *ce point est beaucoup trop polémique pour figurer dans cette fiche, il n'y a pas de preuve que cette exposition expose au cancer de la prostate, mais éventuellement expose au risque de diagnostic de cancer de la prostate [...]* » [eE], « *Non, l'étude Karuprostate conclut au fait que l'exposition à la chlordécone est associée à un risque accru de*

survenance du cancer de la prostate [...] » [eC], « [...] il est indispensable de faire la distinction entre diagnostic et présence de cancer, les propriétés anti-androgéniques et oestrogéniques de la chlordécone imposent cette distinction [...] » [eE]. Ainsi cet item n'a pas obtenu consensus quant à sa présence comme à sa suppression de la fiche et a dû être rediscuté au tour 4 (Tableau 5, propositions 18 et 18a).

Concernant la partie « informations à fournir au patient » :

- ◆ Il a d'emblée été demandé d'ajouter des informations : « *expliquer l'intérêt de l'IRM et son importance, enlever de l'imaginaire des patients que 'PSA puis biopsie puis chirurgie' !* » [eA], « *nécessité de faire figurer explicitement l'option de la surveillance active dans l'information bien en amont même de la biopsie [...]* » [eE], ces 2 propositions ayant tout de suite été validées par le panel d'experts.
- ◆ Il a également été question de reformulations, comme pour les propositions 20 et 21 (cf. Tableau 4), ou pour la proposition 26 concernant l'arrêt de la procédure après 75 ans : « *A pondérer sur l'âge physiologique [...]* » [eF], « *après 75 ans, il peut y avoir un intérêt si patient sans comorbidités [...] ou pour éliminer un néo à haut risque (anticiper métastases, douleurs, complications...)* » [eA]. Propositions validées après apport des modifications suggérées.
- ◆ Pour l'ensemble des propositions un expert a formulé le commentaire « *trop tôt dans la démarche* » [eF] mais est revenu sur son avis aux tours suivants.
- ◆ 2 propositions ont dû être rediscutées au tour 4 (Tableau 5, propositions 23 et 27b).
 Pour la proposition 23 (existence de différents types de CaP et différentes options de prise en charge) : « *il n'y a qu'un type de cancer (98% adénocarcinome) mais la vitesse d'évolution est variable d'une personne à l'autre, si un cancer a été diagnostiqué à un stade de faible volume et faible grade, son traitement sera différé* » [eH], « *chaque famille de patients avec CaP aura une prise en charge différente selon leur accès au soin et à la littératie en santé [...]* » [eD].
 Pour la proposition 27 (traitements disponibles) elle a été jugée initialement en trop : « *trop tôt dans la démarche* » [eF], « *trop de messages tuent le message principal* » [eD] ; puis il a été dit : « *il en manque les inconvénients* » [eB], « *si les traitements apparaissent, il faut les inconvénients* » [eG] ; puis finalement il a été souligné des inexactitudes de formulation qui ont été discutés au tour 4 (Tableau 5).

IV. B Page « Histoire médicale personnelle » : résultats du Tour 4 - visioconférence

Tableau 5 : Page "Histoire médicale personnelle" - Résultats de la visioconférence (TOUR 4)

PARTIE B – PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »		
PROPOSITION DISCUTEE	RESUME DU DEBAT	DECISION
8c - Tableau « antécédents » et « pathologies en cours et comorbidités »	Définition du terme « antécédents » non unanime. « Antécédents » semblant correspondre aux pathologies « passées » ou « terminées », donc sans intérêt dans cette fiche, mais confusant pour certaines maladies pouvant resurgir, donc trouvant finalement un intérêt dans cette fiche. Terme « comorbidités » non adapté car suggère au moins 2 maladies, et le patient peut n'en avoir qu'une.	Case unique regroupant « antécédents et pathologies en cours » <i>Libre au médecin d'y préciser les antécédents personnels et/ou familiaux du patient qui lui semblent pertinents</i> → Accord consensuel
12a et 12b - Cases « accès facile aux soins ? » et « précarité ? »	« <i>Qui n'a pas accès aux soins ? Il existe aujourd'hui des associations spécialisées dans la médecine précaire</i> ». « <i>Attention particulière que tout médecin doit porter à la littérature du patient et aux obstacles éventuels à sa prise en soin (culturel, financier, ...), mais cela n'aura pas d'impact sur l'algorithme</i> ». « <i>Côté stigmatisant</i> » de mettre ça dans une fiche, mais c'est cependant essentiel que le médecin ait ça dans son dossier (au-delà de cette fiche).	Suppression de ces 2 cases → Accord consensuel
<i>Facteurs de risque</i>		
16 - Facteur de risque : antécédent familial de cancer de la prostate 16c - Non-introduction du risque familial « simple »	Un antécédent unique de CaP ne peut pas formellement apparaître sur un « listing » de facteurs de risque reconnus de CaP. Stricto sensu, cela reste un facteur de risque mais qui ne justifie pas qu'on commence le diagnostic précocement, donc sans impact sur l'algorithme. Même si cela est important dans le relationnel avec le patient (qui sera inquiet) et dans la façon dont on va délivrer l'information au patient, ce n'est pas à mettre au même niveau que les autres facteurs de risque.	Garder l'item en l'état avec les facteurs de risque familiaux de cancer de la prostate tels que formellement reconnus (à partir de 2 cas précoces ou à partir de 3 cas) → Accord consensuel
17b - Facteur de risque : antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire	<ul style="list-style-type: none"> Débat du lien entre antécédent familial de cancer de l'ovaire et CaP : « <i>dans le syndrome de Lynch, le lien semble plus théorique qu'autre chose, contrairement au cancer du sein avec les mutations BRCA</i> ». Mais « <i>au-delà du syndrome de Lynch, la mutation BRCA2 est également un facteur de risque de cancer de l'ovaire héréditaire (contrairement au BRCA1 qui est un facteur de risque de cancer du sein héréditaire uniquement)</i> ». De plus : <ul style="list-style-type: none"> « <i>BRCA 2 est un facteur de risque qui écrase tous les autres aujourd'hui, en termes d'incidence mais également de gravité de l'évènement</i> ». Importance de connaître ce facteur de risque pour l'amélioration de la culture médicale française et savoir adresser à un urologue dans ces situations. « <i>Les hommes des familles BRCA sont des individus totalement abandonnés en France aujourd'hui et de</i> 	Proposition validée avec les modifications suivantes : <i>Inverser l'ordre des phrases en plaçant les notions de mutation BRCA 1 et 2 en dernier, laissées à titre informatif.</i> <i>Pour les RR, ajout de la précision qu'ils concernent le risque de cancer de la prostate.</i> → Accord consensuel

	<p><i>manière générale dans les autres pays du monde également. On s'attarde dans ces familles sur les femmes, ou pour les hommes on leur dit de se palper les seins, mais on oublie trop souvent la prostate ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Manière dont est présenté l'item sur la fiche laissant suggérer la recherche des mutations génétiques, jugée trop pointue pour le médecin de premier recours. Mais il s'agit ici de dresser le profil du risque du patient et non pas de faire une enquête génétique à ce stade. 	
18 et 18a - Facteur de risque : exposition au chlordécone	<p><i>« Qu'une étude à ce sujet, et on n'aura pas plus de preuves aujourd'hui qu'on en avait hier puisque qu'il n'y a plus d'exposition au chlordécone aujourd'hui ».</i></p> <p>Sujet polémique avec des discussions sur la qualité et l'impartialité de l'analyse qui a été faite.</p> <p><i>« Il y a bien une association entre « chlordécone » et « diagnostic de CaP » mais la causalité n'est absolument pas établie ».</i></p>	<p>Suppression de ce facteur de risque de la liste</p> <p>→ Accord consensuel</p>
/ ! \	<p><i>Il a été souligné au passage l'absence du critère « âge » dans les facteurs de risque dont l'importance de l'ajout a été validé par le groupe.</i></p>	<p>Ajout de l'âge dans les facteurs de risque</p> <p>→ Accord consensuel</p>

Informations à fournir au patient

23 - Informations à fournir au patient : existence de différents types de cancer de la prostate et différentes options de prise en charge	<p>Il existe bien différents types de cancers par leurs différentes agressivités et histoires naturelles et il faut faire apparaître la notion de « <i>prise en charge adaptée au type de cancer</i> ».</p> <p><i>« Briser l'idée que biopsie positive = chirurgie de la prostate » et « augmenter l'acceptabilité de la surveillance active qui va concerner pratiquement 50% des patients qui vont recevoir un diagnostic de CaP dans cette configuration de diagnostic précoce, acceptabilité qui va être conditionnée par la précocité de l'information de cette option thérapeutique ».</i></p> <p>Importance aussi de la notion de « <i>prise en charge personnalisée</i> ».</p> <p>Il a aussi été souligné l'importance ici d'apporter les informations dont le patient a envie, un des buts de cette fiche étant que le médecin ait les éléments pour répondre aux questions du patient.</p>	<p>Reformulation : « prise en charge personnalisée et adaptée au type de cancer éventuellement découvert »</p> <p>→ Accord consensuel</p>
27b - Grandes lignes de traitement disponibles avec évocation des inconvénients dans la partie « information patient »	<p>Ces options thérapeutiques ont bien leur place dans cette fiche mais à condition d'en changer le titre et de préciser qu'elles sont là à titre informatif (information non indispensable à ce stade mais nécessaire pour répondre aux interrogations éventuelles du patient).</p> <p>Discussion de la formulation proposée par un des experts en commentaires du 3^{ème} tour (Annexe 11). Les notions de « curatif » et de « palliatif » ont été jugées en trop à ce stade de la prise charge, où nous sommes amenés à parler de traitements avant même d'avoir fait un éventuel diagnostic.</p>	<p>Reformulation du titre : « pour information : options thérapeutiques disponibles en 2021 »</p> <p>→ Accord consensuel</p> <p>Reformulation : Forme localisée : surveillance active, prostatectomie totale, radiothérapie externe, curiethérapie, ultrasons focalisé / HIFU selon le risque</p>

	<p>La notion de « traitement curatif » avec entre parenthèse la notion de « surveillance active » était par ailleurs source possible de confusion et d'incompréhension.</p> <p>Enfin, dans la forme localisée, il était proposé de préciser « <i>selon le risque de progression après traitement curatif (classification de d'Amico)</i> » mais cela a été jugé possiblement confusant pour le patient. Il a été préféré la formulation suivante : « <i>selon le risque de progression et la décision partagée</i> ».</p>	<p><i>de progression et la décision partagée</i></p> <p>Forme localement avancée : <i>radiothérapie + hormonothérapie ou prostatectomie totale + curage ganglionnaire</i></p> <p>Forme métastatique : <i>hormonothérapie +/- chimiothérapie +/- radiothérapie</i></p> <p>→ Accord consensuel</p>
--	---	--

V. PARTIE C : page « Algorithme personnel »

V. A Page « Algorithme personnel » : résultats des 3 premiers tours

Tableau 6 : Page "Algorithme personnel" - Synthèse des résultats des 3 premiers tours

PARTIE C : PAGE « ALGORITHME PERSONNEL »				
PROPOSITION	TOUR	M	INT	R
28- Prise en compte de l'âge	1 ^{er}	9	[3-9]	NC
	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
29- Exclusion si < 45 ans	1 ^{er}	6,5	[1-9]	IND
29a - Exclusion si < 45 ans avec ajout bémol pour les hommes avec facteurs génétiques	2 ^e	7,5	[5-9]	A/AR
30- Exclusion si > 75 ans	1 ^{er}	6	[2-9]	IND
30a - Exclusion si > 75 ans avec ajout bémol de pondération selon l'âge physiologique ou le risque de forme agressive	2 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
31- Prise en compte de l'espérance de vie	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	8,5	[7-9]	A/AF
31a - Exclusion si espérance < 10 ans	1 ^{er}	5,5	[4-9]	IND
31b - Exclusion si espérance < 10 ans avec bémol sur le caractère estimatif et donc approximatif	2 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
32- Consentement éclairé du patient	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	9	[8-9]	A/AF
32a - Exclusion si absence de consentement	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	9	[0-9]	NC
	3 ^e	9	[0-9]	NC
33- Proposition d'un diagnostic précoce si les critères d'âge + espérance de vie + consentement sont réunis	1 ^{er}	8	[0-9]	NC
	2 ^e	8,5	[6-9]	A/AR

34- Diagnostic précoce = PSA + TR	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
34a - Reformulation : Début de la stratégie de diagnostic précoce = PSA + TR	2 ^e	9	[6-9]	A/AR
35- Prise en compte des FdR pour définir âge de début du diagnostic précoce	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
	2 ^e	9	[4-9]	NC
	3 ^e	8,5	[0-9]	NC
36- A partir de 45 ans si FdR	1 ^{er}	8	[0-9]	NC
36a - Reformulation : A partir de 45ans si FdR avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux	2 ^e	8	[1-9]	NC
	3 ^e	8	[0-9]	NC
	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
37- A partir de 50 ans sinon	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
38- Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA	2 ^e	8,5	[1-9]	NC
	3 ^e	6	[0-9]	IND
	1 ^{er}	8	[0-9]	NC
39- Accord pour les tranches d'âge proposées	2 ^e	8	[1-9]	NC
39a - Accord pour les tranches d'âge proposées : tentative de simplification	3 ^e	7	[0-9]	NC
	1 ^{er}	7	[0-9]	NC
40- Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA	2 ^e	7	[1-9]	NC
40a - Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA : tentative de simplification	3 ^e	7	[0-9]	NC
	1 ^{er}	5	[0-9]	IND
41- Rythme proposé pour les 45-49 ans	1 ^{er}	6	[0-9]	IND
42- Rythme proposé pour les 50-59 ans	2 ^e	5,5	[1-8]	IND
42a - Reformulation : Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FdR)	3 ^e	6,5	[0-9]	IND
	1 ^{er}	6	[0-9]	IND
43- Rythme proposé pour les 60-75 ans	2 ^e	5,5	[1-8]	IND
	3 ^e	6	[0-9]	IND
	1 ^{er}	5	[2-9]	IND
44- Attendre une cinétique croissante sur au moins 2 prélèvements consécutifs avant de proposer des examens complémentaires et un avis spécialiste	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
44a - Reformulation : si PSA anormal ou cinétique croissante : avis spécialisé urologue	3 ^e	8	[5-9]	A/AR
44b - Reformulation : Si PSA anormal ou cinétique croissante (+0,80ng/mL/an) : avis spécialisé urologue				

M : Médiane / INT : Intervalle de répartition des réponses / R : Résultats

IND : indécision / NC : non consensuel

A/AR : proposition appropriée avec accord consensuel relatif / A/AF : proposition appropriée avec accord consensuel fort
FdR : facteurs de risque

8 propositions n'ont pas obtenu consensus à l'issue du 3^{ème} tour et ont été rediscutées au cours de la visioconférence du tour 4 (Tableau 7). 1 proposition a dû être rediscutée au tour 4 malgré l'obtention d'un consensus, devant une demande de précision de formulation (proposition 44b).

Les principales problématiques, concernant l'ensemble des propositions, sont exposées ci-dessous.

A propos des critères d'âge permettant d'aller plus loin ou non dans l'algorithme, demande d'ajout de précision : « *en cas de facteurs génétiques familiaux premier PSA à 40 ans ?* » [eA], « *il est très probablement nécessaire de s'occuper des hommes mutés BRCA2 (et BRCA1) avant 45 ans, il me semble donc nécessaire d'ajouter un bémol à ces âges* » [eE].

Pour la proposition d'exclusion si > 75 ans : « *à pondérer à l'âge physiologique* » [eF], « *si nous sommes en situation de diagnostic précoce, l'âge de 75 ans n'est plus très pertinent, cependant je n'en fais pas un élément bloquant* » [eE].

A propos de l'espérance de vie et de son estimation : « *le plus grand problème de ce point est la méthodologie retenue pour cette estimation, surtout à 10 ans ! [...] estimation qui est extraordinairement incertaine* ». L'ajout d'un bémol sur le caractère estimatif et donc approximatif de l'espérance de vie a conforté le panel d'experts qui a validé les propositions sur l'espérance de vie.

A propos du consentement éclairé du patient et de la notion d'exclusion de l'algorithme si absence de consentement, cette dernière proposition n'a pas obtenu consensus à l'issue du 3^{ème} tour et a dû être rediscutée au tour 4 (Tableau 7, proposition 32a). En effet, les réticences de l'expert qui invalidait cette proposition ont été difficile à identifier pour finalement comprendre qu'il s'agissait d'un problème de formulation : « *si vous utilisez le terme 'exclusion', c'est que vous excluez le patient, je n'aimerais pas être 'exclu', alors qu'il s'agit d'une volonté, il est nécessaire dans tout ce processus de décision informée et partagée d'avoir une posture empathique ; dans vos termes, même si cela n'apparaît pas dans la fiche, vous transmettez un message et une posture à tous les lecteurs de votre document de consensus* » [eB].

A propos de la proposition 34 « diagnostic précoce = PSA + TR », en dehors d'un problème de formulation, elle a interpellé les experts sur la pertinence du TR : « *TR facultatif car c'est un frein au dépistage pour patient et médecin généraliste et ce n'est pas retenu dans les études randomisées* » [eH], « *quelle est la sensibilité du TR pour le diagnostic de cancer de la prostate ? et surtout quel est cette sensibilité chez un médecin qui en pratique peu, ce qui est le cas des médecins généralistes [...]* » [eG]. En tant qu'administrateur de la ronde Delphi, je suis intervenue dans le questionnaire du tour 2

pour apporter des éléments de la littérature précisant la place du TR (Annexe 3) et j'ai apporté des précisions sur le fait qu'il s'agissait de faire apparaître que la théorie voulait que l'on propose un PSA et un TR en première intention dans la stratégie de diagnostic précoce du CaP mais qu'il revenait ensuite au médecin et au patient de décider de faire ou d'accepter le TR. Les experts ont validé l'argumentaire et par conséquent la proposition.

Concernant les propositions 35 à 43, il s'agissait de la plus grosse problématique de ce travail puisqu'il s'agissait du cœur du problème qu'est la conduite à tenir face à un PSA anormal selon son taux, l'âge du patient et ses facteurs de risque. Il s'agissait ici d'essayer de proposer un compromis prudent pouvant être diffusé aux médecins de premiers recours qui jusqu'alors étaient livrés à leur propre jugement, en tenant compte de la littérature, des recommandations déjà émises par certaines sociétés savantes et des avis de notre panel d'experts.

- ◆ Evidemment les principaux commentaires ont été « *cela ne me paraît pas prouvé* » [eB] ou « *pas de niveau de preuve* » [eH], « *sur des bases scientifiques solides ?* » [eG].
- ◆ Certains étaient même pour un PSA annuel : « *pour un PSA annuel* » [eC] (proposition 40), « *[...]j'aurai aimé qu'il y ait une proposition de faire un PSA annuel entre 50 et 75 ans si pas de risque* » [eE] (proposition 40), « *trop complexe, je propose PSA annuel* » [eH] (proposition 40a). Une fois encore, je suis intervenu sur les questionnaires des tours 2 et 3 (Annexes 3 et 4) pour apporter des éléments de la littérature stipulant que même si le délai optimal entre deux PSA n'était pas encore formellement établi, manque d'études et de preuves, certaines études montraient bien en revanche que le PSA annuel était redondant.
- ◆ Il a également été demandé de simplifier le logigramme, à la suite de quoi certains experts étaient d'accord avec les propositions faites, mais les niveaux de preuves insuffisants en ont fait un élément bloquant pour l'obtention du consensus et ces propositions ont dû être rediscutées au tour 4 (Tableau 7).
« *Difficiles à valider sans validation formelle des sociétés savantes et HAS devant risques médico-légaux* » [eF] (Propositions 42a et 43), à noter que le logigramme proposé s'inspirait des recommandations de l'association européenne d'urologie qui précisait qu'il s'agissait d'un compromis prudent.

A propos de la proposition 44 elle a essentiellement fait l'objet de demande de reformulation pour plus d'exactitude dans le propos. Malgré l'obtention du consensus au 3^{ème} tour, un détail la concernant a été rediscuté au tour 4 (Tableau 7) devant le commentaire suivant : « *pourquoi '?' après IRM préalable, IRM aujourd'hui indispensable avant ponction-biopsie-prostatique* » [eA].

V. B Page « Algorithme personnel » : résultats du Tour 4 - visioconférence

Tableau 7 : Page "Algorithme personnel" - Résultats de la visioconférence (TOUR 4)

PARTIE C : PAGE « ALGORITHME PERSONNEL »		
PROPOSITION DISCUTÉE	RESUME DU DEBAT	DECISION
32a - Exclusion si absence de consentement	<p>Importance de la littérature en médecine. Le terme d'exclusion ne peut pas apparaître dans le document de synthèse de ce travail. « <i>Nous ne pouvons exclure un patient qui a juste exprimé son souhait de ne pas se prêter à la stratégie de diagnostic précoce. Il s'agit d'un respect de sa volonté et non d'une exclusion</i> », d'où la reformulation de la proposition (sans incidence sur la mise en page de la fiche).</p>	<p>Reformulation : « pas d'action de diagnostic précoce en l'absence de consentement éclairé du patient » → Accord consensuel</p>
/!\	<p>Remarque faite de faire attention à bien utiliser partout le même terme, celui de « diagnostic précoce », en insistant sur l'importance de la littérature en médecine. Après relecture de la fiche et des items ayant déjà obtenu consensus, constatation dans la partie « information patient » qu'il était, à deux reprises, utilisée la notion de « détection précoce » → modification par « diagnostic précoce ».</p>	
35 à 43 - Toute la partie de l'algorithme portant sur la définition de l'âge de début de la stratégie de diagnostic précoce en fonction de la présence ou non de certains facteurs de risque, et sur le rythme de suivi du PSA en fonction de la tranche d'âge et du taux de PSA	<p>Définir des classes d'âge sur des études épidémiologiques sans qu'on ait les preuves sur les interventions par classe d'âge pose question. Il a donc été rappelé comment avait pu être définies ces tranches d'âge dans les recommandations actuelles. <i>« Cette proposition de découpe d'âge correspond plus à des bornes par rigueur scientifique que véritablement à la définition de populations clairement étudiées. Ça part initialement de la population étudiée dans l'étude ERSPC qui était une population âgée de 55 à 69 ans, population choisie de manière arbitraire, là où la prévalence et l'incidence étaient plus fortes pour concentrer les forces. Ce sont ainsi des critères d'inclusion, dans le seul essai thérapeutique transposable en population générale française (étude ERSPC), qui sont utilisés à posteriori comme des facteurs qui permettent de définir la population sur laquelle on a une information à délivrer. En dehors de ces critères on n'a pas d'information. C'est de l'assimilation, afin de borner les choses, mais si on veut être rigoureux on ne peut pas se prononcer sur un âge en dehors de l'information donnée sur le caractère uniquement consensuel. Malgré tout c'est un consensus dur car toutes les sociétés savantes dans le monde retiennent les mêmes critères. Il s'agit en fait de mettre la barre à 50 ans de façon consensuelle, pour la population générale, et on rabaisse de 10 ans comme on fait habituellement en oncogénétique pour ceux qui ont un profil à risque (règle approximative). Il s'agit d'une façon grossière de raisonner. A noter que les Français se distinguent des recommandations européennes puisque les recommandations européennes se sont prononcées sur des délais de démarche de diagnostic précoce en fonction d'un PSA réalisé précocement (délais justement proposés dans le tableau de la fiche). En France on a estimé que pour l'instant il n'y avait pas suffisamment de validation externe de cette donnée là pour</i></p>	<p>Ajout de la note suivante : « selon les recommandations françaises et internationales (accord professionnel) », afin de préciser le niveau de preuve → Accord professionnel</p>

l'écrire noir sur blanc dans les recommandations. Mais on ouvre vraiment la porte à cette possibilité en spécifiant que la fréquence de la procédure sera adaptée au profil de risque du patient ».

En effet ce que disent les recommandations françaises (CCAFU) c'est que :

- « L'établissement de la fréquence de détection dans la population générale peut reposer sur les données de l'étude ERSPC, c'est-à-dire tous les 2 à 4 ans ».
 - « Qu'il n'y a pas d'argument en faveur d'une détection annuelle ».
 - « Qu'on peut discuter une adaptation individuelle de cette fréquence en fonction de la valeur du PSA total » (notamment « fréquence éventuellement allongée si PSA total <1ng/mL à 45 ou 60 ans : grade de recommandation faible »), « du profil de risque du patient et de sa propre tolérance au risque ».
- « En effet, il existe une étude qui a montré que le PSA < 1ng/mL précoce est un élément d'excellent pronostic sur l'avenir mais on a estimé qu'on ne pouvait pas aller jusqu'à recommander de vraiment reporter, même si le message qu'on délivre tous en consultation est un message de grande réassurance quand un patient arrive comme ça ».*

Il s'agit donc ici d'ajouter la note « accord professionnel » pour insister sur le côté consensuel de cette proposition et d'insister justement sur le fait qu'il s'agit d'une proposition de rythme de suivi sans obligation de s'y tenir formellement : c'est une aide à la décision et non pas LA décision.

44b - Formulation :
« Indication
biopsie ? IRM
préalable ? »

Le côté interrogatif n'a pas sa place puisque l'IRM est désormais systématiquement recommandée en amont des biopsies.
Interrogation sur l'intérêt de la présence de cette phrase car il est déjà souligné que cela relève d'un avis spécialisé urologique.
Sachant qu'il est préférable de laisser la prescription de l'IRM prostatique à l'urologue, étant très spécifique et chaque urologue ayant ses correspondants (évite que le patient arrive avec une IRM de qualité discutable et qu'il faudra donc refaire).

Suppression

→ Accord consensuel

VI. **PARTIE D : page « Suivi »**

VI. A Page « Suivi » : résultats des 3 premiers tours

Tableau 8 : Page "Suivi personnel" - Synthèse des résultats des 3 premiers tours

PARTIE D – PAGE « SUIVI PERSONNEL »				
PROPOSITION	TOUR	M	INT	R
<i>Pertinence de la présence des différents éléments du tableau</i>				
45- Identité praticien	1 ^{er}	9	[9-9]	A/AF
46- Date	1 ^{er}	9	[8-9]	A/AF
47- Motif de la consultation à la date mentionnée	1 ^{er}	7,5	[1-9]	NC
	2 ^e	8	[2-9]	NC
	3 ^e	8	[8-9]	A/AF
48- Résultats PSA	1 ^{er}	9	[3-9]	NC
49- Résultats TR	1 ^{er}	9	[1-9]	NC
50- CAT retenue à la fin de la consultation	1 ^{er}	9	[0-9]	NC
50a - Reformulation en un item « Examens et conclusion » (réuni PSA/TR/CAT du 1 ^{er} tour)	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
51- Eléments cliniques autres	1 ^{er}	4	[0-9]	IND
51a - Reformulation : Signes cliniques	2 ^e	8	[4-9]	NC
	3 ^e	8	[5-9]	A/AR
	1 ^{er}	9	[3-9]	NC
52- Date du prochain suivi	2 ^e	8	[7-9]	A/AF
	1 ^{er}	7	[0-9]	NC
53- Présence de liens vers les principales recommandations existantes	2 ^e	8,5	[5-9]	A/AR
	3 ^e	8,5	[4-9]	NC
53a - Présence de liens vers les principales recommandations existantes avec ajout de celles du KCE	3 ^e	8,5	[4-9]	NC

M : Médiane / INT : Intervalle de répartition des réponses / R : Résultats

IND : indécision / NC : non consensuel

A/AR : proposition appropriée avec accord consensuel relatif / A/AF : proposition appropriée avec accord consensuel fort

CAT : Conduite à tenir / TR : Toucher Rectal

Une seule proposition n'a pas obtenu consensus à l'issue des 3 premiers tours et a dû être rediscutée au tour 4 : celle sur les liens vers les principales recommandations (Tableau 9, proposition 53a).

Au tour 1, il avait été demandé d'« actualiser les recos AFU » [eA] et dit qu'« il manquait celles du KCE » [eB].

Au tour 2, les experts ont été interrogés sur la pertinence d'ajouter des recommandations belges.

La présence des liens vers les principales recommandations, sans celles du KCE, a obtenu un consensus avec un accord relatif au tour 2, avec toutefois une insistance de l'expert B sur la place des recommandations du KCE, soutenu par l'expert E « les recommandations du KCE sont effectivement

belges, mais sont extrêmement bien faites et disponibles en Français [...] ». Cet item a donc été quand même repropoé au tour 3 avec l'ajout des recommandations du KCE mais n'a pas fait l'unanimité, sans qu'un commentaire ne soit formulé, d'où la discussion au tour 4 (Tableau 9).

Concernant les autres propositions de cette page, il a été essentiellement question de reformulation, d'ajout de précisions et de simplification du tableau : « *trop de lignes et pas assez d'espace dans chaque cellule [...] » [eG], « noter le type de test utilisé pour le PSA ou, à défaut, la valeur 'normale' retenue pour ce test » [eE], « pour le TR il faudrait préciser 'suspect' ou 'non-suspect' » [eE], « j'aurai remplacé TR, éléments cliniques et CAT par examens et conclusion » [eH].*

A noter qu'il a également été demandé d'« *ajouter médecin traitant (case à remplir avec tampon) » [eD], chose qui a été faite finalement sur la page de garde et qui a été validé ainsi (cf. paragraphe concerné).*

VI. B Page « Suivi » : résultats du Tour 4 - visioconférence

Tableau 9 : Page "Suivi" - Résultats de la visioconférence (TOUR 4)

PARTIE D – PAGE « SUIVI PERSONNEL »		
PROPOSITION DISCUTÉE	RESUME DU DEBAT	DECISION
53a- Présence de liens vers les principales recommandations avec ajout de celles du KCE	<p>« <i>Si on met les recommandations belges, pourquoi ne pas mettre également les recommandations européennes ? »</i></p> <p>L'ajout des recommandations belges a été proposé à titre d'exemple de présentation.</p> <p>Même si les chiffres commencent à être un peu anciens, ces recommandations présentent de façon « populationnel » les avantages et inconvénients du dépistage, le risque du dépistage et le risque du non-dépistage. Tout ceci sous forme graphique, très parlant pour les patients, et qui nous manque en France.</p> <p>Il n'y a pas que les recommandations qui comptent mais aussi la manière de vulgariser l'information. Place importante du support visuel pour aider le patient.</p>	<p>Place validée des recommandations belges</p> <p><i>mais à la condition de préciser que ces recommandations sont citées pour leurs représentations graphiques</i></p> <p>→ Accord consensuel</p>

VII. PARTIE E : Format et page destinée au patient

Tableau 10 : Format et page patient - Synthèse des résultats des 3 premiers tours

PARTIE E : FORMAT et PAGE DESTINEE AU PATIENT				
PROPOSITION	TOUR	M	INT	R
54- Format Livret A5	1 ^{er}	9	[4-9]	NC
	2 ^e	8	[5-9]	A/AR
55- Présence d'une feuille détachable à destination du patient contenant son tableau de suivi	1 ^{er}	6,5	[0-9]	IND
55a - Retrait de la fiche patient	2 ^e	8	[5-9]	A/AR

M : Médiane / INT : Intervalle de répartition des réponses / R : Résultats

IND : indécision / NC : non consensuel

A/AR : proposition appropriée avec accord consensuel relatif / A/AF : proposition appropriée avec accord consensuel fort

Il a été ici remis en question l'intérêt du feuillet patient, d'où son retrait : « *le patient va le perdre* » [eC], « *je pense que le patient doit tout garder comme pour tout* » [eH], « *je n'ai pas d'avis bien particulier, car la majorité de mes patients aura perdu cette fiche bien avant la prochaine consultation...* » [eE], « *les logiciels médicaux permettront tous d'ici fin 2021 de mettre le PDF dans le DMP* » [eD].

Quant au format A5 proposé il a obtenu consensus au 2^{ème} tour, sans formulation d'un quelconque commentaire.

VIII. Commentaires libres du 1^{er} tour

La liste complète des commentaires est disponible en Annexe 12.

Il n'a pas été fait de commentaire suggérant des idées nouvelles qui n'auraient pas du tout été abordées dans la fiche.


Les commentaires venaient plutôt appuyer ceux déjà fait à l'égard de chaque proposition et déjà résumés dans les paragraphes ci-dessus.

IX. Version finale de la fiche

Le titre final validé de la fiche a été : « *Diagnostic précoce du cancer de la prostate : aide à la décision personnalisée* ».

La fiche est présentée en Figure 2.

Figure 2 : Proposition de protocole de diagnostic précoce du cancer de la prostate : version finale de la fiche validée par les experts



Diagnostic Précoce du Cancer de la Prostate

Aide à la décision personnalisée

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME = 50430 nouveaux cas estimés en 2015
3^E CAUSE DE DECES PAR CANCER CHEZ L'HOMME
= 8512 décès estimés en 2015

Age médian au diagnostic = 68 ans / Age médian des décès = 83 ans (2015)
 Sur 100 cas diagnostiqués, environ 80 seront traités car évolutifs et 20 ne nécessiteront qu'une surveillance

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, afin de pouvoir répondre à la question suivante :

✦

Quelles informations donner à un patient à propos du diagnostic précoce du cancer de la prostate ?

✦

Cette fiche aide à élaborer une **stratégie de diagnostic précoce personnalisé** afin de rationaliser l'utilisation du PSA et d'obtenir une **réponse homogène et reproductible par tout médecin** confronté à la question du risque de cancer prostatique, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'attitude adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.

✦

Nom	Prénom	DDN	Age lors de C1	Médecin traitant

Histoire Médicale Personnelle

ANTECEDENTS et PATHOLOGIES EN COURS	PSA antérieurs ⁽¹⁾ / Norme du test / Date
-------------------------------------	--

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- Age
- Antécédent familial de cancer de la prostate (risque augmentant avec le nombre de cas)
 - ≥ 3 cas chez des apparentés au 1er degré ou du 2ème degré (RR respectifs de 5,33 et 2,91 pour 3 cas)
 - ≥ 2 cas diagnostiqués avant 55ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré (risque augmentant avec la précocité de l'âge au diagnostic)
- Origine Afro-antillaise (incidence 2 fois supérieure au taux national)
- Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire :
 - I cas de cancer du sein < 40 ans ou bilatéral ou chez un homme (qui peut être le patient)
 - I cas de cancer de l'ovaire
 - (Mutation BRCA1, et surtout BRCA2 : RR respectivement 1,35 et 2,61 fois plus élevé de cancer de la prostate, avec un risque plus élevé de cancer agressif avec BRCA2)

INFORMATION PATIENT

- Facteurs de risque
- Bénéfices et inconvénients du diagnostic précoce ou du non-diagnostic
- Prise en charge personnalisée et adaptée au type de cancer éventuellement découvert
- Place de la surveillance active
- Pertinence de réaliser une IRM prostatique
- Pertinence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève de l'urologue)
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (dyspsies), risque de conséquences urinaires et/ou sexuelles en fonction de la prise en charge retenue et conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de diagnostic précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans⁽²⁾.

Recueil oral du CONSENTEMENT du patient OUI NON

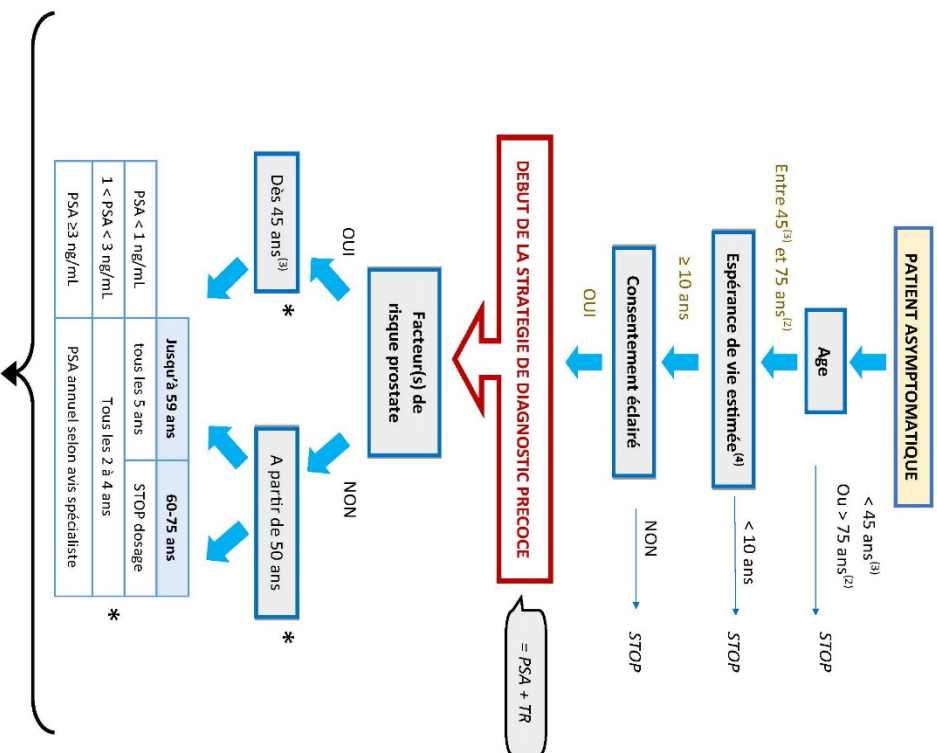
POUR INFORMATION : OPTIONS THÉRAPEUTIQUES DISPONIBLES EN 2021

Forme localisée	Surveillance active, Prostatectomie totale, Radiothérapie externe, Curieothérapie, Ultrasons focalisés / HIFU selon le risque de progression et la décision partagée
Forme localement avancée	Radiothérapie + hormonothérapie ou Prostatectomie totale + curage ganglionnaire
Forme métastatique	Hormonothérapie +/- Chimiothérapie +/- Radiothérapie

(1) PSA total (PSA libre non utile en 1ère intention)

(2) A pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive (anticiper douleurs et complications des métastases par exemple)

Algorithme Personnel



Si PSA anormal ou chétive croissante (≥ +0,80ng/mL/an) : avis spécialisé urologue

* Selon les recommandations internationales (EAU guidelines) et françaises (CCAFU) : accord professionnel

(3) cas particulier : si facteurs génétiques familiaux (mutation BRCA1 et BRCA2) proposer dès 40 ans

(4) Absence de score de calcul validé : estimation par conséquent subjective



Suivi

Identité praticien	Date	Motif consultation	Signes cliniques	Examens ⁽¹⁾ et conclusion ⁽²⁾	Date prochain rdv

(1) Valeur du PSA et de la norme du laboratoire / Aspect suspect ou non suspect du TR

(2) Décision partagée

A titre informatif : Derniers avis en date des différentes sociétés savantes

N°1 CCAFU. *Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate*

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>

N°2 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation (HAS février 2012)*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf

N°3 COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. *Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG : 2011*

<http://www.sftg.net/documents%20PDF/Communique%20presse%20prostate%20CMG.pdf>

N°4 KCE *Recommandations belges du centre fédéral d'expertise des soins de santé (2014)*

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_Cancer_prostate_18HD.pdf

→ Citées à titre informatif pour ses représentations graphiques ++

DISCUSSION

Résultat principal de l'étude

Cette étude a permis de déterminer les informations jugées pertinentes à prendre en compte et à transmettre au patient, ainsi que la conduite à tenir qui en découle, sous forme d'algorithme décisionnel, dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique considéré individuellement. Les messages clés sont : l'importance de l'information préalable du patient, l'obtention de son consentement éclairé, et la notion de décision partagée. Le consensus a pu être obtenu pour l'intégralité de la fiche, y compris son format.

Ainsi, les facteurs de risque à rechercher sont :

- l'âge
- les antécédents familiaux de cancer de la prostate au premier et au deuxième degré
- l'origine afro-antillaise
- les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein et/ou les antécédents familiaux de cancer de l'ovaire.

Les informations à fournir au patient, en fonction de ce qu'il souhaite savoir, sont :

- les facteurs de risques
- les bénéfices et inconvénients du diagnostic précoce, ainsi que du non-diagnostic
- l'existence d'une prise en charge personnalisée et adaptée au type de cancer éventuellement découvert
- la place de la surveillance active
- la pertinence de l'IRM prostatique
- la pertinence de réaliser ou non une biopsie prostatique (dont l'indication relève de l'urologue)
- les risques de surdiagnostic et de surtraitement
- l'absence d'intérêt à répéter la procédure de diagnostic précoce (en particulier le PSA) après généralement 75 ans (pondéré à l'âge physiologique)
- les options thérapeutiques disponibles et leurs inconvénients principaux.

La stratégie de diagnostic précoce (PSA + TR) est à proposer aux patients avec une espérance de vie estimée supérieure à 10 ans, à partir de 45 ans s'ils présentent des facteurs de risque de cancer de la prostate (ou 40 ans en cas de facteurs génétiques familiaux BRCA1 ou BRCA2) ou à partir de 50 ans en l'absence de facteurs de risque identifiés.

La proposition de suivi du PSA est la suivante :

- si PSA < 1ng/mL : PSA tous les 5 ans (ou si âge \geq 60 ans : stop dosage)
- si 1 < PSA < 3ng/mL : PSA tous les 2 à 4 ans
- si PSA \geq 3ng/mL : PSA annuel à l'appréciation du spécialiste urologue.

Validité externe

Il n'existe pas de travail de recherche similaire dans la littérature.

Néanmoins, la plupart des données présentées dans la fiche sont issues de la littérature et partagées par certaines sociétés savantes.

Dans les grandes lignes, cette fiche est en accord avec les idées à la fois des sociétés savantes nationales que sont la HAS [7], le CMG [6] et l'AFU [8], et internationales comme l'USPSTF [10,11], l'EAU [15] ou encore l'Association Canadienne des Urologues [16] : l'absence de dépistage systématique organisé du cancer de la prostate et l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate, à la fois sur les avantages espérés et les inconvénients potentiels.

Les données épidémiologiques présentées en page de garde sont celles de Santé Publique France [1]. Dans les détails, cette fiche va plus loin que les recommandations officielles existantes et est en revanche davantage inspirée des recommandations des sociétés savantes d'urologie à savoir le CCAFU [8], l'EAU [15] et la commission européenne d'urologie [17], dont les positions sont plus récentes que celles entre autres de la HAS, concernant notamment l'algorithme décisionnel.

Ce dernier n'a pu faire l'objet d'un consensus fort dans ce travail étant donné le manque de données scientifiques probantes à l'heure actuelle permettant un niveau de preuve suffisant à propos notamment de la fréquence idéale de dosage du PSA. Mais un accord professionnel a toutefois été obtenu, ayant permis d'établir une proposition de compromis prudent tentant de rationaliser l'utilisation du PSA. Cet algorithme se rapproche également des recommandations de l'Association Canadienne des Urologues [16].

En ce qui concerne les facteurs de risques et les informations à fournir au patient, ils sont issus pour la plupart des recommandations du CCAFU [8], en dehors de l'exposition au chlordécone dont le choix a été fait ici de ne pas le faire apparaître, et de certaines informations pour lesquelles des précisions ont demandé à être apportées dans ce travail.

Forces de l'étude

Qualité méthodologique :

La méthode Delphi est une méthode d'élaboration de consensus validée et donc adaptée à la question de recherche. Les critères de qualité méthodologique ont été respectés tels que :

- Anonymisation des résultats garantissant une libre expression des experts, à l'exception du 4^{ème} et dernier tour (cf. paragraphe « limites de l'étude »).
- Recrutement d'experts qualifiés sur la thématique abordée avec équilibre entre les deux spécialités que sont la médecine générale et l'urologie, toutes deux fortement concernées par le sujet étudié.

- Aucun perdu de vue parmi les experts.
- Processus de feedback contrôlé permettant et encourageant les participants à réévaluer leurs jugements initiaux, à la lumière des commentaires des autres participants et du positionnement de leur réponse par rapport au reste du groupe.
- Processus itératif en nombre suffisant : 2 à 3 tours suffisent en général [18].

Apport des commentaires

La possibilité de formuler des commentaires libres au premier tour a empêché le risque d'étouffer l'émergence d'idées nouvelles non soumises dans le questionnaire initial.

Par ailleurs, la possibilité de formuler des commentaires à la suite de chaque proposition pour expliquer la cotation a permis de comprendre les raisons de l'accord, du désaccord ou de l'indécision de l'expert et ainsi de soumettre des modifications raisonnées aux tours suivants.

Apport de la visioconférence

La réunion finale « présentielle » a été indispensable dans ce travail.

Elle a permis de débattre des dernières propositions qui n'avaient pas obtenu le consensus, pour lesquelles une argumentation orale et en face à face était bien plus efficace et pertinente qu'un débat par questionnaire interposé.

Convergence totale du groupe

Nous avons réussi à obtenir quelque chose d'entièrement consensuel.

Limites de l'étude

Définition du consensus

Il n'existe pas de lignes directrices universelles concernant l'interprétation des résultats et la définition de « consensus » dans la procédure Delphi [18,19]. Peu de conseils existent pour aider les chercheurs à entreprendre cette méthode de collecte des données, y compris sur le site de référence des critères qualités equator-network.org. De nombreuses formes différentes existent maintenant. Selon les études certains définissent le consensus à partir d'un accord d'au moins 51% des participants, d'autres recommandent 70% ou encore 80%, et enfin certains suggèrent que la stabilité de la réponse à travers une série de tours est un indicateur plus fiable de consensus [18,20].

Par conséquent, étant donné le nombre plutôt faible de participants dans notre étude, nous avons fait le choix de ne pas raisonner en pourcentage mais de nous inspirer d'une autre méthode de consensus très proche de la procédure Delphi : la méthode « Recommandations par consensus formalisé » ; pour laquelle la HAS a établi des recommandations en 2010 [21], à la différence près que nous avons choisi

une échelle numérique allant de 0 à 9, plutôt que de 1 à 9, le chiffre zéro ayant plus de sens pour exprimer un total désaccord, mais n'interférant pas sur l'interprétation des résultats dans notre étude. Dans cette méthode les avis des participants devaient être unanimes pour parler de consensus, c'est-à-dire toutes les notes ≥ 5 ou tous ≤ 5 , donnant toutefois plus de force au consensus, contrairement au raisonnement par proportion de réponse compris ou non dans un intervalle.

Biais de sélection des experts

Même s'il n'existe pas de lignes directrices universelles, la taille du groupe est au minimum de 15 participants et jusqu'à plus de 60 dans de nombreuses publications [19].

Nous avons donc ici un faible nombre de participants, ayant par ailleurs permis une analyse qualitative plus importante que lorsque le nombre de participants est trop important.

Au-delà du nombre, le choix des experts ne s'est pas fait au hasard. Nous les avons contactés directement par téléphone, en les ayant sélectionnés nous-même à partir de leur domaine d'exercice et leur représentativité présumée sur le sujet.

Nous avons initialement sollicité les présidents de l'AFU et du CMG afin qu'ils nous établissent une liste d'experts parmi leurs 2 grandes instances. Ces derniers sont entrés en contact et ont donné leur accord pour un tel travail mais le contexte sanitaire actuel les a empêchés malheureusement de nous aider à mener ce projet dans le délai qui nous était imparti. Nous avons donc dû sélectionner les experts par nos propres moyens.

Implication hétérogène des experts et nécessité d'implication de l'administrateur

Bien qu'incités à laisser des commentaires pour chaque proposition et à chaque tour, pour argumenter leurs cotations, l'analyse des commentaires a montré que les experts ont commenté ce travail de manière hétérogène avec souvent une absence de commentaires. Ainsi, certaines propositions ont parfois dû être reproposées à l'identique, faisant perdre un tour d'avis.

Il a aussi fallu qu'en tant qu'administrateur de la ronde Delphi, j'intervienne sur plusieurs items en soulevant certaines interrogations ou en apportant des données de la littérature pouvant appuyer ou au contraire parfois aller à l'encontre de certains avis émis.

Biais de suggestibilité

Comme cela vient d'être dit, mon implication dans l'argumentaire de certaines propositions a pu être un biais de suggestibilité. Mais cela était en même temps indispensable au vu de l'hétérogénéité des commentaires formulés par les experts et la nécessité que l'étude se déroule sur 3 à 4 tours, ce qui a permis par la même occasion d'éviter d'avoir des perdus de vue.

Variation de méthodologie au 4^{ème} tour : la visioconférence

Cette variation de méthodologie est à la fois une force (voir plus haut) et une limite de l'étude par la rupture de l'anonymat qu'elle a entraîné.

Ceci dit, la méthode RAND/UCLA [22], qui inclut une réunion présentielle, peut être considérée comme une forme particulière de modification de la procédure Delphi [19].

Variation de méthodologie de cotation

L'échelle numérique classiquement utilisée dans la méthode Delphi dans sa version classique ou modifiée, ou encore dans la méthode « Recommandations par consensus formalisé » de la HAS dont nous nous sommes inspirés pour l'analyse des données, va de 1 à 9.

Nous avons choisi ici une échelle de 0 à 9, le chiffre zéro ayant plus de sens pour exprimer un total désaccord, mais cela n'a pas eu d'impact sur les résultats et leur interprétation.

Conclusion et perspectives

Cette étude nous a permis de mettre en forme un outil d'aide à la décision dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique. Cet outil se présente sous la forme d'un livret de format A5 résumant les données épidémiologiques du cancer de la prostate, les informations à prendre en compte concernant le patient considéré individuellement, les informations à fournir au patient, l'algorithme décisionnel qui découle de la décision partagée avec le patient, un tableau de suivi et les principales recommandations officielles existant à ce jour.

Les messages clés qui ressortent de cette étude sont l'importance de l'information du patient, l'importance des notions de consentement du patient et de décision partagée, l'importance du raisonnement en termes de qualité de vie au-delà de la durée de vie dans la stratégie de diagnostic précoce du cancer de la prostate.

Cette fiche n'a pas vocation de recommandation officielle, mais a vocation d'aider les médecins de premier recours à répondre aux interrogations de leur(s) patient(s), à leur proposer une conduite à tenir visant à rationaliser l'utilisation du PSA et à homogénéiser leurs conduites concernant le diagnostic précoce du cancer de la prostate. Ceci dans l'attente que d'éventuelles études nous permettent d'avoir des niveaux de preuves supérieurs sur l'impact du diagnostic précoce du cancer de la prostate ou que de nouveaux outils diagnostics, plus fiables que le PSA, voient le jour, ce qui semble déjà bien se profiler avec les études actuelles sur certains biomarqueurs.

Cette étude ouvre les perspectives d'une étude à plus grande échelle, avec un plus grand nombre d'experts. Un travail sur une fiche destinée davantage au patient serait également envisageable et la bienvenue.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SPF. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim.
2. Pinsky PF, Miller E, Prorok P, Grubb R, Crawford ED, Andriole G. Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality among participants in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian randomized cancer screening trial. *BJU Int.* mai 2019;123(5):854-60.
3. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol.* juill 2019;76(1):43-51.
4. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol.* août 2010;11(8):725-32.
5. La Haute Autorité de Santé maintient ses recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961215/fr/la-haute-autorite-de-sante-maintient-ses-recommandations-sur-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate
6. CMG Communiqué presse prostate - fev 2011 - « Vous avez dit prostate ! comme c'est bizarre ». 2011.
7. HAS - Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1238318/fr/cancer-de-la-prostate-identification-des-facteurs-de-risque-et-pertinence-d-un-depistage-par-dosage-de-l-antigene-specifique-de-la-prostate-psa-de-populations-d-hommes-a-haut-risque
8. Rozet F, Mongiat-Artus P, Hennequin C, Beauval JB, Beuzeboc P, Cormier L, et al. [French ccAFU guidelines - update 2020-2022: prostate cancer]. *Prog Urol.* nov 2020;30(12S):S136-251.
9. Shoag JE, Mittal S, Hu JC. Reevaluating PSA Testing Rates in the PLCO Trial [Internet]. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1515131>. Massachusetts Medical Society; 2016. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1515131>
10. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 8 mai 2018;319(18):1914-31.
11. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 8 mai 2018;319(18):1901-13.
12. Rouvière O, Puech P, Penna RR, Claudon M, Roy C, Lechevallier FM, et al. Valeur ajoutée de l'IRM de prostate avant première série de biopsies : étude MRI-FIRST. *Progrès en Urologie.* 1 nov 2017;27(13):701-2.

13. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, Panebianco V, Mynderse LA, Vaarala MH, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *New England Journal of Medicine*. 10 mai 2018;378(19):1767-77.
14. Ahmed HU, Bosaily AE-S, Brown LC, Gabe R, Kaplan R, Parmar MK, et al. Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *The Lancet*. 25 févr 2017;389(10071):815-22.
15. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol*. févr 2021;79(2):243-62.
16. Rendon RA, Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, Saad F, So A, et al. Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis. *Can Urol Assoc J*. oct 2017;11(10):298-309.
17. Van Poppel H, Hogenhout R, Albers P, van den Bergh RCN, Barentsz JO, Roobol MJ. Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission. *European Urology*. 1 mars 2021;79(3):327-9.
18. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique: Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*. oct 2000;32(4):1008-15.
19. L. Letrillart, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer, la revue francophone de Médecine générale*.
20. Guerreiro MP, MacLure K, Santos S, Stewart D. Reporting E-Delphi Studies (REDS) in health research: development of a preferred items checklist. 2016;5.
21. HAS-guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf
22. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. RAND Corporation; 2001 janv [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 1

Point Prostate Personnel

Explication du projet et recueil des avis d'experts

PRESENTATION DU PROJET

Dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, je me suis intéressée au Cancer de la Prostate et plus particulièrement à la prise en charge du risque de cancer prostatique chez le patient asymptomatique. Le dépistage du cancer de la prostate étant un sujet très controversé pour diverses raisons, il est à l'origine de conduites hétérogènes du corps médical.

L'objectif de ce travail de thèse est d'aider à ce qu'une réponse homogène puisse émerger de tout médecin confronté à la question du risque de cancer prostatique d'un patient.

METHODOLOGIE

Le projet consiste à créer une fiche qui résumerait les éléments à prendre en compte dans l'évaluation du risque de cancer prostatique d'un patient et qui proposerait un algorithme décisionnel pour guider le médecin dans la décision, dans le but de tenter d'homogénéiser les conduites.

Cette fiche est ensuite soumise à l'avis d'experts, dont vous faites partie, pour pouvoir apporter les modifications jugées nécessaires.

Il s'agit d'utiliser la méthode DELPHI ou ronde DELPHI, méthode validée pour l'obtention d'un consensus, minant des tables rondes virtuelles autour d'un sujet.

Pour cela, le groupe d'experts est constitué à la fois d'urologues et de généralistes. Vous serez chacun sollicités à plusieurs reprises (au moins 3 fois) pour obtenir votre avis, à l'aide d'un formulaire évaluant votre degré d'accord sur différents points de la fiche, à renvoyer par mail.

A chaque tour, vous recevrez un résumé de l'ensemble des réponses des différents experts (de façon anonyme) ainsi qu'une version actualisée de la fiche, prenant en compte les réponses précédentes. Tour à tour, l'idée est d'obtenir un consensus entre les différents experts, ou au moins de s'en rapprocher le plus possible.

Pour les différents items proposés, vous donneriez votre degré d'accord sur une échelle de 0 à 9, puis en fonction des résultats obtenus, l'interprétation suivante sera faite :

- Item jugé « approprié » au-delà d'un certain seuil d'accord : il sera alors validé et ne sera plus soumis à avis dans le formulaire suivant.
- Item jugé au contraire « inapproprié » : il sera alors invalidé et sera retiré de la fiche
- Item jugé « incertain » : il sera alors soumis à nouveau à avis le tour suivant, après modification prenant en compte vos commentaires.

Au cours du 1^{er} tour uniquement, une partie de commentaires libres vous sera proposée, au cas où vous souhaitez soulever un point particulier que le formulaire n'a pas évoqué.

Cette fiche, que j'ai intitulée fiche PPP pour « Point Prostate Personnel », est accompagnée d'une « feuille explicative » résumant les motivations de ce travail de thèse et expliquant les sources et le raisonnement de la construction de cette fiche, pour vous aider dans votre analyse.

Merci d'avance pour votre investissement.

→ CONCERNANT LA PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »

Intitulé de la fiche : « Point Prostate Personnel »	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels	
Informations résumées sur cette page	
(Donner votre degré d'accord sur la présence de l'information demandée sur la page de garde et préciser en commentaires s'il y a des modifications suggérées)	
♦ Données épidémiologiques	Choisissez un élément.
♦ Questionnement d'un patient sur son risque de cancer de prostate	Choisissez un élément.
♦ Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche	Choisissez un élément.
♦ Identité du patient	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

→ CONCERNANT LA PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »

Prise en compte des antécédents médicaux et chirurgicaux dans la décision	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des comorbidités du patient dans la décision	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des anciens dosages de PSA, s'il y en a	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des facteurs de risques	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Accord avec les facteurs de risque retenus	
♦ Origine afro-américaine	Choisissez un élément.
♦ Antécédent familial de cancer de la prostate (3 cas ou plus au 1 ^{er} ou 2 ^{ème} degré quel que soit l'âge, ou au moins 2 cas avant 55 ans)	Choisissez un élément.
♦ Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire	Choisissez un élément.
♦ Exposition au chloroforme	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Données de l'information à fournir au patient	
♦ Facteurs de risque	Choisissez un élément.
♦ Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, et a contrario conséquences de la non détection	Choisissez un élément.
♦ Pertinence de réaliser une biopsie	Choisissez un élément.
♦ Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement	Choisissez un élément.
♦ Existence de différents types de cancer de la prostate et différentes options de prise en charge	Choisissez un élément.
♦ Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Rappel des grandes lignes de traitement disponibles en 2020	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

⇒ **CONCERNANT LA PAGE DE GARDE :**

Intitulé de la fiche : « Point Prostate Personnel »	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Informations résumées sur cette page (Donner votre degré d'accord sur la présence de l'information donnée sur la page de garde et préciser en commentaires s'il y a des modifications suggérées)	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Données épidémiologiques ◆ Questionnement d'un patient sur son risque de cancer de prostate ◆ Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche ◆ Identité du patient 	Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

⇒ **CONCERNANT LA PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE » :**

Prise en compte des antécédents médicaux et chirurgicaux dans la décision	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des comorbidités du patient dans la décision	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des anciens dosages de PSA, s'il y en a	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Prise en compte des facteurs de risques	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Accord avec les facteurs de risque retenus ◆ Origine afro-antillaise ◆ Antécédent familial de cancer de la prostate (3 cas ou plus au 1er ou 2ème degré quel que soit l'âge, ou au moins 2 cas avant 55 ans) ◆ Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire ◆ Exposition au chloroforme 	Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Données de l'information à fournir au patient	Choisissez un élément.
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Facteurs de risque ◆ Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, et a contrario conséquences de la non détection ◆ Pertinence de réaliser une biopsie ◆ Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement ◆ Existence de différents types de cancer de la prostate et différentes options de prise en charge ◆ Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans 	Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Rappel des grandes lignes de traitement disponibles en 2020	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

⇒ **CONCERNANT LA PAGE « SUIVI » :**

Pertinence de la présence des différents éléments du tableau :	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Identité Praticien ◆ Date ◆ Motif de la consultation à la date mentionnée ◆ Résultat PSA ◆ Résultat TR ◆ Eléments cliniques autres ◆ Conduite à tenir retenue à la fin de la consultation ◆ Date du prochain suivi 	Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément. Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Présence de liens vers les principales recommandations existantes	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

⇒ **CONCERNANT LA FICHE DANS SON ENSEMBLE :**

Format : livret AS	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	
Présence d'une feuille détachable à destination du patient contenant son tableau de suivi	Choisissez un élément.
Commentaires éventuels :	

COMMENTAIRES LIBRES : (rubrique présente au 1er tour uniquement)

Annexe 2 : Ar argumentaire de la fiche initiale envoyé aux experts au tour 1

ETAT DES CONNAISSANCES EN MATIERE DE RECOMMANDATIONS

Le dépistage du cancer de la prostate par dosage sanguin du PSA est particulièrement controversé.

En France, et même à l'international, l'attitude des médecins face au risque de cancer de prostate de leur patient est très hétérogène, du fait de **divergences** notables entre les recommandations des différentes sociétés savantes (HAS, AFU, CMG).

HAS	<p>En 2012, la HAS a souligné l'absence d'intérêt démontré de la mise en œuvre d'un dépistage systématique organisé par dosage du PSA dans une population d'hommes considérés à haut risque, comme elle l'avait déjà signifiée pour la population générale [1].</p> <p>D'après la HAS, il serait même souhaitable d'analyser les pratiques actuelles de dépistage opportuniste pour mieux en apprécier les inconvénients et d'émettre des recommandations pour en réduire l'usage et pour le rendre plus rationnel.</p> <p>Le rapport de l'HAS insistait également sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate.</p> <p>Concernant les populations à haut risque (hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate et les personnes d'origine africaine ou antillaise), la HAS indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ « Qu'en l'état actuel des connaissances, des difficultés sont identifiées pour définir et repérer des populations masculines à plus haut risque de développer un cancer de la prostate ; ◆ Que l'identification des groupes d'hommes plus à risque de développer un cancer de la prostate ne suffit pas à elle seule à justifier un dépistage ; ◆ Qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque » [1].
CNGE et CMG	<p>En juin 2011, le CNGE indiquait également qu'« il n'existait aucun argument pour recommander un dépistage systématique du cancer de la prostate par le toucher rectal et/ou le dosage du PSA et qu'en dehors de situations particulières à risque ou de demande individuelle de patients bien informés au préalable, le CNGE recommandait aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique ».</p> <p>En 2011, le CMG considère qu'« assimiler les cellules cancéreuses prostatiques à un cancer maladie est un abus de langage qui explique la difficulté à communiquer sur ce sujet difficile ».</p> <p>Le CMG invite les médecins généralistes « à informer clairement les hommes de plus de 50 ans à la fois sur les avantages espérés et les inconvénients potentiels du toucher rectal et du dosage du PSA dans le sang, tant que persisteront des incertitudes sur le rapport bénéfices-risques d'un dépistage systématique du cancer de la prostate » [2].</p> <p>Il est essentiel de ne pas entretenir la confusion entre dépistage et diagnostic.</p> <p>En mars 2014, le CMG communiquait sur le processus de prise de décision partagée, comme « modèle de fonctionnement reconnu comme nécessaire ».</p>

AFU	<p>En 2020, l'AFU « recommande une détection précoce individualisée du cancer de la prostate avec une information éclairée sur les modalités, les enjeux et les risques éventuels liés aux différentes stratégies de prise en charge avec pour objectif essentiel de ne pas méconnaître un cancer agressif.</p> <p>La détection est fondée sur le toucher rectal (TR) et le dosage du PSA total chez les hommes sans polypathologies à partir de 50 ans. Un TR suspect (induration) est une indication de biopsie prostatique quelle que soit la valeur du PSA, sauf chez les patients dont l'espérance de vie est limitée.</p> <p>Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères. Le contrôle de la valeur du PSA après 50 ans reste un élément prédictif du risque de survenue d'un cancer de la prostate au cours de sa vie.</p> <p>Les modalités de suivi et l'intervalle entre les dosages varient en fonction de la valeur initiale du PSA et de sa cinétique d'évolution ». [3]</p> <p>Pour l'AFU, la détection précoce reste recommandée à partir de 45 ans chez les hommes au risque de cancer de la prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial de cancer de la prostate (au moins 2 cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans).</p> <p>La stratégie de détection précoce proposée par l'AFU se fonde sur l'information des hommes à tous les temps de leur prise en charge (identification, diagnostic, traitement, gestion des effets secondaires, suivi) et sur la définition d'une stratégie individualisée en fonction des facteurs de risque et de la valeur du PSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Procédure s'adressant exclusivement aux hommes en bon état fonctionnel et à la probabilité de survie prolongée. ◆ Procédure reposant sur la recherche des facteurs de risque (familiaux et ethniques), le toucher rectal et le dosage du PSA. ◆ Procédure initiée à 50 ans en absence de facteur de risque, à 45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique. ◆ Procédure interrompue à 75 ans généralement. ◆ Procédure à répéter probablement tous les deux ans en cas de facteur de risque, mais intervale optimal encore non établi (pas de nécessité de répéter la procédure annuellement sauf exception). En 2009, il était recommandé de le réaliser de manière annuelle si le PSA était >1ng/ml et tous les 3 ans si le PSA était <1ng/ml. Ces recommandations reposaient essentiellement sur les résultats de l'étude E3SPC considérés comme concluants pour la tranche d'âge de 55 à 69 ans (mais pour un dosage de PSA tous les 4 ans et un seuil à 3ng/ml). ◆ Procédure nécessitant une évaluation.
Recommandations européennes et internationales	<p>À ce jour, aucune agence ou autorité sanitaire dans le monde n'a rendu d'avis favorable à la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA.</p> <p>L'US Preventive Services Task Force (USPSTF), qui s'était opposée à la prescription de dosage du PSA dans un objectif de diagnostic précoce, vient de modifier ses recommandations [4-5].</p> <p>Elle recommande de ne pas dépister un patient qui n'exprime pas son souhait de l'être (après avoir reçu une information à ce sujet), sans plus s'opposer à la prescription du PSA pour un diagnostic précoce de cancer de la prostate.</p> <p>En revanche, elle continue de ne pas recommander le dépistage basé sur le PSA chez les hommes de plus de 70 ans.</p>

Finalement, toutes s'accordent pourtant pour ne pas employer le terme ni prétendre à réaliser un dépistage de masse, et s'accordent sur la notion primordiale d'information éclairée du patient.

C'est pourquoi cette fiche vise dans un premier temps à s'accorder sur les informations importantes à transmettre à son patient, et vise à préciser les informations à prendre en compte pour proposer ou non un dépistage, mieux dénommé diagnostic précoce, INDIVIDUEL et non de masse.

Concernant ces dernières informations, une actualisation des connaissances s'impose pour comprendre les motivations de ce travail.

ACTUALISATION DES CONNAISSANCES : CE QUI A CHANGE CES DERNIERES ANNEES

Depuis les dernières recommandations des différentes sociétés savantes, de nouvelles avancées scientifiques sont à prendre en considération. A savoir : La place de l'IRM prostatique pré-biopsique, la notion de surveillance active pour les cancers à faible risque, ainsi que la relecture des études préexistantes. Autant d'arguments qui permettent de remettre la question de la réalisation d'un **DIAGNOSTIC PRECOCE INDIVIDUEL** au goût du jour.

Nouvelles études et relecture d'anciennes études

Il faut savoir que la polémique autour de l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate a été renforcée par les résultats des mortalités spécifiques apparemment contradictoires des 2 plus grosses études randomisées (étude américaine PLCO et étude européenne ERSPC).

Parmi les essais randomisés de dépistage, seules restent valides les données de l'ERSPC qui objectivent un gain de survie spécifique de 21% à 13ans [6] et de l'étude de Göteborg dont le gain en survie spécifique est de 42% [7].

En effet, une **révision de l'étude PLCO** (qui a rapporté une absence de bénéfice sur la mortalité spécifique) a décelé un **énorme biais**: presque 90% des patients mis dans le groupe des non-dépistés l'étaient, en fait, été sans le dire (par dosage du PSA), ce qui inverse la conclusion finale : une augmentation de la survie spécifique de 27 à 32% dans la population des dépistés.[8]

Plus récemment, l'étude randomisée britannique CAP (The Cluster Randomized Trial of PSA Testing Prostate Cancer) [9] consistait à proposer par des généralistes à 408 825 hommes de 50 à 69 ans soit une surveillance standard, soit un dosage unique de PSA. Un PSA supérieur ou égale à 3 ng/ml conduisait à la réalisation de 10 à 12 biopsies échoguidées. La mortalité par cancer de la prostate à 10 ans n'a pas été différente entre les deux groupes, témoignant d'un taux de mortalité spécifique faible proche de 1%. Les cancers de haut grade et de stade non localisés étaient identifiés en même proportion dans les deux groupes. Cette étude présente cependant des faiblesses méthodologiques, et devra être poursuivie encore quelques années avant de pouvoir conclure.

Place de l'IRM prostatique

Au-delà de ces nouvelles données, il est important de souligner également l'apparition d'un outil diagnostique de plus en plus performant : l'imagerie RM.

Les nouvelles recommandations 2018-2020 de l'AFU [3] préconisent la réalisation d'une **IRM pré-biopsies**, augmentant la rentabilité des biopsies, permettant des **biopsies ciblées**, optimisant ainsi les chances de détection et la **réduction des actes inutiles**, indication dans laquelle elle a été validée par des études maintenant solides [10-12].

Notion de surveillance active

Depuis une dizaine d'années, la surveillance active des cancers de la prostate localisés à faible risque s'est fortement développée. Malgré des biopsies parfois répétées, la qualité de vie des patients est préservée, et ils évitent l'exposition à la chirurgie et aux radiothérapies, et par conséquent à leurs effets secondaires.

Elle est réservée aux patients avec un faible risque d'évolution vers un cancer métastaté. Ces patients, pour lesquels il n'y a pas de bénéfice à traiter d'emblée, seront mis en surveillance plus ou moins prolongée, et traités s'ils montrent des signes de progression de la maladie.

Le principe est basé sur le fait que beaucoup de cancers de la prostate bien différenciés ne vont pas progresser ou vont évoluer très lentement. Certains patients vont donc mourir d'une cause intercurrente sans que le cancer de la prostate ait été symptomatique.

L'enjeu est de déterminer si les bénéfices du diagnostic précoce sont supérieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne en cas de suspicion de cancer, ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté. Même si les études actuelles sont encore quelque peu divergentes, il semble envisageable de proposer un **algorithme décisionnel** (qui puisse répondre à la demande d'un patient concernant son risque de cancer prostatique personnel et sa prise en charge éventuelle).

QUELQUES PRECISIONS SUR LES DONNEES DE LA FICHE

Les **données épidémiologiques** sont celles de l'INCA [13-14]

L'**attitude** adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé**.

Pour cela, cette fiche tente de résumer les différents éléments à prendre en compte pour orienter cette décision, à savoir :

- * **L'âge, reconnu comme facteur de risque de cancer prostatique**
- * **Associé aux antécédents médico-chirurgicaux**, ainsi qu'aux **comorbidités** du patient, permettant ainsi d'évaluer **l'espérance de vie** du patient.
- * **Le consentement éclairé** du patient après une information claire.
- * **Les facteurs de risque de cancer prostatique**, permettant de déterminer l'âge de début de la procédure de diagnostic précoce.
- * **La réalisation ou non de PSA antérieurs** avec la date et le/les résultat(s) : important pour la notion de cinétique du PSA.

Concernant les **facteurs de risque** mentionnés, ils sont reconnus dans les différentes recommandations AFU, HAS ou encore CMG [1-3]

Concernant l'exposition au chloroforme, il s'agit d'une suspicion [15]

L'hérédité génétique a en revanche été établie [16-17] ainsi que l'origine ethnique [18]

Concernant les **informations à communiquer au patient**, elles sont également issues des recommandations des différentes sociétés savantes AFU, HAS, CMG [1-3] qui s'accordent sur la notion de décision éclairée.

Ces informations à fournir n'étant pas toujours bien détaillées selon les recommandations, j'ai pioché dans l'ensemble de ces recommandations pour proposer une liste.

Le **rappel des grandes lignes de traitement** est présent à titre de rappel pour le médecin, pour pouvoir répondre aux interrogations des patients et est inspiré des recommandations de l'AFU.

En tenant compte de ces éléments, nous **proposons un algorithme** visant à aider le médecin dans la prise de décision, toujours collégiale avec le patient.

La **stratégie proposée**, selon l'âge, l'espérance de vie et la présence ou non de facteurs de risque, est tirée des dernières recommandations de l'AFU.

La **découpe en tranche d'âge et le rythme de suivi** en fonction du PSA sont une proposition, aucun intervalle strictement défini existant à l'heure actuelle dans les recommandations. Ce que l'on sait en revanche, c'est « qu'il n'y a pas de nécessité à reproduire les tests de PSA annuellement (niveau de preuve grade B).

L'intervalle entre les procédures était de 4 ans dans ERSPC, et de 2 ans dans l'étude de Göteborg.
Un rythme de 2 ans est probablement indiqué lorsque la valeur du PSA est supérieur à 1ng/ml à 40 ans ou supérieur à 2ng/ml à 60 ans (niveau 3—grade B) » [19].

Il s'agit ainsi dans cette fiche de proposer des intervalles de suivi dans le but de le soumettre à avis d'experts et avoir un retour de ce qui semble être fait en pratique.

Enfin, au-delà de l'aide à la décision, cette fiche a également pour objectif de faciliter le suivi grâce au tableau de suivi dans lequel sont mentionnés les résultats et les décisions prises à chaque consultation, d'où l'existence d'un tableau de suivi, avec un exemplaire destiné au patient.

- [1] Haute Autorité de Santé
Cancer de la prostate : Identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation. (HAS Février 2012)
- [2] Collège de la Médecine Générale. Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre...
Communiqué du 1^{er} Février 2011. CMG : 2011
- [3] CCAFLU. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018-2020 : cancer de la prostate
- [4] Fenton JJ, Weirich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Makhadmeh J.
Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer : evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force
JAMA 2018;319(18) :1914-31
- [5] Force USPST, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, et al.
Screening for prostate cancer : US preventive services Task Force recommendation statement
JAMA 2018;319(18) :1901-13.
- [6] Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelson V, et al. Screening and prostate cancer mortality : results of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384(9999):2027-35.
- [7] Arnsrud Godtman R, Holmberg E, Lilja H, Stromme L, Hugosson J. Opportunistic testing versus organized prostate-specific antigen screening: outcome after 18 years in the Göteborg randomized population-based prostate cancer screening trial. *Eur Urol* 2015;68(3):54-60.
- [8] Tsodikov A, Gulati R, Heijnsdijk EAW, Pinsky PF, Moss SM, Qiu S, et al. Reconciling the effects of screening on prostate cancer mortality in the ERSPC and PLCO trials. *Ann Intern Med* 2017;167(7):449-55
- [9] Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GL, Walsh EI, et al. Effect of a low-intensity PSA-based screening intervention on prostate cancer mortality: the CAP randomized clinical trial. *JAMA* 2018;319(9):893-95.
- [10] Rouvière O, Puaich P, Renard Perna R, Clouston M, Roy C, Mège Lechevallier F, et al. 2017. Valeur ajoutée de l'IRM de prostate avant une première série de biopsies (étude PROWIS) : a paired validating confirmatory study. *The Lancet*. 389(10007), pp 815-822. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110982>
- [11] Kasivivanthan V, Annti S, Ramićko, Ph. D., Marcelo Bogni, Valerio Panebianco et al. 2018. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-NEJM018079393
- [12] Ahmed H-U, El-Shater Bosaily A, Brown LC, Gabe R, Kaplan R, Parmar MK, et al. 2017. Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (StuPEPROMIS) : a paired validating confirmatory study. *The Lancet*. 389(10007), pp 815-822. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110982>
- [13] INCA – Épidémiologie nationale du cancer de la prostate – données essentielles
<https://cancer.fr/themes/le-cancer-de-la-prostate/Epidemiologie-prostate>
- [14] INCA – Épidémiologie des cancers
https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france
Pages 58 à 63 : épidémiologie du cancer de la prostate
- [15] Mulignier L, Ndong JR, Gust A, Romano M, Delacroix-Maillard H, Cordier S, et al.
Chloroac exposure and risk of prostate cancer.
J Clin Oncol 2010;28(21):3457-62
- [16] Leongamornrat D, Saunders E, Dadaev T, Tymreckiewicz M, Goh C, Nugumathittle, et al.
Frequent germline deleterious mutations in DNA repair genes in familial prostate cancer cases are associated with advanced disease.
Br J Cancer 2014;110(1):1663-72
- [17] Xu J, Junge EW, Lu L, Zheng SL, Wang Z, Thibodeau SN, et al.
HOXB13 is a susceptibility gene for prostate cancer: results from the International Consortium for Prostate Cancer Genetics (ICPCG)
Hum Genet 2013; 133(1):5-14
- [18] Al Olama AA, Kote-Jarai Z, Berndt SJ, Conti DV, Schumacher F, Huan Y, et al.
A meta-analysis of 87,040 individuals identifies 23 new susceptibility loci for prostate cancer.
Nat Genet 2014;46(10):1103-9
- [19] CCAFLU – actualisation 2018-2020 : cancer de la prostate
Prog Urol, 28, 583-85

Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 2



Point Prostate Personnel

Recueil des avis d'experts – TOUR 2

Quelques précisions avant d'entamer ce 2^{ème} tour

- Le rappel de ce principe de cette fiche : **fiche destinée** en première intention **au médecin de 1^{er}** recours pour le guider dans la prise de décision partagée avec le patient concernant son risque de cancer prostatique. Il ne s'agit en aucun cas d'un auto-questionnaire
- Il ne s'agit en aucun cas de faire du dépistage de masse mais d'essayer de rationaliser l'utilisation du PSA, le dépistage opportuniste s'étant avéré inefficace, sans réduction de la mortalité mais avec un surdiagnostic considérable¹
- La détection précoce du CAP consiste à rechercher la maladie chez un patient asymptomatique considéré individuellement. Son évaluation se fonde sur l'analyse de l'état de santé de cet individu avec un objectif spécifique individuel. Il s'agit d'une pratique médicale réalisant la synthèse de données scientifiques et des objectifs de santé propres à ce patient, issue d'un colloque singulier entre un médecin et ce patient.
- Vous avez reçu **sur une autre pièce jointe le résumé des réponses** contenant :
 - La médiane des réponses
 - Le rappel de votre propre réponse
 - L'intervalle de réponses
 - Les différents commentaires formulés pour chaque item
- Les items n'ayant pas obtenu de consensus, pour lesquelles je n'ai pas eu de commentaires expliquant le désaccord de certains vous sont reproposées sans modification, afin que vous puissiez cette fois-ci **exprimer les raisons de votre désaccord** pour que je puisse proposer une éventuelle modification.
- Certains seront accompagnés toutefois d'explications complémentaires pour vous aider dans votre cotation.
- Pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus, mais pour lesquelles des arguments ont été avancés, des modifications ont été apportées et sont soumises à nouveau à votre appréciation.
- Je me suis permise pour certains items de faire mon argumentaire mais je laisse aux autres experts le soin de réagir en commentaires aux remarques des autres, s'ils le souhaitent.
Pour cela, écrivez votre réaction dans la zone commentaire de l'item concerné

¹ Rebecca Arnsrud Godtman et al., « Opportunistic Testing Versus Organized Prostate-Specific Antigen Screening: Outcome After 18 Years in the Göteborg Randomized Population-Based Prostate Cancer Screening Trial », *European Urology* 68, n° 3 11 septembre 2015): 354-60

M.J. Roobol, « Screening for prostate cancer: Are organized screening programs necessary? », *Transitional Andrology and Urology* 7, n° 1 (2018): 4-11

PAGE DE GARDE

<p>Personnalisée :</p> <p>Novel intitulé de la fiche « Diagnostic précoce de cancer de la prostate : aide à la décision personnelle »</p> <p>A noter : il a été souligné que « Point Prostate Personnel » n'était pas assez explicite pour mentionner que cette fiche parlait du CANCER de la prostate et non de l'HBP ou autre. J'ai donc essayé de rassembler les mots clés « cancer », « diagnostic précoce », et décision « personnalisée »</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Données épidémiologiques mentionnées</p> <p>A noter :</p> <p>- Au-delà des données rajoutées, il avait également été suggéré en commentaires d'ajouter le nombre d'années de vie gagnées mais je n'ai pas trouvé ce chiffre, ou du moins rien de très récent.</p> <p>Par ailleurs, il avait également été suggéré l'ajout du « number needed to treat » (NNT) mais ce nombre semble source de pièges et donc d'incompréhension, sa valeur semblant changer selon la durée de suivi dans l'étude ERSPC https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21189374/</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Questionnement d'un patient par rapport à sa santé en lien avec son risque de cancer de la prostate :</p> <p>◆ Degré d'accord sur la présence d'un exemple de questionnement d'un patient</p> <p>◆ Degré d'accord sur la phrase proposée (reformulée par rapport à la version précédente)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche</p> <p>A noter : nouvelle formulation proposée. Si désaccord avec cette proposition merci d'expliquer en commentaire les raisons</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Identité du patient</p> <p>Ajout de la case médecin traitant</p> <p>A noter : pas de modification non plus pour la même raison, en dehors de l'ajout de la case « médecin traitant » car il a été suggéré de le mentionner dans le tableau de suivi en fin de document mais n'ayant pas la place, je propose de le rajouter ici</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE

<p>Prise en compte des Antécédents et des comorbidités</p> <p>A noter :</p> <p>Il s'agit ici d'avoir une idée de l'état général du patient même s'ils sont difficilement intégrables dans un score de risque pertinent et validé à l'heure actuelle, ils influenceront l'estimation de l'espérance de vie qui à son tour influencera la décision de proposer ou non une stratégie de diagnostic précoce (cf. item espérance de vie abordé dans la partie algorithme pour la discussion autour de la problématique de l'estimation)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Réunion des antécédents et des comorbidités car difficilement différenciables</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Suppression de la colonne pronostic</p> <p>Argumentaire tenant compte des commentaires : trop implicite et peu éthique</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Ajout IMC</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Ajout Mode de vie</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>A noter : évaluation d'une éventuelle préconité, questionnement de l'accès ou soin, pouvoir influencer la décision</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

<p>◆ Présence des anciens dosages de PSA</p> <p>◆ Ajout d'une note pour préciser « PSA total »</p> <p>◆ Ajout d'une colonne « norme du test » pour le PSA</p> <p>Argumentaire : hétérogénéité entre les laboratoires selon le kit utilisé</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Prise en compte des facteurs de risque</p> <p>A noter :</p> <p>Il a été mentionné que la HAS a bien montré que la prise en compte des facteurs de risque ne changeait pas le pronostic.</p> <p>Argumentaire personnel :</p> <p>Ces recommandations commencent à être anciennes, et sont basées sur des études (ERSPC et PLCO) pour lesquelles les interprétations ont changé depuis leur relecture (les recos HAS datent d'avant la relecture).</p> <p>Par ailleurs, il ne s'agit pas de raisonner uniquement en termes de quantité de vie mais également en termes de qualité de vie.</p> <p>En effet, certains facteurs de risque, comme les mutations génétiques familiales BRCA2, peuvent permettre d'identifier précocement des formes agressives² pouvant entraîner considérablement la qualité de vie (douleurs sur métastases par exemple).</p> <p>L'idée de prendre en compte les facteurs de risque est aussi de pouvoir répondre à un patient inquiet pour lui-même quand il existe des antécédents familiaux. Ce sera ensuite à nous, médecins, d'expliquer au patient que ça ne change pas le pronostic.</p> <p>Donc même s'ils ne changent pas le pronostic, je pense qu'il ne s'agit pas non plus d'en faire complètement abstraction. A nous de donner la bonne information au patient.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Suppression item « exposition au chloroforme » ?</p> <p>Argumentaire exposé par un ou plusieurs experts³ : manque de preuve que cette exposition expose au cancer de la prostate.</p> <p>L'exposition au chloroforme exposerait au risque de diagnostic de cancer de la prostate en augmentant la capacité du PSA à identifier les cas à risque (effet « oestrogène-like »).</p> <p>Il n'est par ailleurs plus possible d'établir quel homme a été spécifiquement exposé, tant le produit est présent partout sur les 2 îles</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>A propos des antécédents familiaux de cancer de la prostate :</p> <p>Suggestion d'un expert de venir compte du risque familial simple, c'est-à-dire un homme dont le seul le père est décédé de cancer de la prostate car sera inquiet pour lui-même.</p> <p>Argumentaire personnel : ne fait pas partie des facteurs de risque reconnus. Cela motivera effectivement certainement le patient à s'interroger sur son risque de cancer de la prostate, mais ce sera à nous médecin de l'informer de l'absence de preuves. Le faire apparaître sur cette fiche serait selon moi source d'erreur pour le médecin qui s'en servira.</p> <p>Merci de donner votre avis en donnant votre degré d'accord sur le fait d'intégrer la notion de risque familial « simple » dans cette fiche ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire</p> <p>A noter : ajout de la notion d'antécédent personnel pour le cancer du sein (et non uniquement familial) et ajout du détail des critères retenus</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

² Vivek L. Patel et al., « Association of Genomic Domains in BRCA1 and BRCA2 with Prostate Cancer Risk and Aggressiveness », *Cancer Research* 80, n° 3 (1 février 2020): 624-38

Mok Oh et al., « The Association of BRCA1 and BRCA2 Mutations with Prostate Cancer Risk, Frequency, and Mortality: A Meta-Analysis », *The Prostate* 79, n° 8 (jun 2019): 886-95

<p>INFORMATION PATIENT : Donner votre degré d'accord sur la présence de l'item dans les informations à fournir au patient</p>	
<p>Facteurs de risque <i>A noter :</i> pas de modification faite Tenir compte des remarques faites plus haut concernant les facteurs de risque pour revenir ou non sur votre cotation</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection <i>A noter :</i> proposition remplaçant la formulation précédemment proposée « bénéfices et incertitudes de la détection précoce, et a contrario conséquences de la non-détection » Selon les commentaires, la première formulation entrainait une cote trop péjorative de la non-détection</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés <i>A noter :</i> Il a été commenté que cela survenait trop tôt dans la démarche mais l'idée est que le patient soit conscient des tenants et des aboutissants de la stratégie de diagnostic précoce pour l'aider dans sa décision. Il ne s'agit pas de rentrer dans les détails mais que le patient ait conscience qu'il n'y a pas que des cancers agressifs et invasifs. Et qu'il ait également conscience des grandes lignes de traitement qui existent et que tous les cancers de la prostate n'auront pas forcément un traitement radical (cancer de la prostate n'est pas obligatoirement égal à chirurgie)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Place de la surveillance active <i>A noter :</i> Dans la continuité de ce qui a été dit dans l'item précédent, et comme il l'a été suggéré dans un des commentaires du 1^{er} tour, il me semble important que le patient soit informé de la possibilité de surveillance active d'un cancer de la prostate non agressif En effet, le patient doit savoir au préalable qu'on ne se précipitera pas systématiquement sur un traitement radical, du fait de l'évolution possible entre du cancer et devant un risque parfois plus important à traiter qu'à surveiller, en termes de qualité de vie notamment.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Pertinence de réaliser une IRM prostatique <i>A noter :</i> L'IRM a désormais sa place en pré-biopsie afin d'optimiser cette dernière comme cela a été démontré dans les études MRI-FIRST³ et étude AIM⁴, où le taux de détection de cancer de la prostate cliniquement significatif était plus élevé avec une approche combinée (biopsies systématiques + biopsies ciblées) vs biopsies systématiques uniquement. A noter qu'une IRM normale n'exclut pas formellement l'existence d'un cancer de la prostate cliniquement significatif. C'est pourquoi elle n'est pas validée pour permettre de poser l'indication de biopsies ou non.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Pertinence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève du spécialiste) <i>A noter :</i> - J'ai fait le choix de ne pas me conformer parfaitement à la formulation proposée par un des experts « pertinence d'une consultation urologique en vue de la discussion de la réalisation ou non d'une biopsie » car ce que j'ai voulu faire transparaître dans cet item, ce n'est pas la pertinence de l'avis spécialiste, mais l'importance d'informer le patient sur les aboutissants</p>	X

³ Olivier Rouvière et al., « Use of Prostate Systematic and Targeted Biopsy on the Basis of Multiparametric MRI in Biopsy-Naïve Patients (MRI-FIRST): A Prospective, Multicentre, Paired Diagnostic Study », *The Lancet Oncology* 20, n° 11 Janvier 2019), : 100-109.

⁴ Marlies van der Leest et al., « Head-to-Head Comparison of Transrectal Ultrasound-Guided Prostate Biopsy Versus Multiparametric Prostate Resonance Imaging with Subsequent Magnetic Resonance-Guided Biopsy in Biopsy-Naïve Men with Elevated Prostate-Specific Antigen: A Large Prospective Multicenter Clinical Study », *European Urology* 75, n° 4 (avril 2019): 570-78

<p>possibles du diagnostic précoce et donc entre autres sur la réalisation possible d'une biopsie, ses indications, ses risques, etc...</p> <p>- Il a été commenté que cela survenait trop tôt dans la démarche mais je pense qu'il est primordial que le patient connaisse les tenants et les aboutissants de la stratégie de diagnostic précoce pour l'aider dans sa décision, donc il faut que cette information survienne en amont du diagnostic précoce éventuel.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
<p>Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement <i>A noter :</i> La seule remarque formulée a été celle que cela survenait trop tôt dans la démarche. Il s'agit ici d'expliquer au patient les risques qui peuvent exister au fur et à mesure de la procédure de diagnostic précoce. Et je ne vois pas de meilleur moment pour faire passer cette information qu'avant de se lancer dans une éventuelle procédure de diagnostic précoce, que le patient puisse avoir tout (ou du moins le maximum) les éléments en main pour décider. Ces risques doivent déjà être abordés dans l'item « bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection » mais il me semblait important qu'apparaissent les notions de « surdiagnostic » et « surtraitement » qui sont parmi les arguments les plus fréquemment avancés dans le « non-dépistage » et pour lesquels les choses ont un peu évolué ces dernières années, grâce notamment à la surveillance active et à la performance de l'IRM.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Absence d'inviter à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA), après généralement 75 ans Accompagné de la note « à pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive [anticiper douleurs et complications des métastases par exemple]</p> <p><i>A noter :</i> En effet, l'idée de proposer un diagnostic précoce ou-déjà de 75 ans, ou cas par cas bien sûr, serait dans l'objectif d'un raisonnement en termes de qualité de vie, notamment dans le cadre des formes agressives et des complications douloureuses que cela peut entraîner.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Grandes lignes de traitement disponibles <i>A noter :</i> Il a été suggéré l'ajout des inconvénients. Je ne les ai pas ajoutés dans la nouvelle version de la fiche, car je vous avouerai qu'en l'état actuel de cette fiche je ne sais pas où les coter. Et il a en même temps été fait le commentaire suivant : « trop de messages tuent le message principal » Mais du coup, je me permets de vous questionner sur l'intérêt que ça y figure. Quel est votre degré d'accord avec la place des inconvénients à ce stade de la prise en charge, et donc avec l'idée de les faire paraître dans cette fiche ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

ALGORITHME

<p>Prise en compte de l'âge <i>A noter :</i> pas de consensus obtenu au premier tour Il ne s'agit pas ici de donner votre degré d'accord sur les chiffres proposés mais uniquement sur le fait de prendre en compte l'âge (pondéré sur l'âge physiologique) dans la décision de proposer ou non un diagnostic précoce</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Exclusion si <45 ans avec bêtaïol pour les hommes avec facteurs génétiques Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Exclusion si >75 ans avec bêtaïol de pondération selon l'âge physiologique ou le risque de forme agressive Commentaires éventuels :</p>	X

<p>Prise en compte de l'espérance de vie</p> <p>A noter : pas de consensus obtenu</p> <p>Il s'agit ici de donner votre degré d'accord sur le fait de prendre en compte l'espérance de vie dans la décision de proposer ou non un diagnostic précoce</p> <p>Pour ce qui est de la durée de cette espérance de vie et des problématiques de l'estimation de l'espérance de vie, cela concerne plutôt l'item suivant où je vous propose la notion de 10 ans d'espérance de vie</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Exclusion si espérance de vie estimée < 10 ans avec bémol sur le caractère estimatif et donc approximatif.</p> <p>A noter :</p> <p>Comme souligné dans vos commentaires, la problématique de cet item est l'absence de méthode fiable et validée pour l'estimation de l'espérance de vie. Cette estimation ne peut à l'heure actuelle être totalement objective.</p> <p>Il a été mentionné les scores de Charlson et l'ECOG (= Performance status de l'OMS) en commentaire des items sur les antécédents et les comorbidités, qui sont des scores de comorbidités, mais le premier est un score prédictif de la mortalité à 1 an seulement, et le second semble plutôt utilisé dans la stratégie thérapeutique que dans le dépistage.</p> <p>La prise en compte de l'espérance de vie ayant obtenu un score médian de 9 ou 2^o tour, même s'il n'y a pas eu de consensus, il me semblait important que cette notion continue d'être abordée dans cet algorithme et qu'on puisse fixer un seuil, à condition de bien préciser que l'estimation est approximative et subjective, d'où le rajout du bémol en bas de page sur la fiche</p> <p>Si vous avez d'autres suggestions de formulation, merci de me le préciser en commentaires.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Prise en compte du consentement éclairé du patient</p> <p>A noter : reproposé à l'identique car absence de consensus</p> <p>Il a été souligné que « ce n'est pas tant le consentement ou le dépistage qui compte, mais la décision informée et tracée »</p> <p>Pour ce qui est de la décision informée, c'est ce qui est sous-entendu par le terme « éclairé » présent dans la formulation. Pour plus de clarté, j'ai modifié l'emplacement du recueil du consentement sur la page 2 de la fiche, de manière que celui-ci intervienne bien après la phase d'information du patient</p> <p>Pour ce qui est de la décision tracée, j'ai modifié une case dans le tableau de la page suivante de manière à tracer la décision partagée.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Proposition de débiter la stratégie de diagnostic précoce si les critères d'âge et de survie, tels que proposés en amont dans l'algorithme, sont réunis et que le patient a verbalisé la volonté de le faire.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Début de la stratégie de diagnostic précoce = PSA + TR</p> <p>A noter : changement de formulation car il a été rappelé en commentaire que le PSA et/ou le TR ne (faisaient) pas le diagnostic (seule la biopsie le permet) donc la formulation précédente portait à confusion</p> <p>Concernant le TR, il a été mentionné en commentaire que le TR était un frein ou un dépistage, qu'il avait de mauvaises performances en termes de spécificité et de sensibilité, et qu'il posait le problème de la sensibilité chez le médecin qui en pratique peu.</p> <p>Une anomalie au TR est très fortement prédictive du diagnostic de cancer de la prostate, et elle est surtout très fortement corrélée à une tumeur agressive.⁵</p> <p>J'entends bien que certains patients ou médecins peuvent être réticents à cet examen pour différentes raisons (manque d'expérience, gêne, examen pas très agréable, etc...) mais ce n'est</p>	X

⁵ Charafte Gosselaar et al., « The Role of the Digital Rectal Examination in Subsequent Screening Visits in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC), Rotterdam », *European Urology* 54, n° 3 (1 septembre 2008): 581-88

⁶ Onisuru T., Ocloite et al., « Characteristics of Prostate Cancer Detected by Digital Rectal Examination Only », *Urology* 70, n° 6 (1 décembre 2007): 1117-20

<p>pas pour autant qu'il est sans intérêt et qu'il doit disparaître des mentalités des médecins généralistes.</p> <p>Il s'agit ici de faire apparaître que la 1^{re} étape de la stratégie de diagnostic précoce repose en théorie sur le PSA et sur le TR. Libre ensuite à chaque médecin et à chaque patient d'accepter ou non de le faire. Il n'est évidemment pas envisageable de forcer un patient à avoir un TR. Quand au médecin, il peut faire le choix de laisser ou spécialiser la pratique du toucher rectal mais la place du TR semble devoir toujours apparaître dans la stratégie de diagnostic précoce.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Prise en compte des FRR pour définir l'âge de début de la stratégie de diagnostic précoce</p> <p>A noter :</p> <p>Pour l'argumentation des facteurs de risque se référer à l'argumentaire déjà fait plus haut</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>A partir de 45 ans si FRR avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>A partir de 50 ans sinon</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA</p> <p>A noter : reproposé à l'identique devant absence de consensus et absence de commentaires formulés lors d'un désaccord</p> <p>Il s'agit ici de donner votre degré d'accord sur le fait d'interpréter différemment le PSA selon l'âge.</p> <p>Il ne s'agit pas de valider la proposition de « découpe » faite, qui est le sujet de l'item suivant</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Tranches d'âge proposées :</p> <p>50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FRR)</p> <p>60-75 ans</p> <p>A noter : Concernant cet item et les suivants concernant le rythme de suivi du PSA, l'ensemble a été jugé trop complexe et posait la question de la présence de preuves solides. Certains proposent un PSA annuel quel que soit l'âge mais d'autres les dernières recommandations de l'association européenne d'urologie⁶ plusieurs analyses sur l'intervalle de dépistage optimal sont disponibles et, bien que non concluantes, conviennent que le dépistage annuel pour tous les participants est redondant.</p> <p>Pour ce qui est des preuves et de la simplification de cette proposition je me suis donc inspirée des dernières recommandations de la commission européenne⁷ pour vous proposer cette nouvelle version. A savoir que les intervalles proposés représenteraient une proposition de compromis prudent, en attendant que de nouveaux outils puissent permettre une stratification plus poussée du risque et que les niveaux de preuves soient plus élevés.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA</p> <p>Cf note de l'item précédent concernant le PSA annuel</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FRR)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Rythme proposé pour les 60-75 ans</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>SI PSA anormal ou chétive croissance : suivi spécialisé urologue</p> <p>A noter :</p> <p>Modification de la proposition différente qui suggérait d'attendre une cinétique croissante avant de proposer des examens complémentaires (IRM) et un avis spécialisé</p> <p>Il a été souligné que si le PSA était anormal il n'y avait pas de raison d'attendre</p>	X

⁶ Nicolas Motzer et al., «EAU/EAU-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update, Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent », *European Urology* 79, n° 2 (février 2021): 243-62

⁷ Hendrik Van Poppel et al., « Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission », *European Urology* 79, n° 3 (1 mars 2021): 327-29

<p>Il a également été souligné qu'il paraissait plus judicieux d'adresser directement à l'urologue et que c'est ce dernier qui suggérerait ou non une IRM prostatique. En effet, l'indication de l'IRM est d'apprécier la biopsie et c'est l'urologue qui posera l'indication ou non d'une biopsie après discussion avec le patient.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
SUIVI	
<p>Pertinence de la présence des différents éléments du tableau</p> <p>A noter : Il n'a été suggéré l'ajout du médecin traitant mais j'ouvrais qu'il n'y a pas la place de le rajouter dans ce tableau en l'état actuel de la fiche</p> <p>C'est pourquoi j'ai fait le choix de rajouter sur la page de garde avec l'identité du patient</p>	
<p>Motif de la consultation à la date mentionnée</p> <p>A noter : proposition identique au premier tour devant désaccord et absence de commentaires fournis</p> <p>L'idée de préciser le motif de consultation est de savoir quelle était la démarche initiale du patient. Est-il venu clairement inquiet pour son risque de cancer de la prostate vis-à-vis d'antécédents familiaux ou autre ? Est-il venu car son PSA prescrit par un autre médecin est indiqué au-dessus de la normale ? consulte-t-il car il a des symptômes particuliers, urinaire ou autres ? A-t-il entendu du dépistage du cancer de la prostate par un ami ou autre ? ou consulte-t-il pour totalement autre chose que la prostate et la discussion a devie sur la prostate ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Signes cliniques</p> <p>A noter : Remplace l'intitulé « éléments cliniques autres » de la précédente version</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Examens et conclusion</p> <p>A noter : regroupe les items « PSA % », « TR % » et « Conduite à tenir » de la précédente version</p> <p>Le but est de simplifier le tableau</p> <p>J'entends par conclusion, la décision prise, partagée avec le patient (comme mentionné en index du tableau)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Date du prochain suivi</p> <p>A noter : L'idée est de prévoir la prochaine convocation du patient.</p> <p>En fonction de la décision partagée, il s'agit de le reconvoquer pour un nouveau PSA et/ou un nouveau TR, pour des résultats d'éventuels autres examens prescrits, etc...</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Présence de liens vers les principales recommandations existantes</p> <p>A noter : Présents à titre informatif pour le médecin qui souhaiterait plus de détail sur les derniers avis des sociétés savantes, utilisés pour le raisonnement de cette fiche</p> <p>Il a été mentionné en commentaires qu'il manquait les recommandations du KCE, mais ne s'agit-il pas de recommandations belges ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

DIVERS	
<p>Format Livret AS</p> <p>A noter : je soumetts à nouveau la proposition car il n'y a pas eu consensus au premier tour. Si vous n'êtes pas d'accord avec ce format, merci de me préciser en commentaires la ou les raisons</p> <p>Précisons que l'idéal serait évidemment une version numérique intégrée aux logiciels médicaux mais il s'agit ici de commencer par valider le contenu de cette fiche et la proposition de présentation sous un format de livret dans un premier temps.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Concernant le feuillet détachable à destination du patient : il a été mentionné à plusieurs reprises en commentaire le risque de perte de cette fiche.</p> <p>Je vous demande alors votre degré d'accord sur le fait de retirer la fiche destinée au patient ?</p> <p>Si un patient était amené à réclamer une trace, il s'agirait de faire la copie du formulaire médecin</p> <p>L'objectif de cette fiche étant surtout de guider le médecin, la fiche patient mériterait un travail spécifique, pour une fiche plus complète.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

- + 2 items oubliés auxquels ont répondu les experts sur un mail à part :
- « l'origine afro-antillaise » dans les facteurs de risque
- la notion « d'exclusion si absence de consentement » dans l'algorithme



Point Prostate Personnel

Recueil des avis d'experts – TOUR 3

Quelques précisions avant d'entamer ce 3^{ème} tour

- Pour certaines propositions n'ayant pas obtenu de consensus, je n'ai pas toujours de commentaires me permettant de proposer une modification. Je me permets donc d'insister sur le fait de **me laisser en commentaire les raisons de votre désaccord (cotation 5 4 surtout)** afin de voir si je peux éventuellement apporter une modification.
- Les propositions jugées appropriées avec un accord fort (=intervalle de réponse [7-9]) n'ont donc pas été, sauf exception, remises à votre évaluation sur ce tour.
- Pour les propositions jugées appropriées avec un accord faible (=intervalle de réponse [5-9]), même si elles ont été jugées appropriées, il y a quand même eu des commentaires formulés. C'est pourquoi elles vont être remises à votre évaluation avec quelques suggestions de modification. Si ces modifications n'obtiennent pas consensus, je reviendrai à la version précédente.
- Ne le prenez pas mal si vous vous rendez-compte que votre remarque n'a peut-être pas été prise en compte. Pour certains items je ne pouvais pas satisfaire tout le monde, ou j'ai parfois fait le choix de ne pas surcharger davantage la fiche qui se veut synthétique.
- Suppression du volet patient

PAGE DE GARDE

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A noter : Cette proposition a été jugée appropriée (consensus) mais avec un accord faible et des suggestions mentionnées en commentaire.

1- J'ai ainsi précisé les derniers chiffres de nouveaux cas et décès estimés avec l'année de référence (2015). Cf « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 » publié en juillet 2019 par SFPE.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/lappart-synthese/estimations-nationales-de-lincidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>

Degré d'accord avec ces chiffres ?

X

Commentaires éventuels :

2- J'ai modifié la phrase « 20% des cas diagnostiqués ne sont (ou ne seront) pas traités car peu évolutifs », comme suggéré, par « **seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs** »

Degré d'accord avec cette nouvelle formulation ?

X

Commentaires éventuels :

3- J'ai rajouté les **NMS et NNT** à titre d'ordre de grandeur avec une note spécifiant toutefois la possible variabilité des ces chiffres

Degré d'accord avec cette information ?

X

Commentaires éventuels :

4- Il a été suggéré de ne pas mettre les données en rouge car les chiffres sont déjà suffisamment anxiogènes pour les patients.

J'ai donc **modifié la couleur**, tout en laissant toutefois de la couleur pour mettre un peu de contraste dans cette première page qui réunit beaucoup d'informations et pour insister sur le fait que c'est l'importance de ces chiffres qui nous pousse à nous questionner sur le diagnostic précoce du cancer de la prostate.

Degré d'accord avec cette nouvelle mise en page ?

X

Commentaires éventuels :

QUESTIONNEMENT D'UN PATIENT

5- Degré d'accord sur la **présence d'un exemple de questionnement d'un patient**

A noter : Cet item n'a pas obtenu consensus, mais sans avoir reçu de commentaires précisant les raisons du désaccord.

X

Je vais donc préciser les raisons qui m'ont poussé à mettre un exemple de questionnement. Très souvent la demande du dosage du PSA vient du patient, soit parce qu'il en a entendu parler par un proche ou par les médias, soit parce qu'il en a déjà eu un et se questionne sur le fait de le recontrôler, ou encore parce qu'il y a des antécédents familiaux.

Donc l'idée de faire apparaître un exemple de questionnement sur cette fiche est d'illustrer que cette fiche est là pour pouvoir répondre au mieux à nos patients, pris dans leur individualité, et pour tenter d'homogénéiser les réponses du corps médical.

Commentaires éventuels :

6- Degré d'accord sur la **phrase proposée** (reformulée par rapport à la version précédente)

X

A noter : je me suis inspirée d'une phrase suggérée par un des experts, que je trouve effectivement plus simple et reflétant peut-être mieux la réalité de la « question-type » du patient, en ses propres termes. Cela faisant cependant disparaître les notions de qualité et de durée de vie.

Commentaires éventuels :

7- Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche : degré d'accord avec le texte proposé	X
<p>A noter : cet item a été jugé approprié avec un accord relatif. J'ai voulu tenir compte toutefois des remarques formulées. De plus, cette première page étant remplie de beaucoup d'informations, j'ai voulu tenter de filigraner un petit peu, d'où cette nouvelle formulation (sans beaucoup de changements toutefois)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE	
PRISE EN COMPTE DES ANTECEDENTS ET DES COMORBIDITES	
<p>A noter : Cet item a été jugé approprié avec un accord relatif, tandis que la réunion des antécédents et des comorbidités n'a pas obtenu consensus. Par conséquent, en essayant de tenir compte des commentaires formulés, plusieurs modifications ont été apportées :</p>	
8- Distinction « antécédents » et « pathologies en cours et comorbidités »	X
<p>A noter : En effet, la distinction semble pouvoir se faire entre les antécédents et les pathologies en cours. Pour ce qui est des comorbidités, elles vont souvent être en lien avec une pathologie en cours, donc difficilement différenciables.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
9- Suppression des lignes du tableau et de la colonne « date ».	X
<p>A noter : En effet, cela permet d'alléger un peu ce tableau et de laisser un espace libre à remplir par le médecin comme bon lui semble, mettre la date à côté relevant du bon sens et ne nécessitant peut-être pas une colonne spécifique.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
10- Retrait colonne IMC	X
<p>A noter : non obtention de consensus et après réflexion cela fait finalement partie des comorbidités. Accord avec cette proposition et cet argumentaire ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
« MODE DE VIE »	
<p>A noter : Terme trop large effectivement. L'idée est de prendre en compte l'accès aux soins et la précarité (problématique des examens complémentaires ou du secteur 2 par exemple) comme cela avait été suggéré en commentaires lors du premier tour. Par conséquent, j'ai remplacé la colonne « mode de vie » par 2 colonnes « Accès facile aux soins ? » et « précarité ».</p> <p>Certes cela est important à prendre en considération, pouvant effectivement influencer d'une manière ou d'une autre la décision du patient à se faire dépister +/- traiter, mais on se retrouve là avec des notions plutôt subjectives, difficilement quantifiables. Donc je vais tourner mon interrogation dans le sens suivant : cela doit-il nécessairement apparaître dans cette fiche ? Est-il indispensable de le notifier par écrit ? l'inverse ne nous empêchant pas de le prendre en compte.</p>	
11- Colonne « accès facile aux soins ? »	X
<p>Précisez votre degré d'accord avec la place de cette information dans la fiche</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
12- Colonne « précarité »	X
<p>Précisez votre degré d'accord avec la place de cette information dans la fiche</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	

13- Ajout d'une note pour préciser « PSA total »	X
<p>A noter : l'item n'ayant pas obtenu consensus malgré une médiane haute, sans arguments avancés par le ou les contestataire(s). Je vais donc préciser les raisons de l'ajout de cette note. Le PSA libre a des indications exceptionnelles. Par conséquent, ce sera à l'urologue de poser ou non l'indication d'un PSA libre. Ainsi, il n'est pas recommandé en première intention mais est pourtant bien souvent prescrit par les médecins généralistes. De plus, comme mentionné dans la revue du praticien¹ « prescrire un dosage du PSA conduit inévitablement à mesurer PSA total + PSA libre, ce qui est totalement inutile, doublant presque le coût du test ». D'où l'intérêt de préciser « PSA total ».</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
Prise en compte des FACTEURS DE RISQUE	
<p>A noter : Cet item a été jugé approprié mais avec un accord faible et il a été suggéré de chiffrer l'augmentation du risque. Les facteurs de risque pris individuellement n'ont cependant pas obtenu de consensus. Je vais donc à nouveau vous les proposer, en tentant d'ajouter le chiffrage du risque.</p>	
14- Antécédent familial de cancer de la prostate (risque augmentant avec le nombre de cas)	X
<p>A noter : Le risque relatif va augmenter avec le nombre de cas parmi les apparentés, avec la proximité du degré d'apparentage (RR plus élevé si présence de cas chez des apparentés au 1^{er} degré, plutôt qu'au 2^{ème} degré) ainsi qu'avec la précocité du diagnostic du proche apparenté². J'ai rajouté à titre informatif le RR pour 3 cas chez des apparentés du 1^{er} et du 2^{ème} degré pour avoir un ordre d'idée. Et j'ai rajouté la précision au sujet de l'augmentation du risque avec l'âge précoce au diagnostic.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
15- Non introduction du risque familial « simple » dans cette fiche	X
<p>A noter : Pas de consensus obtenu mais médiane basse à 3. Même si le patient serait content que l'on recueille cet item, le faire apparaître dans cette fiche me semble « politiquement incorrect ». Et cela peut être source d'interprétation erronée par certains médecins si cela apparaît dans la liste des facteurs de risque, alors que ce n'est pas un facteur de risque reconnu.</p> <p>Le reste également non argumentaire déjà présent au tour précédent, stipulant que même si la présence d'un antécédent familial « simple » dans la famille va motiver un patient à s'interroger sur son risque, c'est à nous médecins de répondre aux craintes du patient avec les connaissances actuelles de la science, et que faire apparaître noir sur blanc l'item sur cette fiche peut être source d'erreur.</p> <p>À la suite de cet argumentaire, je vous pose donc la question différemment : quel est votre degré d'accord sur le fait de ne pas faire apparaître cet item dans cette fiche ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	

¹ <https://www.larevueudupraticien.fr/article/psa-ni-trop-ni-trop-peu-0>

² Frederick Albright et al., « Prostate Cancer Risk Prediction Based on Complete Prostate Cancer Family History », The Prostate 75, n° 4 (1 mars 2015) : 390-98.

<p>16- Origine afro-américaine (incidence 2 fois supérieure au taux national)</p> <p>A noter : Le taux d'incidence en Guadeloupe et en Martinique est respectivement de 173/100000 personnes-années et 154,5/100000 alors que le taux national estimé est de 88/100000, d'après le dernier rapport de santé publique France³.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>17- Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire</p> <p>A noter : Ajout des RR de formes agressives pour les mutations BRCA1 et BRCA2⁴</p> <p>N'ayant pas reçu de remarques particulières pouvant expliquer le désaccord de faire apparaître cet item sur cette fiche, j'apporterai l'argumentaire suivant : Même si, on l'a déjà dit, les facteurs de risque n'ont pas d'impact démontré sur le pronostic à l'heure actuelle, leur impact sur l'incidence du cancer de la prostate a toutefois été démontré. Et l'existence de ce lien risque d'être connue du patient d'une manière ou d'une autre, qui va par conséquent s'interroger et nous interroger. Donc connaître l'existence de ces facteurs de risque me semble primordial, d'où l'importance qu'ils apparaissent sur ce type de document à destination des médecins. D'autant plus pour celui-ci qui a un impact démontré sur le risque de formes agressives et qui permet par conséquent de les identifier de manière précoce pour tenter d'améliorer la qualité de vie.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>18- Suppression item « Exposition au chlordécone » ?</p> <p>A noter : la suppression de l'item « exposition au chlordécone » n'a pas obtenu consensus malgré une médiane haute.</p> <p>Il a été souligné en commentaires que « l'étude Karprostate conduit au fait que l'exposition au chlordécone est associée à un risque accru de survenue du cancer de la prostate ».</p> <p>En effet, il a été trouvé dans cette étude une « augmentation significative du risque de cancer de la prostate avec l'augmentation de la concentration plasmatique de chlordécone (avec des associations plus fortes parmi les personnes ayant des antécédents familiaux positifs et cancer de la prostate et parmi celles qui avaient vécu dans un pays occidental) »⁵</p> <p>Mais il convient de préciser qu'il s'agit d'une étude cas-témoins et que ce type d'étude est très sensible à plusieurs biais, notamment au biais de sélection (notamment les 2 groupes ne sont pas parfaitement comparables dans cette étude, en termes d'âge moyen, de nombre de patients obèses ou de nombre de patients aux antécédents familiaux de cancer de la prostate par exemple)</p> <p>De plus, cette étude pose la problématique d'être la seule à ce jour (si je ne me trompe pas, du moins avec une qualité plutôt satisfaisante) à clairement étudier l'exposition au chlordécone, et ne peut donc à elle seule constituer une preuve suffisante.</p> <p>Enfin, le lien de causalité entre « exposition au chlordécone » et « cancer de prostate » n'est pas encore établie.</p> <p>C'est ainsi que la reconnaissance formelle de l'implication du chlordécone dans le cancer de la prostate est encore le sujet de beaucoup d'interrogations, et qu'il semble encore un peu</p>	X

³ « rapport-estimations-regionales-departementales-incidence-mortalite-cancers-France-2007-2016-Guadeloupe.pdf », <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-syntetise/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-Ruadehoupe>

⁴ Mok Oh et al., « The Association of BRCA1 and BRCA2 Mutations with Prostate Cancer Risk, Frequency, and Mortality: A Meta-Analysis », The Prostate 79, n° 8 (juin 2019): 880-95

⁵ Lun Mulhigne et al., « Chlordécone Exposure and Risk of Prostate Cancer », Journal of Clinical Oncology/ 28, n° 21 (21 juin 2010): 3457-62.

<p>hasardeux à ce jour de l'inscrire clairement dans les facteurs de risque de cancer de la prostate (dans l'attente d'études appropriées).</p> <p>C'est du moins ce que j'ai compris.</p> <p>Je demande donc à nouveau votre degré d'accord sur le fait de supprimer l'item « exposition au chlordécone » parmi les facteurs de risque dans cette fiche ?</p> <p>Au-delà d'exprimer les raisons de votre réticence à la suppression de cet item (si cela reste toujours le cas), vous pouvez également réagir aux arguments avancés si vous le souhaitez, en espérant ne pas avoir dit trop de bêtises.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
--	--

<p>INFORMATION PATIENT :</p> <p>Donner votre degré d'accord sur la présence de l'item dans les informations à fournir au patient</p> <p>19- Facteurs de risque</p> <p>A noter : item n'ayant pas obtenu de consensus, mais pas d'argumentaire avancé par le ou les contestataire(s)</p> <p>Mais maintenant que j'ai tenté de prendre en compte les remarques formulées concernant les facteurs de risque pris individuellement (cf. plus haut), votre avis change-t-il ?</p> <p>Quel est votre degré d'accord concernant la place des facteurs de risque parmi les informations à fournir au patient ?</p> <p>A partir du moment où nous prenons en compte les facteurs de risque pour orienter notre stratégie, il me semble indispensable d'informer les patients sur l'existence de ces facteurs de risque, en précisant qu'à l'heure actuelle leur influence sur le pronostic n'a pas été démontré.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>20- Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés</p> <p>A noter : Je ne sais pas pourquoi cet item n'a pas obtenu consensus. Il me semble important d'informer le patient en amont du déstabilisant qu'il existe différents types de cancer de la prostate, plus ou moins agressifs, et par conséquent différentes options de prise en charge. Autrement dit il est important qu'il soit informé de la possibilité qu'on lui découvre un cancer qu'on ne « traitera » peut-être pas (du moins pas de manière radicale et intensive si on choisit la surveillance active par exemple), certains patients préféreraient parfois ne pas savoir qu'ils ont un cancer si c'est « juste » pour le surveiller. D'où l'importance également de l'item sur la surveillance active qui lui a obtenu le consensus au tour précédent.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

<p>Perthence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève de l'urologue)</p> <p>A noter : cet item a été jugé approprié avec accord relatif. Je ne le soumetts pas à nouveau à évaluation mais je signale toutefois une petite modification : Changement de « dont l'indication relève du spécialiste » par « dont l'indication relève de l'urologue », le médecin généraliste étant également un spécialiste, comme cela a très justement été souligné en commentaires.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	Pas d'évaluation nécessaire
<p>21- Absence d'inséreté à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA, après généralement 75 ans accompagnée de la note « à pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive (anticiper douloureux et complications des métastases par exemple)</p> <p>A noter : Pas d'explications formulées non plus pour expliquer le désaccord.</p>	X

<p>Etant donné que l'item « exclusion si >75 ans avec bémol de pondération » a été jugé approprié dans la partie algorithme, je suppose donc que ce qui est contesté ici est plutôt la place de cette information en amont du dépistage.</p> <p>Il s'agit d'informer le patient que l'intérêt de dépister au-delà de 75 ans est discuté, ou vu de la lenteur d'évolution du cancer de la prostate et du risque par conséquent plus grand de mourir d'autre chose à partir d'un certain âge. Ainsi, il s'agit que le patient ne soit pas étonné si à partir de 75 ans, on ne lui propose plus de PSA (sauf cas particulier selon âge physiologique et risque de forme agressive).</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
<p>Z2- Grandes lignes de traitement disponibles + suggestion d'évoquer les inconvénients dans la partie « information patient »</p> <p>A noter : Cet item n'a pas obtenu consensus, ainsi que celui sur la place des inconvénients à ce stade de la démarche. Pour les raisons suivantes : - n'ayant pas la place pour détailler les inconvénients de chaque traitement - l'idée étant quand même d'aborder les inconvénients (il serait indécent de les ignorer) sans non plus être obligé de rentrer dans les détails précis à ce stade du processus : J'ai simplement modifié (comme suggéré en commentaire par un expert) la phrase dans l'item « risque de surdiagnostic et donc de surtraitement ». Ainsi, à la place de « risque de complications de la prise en charge retenue » j'ai mis « risque de conséquences urinaires et/ou sexuelles en fonction de la prise en charge retenue » Ceci afin de ne pas oublier d'informer le patient sur le fait que les traitements du cancer de la prostate ne sont pas dénués d'effets secondaires, mais sans forcément faire apparaître dans cette fiche le rappel de tous les effets indésirables de chaque traitement.</p> <p>Je me suis permis par ailleurs de modifier 2020 par 2021</p> <p>Le vous demande ainsi votre degré d'accord sur ce compromis proposé ?</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
ALGORITHME	
<p>Z3- Exclusion si absence de consentement</p> <p>A noter : cet item semble source d'incompréhension pour préciser mon raisonnement, cet item est juste la pour illustrer la partie de l'algorithme représenté par « consentement éclairé → non → Stop ».</p> <p>Aurement dit, si le patient ne donne pas son consentement à débiter une stratégie de diagnostic précoce, on n'a pas à lui faire un TR ou lui prescrire un PSA sans son accord. Si après toutes les informations fournies, il ne souhaite pas se faire dépister, on s'arrête là, quitte à lui en reparler à une prochaine consultation.</p> <p>J'entends par « exclusion » l'exclusion de l'algorithme. Pas besoin d'aller plus loin dans l'algorithme proposé si le patient ne le souhaite pas.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z4- Prise en compte des FdR pour définir âge de début de la stratégie de diagnostic précoce</p> <p>A noter : Reproposé à l'identique car pas de consensus obtenu. Comme cela a déjà été précisé, il a été démontré que certains facteurs de risque étaient responsables de forme plus agressives (mutations génétiques notamment). Ainsi les patients ayant ces facteurs ont tout intérêt à être diagnostiqué précocement, au moins en terme de qualité de vie.</p>	X

<p>C'est également le cas pour les patients d'origine africaine qui sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de maladie plus avancée et plus précoce, ou pour ceux qui ont des antécédents familiaux, ou diagnostiqué souvent plus précoce également</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	
<p>Z5- A partir de 45 ans si FdR avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux</p> <p>A noter : Mêmes arguments que l'item précédent Ce sont d'ailleurs les recommandations du CCAFLU et de l'EAU⁶</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z6- Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA</p> <p>A noter : il n'y a effectivement pas de niveau de preuve suffisant pour la prise en compte de l'âge ni pour les items suivants concernant les tranches d'âge et les rythmes de suivi du PSA proposés. C'est la toute la problématique du médecin de 1^{er} recours qui ne sait pas ce qu'il doit faire de ses prescriptions de PSA, responsable d'une grande hétérogénéité des conduites au corps médical. Nous savons cependant que le PSA a tendance à augmenter avec l'âge et il s'agissait ici d'essayer de trouver un compromis prudent.</p> <p>J'ai conscience qu'il est difficile d'obtenir un consensus pour cette liste d'item (26 à 30) Je vous les reproposent toutefois, en attendant de pouvoir en débiter de vive voix lors de notre visioconférence.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z7- Tranches d'âge proposées : - 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FdR) - 60-75 ans</p> <p>A noter : Je laisse ici à titre informatif les sources bibliographiques dont je me suis inspiré pour élaborer cette découpe et le rythme de suivi⁷</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z8- Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA</p> <p>A noter : Les intervalles optimeux pour les tests PSA ne sont pas encore connus car variant selon les essais prospectifs.</p> <p>Mais le PSA annuel est redondant. D'après une étude de cohorte⁸, « la fréquence optimale de dépistage de l'antigène prostatique spécifique chez les hommes avec un taux de PSA de 0,1 à 1 ng/ml peut aller jusqu'à 10 ans » Ou encore, une analyse des données ERSPC soutient une recommandation pour un intervalle de dépistage de 8 ans chez les hommes avec une concentration initiale de PSA < 1µg/L ; moins de 1% des hommes avec une concentration initiale de PSA < 1ng/ml ontient une concentration supérieure à 3 µg/L au suivi de 4 ans ; le taux de détection du cancer à 8 ans était proche de 1%⁹</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z9- Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FdR)</p> <p>A noter : Seule modification apportée : j'ai laissé un seul tableau commun pour simplifier l'algorithme. Ça ne change rien aux intervalles de contrôle proposés mais ça change uniquement la mise en page</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X
<p>Z10- Rythme proposé pour les 60-75 ans</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	X

⁶ https://www.euronc.eu/knowledge/crosscancer/#note_124

⁷ Hendrik Van Poppel et al., « Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission », *European Urology* 79, n° 3 (1 mars 2021): 327-29

⁸ Jonathan Gelband et al., « Intermediate-Term Risk of Prostate Cancer Is Directly Related to Baseline Prostate Specific Antigen: Implications for Reducing the Burden of Prostate Specific Antigen Screening », *The Journal of Urology* 194, n° 1 (juillet 2015): 46-51.

⁹ Monique J. Roobol, Dina W. Roobol, et Fritz H. Schroder, « Is Additional Testing Necessary in Men with Prostate-Specific Antigen Levels of 1.0 Ng/mL or Less in a Population-Based Screening Setting? (ERSPC, Section Rotterdam) », *Urology* 65, n° 2 (février 2005): 343-46.

<p>31- SI PSA anormal ou cinétique croissante (≥ +0,80ng/mL/an) : avis spécialisé urologue</p> <p>A noter : Consensus obtenu mais remarques formulées sur la cinétique D'ou l'ajout de la proposition d'une cinétique d'au moins 0,80 ng/mL/an pour demander avis à l'urologue</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	<p>X</p>
<p>SUIVI</p>	
<p>PERTINENCE DE LA PRESENCE DES DIFFERENTS ELEMENTS DU TABLEAU</p>	
<p>32- Motif de la consultation à la date mentionnée</p> <p>A noter : cet item n'a pas obtenu consensus. Il a été notamment commenté que cette question ne changera pas la prise en charge.</p> <p>Cela changera toutefois la manière d'aborder les choses avec le patient. L'intérêt de cette question est de préciser les motivations du patient, qui va se traduire par une consultation dédiée au problème prostatique ou rajoutée à une consultation multimatifs trop fréquente en médecine générale. On peut régler ainsi le problème en recommandant de limiter l'usage de cette fiche à une consultation dédiée. Par ce genre de réponse par exemple : « Dans la mesure où nous abordons ensemble un problème complexe, sérieux et qui vous engage sur plusieurs années, je vous propose de consacrer une consultation complète à ce problème de la gestion du risque lié à la maladie cancéreuse prostatique. En effets de nombreuses informations à vous donner et expliciter avant de prendre une décision méritent sans doute que l'on y consacre un peu de temps et d'attention ensemble. Qu'en pensez-vous ? ».</p> <p>Pour les consultations suivantes, l'idée serait de préciser si le patient revient nous voir à ce sujet simplement comme convenu dans « date du prochain suivi » ou s'il vient nous voir finalement plus tôt que prévu pour une autre inquiétude (apparitions de signes urinaires par exemple)</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	<p>X</p>
<p>33- Signes cliniques</p> <p>A noter : pas de consensus obtenu malgré une médiane haute, mais pas d'arguments formulés par le ou les réticent(s) L'idée est de pouvoir préciser si au fur et à mesure du suivi des signes cliniques apparaissent (signes urinaires, sexuels, etc...) pour savoir si on se trouve toujours dans la situation de diagnostic précoce du patient asymptomatique ou non, pourront modifier la prise en charge.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	<p>X</p>
<p>Date du prochain suivi</p> <p>A noter : cet item a été jugé approprié avec un accord fort. Il a juste été souligné qu'il serait préférable que le mot « date » apparaisse dans le tableau</p> <p>C'est chose faite Je ne remets pas à l'évaluation cet item mais je me devais de vous informer de cette petite modification</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	<p>Pas d'évaluation nécessaire</p>
<p>34- Présence de liens vers les principales recommandations existantes (nouveau format)</p> <p>A noter : Cet item a été jugé approprié avec un accord relatif. Mais certains ont toutefois été favorables à l'ajout des recommandations du KCE</p> <p>Je les ai donc rajoutées et je suis dans l'obligation de vous demander à nouveau votre degré d'accord sur la présence de liens vers les principales recommandations existantes, sous leur nouveau format.</p> <p>Si ce nouveau format n'obtient pas le consensus, je devrai revenir à la forme précédente, c'est-à-dire sans les recommandations du KCE.</p> <p>Commentaires éventuels :</p>	<p>X</p>

Annexe 5 : Questionnaire envoyé aux experts - TOUR 4 (préparation visioconférence)

VISIOCONFERENCE DELPHI
06/07/2021

Items n'ayant pas obtenu consensus et résumé des commentaires formulés pour chacun :

1. CONCERNANT LA PAGE DE GARDE

1) Formulation « seulement 80 % des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs » :

- ◆ Il avait été suggéré au 1^{er} tour de faire apparaitre que « 20% des cas diagnostiqués ne sont (ou ne seront) pas traités car peu évolutifs »
- ◆ Puis au 2^{ème} tour, il avait été suggéré d'utiliser une formulation sans négation avec la proposition suivante : « seulement 80% des cas sont traités car évolutifs »
- ◆ Au 3^{ème} tour, le terme « seulement » n'a pas fait l'unanimité, considéré à juste titre comme un jugement et non adapté au « 80% »

⇒ **Quel compromis proposez-vous ? « Environ 80% des cas diagnostiqués nécessiteront un traitement » ? « Tout au plus 8 cas sur 10 diagnostiqués nécessiteront un traitement, parfois même après une période de surveillance » ? Autre proposition ?**

2) Présence des NNT (Number Needed to Treat) et NNS (Number Needed to Screen) :

- ◆ Suggéré dès le 1^{er} tour par un expert, puis à nouveau au 2^{ème} tour, cet item n'a pas fait l'unanimité lorsqu'il a été proposé au 3^{ème} tour, jugé par certains comme trop complexe, compréhensible uniquement par les experts, ou non indispensable.
- ◆ Il a également été souligné que le critère utilisé pour le calcul de ces chiffres est la mortalité, et que si on prenait comme critère le risque de métastases, ces chiffres seraient différents et plus faibles.
- ◆ Or, on a vu au cours de ce travail, qu'il n'était effectivement pas question de raisonner qu'en terme de durée de vie, mais également en terme de qualité de vie.
- ◆ Enfin, il a été fait le commentaire suivant : « Ce chiffre a perdu son sens actuellement. Il avait un sens lorsque le diagnostic de cancer de la prostate conduisait à un traitement systématiquement, ce qui était le temps du "surtraitement". Nous avons compris que de très nombreux patients ne bénéficient pas d'un traitement d'emblée, c'est le temps de la surveillance active. C'est cela qui fait chuter le NNT ! »

⇒ **Qu'en pensez-vous ? Que proposez-vous ? Même si ce sont des données éclairantes, ont-elles leur place dans cette fiche ? Vont-elles être comprises par tout médecin ?**

3) Présence d'un exemple de questionnement d'un patient et phrase proposée :

- ◆ Formulation successivement modifiée en prenant en considération les remarques faites
- ◆ Mais consensus non obtenu, l'utilité de cette phrase dans cette fiche semblant remise en question

⇒ **Qu'en pensez-vous ? Peut-on trouver un compromis sur la phrase proposée, et dans ce cas avez-vous des suggestions ? Ou doit-on au contraire faire l'impasse sur cette phrase ?**

II. CONCERNANT LA PAGE HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE

4) Tableau « antécédents » et « pathologies en cours et comorbidités »

- ◆ Initialement, proposition d'un tableau « antécédents » et d'un tableau « comorbidités » critiqués pour son côté « chargé » (trop de lignes), + « antécédents » et « comorbidités » jugés difficilement différenciables + jugés difficilement quantifiables et intégrables dans un score de risque
- ◆ Au 2^{ème} tour, proposition d'un tableau avec réunion des antécédents et des comorbidités et justification apportée quant à leur influence sur l'estimation de l'espérance de vie et donc sur la stratégie de diagnostic précoce (même si difficile à quantifier)
- ◆ Tableau jugé encore « chargé », et cette réunion des antécédents et des comorbidités n'a pas obtenu consensus
- ◆ Au 3^{ème} tour, tentative de simplification du tableau et nouvelle proposition de mise en page avec une colonne « antécédents » et une colonne « pathologies en cours et comorbidités »
- ◆ Mais finalement, la place des antécédents personnels du patient semble remise en question
- ◆ A noter qu'il avait également été suggéré au 2^{ème} tour de pondérer les morbidités compétitives au moins de façon binaire: équilibrée (ou contrôlée) / déséquilibrée (ou non-contrôlée) mais je n'ai pas su l'intégrer

=> Finalement, *quelles informations médicales concernant l'état de santé actuel et/ou antérieur du patient sont importantes à prendre en compte ?*

5) Cases « accès facile aux soins ? » et « précarité ? »

- ◆ Il avait été souligné au premier tour qu'il manquait une partie sur le mode de vie ou les conditions sociales du patient
- ◆ Mais l'ajout d'une case « mode de vie » n'avait pas fait l'unanimité au 2^{ème} tour, à la fois à cause de la formulation jugée trop vague, mais également parce que l'intérêt de cette information était remis en question.
- ◆ Il a donc été proposé au 2^{ème} tour de préciser cette information, par la création de 2 cases « accès facile aux soins ? » et « précarité ? » ; mais cela a de nouveau été jugé trop subjectif, discriminant et polémique, et d'intérêt discutable.

=> *Qu'en pensez-vous ? cette information est-elle indispensable ? Va-t-elle influencer la décision ? Si oui, comment peut-on essayer de l'affiner ?*

6) Facteur de risque : Antécédent familial de cancer de la prostate

- ◆ Tel que présenté (≥ 3 cas au 1^{er} ou 2^{ème} degré ; ≥ 2 cas avant 55 ans), cet item n'avait pas fait l'unanimité au 1^{er} et 2^{ème} tour.
- ◆ Il a été suggéré de chiffrer les risques avec l'ajout des risques relatifs mais cela n'a pas fait l'unanimité.
- ◆ Il a été suggéré d'insérer également le risque familial « simple », considérant qu'un homme dont seul le père est décédé de cancer de la prostate sera forcément inquiet

pour lui-même. Cette proposition n'a pas fait l'unanimité non plus, cette proposition ne faisant pas partie officiellement des facteurs de risque reconnus de cancer héréditaire de la prostate.

Mais il a été souligné « qu'en France les familles sont relativement « petites ». Ainsi, l'identification des critères « stricts » de formes familiales et héréditaires en est rendue ardue. Si on se place dans une perspective d'identifier les facteurs de risque de cancer de la prostate, un antécédent au premier degré, même unique, représente un tel facteur de risque ».

=> *Quel compromis prudent peut-on trouver ? la présence des risques relatifs est-elle indispensable ? Même si la présence d'un antécédent familial unique ne fait pas partie des facteurs de risque reconnus de cancer de la prostate, que faisons-nous en pratique ?*

7) Facteur de risque : antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire

- ◆ Initialement critiqué car manquait de précision sur les caractéristiques des cas familiaux et sur le côté également personnel d'antécédent de cancer du sein (et pas uniquement familial), les modifications ont été apportées.
- ◆ Il a également été suggéré le chiffrage du risque comme pour les autres facteurs de risque
- ◆ Malgré la prise en compte de ces remarques, cet item ne fait toujours pas l'unanimité. L'ajout des risques relatifs semblant avoir ajouté de la confusion.
- ◆ Il a notamment été demandé de préciser si les RR cités concernaient le cancer du sein ou de la prostate.
- ◆ Il a par ailleurs été précisé « qu'une mutation constitutionnelle inactivatrice de BRCA1 est un facteur de risque de cancer de la prostate, mais pas un facteur de risque de cancer agressif, contrairement à une même mutation de BRCA2 ».

=> *modification suggérée : pour les mutations BRCA modification de la phrase « RR respectivement 1,35 et 2,64 fois plus élevé de cancer agressif » par « RR respectivement 1,35 et 2,64 fois plus élevé de cancer de la prostate », la première formulation étant finalement erronée.*
En dehors de ces remarques, je n'ai pas su bien identifier les freins à la validation de ce facteur de risque. Nous en débattons à la réunion.

8) Facteur de risque : exposition au chloroforme

- ◆ Critiqué dès le premier tour, ce facteur de risque a été jugé trop polémique et manquant de preuve de relation de cause à effet.
- ◆ Mais il a été mis en avant l'étude Kanprostate conduisant au fait que l'exposition au chloroforme est associée à un risque accru de survenue de cancer de la prostate. Ainsi, les points de vue ont continué à diverger.
- ◆ Comme cela a été souligné en commentaire, « le chloroforme a des propriétés oestrogéniques et est considéré comme un perturbateur endocrinien ». Mais comme cela a également été souligné dans un autre commentaire « les propriétés oestrogéniques et anti-androgéniques du chloroforme imposent une distinction entre diagnostic et présence du cancer de la prostate ». En effet, l'exposition au chloroforme

exposerait au risque de diagnostic de cancer de la prostate en augmentant la capacité du PSA à identifier les cas à risque (effet « œstrogène-like »).

=> Ainsi, devant le manque de preuve d'un lien de cause à effet entre exposition au chloroforme et présence d'un cancer de la prostate, cela semble en faire un item polemique
 Qu'en pensez-vous ? Doit-on toutefois en prendre compte et conserver ce facteur de risque sur cette fiche ? Ou au contraire, le manque de preuve en fait un facteur de risque trop incertain, et par conséquent n'ayant pas sa place dans cette fiche ?

9) Parmi les informations à fournir au patient : existence de différents types de cancer de la prostate et différentes options de prise en charge

- ◆ Il a été suggéré initialement de faire apparaître plus explicitement la notion de surveillance active, ce qui a été fait.
- ◆ Cet item n'a toutefois pas obtenu consensus mais je ne comprends pas bien les raisons

=> Je vous invite donc à lire les commentaires formulés au dernier tour, de préparer vos arguments et nous en débattons à la réunion

10) Grandes lignes de traitement disponibles avec évocation des inconvénients dans la partie « information patient »

- ◆ Il a initialement été suggéré l'ajout des inconvénients. Cette information a été ajoutée dans la partie des informations à fournir au patient
- ◆ Puis il a été relevé des inexactitudes de formulation.
 Ainsi, après apport des modifications suggérées, les grandes lignes de traitement se déclinaient de la manière suivante :
 - Forme localisée : traitement curatif (surveillance active, prostatectomie totale, radiothérapie externe, curiethérapie, ultrasons focalisés/HIFU) selon le risque de progression après traitement curatif (classification de d'Amico)
 - Forme localement avancée : traitement curatif (radiothérapie + hormonothérapie ou prostatectomie totale + curage ganglionnaire)
 - Forme métastatique : traitement palliatif (hormonothérapie +/- chimiothérapie +/- radiothérapie)

=> Avec l'apport de cette modification, validez-vous cet item ?

III. CONCERNANT LA PAGE ALGORITHME

11) Exclusion si absence de consentement

- ◆ Au fil des tours, cet item n'a jamais obtenu consensus
- ◆ Ce n'est qu'au dernier tour que j'ai pu identifier ce qui posait problème. Il s'agit de la formulation de l'item avec la présence du mot « exclusion », pouvant poser problème dans la lecture de mon document de consensus. Nous ne pouvons effectivement pas « exclure » un patient.

=> Je reformulerai ainsi, « Décision informée et partagée : pas de réalisation de dépistage en l'absence du consentement du patient ». Validez-vous cet item sous ce nouvel intitulé ?

12) Prise en compte des facteurs de risque pour définir l'âge de début de la stratégie de diagnostic précoce

12bis) A partir de 45 ans si présence de facteurs de risque avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux

- ◆ Ces items n'ont pas obtenu consensus pour la raison avancée que cela n'est pas prouvé

=> Nous en débattons donc à la réunion. Je vous laisse réfléchir en amont à votre argumentaire.

13) Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA

13bis) Tranches d'âge proposées

14) Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA

14bis) Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les facteurs de risque)

14ter) Rythme proposé pour les 60-75 ans

- ◆ Ces items n'ont pas obtenu consensus pour la simple et bonne raison que le niveau de preuve est insuffisant
- ◆ L'idée était toutefois d'essayer de proposer un compromis prudent de conduite à tenir, pour orienter un peu les médecins de 1^{er} recours qui aujourd'hui sont livrés à eux-mêmes.
- ◆ Il a été suggéré en commentaire la proposition suivante, moins précise mais respectant à la fois les données scientifiques disponibles et la liberté du médecin de recourir à une surveillance annuelle :
 - Ne pas faire de distinction entre les classes d'âge
 - Proposer une procédure (TR + PSA total) tous les 4 à 2 ans, voir tous les ans selon le profil de risque

=> Qu'en pensez-vous ? Avez-vous d'autres propositions ?

15) Présence de liens vers les principales recommandations existantes

- ◆ Cet item a obtenu consensus au 2^{ème} tour mais avec un accord relatif. Ce consensus ne s'est pas renouvelé au tour suivant, suite à l'ajout des recommandations du KCE

=> nous en discutons donc à la réunion

Annexe 6 : PAGE DE GARDE – Evolution

TOUR 1



Point Prostate Personnel

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME : 50000 nouveaux cas par an
3^E CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ L'HOMME

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, prise en charge jusqu'alors très hétérogène.



« Docteur, comment limiter au mieux le risque de dégradation de MA vie, en termes de qualité et de quantité, par un potentiel cancer de la prostate ? »



L'objectif de cette fiche, est d'aider à ce qu'une **réponse homogène** émerge de **tout médecin** confronté à la question posée du **risque de cancer prostatique personnel**, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'attitude adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.



NOM	Prénom	DDN	Age lors de C1

TOUR 3



Diagnostic Précoce du Cancer de la Prostate

Aide à la décision personnalisée

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME = 50430 nouveaux cas estimés en 2015
3^E CAUSE DE DECES PAR CANCER CHEZ L'HOMME
 = 8512 décès estimés en 2015

Age médian au diagnostic = 68 ans / Age médian des décès = 83 ans (2015)
 Seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs
 Pour éviter un décès * : NNS ≈ 1254 à 9 ans / 503 à 12 ans de suivi
 NNT ≈ 43 à 9 ans / 18 à 12 ans de suivi

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, afin de pouvoir répondre à la question suivante :



« Docteur, pour MA santé, comment choisir de faire ou de ne pas faire le dépistage du cancer de la prostate ? »



Cette fiche aide à élaborer une stratégie de diagnostic précoce personnalisé afin de rationaliser l'utilisation du PSA et d'obtenir une **réponse homogène et reproductible par tout médecin** confronté à la question du risque de cancer prostatique, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'attitude adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.



Nom	Prénom	DDN	Age lors de C1	Médecin traitant

* Number needed to screen (NNS) et Number needed to treat (NNT) pour éviter un décès : chiffres temps-dépendants et pouvant varier selon les modèles d'études, données ici à titre d'ordre de grandeur

TOUR 2



Diagnostic Précoce du Cancer de la Prostate

Aide à la décision personnalisée

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME : ≈ 50000 nouveaux cas par an
3^E CAUSE DE DECES PAR CANCER CHEZ L'HOMME : ≈ 8000 décès/an

Age moyen au diagnostic = 68 ans / Age médian de décès = 83 ans (2015)
 20% des cas diagnostiqués ne sont (ou ne seront) pas traités car peu évolutifs

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, prise en charge jusqu'alors très hétérogène, de manière à pouvoir répondre à la question suivante :



« Docteur, comment protéger au mieux MA santé, entre qualité et quantité de vie, qui pourrait potentiellement être entachée par un cancer de la prostate ? »



Cette fiche aide à élaborer une **stratégie de diagnostic précoce personnalisé** (par la proposition d'un algorithme décisionnel) pour tenter de rationaliser l'utilisation du PSA, afin qu'une **réponse homogène** émerge de **tout médecin** confronté à la question posée du **risque de cancer prostatique personnel**, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'attitude adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.



Nom	Prénom	DDN	Age lors de C1	Médecin traitant

VERSION FINALE



Diagnostic Précoce du Cancer de la Prostate

Aide à la décision personnalisée

Le cancer de la prostate (CaP) en quelques chiffres :

LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS EN FRANCE
1^{ER} CANCER DE L'HOMME = 50430 nouveaux cas estimés en 2015
3^E CAUSE DE DECES PAR CANCER CHEZ L'HOMME
 = 8512 décès estimés en 2015

Age médian au diagnostic = 68 ans / Age médian des décès = 83 ans (2015)
 Sur 100 cas diagnostiqués, environ 80 seront traités car évolutifs et 20 ne nécessiteront qu'une surveillance

Ceux-ci justifient que l'on s'intéresse à la prise en charge du risque de cancer prostatique de nos patients, afin de pouvoir répondre à la question suivante :



« Quelles informations donner à un patient à propos du diagnostic précoce du cancer de la prostate ? »



Cette fiche aide à élaborer une stratégie de diagnostic précoce personnalisé afin de rationaliser l'utilisation du PSA et d'obtenir une **réponse homogène et reproductible par tout médecin** confronté à la question du risque de cancer prostatique, en tenant compte à la fois de la situation personnelle du patient et des connaissances actualisées de la science.

L'attitude adoptée sera issue d'une **décision partagée** entre le médecin et un patient, préalablement **clairement et loyalement informé** de l'ensemble de la **démarche diagnostique** mais également des **issues thérapeutiques** liées aux diagnostics potentiels.



Nom	Prénom	DDN	Age lors de C1	Médecin traitant

Annexe 7 : PAGE "HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE" – Evolution

TOUR 1

Histoire Médicale Personnelle

ATCD MEDICAUX	DATE	ATCD CHIRURGICAUX	DATE

Comorbidités	Pronostic	Dates PSA	Résultats
1		/	
2		/	
3		/	

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- ◇ Origine Afro-antillaise.
- ◇ Antécédent familial de cancer de la prostate :
 - > 3 cas chez des apparentés au 1er degré (père, fils ou frères) ou du 2ème degré (neveux, oncles maternel ou paternel).
 - ≥ 2 cas diagnostiqués avant 55ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré
- ◇ Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire : mutation BRCA1, mais surtout BRCA2 (risque plus élevé de cancer agressif).
- ◇ Exposition au chlordécone (insecticide utilisé dans les bananeraies des Antilles françaises).

INFORMATION PATIENT Recueil oral du consentement éclairé OUI NON

- Facteurs de risque
- Bénéfices et inconvénients de la détection précoce, et a contrario conséquences de la non détection
- Pertinence de réaliser une biopsie
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (biopsies), risque liés aux complications de la prise en charge retenue ou aux conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans.

GRANDES LIGNES DE TRAITEMENT DISPONIBLES EN 2020

CaP Localisé	Surveillance active ou traitement curatif (prostatectomie totale, radiothérapie, curiethérapie, HIFU) selon risque de progression après traitement (classification de d'Amico)
CaP Avancé	Prostatectomie totale +/- radio thérapie et/ou hormonothérapie
CaP Métastatique	Chimiothérapie + hormonothérapie +/- radiothérapie

TOUR 3

Histoire Médicale Personnelle

ANTECEDENTS		PATHOLOGIES EN COURS et COMORBIDITES
Accès facile aux soins ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précarité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PSA antérieurs(1) / Norme du test / Date

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- Antécédent familial de cancer de la prostate (risque augmentant avec le nombre de cas)
 - ≥ 3 cas chez des apparentés au 1er degré ou du 2ème degré (RR respectifs de 5,33 et 2,21 pour 3 cas)
 - ≥ 2 cas diagnostiqués avant 55ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré (risque augmentant avec la précocité de l'âge au diagnostic)
- Origine Afro-antillaise (incidence 2 fois supérieure au taux national)
- Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire :
 - Mutation BRCA1, et surtout BRCA2 (RR respectivement 1,35 et 2,64 fois plus élevé de cancer agressif)
 - 1 cas de cancer du sein <40 ans ou bilatéral ou chez un homme (qui peut être le patient)
 - 1 cas de cancer de l'ovaire

INFORMATION PATIENT

- Facteurs de risque
- Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection
- Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés
- Place de la surveillance active
- Pertinence de réaliser une IRM prostatique
- Pertinence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève de l'urologue)
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (biopsies), risque de conséquences urinaires et/ou sexuelles en fonction de la prise en charge retenue et conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans.

Recueil oral du CONSENTEMENT du patient OUI NON

GRANDES LIGNES DE TRAITEMENT DISPONIBLES EN 2021

CaP Localisé	Surveillance active ou traitement curatif (prostatectomie totale, radiothérapie, curiethérapie, HIFU) selon risque de progression après traitement (classification de d'Amico)
CaP Avancé	Prostatectomie totale +/- radio thérapie et/ou hormonothérapie
CaP Métastatique	Chimiothérapie + hormonothérapie +/- radiothérapie

(1) PSA total (PSA libre non utile en 1ère intention)

(2) A pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive (anticiper douleurs et complications des métastases par exemple)

TOUR 2

Histoire Médicale Personnelle

ATCD et COMORBIDITES	DATE	ATCD et COMORBIDITES	DATE

IMC	Mode de vie	PSA antérieurs(1)	Norme du test	Date

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- ◇ Origine Afro-antillaise.
- ◇ Antécédent familial de cancer de la prostate :
 - > 3 cas chez des apparentés au 1er degré ou du 2ème degré.
 - ≥ 2 cas diagnostiqués avant 55ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré
- ◇ Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire :
 - Mutation BRCA1, mais surtout BRCA2 (risque plus élevé de cancer agressif)
 - 1 cas de cancer du sein <40 ans ou bilatéral ou chez un homme (qui peut être le patient)
 - 1 cas de cancer de l'ovaire

INFORMATION PATIENT

- Facteurs de risque
- Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection
- Différents types de cancer et options de prise en charge des cancers révélés
- Place de la surveillance active
- Pertinence de réaliser une IRM prostatique
- Pertinence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève du spécialiste)
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (biopsies), risque liés aux complications de la prise en charge retenue ou aux conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de détection précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans.

Recueil oral du CONSENTEMENT du patient OUI NON

GRANDES LIGNES DE TRAITEMENT DISPONIBLES EN 2020

CaP Localisé	Surveillance active ou traitement curatif (prostatectomie totale, radiothérapie, curiethérapie, HIFU) selon risque de progression après traitement (classification de d'Amico)
CaP Avancé	Prostatectomie totale +/- radio thérapie et/ou hormonothérapie
CaP Métastatique	Chimiothérapie + hormonothérapie +/- radiothérapie

(1) PSA total (PSA libre non utile)

(2) A pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive (anticiper douleurs et complications des métastases par exemple)

VERSION FINALE

Histoire Médicale Personnelle

ANTECEDENTS et PATHOLOGIES EN COURS	PSA antérieurs(1) / Norme du test / Date

FACTEURS DE RISQUE de cancer prostatique

- Age
- Antécédent familial de cancer de la prostate (risque augmentant avec le nombre de cas)
 - ≥ 3 cas chez des apparentés au 1er degré ou du 2ème degré (RR respectifs de 5,33 et 2,21 pour 3 cas)
 - ≥ 2 cas diagnostiqués avant 55ans, chez des apparentés du 1er ou 2e degré (risque augmentant avec la précocité de l'âge au diagnostic)
- Origine Afro-antillaise (incidence 2 fois supérieure au taux national)
- Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire :
 - 1 cas de cancer du sein <40 ans ou bilatéral ou chez un homme (qui peut être le patient)
 - 1 cas de cancer de l'ovaire
 - (Mutation BRCA1, et surtout BRCA2 : RR respectivement 1,35 et 2,64 fois plus élevé de cancer de la prostate, avec un risque plus élevé de cancer agressif avec BRCA2)

INFORMATION PATIENT

- Facteurs de risque
- Bénéfices et inconvénients du diagnostic précoce ou du non-diagnostic
- Prise en charge personnalisée et adaptée au type de cancer éventuellement découvert
- Place de la surveillance active
- Pertinence de réaliser une IRM prostatique
- Pertinence de réaliser ou non une biopsie (dont l'indication relève de l'urologue)
- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement : risque d'exposer le patient aux complications de la procédure diagnostique (biopsies), risque de conséquences urinaires et/ou sexuelles en fonction de la prise en charge retenue et conséquences psychologiques et sociales du diagnostic de cancer
- Absence d'intérêt à répéter la procédure de diagnostic précoce (en particulier le PSA) après, généralement, 75 ans.

Recueil oral du CONSENTEMENT du patient OUI NON

POUR INFORMATION : OPTIONS THÉRAPEUTIQUES DISPONIBLES EN 2021

Forme localisée	Surveillance active, Prostatectomie totale, Radiothérapie externe, Curiothérapie, Ultrasons focalisés / HIFU selon le risque de progression et la décision partagée
Forme localement avancée	Radiothérapie + hormonothérapie ou Prostatectomie totale + curage ganglionnaire
Forme métastatique	Hormonothérapie +/- Chimiothérapie +/- Radiothérapie

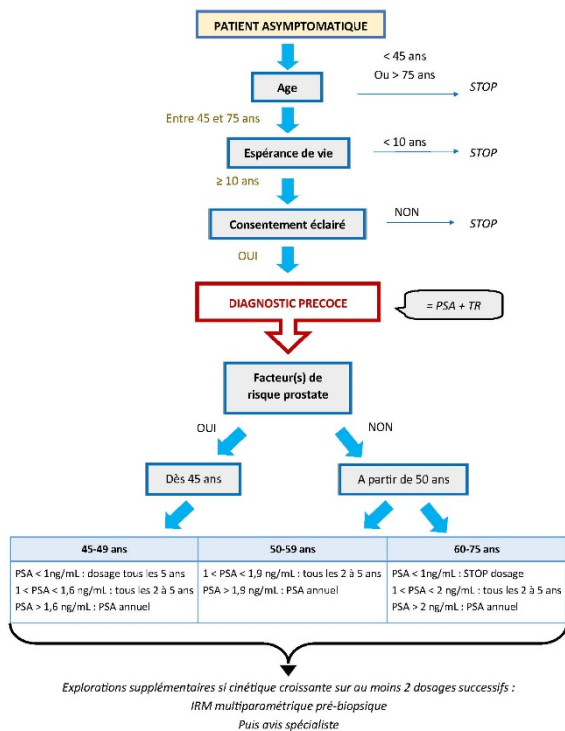
(1) PSA total (PSA libre non utile en 1ère intention)

(2) A pondérer à l'âge physiologique et selon le risque de forme agressive (anticiper douleurs et complications des métastases par exemple)

Annexe 8 : PAGE "ALGORITHME PERSONNEL" – Evolution

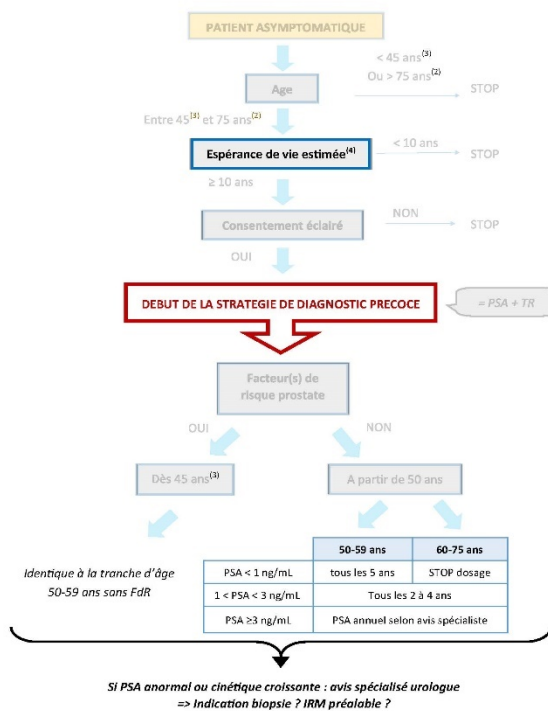
TOUR 1

Algorithme Personnel



TOUR 2

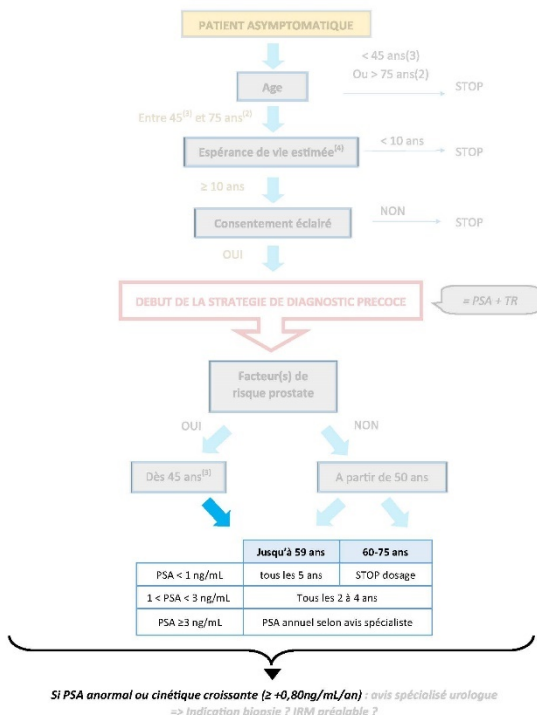
Algorithme Personnel



(3) cas particulier : si facteurs génétiques familiaux (mutation BRCA1 et BRCA2) proposer dès 40 ans
(4) Absence de score de calcul validé : estimation par conséquent subjective

TOUR 3

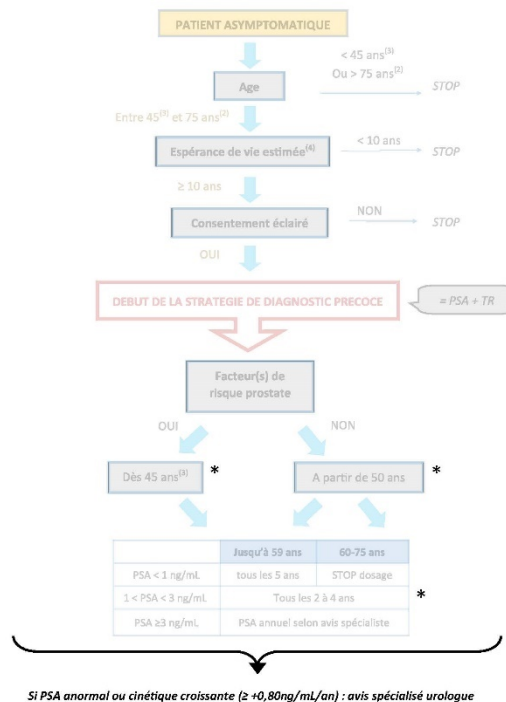
Algorithme Personnel



(3) cas particulier : si facteurs génétiques familiaux (mutation BRCA1 et BRCA2) proposer dès 40 ans
(4) Absence de score de calcul validé : estimation par conséquent subjective

VERSION FINALE

Algorithme Personnel



* Selon les recommandations internationales (EAU guidelines) et françaises (CCAFU) : accord professionnel
(3) cas particulier : si facteurs génétiques familiaux (mutation BRCA1 et BRCA2) proposer dès 40 ans
(4) Absence de score de calcul validé : estimation par conséquent subjective

Annexe 9 : PAGE "SUIVI PERSONNEL" – Evolution

TOUR 1



Suivi Prostate Personnel

Identité praticien	Date	Motif consultation	PSA	TR	Eléments cliniques	CAT	Prochain suivi

A titre informatif : Derniers avis en date des différentes sociétés savantes

- N°1 CCAFLU** *Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018-2020 : cancer de la prostate*
<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-10>
- N°2 Haute Autorité de Santé** : *Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation (HAS février 2012)*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_orientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf
- N°3 Collège de la Médecine Générale** : *Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG : 2011*
<http://www.sfg.net/documents%20PDF/Communique%20presse%20prostate%20CMG.pdf>

TOUR 3



Suivi

Identité praticien	Date	Motif consultation	Signes cliniques	Examens ⁽¹⁾ et conclusion ⁽²⁾	Date prochain rdv

(1) Valeur du PSA et de la norme du laboratoire / Aspect suspect ou non suspect du TR
 (2) Décision partagée

A titre informatif : Derniers avis en date des différentes sociétés savantes

- N°1 CCAFLU** *Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate*
<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>
- N°2 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ** : *Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation (HAS février 2012)*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_orientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf
- N°3 COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE** : *Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG : 2011*
<http://www.sfg.net/documents%20PDF/Communique%20presse%20prostate%20CMG.pdf>
- N°4 KCE** *Recommandations belges du centre fédéral d'expertise des soins de santé (2014)*
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_Cancer_prostate_18HD.pdf

TOUR 2



Suivi

Identité praticien	Date	Motif consultation	Signes cliniques	Examens ⁽¹⁾ et conclusion ⁽²⁾	Prochain suivi

(1) Valeur du PSA et de la norme du laboratoire / Aspect suspect ou non suspect du TR
 (2) Décision partagée

A titre informatif : Derniers avis en date des différentes sociétés savantes

- N°1 CCAFLU** *Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate*
<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>
- N°2 Haute Autorité de Santé** : *Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation (HAS février 2012)*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_orientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf
- N°3 Collège de la Médecine Générale** : *Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG : 2011*
<http://www.sfg.net/documents%20PDF/Communique%20presse%20prostate%20CMG.pdf>

VERSION FINALE



Suivi

Identité praticien	Date	Motif consultation	Signes cliniques	Examens ⁽¹⁾ et conclusion ⁽²⁾	Date prochain rdv

(1) Valeur du PSA et de la norme du laboratoire / Aspect suspect ou non suspect du TR
 (2) Décision partagée

A titre informatif : Derniers avis en date des différentes sociétés savantes

- N°1 CCAFLU** *Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate*
<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>
- N°2 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ** : *Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage du PSA de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation (HAS février 2012)*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_orientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf
- N°3 COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE** : *Vous avez dit « prostate ! » comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG : 2011*
<http://www.sfg.net/documents%20PDF/Communique%20presse%20prostate%20CMG.pdf>
- N°4 KCE** *Recommandations belges du centre fédéral d'expertise des soins de santé (2014)*
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_Cancer_prostate_18HD.pdf
- Cités à titre informatif pour ses représentations graphiques ↔

Annexe 11 : Commentaires complets des experts pour les 3 premiers tours

Légende du tableau : [eA]-[eH] = experts A à H

PARTIE A : PAGE DE GARDE		
PROPOSITION	TOUR	COMMENTAIRES FORMULES
1- Intitulé fiche « Point Prostate Personnel »	1 ^{er}	<p>[eA] : « Le titre devrait inclure les mots "cancer de la prostate" et "détection précoce" pour que ce soit plus clair pour les patients qui confondent souvent cancer et hypertrophie bénigne de prostate »</p> <p>[eF] : « Ce n'est pas un auto-questionnaire, plutôt : Evaluation du risque de cancer de prostate (ERPC) »</p> <p>[eG] : « Cette fiche est spécifique du cancer de la prostate, elle pose la question de la décision médicale partagée et du cancer de la prostate donc ces deux notions doivent apparaître de la fiche. Cancer de la prostate : Aide à la décision de dépistage, ou quelque chose du genre »</p> <p>[eH] : « Autre titre : carnet de dépistage incluant les autres cancers de l'homme »</p> <p>[eD] : « Plutôt : Point prostate PERSONNALISE »</p> <p>[eB] : « "Point" laisse penser à une démarche ponctuelle »</p>
1a – Reformulation « Diagnostic précoce de cancer de la prostate : aide à la décision personnalisée »	2 ^e	∅
2- Données épidémiologiques proposées	1 ^{er}	<p>[eH] : « Peut-être dans l'épidémiologie dire que 20% des cas diagnostiqués ne sont (seront) pas traités car peu évolutifs et dire qu'environ 8000 décèdent de leur cancer »</p> <p>[eE] : « Donner la valeur absolue des décès (+/-8000/an) »</p> <p>[eB] : « Il manque l'âge moyen de décès des patients et le nombre d'années de vie gagnées, ainsi que le NNT (nombre de sujet à traiter) »</p>
2a - Ajout de données d'âge Non ajout du NNT	2 ^e	<p>[eA] : « Mettre année de référence des chiffres nouveaux cas et décès »</p> <p>[eE] : « Parfaitement d'accord sur vos réticences formulées » (cf. Annexe 3).</p> <p>[eB] : « Ce sont pourtant des données éclairantes : combien vais-je trouver de cancer dans ma patientèle ? Combien de patients vais-je devoir dépister pour trouver 1 cancer ? "According to our model, the NNS and NNT at 9 years were 1,254 and 43, respectively. Subsequently, NNS decreased from 837 at year 10 to 503 at year 12, and NNT decreased from 29 to 18" dans l'article de Loeb cité. Cela donne bien un ordre de grandeur et https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_Cancer_prostate_18HD.pdf »</p> <p>[eD] : « Plutôt utiliser une formule sans négations : Seulement 80 % des cas sont traités car évolutifs »</p> <p>[eG] : « Je ne mettrai pas les données en rouge car les chiffres sont suffisamment anxiogènes comme cela. Le NNT est intéressant pour les données pour le médecin, pas forcément pour le patient »</p>
2b - Chiffres des nouveaux cas et décès + année de référence	3 ^e	[eH] : « Oui mais dans le document de « Panorama des cancers en France. Edition 2021, INCa. » un tableau était très informatif sur l'évolution de l'incidence et la mortalité »
2c- Reformulation « seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs »	3 ^e	<p>[eH] : « Non car seulement est un jugement et qu'il n'est pas adapté au 80% »</p> <p>[eD] : « Supprimer seulement, remplacer par environ ? »</p> <p>[eE] : « Pour être très rigoureux : tout au plus 8 cas sur 10 diagnostiqués nécessiteront un traitement, parfois même après une période de surveillance »</p>
2d - Ajout NNS et NNT	3 ^e	<p>[eH] : « Seuls les experts comprennent cette information. Si on prend comme critère le risque de métastases plutôt que de mortalité, c'est plus faible »</p> <p>[eC] : « Quelle proportion de patient va comprendre ça ? 0,01% ? »</p> <p>[eD] : « Information de trop ? »</p> <p>[eE] : « Pas d'accord, car ce chiffre a perdu son sens actuellement. Il avait un sens lorsque le diagnostic de cancer de la prostate conduisait à un traitement systématiquement, ce qui était le temps du "surtraitement". Nous avons compris</p>

		que de très nombreux patients ne bénéficient pas d'un traitement d'emblée, c'est le temps de la surveillance active. C'est cela qui fait chuter le NNT ! S'il y a consensus sur l'utilité de ces chiffres malgré tout, je suggérerais alors de ne faire figurer que les NNS et NNT à 12 ans »
2e - Modification mise en page (couleurs texte)	3 ^e	∅
3- Présence d'un exemple de questionnaire d'un patient sur son risque de cancer de la prostate	1 ^{er}	[eE] : « Faire figurer le terme de SANTE (« protéger sa santé » ou « dégradation de ma santé » par exemple) » [eD] : « Plutôt : Comment DIMINUER... »
	2 ^e	∅
	3 ^e	[eB] : « Qu'apporte cette phrase ? »
3a - Phrase proposée reformulée	2 ^e	[eF] : « Plutôt : Qualité et durée de vie et non quantité de vie » [eG] : « Exemple de phrase : "Pour ma santé, comment choisir de faire ou de ne pas faire le dépistage du cancer de la prostate ?" »
3b – Reformulation	3 ^e	[eB] : « Dans ma pratique, la phrase la plus entendue, est : Docteur, marquez-moi le PSA (sous-entendu sur la demande de biologie) » [eF] : « Plutôt quels sont les risques de ne pas faire le dépistage ? Je ne vois pas d'intérêt de ne pas le faire »
4- Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche	1 ^{er}	[eD] : « Plutôt : Cette fiche aide à élaborer une... par... »
	2 ^e	[eD] : « "Une réponse reproductible par tout médecin confronté". Supprimer "personnel" numéro un »
	3 ^e	∅
5- Identité du patient	1 ^{er}	∅
	2 ^e	∅
6- Ajout d'une case médecin traitant	2 ^e	∅
PARTIE B : PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »		
PROPOSITION	TOUR	COMMENTAIRES FORMULES
<i>Généralités</i>		
7- Prise en compte des antécédents	1 ^{er}	[eG] : « Il manque une partie sur le mode de vie ou les conditions sociales du patient. Vit seul ? enfants ? précarité, accès aux soins, problématique du secteur 2 » [eH] : « Difficile de quantifier. Charlson ? ECOG, BMI ? » [eB] : « Comment les intégrer dans un score de risque ? » [eD] : « Antécédents médicochirurgicaux, quatre lignes seulement »
8- Prise en compte des comorbidités	1 ^{er}	[eG] : « J'entends l'importance des comorbidités bien que cela soit difficilement différenciables des antécédents pour un bon nombre de comorbidités. Enfin, la colonne pronostic est peu éthique et scientifiquement peu pertinente. Ne devrait-on pas mettre taille, poids et IMC en systématique, le poids pouvant être un facteur de risque » [eH] : « Difficile de quantifier. Charlson ? ECOG, BMI ? » [eE] : « Le terme « Pronostic » n'est pas explicite. Il serait plus approprié de fixer une gradation dans la qualité de la prise en charge » [eD] : « Supprimer comorbidités/Pronostic dans un "auto-questionnaire" »
8a - Prise en compte des antécédents et des comorbidités	2 ^e	[eE] : « Je continue à croire que dans ce contexte il faut tout de même pondérer les morbidités compétitives au moins de façon binaire : équilibré (ou contrôlé) / déséquilibré (ou non-contrôlé) » [eD] : « Toujours trop de cases, difficiles à remplir par le médecin généraliste, mode de vie par exemple signifie quoi pour lui ? »

8b - Réunion ATCD et comorbidités en un item	2 ^e	<i>[eG] : « Bien que nous fassions souvent une distinction entre les pathologies en cours, les antécédents et les comorbidités qui vont s'appliquer pour moi à une pathologie »</i>
8c - Distinction « antécédents" et « pathologies en cours et comorbidités »	3 ^e	<i>[eH] : « Je ne comprends pas ce tableau. Les antécédents sont-ils personnels ou familiaux ? Si c'est familial ça me va sinon c'est du jargon de dossier. En effet antécédent reprend tout l'état de santé du patient »</i> <i>[eE] : « La caractéristique d'équilibrée ou de non-équilibrée d'une pathologie chronique est plus pertinent que sa simple présence (DNID, HTA, ...). Nombre de pathologies chroniques, une fois équilibrées, perdent leur valeur pronostique péjorative sur la survie (coronaropathie, ...) »</i>
9- Suppression des lignes du tableau et de la colonne « date »	3 ^e	<i>[eH] : « La norme du test n'a plus d'intérêt actuellement »</i>
10- Suppression colonne « pronostic »	2 ^e	∅
11- Ajout IMC	2 ^e	∅
11a - Retrait colonne IMC	3 ^e	<i>[eE] : « Pour être tout à fait rigoureux, l'IMC permet d'interpréter la valeur du PSA dans certains cas litigieux, mais je crois que ces cas sont du ressort du spécialiste »</i>
12- Ajout Mode de vie	2 ^e	<i>[eE] : « Je ne vois aucun intérêt à cette information dans ce contexte très particulier »</i> <i>[eD] : « Pour compléter le propos préciser accès au soin par exemple ou ISS inégalité sociales de santé (avec case oui /non) »</i> <i>[eG] : « Est-ce que le terme "mode de vie" est le même pour tout le monde ? Ce n'est pas sûr. Donc pourquoi pas préciser »</i>
12a - Ajout colonne « accès facile aux soins ? »	3 ^e	<i>[eC] : « Qui n'a pas un accès facile aux soins ? »</i> <i>[eB] : « Trop subjectif formulé ainsi et qui ne devrait pas influencer l'information donnée »</i> <i>[eF] : « Très polémique, à discuter »</i>
12b - Ajout colonne « précarité »	3 ^e	<i>[eH] : « Dans les études de dépistage, les patients faisant le moins de dépistage étaient les patients avec précarité et les cadres supérieurs très actifs ne prenant pas le temps de consulter... »</i> <i>[eC] : « C'est discriminant... et les précaires sont soignés aussi »</i> <i>[eE] : « Je suis très ambivalent vis à vis de cette proposition. Je suis parfaitement d'accord que cette information devrait figurer dans tout dossier médical, mais je ne crois pas qu'elle serait à même de modifier les décisions à prendre dans le cas d'espèce »</i> <i>[eB] : « Trop subjectif formulé ainsi et qui ne devrait pas influencer l'information donnée »</i>
13- Présence anciens dosages de PSA	1 ^{er}	<i>[eG] : « Cela est pertinent mais dans un tableau à part. De le mettre dans les comorbidités semblent confusant »</i> <i>[eH] : « Rappeler que le PSA libre n'est pas utile ou pas à reporter »</i> <i>[eE] : « Il n'y a malheureusement pas de standardisation encore parfaite dans les dosages du PSA et les kits ne sont pas tous calibrés de la même façon. Il faut donc soit donner la valeur « normale » du kit, soit donner le type de kit de dosage... »</i>
	2 ^e	∅
13a - Ajout d'une note précisant « PSA total »	2 ^e	∅
	3 ^e	<i>[eH] : « Le PSA libre est souvent rajouté par les labos pour augmenter l'activité alors qu'il n'est pas demandé. J'en ai l'exemple dans ma pratique tous les jours »</i> <i>[eD] : « Excellente idée »</i> <i>[eE] : « Ce d'autant que le PSA libre n'est plus remboursé ... aux biologistes ! Cela témoigne de son inutilité dans l'approche actuelle »</i>
13b - Ajout colonne « norme du test » pour le PSA	2 ^e	∅

14- Prise en compte des facteurs de risque	1 ^{er}	[eB] : « La HAS a bien montré que la prise en compte des facteurs de risque ne changeait pas le pronostic. Ne change pas la décision »
	2 ^e	[eE] : « Cette information est absolument essentielle et indispensable » [eB] : « Il faut alors chiffrer l'augmentation du risque. Ce n'est pas la même chose si RR=1,1 ou 5 » [eH] : « Je mettrai l'origine afro antillaise en 2 ^{ème} position »
Facteurs de risque		
15- Origine afro-antillaise	1 ^{er}	∅
	2 ^e	∅
15a - Origine afro-antillaise : ajout estimation risque	3 ^e	[eD] : « Métropole et île de France surtout, idem avec CKD épi »
16- Antécédent familial de CaP	1 ^{er}	[eH] : « Le risque héréditaire est rappelé. Le risque familial simple doit être aussi inséré. Un homme dont seul le père est décédé de cancer de prostate même diagnostiqué après 55 ans est inquiet pour lui-même. Cela affectera sa décision à tout moment du parcours et celle du médecin »
16a - Antécédent familial de CaP : ajout RR	3 ^e	[eH] : « Les antécédents familiaux comprennent le risque héréditaire (qui est décrit dans la fiche) et non héréditaire les autres cas de cancers. Donc faire une place aux situations non héréditaires » [eH] : « Pour les mutations BRCA, les RR (Risque Relatif) sont pour quel cancer ? » [eH] : « Ce point ne devrait pas relever d'un consensus. Il suffit de recopier le texte des recos ou articles. Toute présentation tronquée sera à modifier ultérieurement » [eD] : « Supprimer le niveau RR »
16b - Antécédent familial de CaP : prise en compte du risque familial « simple »	1 ^{er}	[eH] : « Ok pour l'argumentaire. Ce n'est pas un facteur de risque. Mais si on s'intéresse au patient il appréciera que l'on recueille cet item »
	2 ^e	[eE] : « La notion de risque familial "simple" n'existe pas. Je crois donc tout à fait déplacé d'inventer cette notion. Le facteur de risque héréditaire est celui dont le poids est le plus lourd » [eB] : « Chiffrer les risques » [eD] : « Simplifier proposition : ≥ 2 cas chez apparentés sans critères d'âge est suffisant pour le premier recours en médecine générale »
16c - Non-introduction du risque familial « simple »	3 ^e	[eE] : « La difficulté de se prononcer provient du fait que les familles Françaises (que nous avons très majoritairement à soigner) sont relativement petites. Ainsi, l'identification des critères "stricts" de formes familiale et héréditaire en est rendue ardue. Si on se place dans une perspective d'identifier les facteurs de risque de cancer de la prostate, un antécédent au premier degré, même unique, représente un tel facteur de risque » [eF] : « Potentiel problème médico-légal. On en tiendra compte quand même mais dans le cas présent ce n'est effectivement pas un FdR »
17- Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire	1 ^{er}	[eA] : « Préciser : Mutation prédisposant aux cancers du sein ou de l'ovaire dans une branche familiale → un cas de cancer du sein < 40 ans / Un cas de cancer du sein bilatéral / un cas de cancer de l'ovaire / Un cas de cancer du sein chez un homme » [eE] : « Il faut préciser antécédent personnel ou familial de cancer du sein et antécédent familial de cancer de l'ovaire »
17a - Reformulation : Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire	2 ^e	[eE] : « Information absolument indispensable »
17b - Ajout des risques relatifs (RR)	3 ^e	[eH] : « Pour les mutations BRCA, les RR sont pour quel cancer (sein ou prostate ?) » [eD] : « En soin primaire cette connaissance toute théorique n'est jamais connue des patients, l'incidence sur une file active d'une MSP avec 8000 personnes dans le RIA (Relevé individuel d'activité) permettra une rencontre tous les ??, trop d'informations diluent l'information essentielle »

		[eE] : « Plein accord à une réserve près : une mutation constitutionnelle inactivatrice de BRCA1 est un facteur de risque de cancer de la prostate, mais pas un facteur de risque de cancer agressif. En revanche, une telle mutation de BRCA2 est le facteur de risque le plus puissant pour la survenue du cancer ET d'une forme agressive de celui-ci »
18- Exposition au chlordécone	1 ^{er}	[eE] : « Pour la chlordécone, ce point est beaucoup trop polémique pour figurer dans cette fiche. Il n'y a pas de preuve que cette exposition expose au CaP, mais éventuellement expose au risque de diagnostic de CaP. C'est à dire que l'exposition à la chlordécone augmente la capacité du PSA à identifier les cas à risque (effet "œstrogène-like"). De plus, il n'est plus possible d'établir quel homme a été spécifiquement exposé à la chlordécone tant le produit est présent partout dans les deux îles... »
18a - Suppression item « exposition au chlordécone »	2 ^e	[eC] : « NON. L'étude Karuprostate conclut au fait que l'exposition à la chlordécone est associée à un risque accru de survenance du cancer de la prostate : le risque est multiplié par 1,8 pour toute personne ayant une concentration de chlordécone dans le sang supérieur à 1µg/L. Le risque est par ailleurs accru pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate, ainsi que chez les individus ayant résidé dans un pays occidental » [eE] : « Il n'y a effectivement pas de preuve sur l'implication de la chlordécone comme facteur de risque de cancer de la prostate (cela sera peut-être le cas lorsque les études appropriées auront été conduites). Ce point me semble beaucoup trop "chargé" politiquement »
	3 ^e	[eC] : « La chlordécone est un pesticide qui a des propriétés oestrogéniques et est considéré comme un perturbateur endocrinien. Il a également une toxicité neurologique et reproductive chez l'animal. L'étude Ti-Moun porte sur la grossesse et le développement de l'enfant et montre les malformations génitales (micropénis, cryptorchidie...) » [eE] : « Vous avez parfaitement argumenté. A défaut d'être un reflet fiable de l'exposition à la chlordécone (et, surtout, d'être le reflet d'une exposition à un âge critique pour la carcinogénèse), la chlordéconémie est corrélée dans l'étude citée au diagnostic de cancer de la prostate. Si nous disposons d'une preuve (même discutable) de la corrélation entre chlordécone et cancer de la prostate, nous ne disposons pas encore de preuve d'une relation causale entre chlordécone et cancer de la prostate. La plus grande prudence est donc nécessaire. Il est donc indispensable de faire la distinction entre diagnostic et présence du cancer ; les propriétés anti-androgéniques et oestrogéniques de la chlordécone imposent cette distinction. Si on pousse le raisonnement, il serait même nécessaire d'abaisser le taux de PSA "anormal" chez les patients exposés au chlordécone. A n'en pas douter, des études dédiées à cette question seront publiées qui permettront de savoir ce que nous pourrions écrire dans la seconde version de cette fiche d'information » [eB] : « L'item 'origine afro-antillaise' y répond »
Informations à fournir au patient		[eA] : « Expliquer l'intérêt de l'IRM et son importance. Enlever de l'imaginaire des patients que 'PSA puis biopsie puis chirurgie !' » [eB] : « Donner une information équilibrée : avantage et inconvénient du dépistage, avantage et inconvénient de l'abstention »
19- Facteurs de risque	1 ^{er}	∅
	2 ^e	∅
	3 ^e	[eH] : « Cela me paraît de bon sens » [eD] : « Cf remarques précédentes concernant chaque facteur de risque, pour ceux à exclure » [eB] : « Oui. Il faut alors expliquer ce qu'est un facteur de risque »
20- Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, conséquences de la non-détection	1 ^{er}	[eG] : « Pour la deuxième ligne, on comprend que la détection comporte des bénéfices et que la non-détection entraîne des conséquences (que l'on entend donc comme négatives). Mettre plutôt : 'bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection' » [eD] : « Schéma usuel sur la courbe mortalité à associer à la place des comorbidités »

		<i>[eH] : « 'Bénéfices' à développer autant que la partie « risque de survenue » sinon information non loyale. En effet qui peut prétendre que le patient ait plus de risques que de bénéfices »</i>
20a - Reformulation : Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection	2 ^e	∅
21- Pertinence de réaliser une biopsie	1 ^{er}	<i>[eF] : « Trop tôt dans la démarche » [eH] : « Je rajouterai pertinence d'une consultation urologique en vue de la discussion de la réalisation ou non d'une biopsie. C'est la réalité du parcours »</i>
21a - Reformulation : Pertinence de réaliser une biopsie (dont l'indication relève du spécialiste)	2 ^e	<i>[eG] : « Dont l'indication relève de l'urologue. Le généraliste étant un spécialiste aussi »</i>
22- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement	1 ^{er}	<i>[eF] : « Trop tôt dans la démarche »</i>
	2 ^e	∅
23- Existence de différents types de CaP et différentes options de prise en charge	1 ^{er}	<i>[eE] : « Nécessité de faire figurer explicitement l'option de la surveillance active dans l'information bien en amont même de la biopsie !!!! J'ai bien compris que cela est dans votre objectif, mais je crois nécessaire de le faire figurer encore plus explicitement » [eF] : « Trop tôt dans la démarche »</i>
	2 ^e	<i>[eH] : « De toute façon ce livret sera lu dans l'ordre que souhaite le patient »</i>
	3 ^e	<i>[eH] : « Quand un item ne peut être clairement expliqué... le mieux est de le retirer. Il n'y a qu'un type de cancer (98% adénocarcinome) mais la vitesse d'évolution est variable d'une personne à l'autre. Si un cancer a été diagnostiqué à un stade de faible volume et faible grade, son traitement sera différé » [eD] : « Chaque famille de patients avec CaP aura une PEC différente selon leur accès au soin et à la littératie en santé (aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante) » [eB] : « Information utile pour le patient »</i>
24- Place de la surveillance active	2 ^e	∅
25- Pertinence de réaliser une IRM prostatique	2 ^e	∅
26- Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans	1 ^{er}	<i>[eA] : « Après 75 ans il peut y avoir un intérêt si patient sans comorbidités (hétérogénéité de la population âgée) ou pour éliminer un néo à haut risque (anticiper métastases douleurs complications...) » [eF] : « A pondérer sur l'âge physiologique mais beaucoup trop de PSA faits après 80 ans »</i>
26a - Reformulation : Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans (pondéré à l'âge physiologique et au risque de forme agressive)	2 ^e	<i>[eH] : « Les patients n'adhèrent pas à cette limite d'âge, mais c'est politiquement correct de le mettre dans un document 'officiel' »</i>
	3 ^e	<i>[eH] : « Dire simplement que ce seuil d'âge de 75 ans doit être modulé en fonction de ... et qu'il reste débattu »</i>
27- Grandes lignes de traitement disponibles	1 ^{er}	<i>[eF] : « Trop tôt dans la démarche » [eH] : « L'idéal serait de donner les valeurs seuil du PSA pour les 3 risques de d'Amico. C'est très informatif » [eD] : « Trop de messages tuent le message principal » [eB] : « Il en manque les inconvénients »</i>
	2 ^e	<i>[eH] : « Dans la partie 'risque de complications de la prise en charge retenue', on peut remplacer par 'risque de conséquences urinaires ou sexuelles en fonction de la prise en charge retenue' »</i>

27a - Place des inconvénients des traitements	2 ^e	<p>[eB] : « Il n'est pas éthique de passer sous silence les inconvénients, d'autant que des patients à bas risque et inquiets craignent le cancer et que les traitements leurs paraissent bénins »</p> <p>[eG] : « Si les traitements apparaissent, il faut les inconvénients »</p>
27b - Grandes lignes de traitement disponibles + suggestion d'évoquer les inconvénients dans la partie « information patient »	3 ^e	<p>[eD] : « Beaucoup plus clair »</p> <p>[eA] : « Dans le tableau des traitements : "cancer avancé" prostatectomie totale +/- radiothérapie +/- hormonothérapie ou radiothérapie + hormonothérapie (pourquoi pas éliminer la radiothérapie en alternative à la chirurgie ?) »</p> <p>[eE] : « Il y a quelques inexactitudes de formulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme localisée : traitement curatif (surveillance active, prostatectomie totale, radiothérapie externe, curiethérapie, ultrasons focalisés/HIFU) selon le risque de progression après traitement curatif (classification de D'Amico) - Forme localement avancée : traitement curatif (radiothérapie + hormonothérapie ou prostatectomie totale + curage ganglionnaire) - Forme métastatique : traitement palliatif (hormonothérapie +/- chimiothérapie +/- radiothérapie) »
PARTIE C : PAGE « ALGORITHME PERSONNEL »		
PROPOSITION	TOUR	COMMENTAIRES FORMULES
28- Prise en compte de l'âge	1 ^{er}	[eF] : « Age de début dépend vraiment des antécédents familiaux. Age de fin à pondérer à l'âge physiologique »
	2 ^e	[eH] : « C'est politiquement correct de le mettre dans un document 'officiel' »
29- Exclusion si < 45 ans	1 ^{er}	<p>[eA] : « En cas de facteurs génétiques familiaux premier PSA à 40 ans ? »</p> <p>[eE] : « Il est très probablement nécessaire de s'occuper des hommes mutés BRCA2 (et BRCA1) avant 45 ans, il me semble donc nécessaire d'ajouter un bémol à ces âges »</p>
29a - Exclusion si < 45 ans avec ajout bémol pour les hommes avec facteurs génétiques	2 ^e	[eH] : « C'est politiquement correct de le mettre dans un document 'officiel' »
30- Exclusion si > 75 ans	1 ^{er}	<p>[eF] : « A pondérer à l'Age physiologique »</p> <p>[eE] : « Si nous sommes en situation de diagnostic précoce, l'âge de 75 ans n'est plus très pertinent, cependant, je n'en fais pas un élément bloquant »</p>
30a - Exclusion si > 75 ans avec ajout bémol de pondération selon l'âge physiologique ou le risque de forme agressive	2 ^e	[eH] : « C'est politiquement correct de le mettre dans un document 'officiel' »
31- Prise en compte de l'espérance de vie	1 ^{er}	[eE] : « Le plus grand problème de ce point est la méthodologie retenue pour cette estimation, surtout à 10 ans ! Il est très difficile de ne pas mettre un bémol une fois encore à cette estimation qui est extraordinairement incertaine »
	2 ^e	[eH] : « C'est un des rares items qui est habituellement consensuel »
31a - Exclusion si espérance < 10 ans	1 ^{er}	<p>[eA] : « Un PSA peut être utile en cas de forme agressive chez un patient de plus de 75 ans »</p> <p>[eF] : « Penser aussi à la qualité de vie (ex : douleurs osseuses sur métastases) »</p>
31b - Exclusion si espérance < 10 ans avec bémol sur le caractère estimatif et donc approximatif	2 ^e	[eH] : « C'est un des rares items qui est habituellement consensuel »
32- Consentement éclairé du patient	1 ^{er}	[eB] : « Ce n'est pas tant le consentement au dépistage qui compte, mais la décision informée et tracée »
	2 ^e	∅

32a - Exclusion si absence de consentement	1 ^{er}	[eF] : « A écrire si refus du patient »
	2 ^e	[eB] : « La question porte-t-elle sur le recueil du consentement (processus de recueil) ou sur l'accord du patient au protocole ? Il faut clarifier »
	3 ^e	[eD] : « Plus simple et vécu à plusieurs reprises ici en zone rurale... » [eB] : « Si vous utilisez le terme "exclusion", c'est que vous excluez le patient. Je n'aimerais pas être "exclu", alors qu'il s'agit d'une volonté. Il est nécessaire dans tout ce processus de décision informée et partagée d'avoir une posture empathique. Dans vos termes, même si cela n'apparaît pas dans la fiche, vous transmettez un message et une posture à tous les lecteurs de votre document de consensus »
33- Proposition d'un diagnostic précoce si les critères d'âge + espérance de vie + consentement sont réunis	1 ^{er}	[eE] : « Réserves sur l'âge et la survie déjà exprimées » [eD] : « Si volonté manifeste du patient, sinon report de six mois »
	2 ^e	∅
34- Diagnostic précoce = PSA + TR	1 ^{er}	[eH] : « TR facultatif car c'est un frein au dépistage pour patient et médecin généraliste et ce n'est pas retenu dans les études randomisées » [eG] : « Quelle est la sensibilité du TR pour le diagnostic de cancer de la prostate ? Et surtout quel est cette sensibilité chez un médecin qui en pratique peu, ce qui est le cas des médecins généralistes. Et d'un parce que la sensibilité n'est pas bonne mais aussi pour d'autres raisons (freins nombreux, tant des patients que des médecins) » [eB] : « Ce n'est pas un diagnostic (seule la biopsie le permet) »
34a - Reformulation : Début de la stratégie de diagnostic précoce = PSA + TR	2 ^e	∅
35- Prise en compte des FdR pour définir âge de début du diagnostic précoce	1 ^{er}	[eB] : « Attention : dépistage, détection, diagnostic ? Nous sommes ici dans un dépistage individuel »
	2 ^e	[eE] : « Il est aussi possible d'abaisser cet âge à 40 ans »
	3 ^e	[eB] : « Cela ne me paraît pas prouvé »
36- A partir de 45 ans si FdR	1 ^{er}	[eE] : « Spécifier 40 ou 45 ans si facteur de risque » [eD] : « Simplifier le logigramme en avant/après 50 ans pour le médecin généraliste en soins primaire »
	2 ^e	∅
36a - Reformulation : A partir de 45ans si FdR avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux	3 ^e	[eB] : « Cela ne me paraît pas prouvé »
	1 ^{er}	∅
37- A partir de 50 ans sinon	2 ^e	∅
	1 ^{er}	[eH] : « Pas de niveau de preuve pour en tenir compte. Vieux sujet »
38- Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA	2 ^e	∅
	3 ^e	[eH] : « Cela fait 30 ans que personne n'a réussi à valider une interprétation du test en fonction de l'âge » [eB] : « Cela ne me paraît pas prouvé » [eE] : « Je crois qu'il pourrait être plus simple – De ne pas faire de distinction entre les classes d'âge – Et de proposer une procédure (TR + PSA total) "tous les 4 à 2 ans, voir tous les ans selon le profil de risque". Cela est effectivement moins précis, mais respecte à la fois les données scientifiques disponibles et la liberté du médecin de recourir à une surveillance annuelle »

39- Accord pour les tranches d'âge proposées	1 ^{er}	<p>[eG] : « Sur des bases scientifiques solides ? »</p> <p>[eH] : « C'est très clair. Mais rappeler à un moment de la fiche que le dépistage individuel a pour objectif aussi de rassurer le patient ! J'ai l'âge de faire un PSA et être dans les valeurs à gauche de la médiane pour l'âge est rassurant si c'est le cas. Les anglo-saxons disent faite un PSA pour vérifier aussi la bonne santé de votre prostate »</p> <p>[eE] : « Je ne veux pas en faire un élément bloquant, mais je crois que cette proposition est un peu trop complexe, même si elle est correcte »</p>
39a - Accord pour les tranches d'âge proposées : tentative de simplification	2 ^e	<p>[eH] : « Trop complexe (au moins pour moi) »</p> <p>[eD] : « Bon compromis de toute façon sans preuve »</p>
	3 ^e	<p>[eE] : « Je valide les informations que vous avez fait figurer, mais, à la lecture des commentaires, je me demande si elles ne sont pas source de confusion par leur précision. Je crois qu'il pourrait être plus simple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ne pas faire de distinction entre les classes d'âge - Et de proposer une procédure (TR + PSA total) "tous les 4 à 2 ans, voir tous les ans selon le profil de risque". <p>Cela est effectivement moins précis, mais respecte à la fois les données scientifiques disponibles et la liberté du médecin de recourir à une surveillance annuelle. »</p>
40- Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA	1 ^{er}	<p>[eE] : « Je suis obligé de grader faiblement cette partie, car le niveau de preuves est bien plus faible que pour les autres propositions. De plus, j'ai très peur que cet algorithme soit complexe »</p> <p>[eG] : « A noter qu'il manque la CAT en cas de PSA<1 chez le patient de 50-59 ans. Je pense que le suivi doit être réévalué chaque année avec le patient. Le consentement même après décision partagée peut être amené à changer avec le temps. Il convient donc d'en rediscuter avec lui régulièrement »</p> <p>[eH] : « Ces rythmes sont proposés par les référentiels. Pour ma part je les trouve trop complexes et non validés par une étude prospective. Cela fait longtemps qu'on les connaît. Attention au risque d'oubli. J'aurai aimé qu'il y ait une proposition de faire un PSA annuel entre 50 et 75 ans si pas de risque »</p> <p>[eC] : « Pour un PSA annuel »</p>
40a - Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA : tentative de simplification	2 ^e	<p>[eH] : « Trop complexe. Je propose PSA annuel »</p>
	3 ^e	<p>[eH] : « Tous les documents d'information proposent des rythmes adaptés »</p> <p>[eE] : « Je valide les informations que vous avez fait figurer, mais, à la lecture des commentaires, je me demande si elles ne sont pas source de confusion par leur précision. Je crois qu'il pourrait être plus simple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ne pas faire de distinction entre les classes d'âge - Et de proposer une procédure (TR + PSA total) "tous les 4 à 2 ans, voir tous les ans selon le profil de risque". <p>Cela est effectivement moins précis, mais respecte à la fois les données scientifiques disponibles et la liberté du médecin de recourir à une surveillance annuelle »</p>
41- Rythme proposé pour les 45-49 ans	1 ^{er}	<p>[eB] : « Absence de preuves »</p>
42- Rythme proposé pour les 50-59 ans	1 ^{er}	<p>∅</p>
42a - Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FdR)	2 ^e	<p>[eF] : « Difficiles à valider sans validation formelle des sociétés savantes et HAS devant risques médico-légal »</p> <p>[eF] : « Ne pas oublier patients avec antécédent de RTUP ou HOLEP et donc PSA très bas attendus »</p>
	3 ^e	<p>[eB] : « Cela ne me paraît pas prouvé »</p>
43- Rythme proposé pour les 60-75 ans	1 ^{er}	<p>∅</p>
	2 ^e	<p>[eF] : « Difficiles à valider sans validation formelle des sociétés savantes et HAS devant risques médico-légaux »</p>

		[eF] : « Ne pas oublier patients avec antécédent de RTUP ou HOLEP et donc PSA très bas attendus »
	3 ^e	[eB] : « Cela ne me paraît pas prouvé »
44- Attendre une cinétique croissante sur au moins 2 prélèvements consécutifs avant de proposer des examens complémentaires et un avis spécialiste	1 ^{er}	[eA] : « Si le premier PSA est élevé pourquoi attendre ? Si le PSA est considéré comme normal oui la cinétique est importante à prendre en compte » [eB] : « Absence de preuves » [eF] : Dépend de la valeur de base et en conséquence 2 ^{ème} dosage plus ou moins rapide [eH] : « Pourquoi pas mais jamais prouvé. IRM et avis urologiques sont plutôt à faire d'emblée » [eE] : « Il est essentiel de contrôler un taux de PSA interprété comme anormal ! La présentation "idéale" serait de préciser qu'une valeur "anormale" doit être contrôlée, mais même sans cinétique croissance, il faut prendre en compte cette anomalie ! »
44a - Reformulation : Si PSA anormal ou cinétique croissante : avis spécialisé urologue	2 ^e	[eA] : « Donner une valeur pour la cinétique + 0,80 ng/ml/an ?? » [eG] : « Quel que soit la cinétique croissante ? un passage de 1,23 à 1,42 en 2 ans --> Avis ? »
44b - Reformulation : Si PSA anormal ou cinétique croissante (+0,80ng/mL/an) : avis spécialisé urologue	3 ^e	[eA] : « Pourquoi "?" après IRM préalable. IRM aujourd'hui indispensable avant PBP » [eE] : « On est dans le consensus "mou", je comprends l'intérêt de faire figurer un chiffre, mais sa valeur scientifique est très relative, malheureusement » [eF] : « > 0,75 ng/mL/an »
PARTIE D : PAGE « SUIVI PERSONNEL »		
PROPOSITION	TOUR	COMMENTAIRES FORMULES
Pertinence de la présence des différents éléments du tableau		[eG] : « Il y a trop de lignes et pas assez d'espaces dans chaque cellule pour inscrire ce qu'on veut, notamment le motif » [eD] : « Ajouter médecin traitant (case à remplir avec tampon) » [eB] : « Il est nécessaire de prendre en compte les signes cliniques, notamment de dysurie »
45- Identité praticien	1 ^{er}	∅
46- Date	1 ^{er}	∅
47- Motif de la consultation à la date mentionnée	1 ^{er}	∅
	2 ^e	[eC] : « Cette question ne changera pas la prise en charge »
	3 ^e	[eH] : « Tout ce qui peut aider le patient et son médecin à ne pas oublier de faire un examen à la date prévue est essentiel » [eD] : « Bel exemple d'entretien motivationnel » [eB] : « OK pour la consultation dédiée »
48- Résultats PSA	1 ^{er}	[eE] : « Noter le type de test utilisé pour le PSA ou, à défaut, la valeur "normale" retenue pour ce test »
49- Résultats TR	1 ^{er}	[eE] : « Pour le TR, il faudrait proposer "suspect" ou "non-suspect" » [eB] : Le TR a de mauvaises performances en sensibilité et spécificité
50- CAT retenue à la fin de la consultation	1 ^{er}	[eH] : « J'aurai remplacé TR, éléments cliniques et CAT par examens et conclusion » [eB] : « Conduite à tenir : je parlerais plutôt de la décision (informée) »
50a - Reformulation en un item « Examens et conclusion » (Réuni PSA/TR/CAT du 1^{er} tour)	2 ^e	∅
51- Eléments cliniques autres	1 ^{er}	∅

51a - Reformulation : Signes cliniques	2 ^e	∅
	3 ^e	<i>[eH] : « Les patients seront favorables à cet item » [eB] : « Préciser 'signes cliniques urologiques' » [eF] : « Signes cliniques uniquement si formes évoluées. Progression locale avec rétention, douleurs osseuses ... au contraire insister auprès du patient sur le fait qu'il n'y a pas de symptômes d'où le caractère sournois de ce cancer »</i>
52- Date du prochain suivi	1 ^{er}	∅
	2 ^e	<i>[eB] : « A défaut de le reconvoquer, on peut lui proposer un rendez-vous : date du prochain rendez-vous... D'ailleurs, je lis 'prochain suivi' »</i>
53- Présence de liens vers les principales recommandations existantes	1 ^{er}	<i>[eA] : « Actualisation des reco AFU 2020_2022 » [eD] : « HAS trop ancien trop complexe » [eB] : « Il manque celle du KCE »</i>
	2 ^e	<i>[eE] : « Les recommandations du KCE sont effectivement Belges, mais sont extrêmement bien faites et disponibles en Français, je serais très favorable à les intégrer, de même que les recommandations Québécoises » [eB] : « Oui, le KCE est belge et en français (et néerlandais) »</i>
53a - Présence de liens vers les principales recommandations existantes avec ajout de celles du KCE	3 ^e	∅
PARTIE E : FORMAT et PAGE DESTINEE AU PATIENT		
PROPOSITION	TOUR	COMMENTAIRES FORMULES
54- Format Livret A5	1 ^{er}	∅
	2 ^e	∅
55- Présence d'une feuille détachable à destination du patient contenant son tableau de suivi	1 ^{er}	<i>[eC] : « Le patient va le perdre » [eH] : « Je pense que le patient doit tout garder comme pour tout » [eE] : « Je n'ai pas d'avis bien particulier, car la majorité de mes patients aura perdu cette fiche bien avant la prochaine consultation... » [eB] : « Un homme n'est pas qu'une prostate. C'est plus un plan personnalisé de santé (ou de coordination en santé) tenant compte des pathologies ou de la multimorbidité pour intégrer tous les dépistages et gestes de prévention sur un seul document. Voir https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels/recommandations-eviprev/tableau-eviprev »</i>
55a- Retrait de la fiche patient	2 ^e	<i>[eH] : « Le médecin a toujours intérêt à ce que le patient ait les infos le concernant. Je pensais depuis le début que ce livret appartenait au patient et était rempli et expliqué par le patient... Le livret s'intitule aide à la décision personnalisée et non pas note explicative d'entretien à destinée d'un médecin qui reçoit un patient en consultation » [eD] : « Les logiciels médicaux permettront tous d'ici fin 2021 de mettre le PDF dans le DMP »</i>

Annexe 12 : Commentaires libres des experts - TOUR 1

COMMENTAIRES LIBRES du 1 ^{er} TOUR
<p>[eG] : « La partie détachable pour le patient est pour moi insuffisante. Il manque un support d'information clair pour le patient pour l'aider dans sa décision partagée. Les « decision box » existant en Belgique ou au Canada peuvent être des exemples pertinents pour permettre la décision la plus claire (avec schéma) et éclairée. Vous les connaissez probablement, mais je me permets de vous les envoyer en PJ. Je n'ai pas de chiffres exacts mais je me pose la question aussi de la sensibilité du TR notamment lorsqu'il est pratiqué par un MG ce qui est beaucoup moins fréquent que l'Urologue »</p>
<p>[eH] : "Dans l'arbre décisionnel il manque pour les 50-60 ans le cas où le PSA est < 1ng/ml. Si pas d'infos garder aussi le PSA tous les 2 à 5 ans, mais l'article de VanPoppel joint donne une réponse. Sinon ce principe d'un PPP est très pragmatique et va d'emblée dans la recherche d'une solution d'une information partagée"</p>
<p>[eE] : « Vous l'avez suggéré, l'IRM est un examen qui doit être pratiqué avant une biopsie afin d'optimiser celle-ci. Pour l'instant, l'IRM n'est pas validée pour permettre de poser ou non une indication de biopsies. Tout au plus peut-on reporter celle-ci si l'IRM est "normale" lorsque la densité du PSA < 15%. De la sorte, il faut avoir posé l'indication de la biopsie avant de faire l'IRM. Comme l'indication de biopsie sera posée par l'urologue qui va recueillir le consentement du patient, il serait donc souhaitable de ne pas suggérer ou conseiller de faire une IRM avant la consultation de l'urologue. Il ne s'agit pas du tout de dire ou de croire que seuls les urologues savent prescrire une IRM, il s'agit juste de se positionner en adéquation avec la pertinence des soins et des prescriptions dans le cas présent en respectant la chronologie de leur déroulement »</p>
<p>[eB] : « Il me semble que décision informée et partagée repose sur une balance des avantages et des inconvénients des alternatives. Votre document est pratiquement uniquement en direction d'une stratégie de dépistage individuel sans aborder les bénéfices en valeur absolue (nombre d'années de vie gagnées, nombre de patients à dépister pour une année gagnée), et de qualité de vie. Se référer aux documents de la HAS sur la décision partagée et ceux sur l'élaboration de documents d'information à destination des patients Surtout, le terme « détection », même s'il est utilisé par la HAS dans le titre de son document de 2013, n'est pas un terme épidémiologique. D'ailleurs, dans la présentation de votre projet, vous parlez bien de diagnostic précoce individuel »</p>

Annexe 13 : Notes des experts pour les 3 premiers tours

PARTIE A : PAGE DE GARDE											
PROPOSITION	TOUR	M	INT	EXPERTS							
				A	B	C	D	E	F	G	H
1- Intitulé fiche « Point Prostate Personnel »	1 ^{er}	5	[0-9]	5	0	6	?	8	2	3	9
1a - « Diagnostic précoce de cancer de la prostate : aide à la décision personnalisée »	2 ^e	8,5	[6-9]	9	7	9	8	6	9	8	9
2- Données épidémiologiques proposées	1 ^{er}	9	[2-9]	8	2	9	9	8	9	9	9
2a - Ajout de données d'âge Non-ajout du NNT	2 ^e	8	[5-9]	8	5	9	7	8	9	7	9
2b - Chiffres des nouveaux cas et décès + année de référence	3 ^e	8,5	[6-9]	9	9	8	8	6	9	9	8
2c - Reformulation « seulement 80% des cas diagnostiqués seront traités car évolutifs »	3 ^e	8	[1-9]	9	8	8	7	7	9	8	1
2d - Ajout NNS et NNT	3 ^e	7	[1-9]	8	8	1	6	1	9	9	5
2e - Modification mise en page (couleurs du texte)	3 ^e	9	[8-9]	9	9	8	9	8	9	9	9
3- Présence d'un exemple de questionnaire d'un patient sur son risque de cancer de la prostate : « Docteur, comment limiter au mieux le risque de dégradation de MA vie, en termes de qualité et de quantité, par un potentiel cancer de la prostate ? »	1 ^{er}	7,5	[0-9]	9	2	0	6	7	9	8	9
	2 ^e	8	[4-9]	9	4	7	8	8	9	7	9
	3 ^e	8	[0-9]	8	0	7	9	8	9	8	9
3a - Phrase proposée reformulée : « Docteur, comment protéger au mieux MA santé, entre qualité et quantité de vie, qui pourrait potentiellement être entachée par un cancer de la prostate ? »	2 ^e	8	[2-9]	9	4	7	8	8	9	2	9
3b – Reformulation : « Docteur, pour MA santé, comment choisir de faire ou de ne pas faire le dépistage du cancer de la prostate ? »	3 ^e	8	[0-9]	7	0	8	9	8	3	9	9
4- Résumé succinct de l'intérêt de cette fiche	1 ^{er}	7,5	[0-9]	9	1	0	5	7	9	8	9
	2 ^e	7,5	[5-9]	9	5	7	6	8	9	7	9
	3 ^e	8	[7-9]	8	7	7	8	8	9	9	9
5- Identité du patient	1 ^{er}	9	[0-9]	6	0	9	9	8	9	9	9
	2 ^e	9	[8-9]	9	9	9	8	8	9	9	9
6- Ajout d'une case médecin traitant	2 ^e	9	[8-9]	9	9	9	9	8	9	9	9
PARTIE B : PAGE « HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE »											
PROPOSITION	TOUR	M	INT	EXPERTS							
				A	B	C	D	E	F	G	H
<i>Généralités</i>											
7- Prise en compte des antécédents	1 ^{er}	7	[0-9]	8	0	4	3	7	9	7	8
8- Prise en compte des comorbidités	1 ^{er}	5,5	[0-9]	8	7	4	0	4	9	2	8
8a - Prise en compte des antécédents et des comorbidités	2 ^e	8	[5-9]	8	9	5	5	6	9	8	9
8b - Réunion ATCD et comorbidités en un item	2 ^e	7,5	[0-9]	9	0	5	6	7	9	8	9
8c - Distinction « antécédents" et « pathologies en cours et comorbidités »	3 ^e	7,5	[1-9]	8	7	7	8	5	9	9	1
9- Suppression des lignes du tableau et de la colonne « date »	3 ^e	8,5	[8-9]	8	7	9	8	8	9	9	9
10- Suppression colonne « pronostic »	2 ^e	9	[7-9]	9	9	9	9	7	9	9	7
11- Ajout IMC	2 ^e	7,5	[2-9]	9	9	5	7	2	9	8	5
11a - Retrait colonne IMC	3 ^e	8,5	[5-9]	8	9	9	8	5	9	8	9
12- Ajout Mode de vie	2 ^e	7	[0-9]	7	9	4	6	0	9	7	9
12a - Ajout colonne « accès facile aux soins ? »	3 ^e	7,5	[0-9]	8	0	1	8	8	5	7	9
12b - Ajout colonne « précarité »	3 ^e	8	[0-9]	8	0	1	8	5	9	8	9
13- Présence anciens dosages de PSA	1 ^{er}	8,5	[4-9]	8	6	9	9	4	9	5	9
	2 ^e	8,5	[5-9]	9	5	9	8	8	9	8	9
13a - Ajout d'une note précisant « PSA total »	2 ^e	8,5	[0-9]	9	0	9	8	8	9	6	9
	3 ^e	9	[8-9]	9	9	8	9	8	9	8	9
13b - Ajout colonne « norme du test » pour le PSA	2 ^e	8	[5-9]	7	9	5	8	8	9	9	8
14- Prise en compte des facteurs de risque	1 ^{er}	9	[0-9]	9	1	9	9	0	9	9	8
	2 ^e	8,5	[5-9]	9	5	9	7	8	9	7	9
<i>Facteurs de risque</i>											
15- Origine afro-antillaise	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	6	9	9	9
	2 ^e	9	[0-9]	9	0	9	9	9	9	9	9
15a - Origine afro-antillaise : ajout estimation risque	3 ^e	8,5	[7-9]	8	9	9	8	8	9	7	9
16- Antécédent familial de CaP	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	8	9	9	9
16a - Antécédent familial de CaP : ajout RR	3 ^e	8	[3-9]	8	8	8	7	8	9	8	3
16b - Antécédent familial de CaP : prise en compte du risque familial « simple »	2 ^e	3	[0-9]	0	4	9	2	0	9	1	5
16c - Non-introduction du risque familial « simple »	3 ^e	8	[1-9]	9	9	5	9	1	8	8	1

17- Antécédent familial de cancer du sein et de l'ovaire	1 ^{er}	8	[0-9]	7	0	4	9	2	9	9	9	9
17a - Reformulation : Antécédent personnel et familial de cancer du sein et/ou antécédent familial de cancer de l'ovaire	2 ^e	8,5	[2-9]	9	4	2	7	9	9	8	9	
17b - Ajout des risques relatifs (RR)	3 ^e	8	[3-9]	8	8	8	3	8	9	7	9	
18- Exposition au chlordécone	1 ^{er}	7,5	[0-9]	6	0	9	9	0	9	9	1	
18a - Suppression item « exposition au chlordécone »	2 ^e	9	[0-9]	9	9	0	7	9	9	8	9	
	3 ^e	9	[0-9]	9	9	0	8	9	9	8	9	
<i>Informations à fournir au patient</i>												
19- Facteurs de risque	1 ^{er}	9	[1-9]	9	1	9	9	8	9	9	9	
	2 ^e	9	[4-9]	9	4	9	9	8	9	9	9	
	3 ^e	8	[7-9]	8	7	8	8	8	9	7	9	
20-Bénéfices et incertitudes de la détection précoce, conséquences de la non-détection	1 ^{er}	8	[1-9]	8	1	9	7	8	9	5	9	
20a - Reformulation : Bénéfices et inconvénients de la détection précoce ou de la non-détection	2 ^e	8,5	[7-9]	9	8	9	7	8	9	8	9	
21- Pertinence de réaliser une biopsie	1 ^{er}	5,5	[1-9]	6	1	9	5	8	3	9	4	
21a - Reformulation : Pertinence de réaliser une biopsie (dont l'indication relève du spécialiste)	2 ^e	7	[5-9]	8	5	7	7	5	9	6	9	
22- Risque de surdiagnostic et donc de surtraitement	1 ^{er}	6,5	[3-9]	5	4	9	9	8	3	9	5	
	2 ^e	9	[7-9]	9	7	9	9	7	9	8	9	
23- Existence de différents types de CaP et différentes options de prise en charge	1 ^{er}	8	[1-9]	7	1	9	9	1	3	9	9	
	2 ^e	8	[4-9]	8	4	8	7	8	9	8	9	
	3 ^e	8	[3-9]	8	8	9	3	8	8	9	5	
24- Place de la surveillance active	2 ^e	8,5	[7-9]	9	7	9	7	8	9	8	9	
25- Pertinence de réaliser une IRM prostatique	2 ^e	8	[5-9]	9	5	8	8	8	9	8	9	
26- Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans	1 ^{er}	7	[1-9]	6	1	4	9	7	9	9	7	
26a - Reformulation : Absence d'intérêt à répéter la procédure après 75 ans (pondéré à l'âge physiologique et au risque de forme agressive)	2 ^e	8	[2-9]	8	8	2	9	8	9	8	9	
	3 ^e	8	[7-9]	7	9	7	7	8	8	8	8	
27- Grandes lignes de traitement disponibles	1 ^{er}	5,5	[2-9]	6	5	9	4	2	5	8	9	
	2 ^e	7	[4-9]	7	8	5	4	7	9	7	9	
27a - Place des inconvénients des traitements	2 ^e	5	[0-9]	0	9	2	3	7	0	8	9	
27b - Grandes lignes de traitement disponibles + suggestion d'évoquer les inconvénients dans la partie « information patient »	3 ^e	8	[1-9]	7	9	8	8	1	8	8	9	
PARTIE C : PAGE « ALGORITHME PERSONNEL »												
PROPOSITION	TOUR	M	INT	EXPERTS								
				A	B	C	D	E	F	G	H	
28- Prise en compte de l'âge	1 ^{er}	9	[3-9]	9	3	8	9	7	9	9	9	
	2 ^e	8	[5-9]	9	5	9	8	8	9	7	8	
29- Exclusion si < 45 ans	1 ^{er}	6,5	[1-9]	5	3	9	9	1	5	8	9	
29a - Exclusion si < 45 ans avec ajout bémol pour les hommes avec facteurs génétiques	2 ^e	7,5	[5-9]	8	5	6	9	5	9	7	9	
30- Exclusion si > 75 ans	1 ^{er}	6	[2-9]	6	2	3	9	6	5	8	9	
30a - Exclusion si > 75 ans avec ajout bémol de pondération selon l'âge physiologique ou le risque de forme agressive	2 ^e	8,5	[5-9]	8	9	6	9	5	9	7	9	
31- Prise en compte de l'espérance de vie	1 ^{er}	9	[0-9]	7	5	9	9	0	9	9	9	
	2 ^e	8,5	[7-9]	7	9	9	7	8	9	7	9	
31a - Exclusion si espérance < 10 ans	1 ^{er}	5,5	[4-9]	6	5	4	9	5	5	9	9	
31b - Exclusion si espérance < 10 ans avec bémol sur le caractère estimatif et donc approximatif	2 ^e	8,5	[5-9]	9	9	5	8	8	9	8	9	
32- Consentement éclairé du patient	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	8	9	9	9	9	9	
	2 ^e	9	[8-9]	9	8	8	9	8	9	9	9	
32a - Exclusion si absence de consentement	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	9	9	9	9	
	2 ^e	9	[0-9]	9	0	9	9	9	9	9	9	
	3 ^e	9	[0-9]	9	0	9	8	9	8	9	9	
33- Proposition d'un diagnostic précoce si les critères d'âge + espérance de vie + consentement sont réunis	1 ^{er}	8	[0-9]	9	0	9	7	7	9	7	9	
	2 ^e	8,5	[6-9]	9	6	9	8	8	9	8	9	
34- Diagnostic précoce = PSA + TR	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	9	9	7	3	
34a - Reformulation : Début de la stratégie de diagnostic précoce = PSA + TR	2 ^e	9	[6-9]	9	6	9	9	8	9	7	9	
35- Prise en compte des FdR pour définir âge de début du diagnostic précoce	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	7	?	9	9	9	9	
	2 ^e	9	[4-9]	9	4	9	9	8	9	8	9	
	3 ^e	8,5	[0-9]	9	0	9	7	8	9	7	9	
36- A partir de 45ans si FdR	1 ^{er}	8	[0-9]	9	0	7	0	1	9	9	9	
36a - Reformulation : A partir de 45ans si FdR avec bémol pour les facteurs génétiques familiaux	2 ^e	8	[1-9]	9	5	8	1	8	9	8	9	
	3 ^e	8	[0-9]	9	0	8	8	8	9	8	9	

37- A partir de 50 ans sinon	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	8	9	9	9	9
	2 ^e	8	[5-9]	7	5	9	8	8	9	8	9	9
38- Tenir compte de l'âge dans l'interprétation du PSA	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	8	9	8	9	9
	2 ^e	8,5	[1-9]	7	7	9	9	8	9	9	1	1
	3 ^e	6	[0-9]	7	0	9	3	5	8	7	1	1
39- Accord pour les tranches d'âge proposées	1 ^{er}	8	[0-9]	7	0	9	9	5	9	7	9	9
39a - Accord pour les tranches d'âge proposées : tentative de simplification	2 ^e	8	[1-9]	6	7	8	8	5	9	8	1	1
	3 ^e	7	[0-9]	7	0	9	3	5	8	7	9	9
	40- Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA	1 ^{er}	7	[0-9]	7	0	0	?	5	9	7	9
40a - Rythme de suivi différent selon l'âge et le taux de PSA : tentative de simplification	2 ^e	7	[1-9]	7	5	4	7	8	9	8	1	1
	3 ^e	7	[0-9]	7	0	7	7	5	8	7	9	9
	41- Rythme proposé pour les 45-49 ans	1 ^{er}	5	[0-9]	7	2	0	0	5	5	7	9
42- Rythme proposé pour les 50-59 ans	1 ^{er}	6	[0-9]	7	2	0	9	5	5	7	9	9
42a - Reformulation : Rythme proposé pour les 50-59 ans (ou dès 40 ou 45 ans selon les FdR)	2 ^e	5,5	[1-8]	6	5	5	8	7	5	8	1	1
	3 ^e	6,5	[0-9]	7	0	6	3	5	8	7	9	9
	43- Rythme proposé pour les 60-75 ans	1 ^{er}	6	[0-9]	7	2	0	9	5	5	7	9
44- Attendre une cinétique croissante sur au moins 2 prélèvements consécutifs avant de proposer des examens complémentaires et un avis spécialiste	2 ^e	5,5	[1-8]	6	5	5	8	7	5	8	1	1
	3 ^e	6	[0-9]	7	0	5	5	5	8	7	9	9
	44a - Reformulation : si PSA anormal ou cinétique croissante : avis spécialisé urologue	1 ^{er}	5	[2-9]	5	2	9	9	5	5	8	9
44b - Reformulation : Si PSA anormal ou cinétique croissante (+0,80ng/mL/an) : avis spécialisé urologue	2 ^e	8	[5-9]	7	9	5	8	8	9	8	9	9
3 ^e	8	[5-9]	8	8	8	9	5	8	8	9	9	9
PARTIE D : PAGE « SUIVI PERSONNEL »												
PROPOSITION	TOUR	M	INT	EXPERTS								
				A	B	C	D	E	F	G	H	
<i>Pertinence de la présence des différents éléments du tableau</i>												
45- Identité praticien	1 ^{er}	9	[9-9]	9	9	9	7	9	9	9	9	9
46- Date	1 ^{er}	9	[8-9]	9	8	9	9	9	9	9	9	9
47- Motif de la consultation à la date mentionnée	1 ^{er}	7,5	[1-9]	6	1	2	8	9	9	7	9	9
	2 ^e	8	[2-9]	8	8	2	9	5	9	8	9	9
	3 ^e	8	[8-9]	8	9	8	8	8	8	8	8	9
48- Résultats PSA	1 ^{er}	9	[3-9]	9	3	9	9	5	9	9	5	5
49- Résultats TR	1 ^{er}	9	[1-9]	9	1	9	7	5	9	9	9	9
50- CAT retenue à la fin de la consultation	1 ^{er}	9	[0-9]	9	0	9	9	9	9	9	3	3
50a - Reformulation en un item « Examens et conclusion » (réuni PSA/TR/CAT du 1 ^{er} tour)	2 ^e	8	[5-9]	8	7	9	8	5	9	7	9	9
51- Eléments cliniques autres	1 ^{er}	4	[0-9]	5	1	0	0	9	9	9	3	3
51a - Reformulation : Signes cliniques	2 ^e	8	[4-9]	8	8	4	8	5	9	8	9	9
	3 ^e	8	[5-9]	8	8	8	6	8	5	8	9	9
	52- Date du prochain suivi	1 ^{er}	9	[3-9]	9	5	9	9	9	9	9	3
53- Présence de liens vers les principales recommandations existantes	2 ^e	8	[7-9]	8	8	9	8	7	9	8	9	9
	1 ^{er}	7	[0-9]	7	0	0	9	5	9	7	9	9
	2 ^e	8,5	[5-9]	9	8	7	9	5	9	8	9	9
53a - Présence de liens vers les principales recommandations existantes avec ajout de celles du KCE	3 ^e	8,5	[4-9]	4	9	8	8	8	9	9	9	9
PARTIE E : FORMAT et PAGE DESTINEE AU PATIENT												
PROPOSITION	TOUR	M	INT	EXPERTS								
				A	B	C	D	E	F	G	H	
54- Format Livret A5	1 ^{er}	9	[4-9]	6	4	4	9	9	9	9	9	9
	2 ^e	8	[5-9]	9	5	9	8	8	9	8	7	7
55- Présence d'une feuille détachable à destination du patient contenant son tableau de suivi	1 ^{er}	6,5	[0-9]	8	0	0	9	5	9	9	2	2
55a- Retrait de la fiche patient	2 ^e	8	[5-9]	9	8	9	8	5	9	8	7	7

Annexe 14 : Caractéristiques des experts

EXPERT	CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES	DEPARTEMENT D'EXERCICE
A = [eA]	<p align="center">Chirurgien Urologue</p> Membre du conseil européen d'urologie DIU Onco-urologie Responsable du Comité d'Ethique et de Déontologie de l'AFU de 2011 à 2017 Vice-président de l'AFU de 2016 à 2019	Alpes-Maritimes
B = [eB]	<p align="center">Spécialiste en médecine générale</p> Maître de stage et Médecin Généraliste Enseignant Formation de médecins généralistes en Education pour la santé Membre du Conseil National de la Formation Continue des Médecins Libéraux Membre de la Commission Evaluation et Pratiques Professionnelles de l'HAS Médecin habilité par la HAS Membre du Collège de la Médecine Générale	Loiret
C = [eC]	<p align="center">Spécialiste en médecine générale</p> Maître de stage des universités et directeur de thèse Créateur du concept d'ETP numérique Direction du 1 ^{er} ouvrage sur les perturbateurs endocriniens Créateur du plus gros pôle de santé de l'ouest var, la première maison de santé et la première CPTS du Var	Var
D = [eD]	<p align="center">Spécialiste en médecine générale</p> Maître de stage des universités Membre de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) de 2004 à 2013 Membre de la commission scientifique indépendant de l'ANDPC Coordinateur du pôle santé des populations du Collège de la Médecine générale depuis 2016	Tarn et Garonne
E = [eE]	<p align="center">Chirurgien Urologue</p> PU-PH Trésorier adjoint de l'AFU Membre expert du comité de cancérologie de l'AFU Responsable du comité de déontologie de l'AFU	Paris
F = [eF]	<p align="center">Chirurgien Urologue</p> PH DESC de chirurgie urologique DESC de cancérologie Ancien chef de service du CH de Cannes Membre de l'AFU depuis 2005	Dordogne
G = [eG]	<p align="center">Spécialiste en médecine générale</p> Maître de stage des universités Chef de clinique des universités, Université Côte d'Azur, Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, RETINES, HEALTHY, France	Alpes-Maritimes
H = [eH]	<p align="center">Chirurgien urologue</p> Chef de service d'Urologie, Andrologie et Transplantation rénale Domaines d'expertise, de recherches et de publications : cancérologie et en particulier le cancer de la prostate Dirige au sein de l'UMR9020-U1277-CANTHER des Masters de recherches sur le cancer de la prostate	Nord

RESUME

Introduction

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers en France, le premier cancer de l'homme et la troisième cause de décès par tumeurs solides chez l'homme. A l'heure où son dépistage systématique n'est pas recommandé, il mérite toutefois que l'on se pose la question de son diagnostic précoce individualisé. Sujet controversé, pour lequel les recommandations des sociétés savantes sont peu précises et non unanimes, il est source de conduites hétérogènes du corps médical face à l'utilisation du PSA. L'objectif de l'étude est de créer un support d'aide à la décision partagée concernant le diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique, à base d'informations validées par un panel d'experts, et destiné aux médecins de premier recours.

Matériels et méthodes

Nous avons utilisé la méthode DELPHI pour interroger un panel d'experts sur la pertinence de l'ensemble des informations présentes sur une fiche étant destinée à servir de support d'aide à la décision concernant le diagnostic précoce individuel du cancer de la prostate. Cette fiche a été établie au préalable à partir d'une revue de la littérature et des recommandations existantes.

Résultats

Quatre médecins généralistes et quatre médecins urologues ont donné leurs avis au cours de trois tours successifs, par voie électronique et de manière anonyme, puis ont débattu de vive voix des dernières informations non consensuelles, au cours d'un quatrième tour en visioconférence. Un accord consensuel a été obtenu pour l'ensemble des propositions permettant la constitution de la fiche. Les principales problématiques ont été : les facteurs de risque à prendre en compte, les informations à fournir au patient, l'évaluation de l'état de santé du patient, la constitution d'un algorithme décisionnel à partir de ces informations avec notamment la détermination de l'âge de début de la stratégie de diagnostic précoce et de la fréquence de réalisation du PSA.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en forme de manière consensuelle un outil d'aide à la décision dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de la prostate chez le patient asymptomatique. Les messages clés sont l'importance de l'information du patient, des notions de consentement du patient et de décision partagée, et l'importance de raisonner en termes de qualité de vie et non uniquement en termes de durée de vie dans le cancer de la prostate.