



HAL
open science

Lisibilité et qualité d'information des documents écrits à destination des patients concernant le dépistage du cancer de la prostate. Revue de la littérature

Antoine Bauduin

► To cite this version:

Antoine Bauduin. Lisibilité et qualité d'information des documents écrits à destination des patients concernant le dépistage du cancer de la prostate. Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04069207

HAL Id: dumas-04069207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04069207>

Submitted on 14 Apr 2023

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.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Antoine BAUDUIN

Né le 08/01/1992 à ROUEN (76)

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2023

Lisibilité et qualité d'information des documents écrits à destination des patients concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Revue de la littérature.

Président du jury : Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE
Membres du jury : Madame le Docteur Laetitia BOURDON
Monsieur le Docteur Pierre-Alexandre LAMBERT
Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

<p>I - MEDECINE</p>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive

Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes

Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence

Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir par ce travail l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE, je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, pour vos suggestions toujours pertinentes et suis profondément reconnaissant du temps consacré en parallèle à l'évaluation des documents de cette étude. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Laetitia BOURDON, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierre-Alexandre LAMBERT, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Thibaut SABATIER, je te remercie très sincèrement pour ton aide précieuse, nécessaire à la bonne tenue de ce travail, tant sur le plan statistique (un peu moins obscure pour moi désormais) que sur le plan méthodologique. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Gaétan KERDELHUE, je vous remercie pour votre contribution apportée à l'élaboration de la stratégie de recherche bibliographique, ainsi que pour vos conseils et votre relecture des références bibliographiques. Soyez assuré de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A mes parents, ces quelques mots ne sauraient suffire pour exprimer toute ma reconnaissance et sans qui je n'aurais pu parcourir ce long chemin jusqu'à aujourd'hui. Merci pour votre soutien sans faille et merci d'avoir accepté de relire ce travail.

A Camille, merci d'être celle que tu es depuis toutes ces années, je suis fier de ce que tu es devenue. Je vous souhaite le meilleur avec Pablo.

A Papi, Pépé et Mamie, partis bien trop tôt, je vous remercie pour tous ces merveilleux moments passés en votre compagnie. J'espère vous rendre fiers de moi aujourd'hui. Je vous dédie ce travail.

A Mémé, j'espère te rendre fière également. La distance fait qu'il est difficile pour toi de venir le jour J mais je sais pouvoir compter sur ton soutien.

A Delphine et Hervé, Jérôme, Marie-Françoise, pour votre soutien et votre accueil toujours chaleureux.

A Richard, Lucie, Sophia et Evan, pour votre soutien, votre gentillesse et nos belles années à venir avec les enfants.

A ma famille.

A mes amis.

A toi, Amélie, merci d'être présente à mes côtés depuis toutes ces années, pour ton soutien en toutes circonstances et ton amour. Merci d'être la merveilleuse femme et maman que tu es. Je suis heureux et fier de partager mon quotidien avec toi.

A Jules, et à ta petite sœur, sur le point de nous rejoindre.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	16
LISTE DES ABREVIATIONS	21
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES	22

I. INTRODUCTION

1. LA PROSTATE : ANATOMIE ET FONCTION	25
2. LE CANCER DE LA PROSTATE	26
A. Histoire naturelle du cancer	26
B. Facteurs de risque	26
C. Diagnostic	27
a) Le toucher rectal	28
b) Le dosage du PSA sérique total	28
c) Les biopsies prostatiques	28
D. Score histopronostique de Gleason puis ISUP	29
E. Classification de D'Amico	30
F. Le bilan d'extension	31
G. Les différents traitements	31
3. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DE LA PROSTATE ..	32
A. Incidence	32
B. Mortalité	34
C. Survie	34
4. LE DEPISTAGE	37
5. SURDIAGNOSTIC ET SURTRAITEMENT	39

6. CONCEPT DE DECISION MEDICALE PARTAGEE ...	41
7. L'INFORMATION DU PATIENT	43
A. Ce que dit la loi	43
B. Le concept de littératie en santé	43
C. L'importance de l'information écrite	45

II. MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE	47
2. STRATEGIE DE RECHERCHE	47
3. CRITERES D'INCLUSION	49
4. CRITERES D'EXCLUSION	49
5. BIBLIOGRAPHIE	49
6. EVALUATION DES DOCUMENTS DE L'ETUDE	49
A. La formule de lisibilité de Flesch	50
B. La grille SFP	51
C. La concordance inter-évaluateurs	53
D. Méthode de sélection des meilleurs supports évalués	54

III. RESULTATS

1. SUPPORTS RETENUS ET CARACTERISTIQUES	55
2. EVALUATION DES SUPPORTS SELECTIONNES	57
A. Résultats des scores de lisibilité	57
B. Résultats de l'évaluation qualitative	59
C. Degré de concordance inter-évaluateurs	61

IV. DISCUSSION

1. ANALYSE DES RESULTATS	62
2. MEILLEURS SUPPORTS RETENUS	64
3. FORCES ET LIMITES	65
4. PERSPECTIVES	67

V. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE	71
----------------------------	-----------

ANNEXES	79
----------------------	-----------

RESUME	101
---------------------	------------

Annexe 1 : Critères de Wilson et Jungner	79
--	----

Annexe 2 : Estimation des surdiagnostics dans les groupes dépistage des essais contrôlés randomisés CAP, ERSPC et PLCO	80
--	----

Annexe 3 : Grille SFP originale	81
---------------------------------------	----

Annexe 4 : Notice d'aide au remplissage de la grille SFP	82
--	----

Annexe 5 : Grille SFP modifiée	85
--------------------------------------	----

Annexe 6 : Notice d'aide au remplissage de la grille SFP modifiée	86
---	----

Annexe 7 : Liste des supports retenus et résultats des évaluations	90
--	----

LISTE DES ABREVIATIONS

AFU	Association Française d’Urologie
CMG	Collège de la Médecine Générale
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM	Conseil National de l’Ordre des Médecins
EAU	European Association of Urology
ERSPC	European Randomized study of Screening for Prostate Cancer
ET	Ecart-type
HAS	Haute Autorité de Santé
HBP	Hypertrophie Bénigne de Prostate
HIFU	High Intensity Focused Ultrasound
HTA	Hypertension Artérielle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISUP	International Society of Urological Pathology
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PLCO	Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian cancer screening trial
PSA	Prostate Specific Antigen
PT	Prostatectomie totale
SA	Surveillance active
SFP	Société Française de Physiothérapie
TDM TAP	Tomodensitométrie Thoraco-Abdomino-Pelvienne
TR	Toucher Rectal

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Classification ISUP 2016	30
Tableau 2 : Classification de D'Amico	30
Tableau 3 : Interprétation des résultats du test de lisibilité selon Flesch et De Landsheere ...	51
Tableau 4 : Interprétation des valeurs du coefficient Kappa de Cohen	53
Tableau 5 : Interprétation des valeurs du coefficient intra-classe	53
Tableau 6 : Caractéristiques des supports inclus dans l'étude	57
Figure 1 : Taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate en France selon l'année	33
Figure 2 : Biais du temps d'avance au diagnostic ou « lead time bias »	35
Figure 3 : Biais du temps d'avance au diagnostic et survie	36
Figure 4 : Surdiagnostic et allongement artificiel de la survie	36
Figure 5 : Risques et bénéfices liés au dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'APS illustrés à partir des données de l'ERSPC	39
Figure 6 : Schéma du concept de décision médicale partagée	41
Figure 7 : Diagramme de flux	55
Graphique 1 : Répartition des brochures selon le score de lisibilité	58
Graphique 2 : Répartition des sites web selon le score de lisibilité	59
Graphique 3 : Répartition des brochures selon la note moyenne	60
Graphique 4 : Répartition des sites web selon la note moyenne	61

I. INTRODUCTION

Le dépistage est une action de santé publique, qui consiste à rechercher une pathologie chez un individu asymptomatique d'une population donnée, les deux objectifs principaux étant une intervention précoce et une amélioration du pronostic (1). Il peut être individuel, selon les facteurs de risque propres à chaque individu, ou organisé, dans le cadre d'un programme national instauré par les autorités de santé (par exemple, dépistage du cancer colorectal, du sein ou du col de l'utérus) (2). Dans ce dernier cas, le programme de dépistage doit répondre à l'ensemble des dix critères (3) établis par Wilson et Jungner en 1968 (annexe 1).

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en France et représente la troisième cause de mortalité par cancer (4). Son diagnostic repose sur la réalisation d'un toucher rectal et le dosage du PSA sérique total, suivi d'une confirmation anatomopathologique après réalisation de biopsies prostatiques (5).

Actuellement, il n'existe ni en France, ni à l'international, de programme de dépistage systématique du cancer de la prostate (5), la plupart des études sur le sujet n'ayant pas démontré de réduction statistiquement significative de la mortalité spécifique au cancer de la prostate (6-8), ou très faible, de l'ordre de 1 décès évité pour 1000 hommes dépistés (9). Néanmoins, certaines sociétés savantes recommandent une détection précoce des cancers de la prostate à haut risque à l'échelle individuelle, selon les facteurs de risque personnels (10,11), justifiée par une mortalité supposée plus élevée dans cette population.

Enfin, l'ensemble des recommandations et sociétés savantes semblent unanimes sur la nécessaire information du patient concernant les bénéfices et les risques, portant à la fois sur le dépistage, sur la démarche diagnostique ainsi que sur les modalités thérapeutiques, dans le cadre d'une décision médicale partagée (10-14).

Au sujet de l'obtention de cette information, d'après un sondage réalisé par l'IPSOS pour le CNOM en 2010 (15), si la première source d'information en santé reste celle délivrée par le médecin, la seconde est sans aucun doute celle obtenue par l'intermédiaire d'une recherche sur internet via l'utilisation d'un moteur de recherche. Ce sondage rapporte également que 71% des français utilisent internet pour rechercher des informations en matière de santé.

Cependant, cet accès à une multitude de résultats, à la validité scientifique parfois incertaine

et pouvant être source de confusion, nécessite de conserver un esprit critique et est susceptible d'avoir un impact négatif sur la santé des patients mal informés.

Ayant été amené à effectuer des recherches d'informations sur le dépistage du cancer de la prostate afin de les remettre aux patients au cours ou au décours d'une consultation, je n'ai pu que constater le nombre important de résultats obtenus, de qualité inégale, renforçant le sentiment de confusion pouvant être ressenti par le patient. Partant de ce constat, nous avons fait le choix d'entreprendre une recherche des supports d'informations disponibles concernant le dépistage du cancer de la prostate et susceptibles d'être utilisés par les patients, puis de réaliser une évaluation portant sur la lisibilité ainsi que la qualité d'information, permettant ainsi de proposer en confiance, aux professionnels de santé, des références de bonne qualité pouvant être utilisées en complément d'une information orale.

1. LA PROSTATE : ANATOMIE ET FONCTION (5, 16)

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin, de forme ovoïde, qui pèse environ 15 à 20g chez l'homme jeune. Elle est située au carrefour des voies urinaires et génitales, sous la vessie et en avant du rectum. Elle entoure la partie proximale de l'urètre (ainsi nommée urètre prostatique) directement au sortir du col vésical, cette portion recevant en son sein les canaux éjaculateurs, résultant de la jonction des canaux déférents et des vésicules séminales, s'abouchant à l'urètre prostatique en regard du colliculus séminal.

Elle est constituée d'environ 75% de tissu glandulaire et 25% de tissu fibromusculaire lisse, anatomiquement répartis en quatre zones, mais le plus souvent décrit de façon simplifiée, en deux zones distinctes :

- La zone interne (zone de transition), zone exclusive du développement de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP)
- La zone externe (zone centrale et périphérique), au sein de laquelle se développe le cancer de la prostate, au dépend notamment de la zone périphérique (80% ; les 20% restants étant répartis à hauteur de 15% pour la zone de transition et 5% pour la zone centrale)

Enfin, elle peut être le siège de différentes affections : infectieuse, idiopathique (HBP) ou tumorale.

Par ailleurs, la prostate étant une glande exocrine, son principal rôle est la sécrétion de liquide séminal (à hauteur de 20% environ, le reste étant produit par les vésicules séminales). Ce dernier entre dans la composition du sperme en se mélangeant avec les spermatozoïdes, provenant des testicules, par l'intermédiaire des canaux déférents.

Par ailleurs, la prostate joue également un rôle lors de l'éjaculation, de par la présence de deux sphincters situés de part et d'autre de celle-ci. Le sphincter situé à la partie proximale de l'urètre prostatique est constitué de fibres musculaires lisses, qui en se contractant, permet d'empêcher l'éjaculation rétrograde, tandis que le sphincter distal est constitué de fibres musculaires lisses et striées, assurant ainsi la continence mais également l'expulsion du sperme lors de l'éjaculation.

2. LE CANCER DE LA PROSTATE

A. Histoire naturelle du cancer

Le cancer de la prostate est un cancer qui est le plus souvent sporadique (80% des cas), mais il peut également être héréditaire (10%) ou familial (10%). Sur le plan anatomopathologique, 95% des cancers de la prostate correspondent à des adénocarcinomes, majoritairement développés aux dépens de la zone périphérique.

Au stade localisé, le cancer de la prostate est la plupart du temps asymptomatique. Sa progression vers un stade localement avancé peut-être à l'origine de symptômes frustrés et aspécifiques de type génito-urinaires (pollakiurie, dysurie, brûlures mictionnelles, rétention urinaire, ...). Enfin, au stade métastatique, les douleurs osseuses rebelles constituent l'un des principaux points d'appel, avec l'altération de l'état général.

Le cancer de la prostate est majoritairement un cancer à évolution lente (10 à 15 ans en moyenne), restant ainsi très longtemps localisé, sans rupture de la capsule prostatique, expliquant l'absence de symptôme à la phase initiale.

La progression du cancer vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne moins d'un homme sur cinq. Etant donné le temps de progression vers un stade métastatique, les patients décéderont la plupart du temps d'une affection intercurrente (5, 17).

B. Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque ont été mis en avant comme prédisposant au cancer de la prostate (5) :

- L'âge : facteur de risque majeur, le risque de développer un cancer de la prostate avant 50 ans est faible, mais celui-ci augmente rapidement avec l'âge.
- Les facteurs génétiques : certaines prédispositions génétiques sont responsables de formes familiales héréditaires de cancer de la prostate (5 à 10% des cancers), ce dernier n'étant pas plus sévère mais pouvant survenir plus précocement. On estime que le risque de développer un cancer de la prostate serait multiplié par 10 à 20 par rapport à la population générale dans le cadre d'une forme héréditaire.

- Les antécédents familiaux : le risque de développer un cancer de la prostate est multiplié par un facteur 2 à 5 dans le cadre d'une forme non héréditaire, forme ne rentrant pas dans le cadre de la définition des formes génétiques et qui représenterait 5 à 25% des cancers de la prostate (le pourcentage restant représentant les cas sporadiques).
- Les facteurs ethniques : l'incidence du cancer de la prostate est plus élevée en Europe et aux Etats-Unis, notamment chez les Afro-Américains, avec une incidence 1.6 fois plus élevée que chez les Caucasiens. On note également une incidence plus élevée aux Antilles, dans un contexte de pollution environnementale au chlordécone (18) (les cancers de la prostate concernant les ouvriers agricoles ayant manipulé ce pesticide sont désormais reconnus comme maladie professionnelle suite au décret n°2021-1724 du 20 décembre 2021 publié au Journal officiel).
- Certains facteurs entrant dans la définition du syndrome métabolique (HTA et périmètre abdominal élevé) sont associés à un risque plus élevé de cancer de la prostate (19).

D'autres facteurs de risque sont suspectés (antécédent de syphilis/gonococcie, alimentation riche en calcium, supplémentation en acide folique, ...) sans certitude qu'ils puissent intervenir dans le développement du cancer prostatique. Par ailleurs, le rôle de l'alimentation dans le développement du cancer de la prostate a été à l'origine de plusieurs études mais avec des résultats controversés (20, 21).

Enfin, aucun aliment ni médicament n'a pour l'heure fait preuve de son efficacité en prévention primaire (5, 17).

C. Diagnostic

En présence de symptômes génito-urinaires chez l'homme, un cancer de la prostate doit être recherché et le bilan de première intention repose sur la réalisation d'un toucher rectal (TR) associé au dosage sur PSA sérique total.

a) Le toucher rectal

Il permet l'examen de la prostate et du rectum, et permet de détecter les cancers de la zone périphérique. Dans le cadre d'un cancer de la prostate, cette dernière est dite pierreuse et irrégulière. Un TR suspect est une indication à la réalisation de biopsies prostatiques, quelle que soit la valeur du PSA (5, 17).

Le TR doit être réalisé préalablement au dosage sérique du PSA (10), mais il comporte de nombreuses limites. En effet, il ne permet uniquement l'examen des parties postérieures et latérales de la prostate, ne permet pas la détection des cancers de petite taille, est opérateur-dépendant et surtout, un TR normal n'élimine pas le diagnostic de cancer de la prostate (5, 17).

b) Le dosage du PSA sérique total

Le PSA est une protéine produite quasi exclusivement par les cellules épithéliales prostatiques et est un constituant du liquide séminal, dont le rôle est de fluidifier le sperme pour faciliter le déplacement des spermatozoïdes. Sa production est liée au poids et à l'activité prostatique. Enfin, il est présent en faible concentration dans le sang, permettant son dosage sérique mais dont les résultats peuvent varier de 15 à 20% selon les laboratoires et les différentes techniques utilisées. La valeur seuil habituellement retenue est de 4 ng/ml.

Cette protéine est spécifique de la prostate mais pas du cancer prostatique. En effet, cette dernière peut être augmentée dans des situations cliniques variées, telles que l'hypertrophie bénigne de prostate, la prostatite mais également après un effort physique (vélo notamment), un TR ou une éjaculation. De même, toute intervention clinique ou radiologique à proximité immédiate de la prostate peut augmenter le taux sérique de PSA (cystoscopie, sondage, échographie, biopsie prostatique, ...). A l'inverse, la prise d'un traitement par inhibiteur de la 5-alpha-réductase dans le cadre d'une HBP diminue en moyenne de moitié le taux de PSA sérique (5, 17).

c) Les biopsies prostatiques

Les biopsies prostatiques suivies d'un examen anatomopathologique représentent les deux examens permettant d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de cancer de la prostate. Elles sont

réalisées classiquement par voie transrectale, sous contrôle échographique et sous anesthésie locorégionale associée à une antibioprofylaxie.

Elles peuvent être source de complications, la plus fréquente étant le saignement, sous forme d'hématurie macroscopique, d'hémospermie ou de rectorragie (22). Les autres complications sont représentées par les causes infectieuses (prostatite, sepsis), la rétention aiguë d'urine et la dysfonction érectile transitoire (23).

Par ailleurs, depuis 2018, l'AFU recommande la réalisation d'une IRM prostatique lorsque la décision de réaliser des biopsies a été posée, afin d'optimiser la technique de biopsie. Elle permet notamment le repérage de zone particulièrement suspecte (PI-RADS ≥ 3) afin d'y effectuer des biopsies ciblées en plus des biopsies systématiques (12 prélèvements). De plus, la réalisation d'une IRM pelvienne dans le même temps permet d'effectuer le bilan d'extension locorégional, à la recherche d'adénopathies pelviennes suspectes, voire d'un envahissement des organes de voisinage (rectum, vessie, os, ...) (10, 24).

D. Score histopronostique de Gleason puis ISUP

Décrit par Donald Gleason en 1966, le score de Gleason est un facteur pronostique déterminant dans la prise en charge du cancer de la prostate. Il permet de caractériser le degré de différenciation de la tumeur. Son calcul repose sur l'addition des deux grades histologiques les plus représentés au sein de la tumeur (allant de 1 à 5), cette dernière étant constituée de plusieurs foyers tumoraux d'évolution différente (25).

Ainsi, la somme de ces deux chiffres permet d'obtenir le score de Gleason, qui s'étend d'un score allant de 2 à 10. Modifié par l'ISUP en 2005 puis 2014, ce score ne comprend plus que 3 grades histologiques (de 3 à 5). De ce fait, le score de Gleason est alors compris entre 6 (bon pronostic) et 10 (mauvais pronostic) (25).

Malgré ces modifications, de nombreux défauts persistaient dans cette classification. C'est ainsi que l'ISUP propose en 2016 le score ISUP, noté de 1 à 5, le 1 correspondant aux tumeurs les mieux différenciées, le 5 étant associé aux tumeurs les moins différenciées. Il est actuellement considéré comme le score histopronostique de référence, même si le score de Gleason y est toujours associé entre parenthèses (10).

Groupe 1	Anciennement score de Gleason 6 (3 + 3)
Groupe 2	Score de Gleason 7 (3 majoritaires)
Groupe 3	Score de Gleason 7 (4 majoritaires)
Groupe 4	Score de Gleason 8 (4 + 4, 3 + 5, ou 5 + 3)
Groupe 5	Score de Gleason 9 ou 10

Tableau 1 : Classification ISUP 2016 (10)

E. Classification de D'Amico

Utilisée dans le cadre des cancers de la prostate non métastatiques depuis 1998, la classification de D'Amico permet de classer les patients en 3 catégories selon le risque de progression après traitement localisé (risque de rechute biologique à 10 ans). Elle repose sur 3 critères distincts :

- Le taux de PSA initial
- Le score ISUP
- Le stade clinique TNM évalué lors du TR

Cette classification permet d'un part d'orienter les explorations complémentaires dans le cadre du bilan d'extension et d'autre part, permet de définir la stratégie thérapeutique dans le cadre des cancers prostatiques non métastatiques (10, 24, 26).

Faible risque	PSA \leq 10 ng/ml, et score ISUP 1, et stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20 ng/ml, ou score 2 ou 3, ou stade clinique T2b
Risque élevé	PSA > 20 ng/ml, ou score ISUP > 3, ou stade clinique T2c

Tableau 2 : Classification de D'Amico (10)

Cependant, cette classification pourrait être à l'avenir supplantée par le score CAPRA (Cancer of the Prostate Risk Assessment), utilisé pour prédire le risque de récurrence après traitement, de

développement de métastases et de mortalité spécifique, dont les performances prédictives pourraient être supérieures à celle de la classification de D'Amico (10).

F. Le bilan d'extension

Il est orienté par la classification de D'Amico. Une IRM prostatique et pelvienne est systématiquement réalisée dans le cadre du bilan d'extension. Concernant la tomoscintigraphie osseuse, cette dernière peut être réalisée dès le risque intermédiaire, complétée d'un TDM TAP chez les patients à haut risque, mais elle est en revanche réalisée systématiquement quel que soit le risque ou le taux de PSA si le patient présente des douleurs osseuses évocatrices.

Enfin, l'échographie prostatique n'a aucune place dans le diagnostic ou le bilan d'extension. Sa seule utilité réside dans son utilisation par voie endorectale pour la réalisation de biopsies prostatiques (10).

G. Les différents traitements (10)

La stratégie thérapeutique est également orientée selon la classification de D'Amico.

Plusieurs options thérapeutiques sont envisageables selon le niveau de risque :

- Abstention-surveillance : réservée aux patients avec espérance de vie limitée du fait de pathologies associées menaçantes à court terme, elle consiste à proposer, dans le cadre d'un cancer prostatique localisé à faible risque, une prise en charge palliative par radiothérapie ou hormonothérapie, en cas d'apparition de symptômes locorégionaux ou métastatiques.
- Surveillance active (SA) : modalité de prise en charge curative, elle permet de différer le début du traitement curatif dans les cas où le cancer deviendrait agressif, tout en restant dans la fenêtre de curabilité. Elle concerne les patients présentant un cancer prostatique à faible risque évolutif. Les critères de sélection reposent sur l'examen clinique, le PSA total, le score ISUP et les données biopsiques. La décision de SA nécessite plusieurs consultations avant d'être validée.

La surveillance repose sur le contrôle régulier du PSA, du TR et de la réalisation d'une nouvelle série de biopsies à 12 mois, précédée d'une IRM. Enfin, l'indication d'un traitement différé repose sur l'aggravation d'un des critères de surveillance.

- Prostatectomie totale (PT) : reposant sur l'exérèse complète de la glande prostatique et des glandes séminales, suivie d'une anastomose vésico-urétrale, elle est envisageable dans les cancers à faible risque, indiquée en cas de risque intermédiaire et possible en cas de haut risque avec réalisation d'un traitement multimodal concomitant (radiothérapie et/ou hormonothérapie). Réalisée chez des patients dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans, elle peut être accompagnée d'un curage ganglionnaire en cas de risque intermédiaire, ce complément chirurgical devenant indispensable dans le cadre d'un cancer à haut risque. Tout comme les biopsies prostatiques, la PT peut être responsable de dysfonction érectile (principale complication), d'incontinence et d'anéjaculation.

La radiothérapie externe et la curiethérapie, sont, avec la suppression androgénique (indiquée en curatif avec la radiothérapie pour les cancers à haut risque ou en palliatif en cas d'extension ganglionnaire ou métastatique), les autres alternatives thérapeutiques actuellement validées. Plusieurs autres traitements sont en cours d'évaluation (HIFU, cryothérapie, laser, électroporation, ...).

3. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DE LA PROSTATE

A. Incidence

Le cancer représente la première cause de décès en France chez l'homme, et la deuxième chez la femme (27), survenant respectivement avant et après les décès par maladies de l'appareil circulatoire (28).

Le cancer de la prostate demeure le cancer le plus fréquent chez l'homme en France, avec 50430 nouveaux cas diagnostiqués en 2015 en France métropolitaine, loin devant les cancers du poumon (31231 nouveaux cas en 2018) et le cancer colorectal (23216 nouveaux cas en 2018) (29).

En 2018, il représente 25% de l'ensemble des cancers chez l'homme. Son incidence est faible avant 50 ans, puis augmente progressivement avec l'âge (66% des cancers de la prostate survenant chez des hommes de 65 ans et plus), avec une incidence maximale pour les hommes entre 70 et 74 ans. L'âge médian au moment du diagnostic est de 68 ans (29, 30).

Concernant l'incidence, la période 1980-2005 a été le témoin d'une forte augmentation de celle-ci (variation annuelle moyenne de +6.3%, atteignant +8.5% entre 2000 et 2005), liée d'une part au vieillissement de la population, et d'autre part à l'impact du dépistage réalisé par le dosage du PSA (31), introduit en France en 1985, et par l'amélioration des moyens diagnostiques (biopsies prostatiques).

Par ailleurs, on observe depuis 2005 une décroissance progressive du taux d'incidence standardisé monde (TSM), avec notamment 97.3 pour 100 000 personnes-années en 2010 et 81.5 pour 100 000 personnes-années en 2015, après avoir atteint un maximum de 130.7 pour 100 000 personnes-années en 2005 (figure 1). Entre 2010 et 2015, la variation annuelle moyenne de l'incidence est estimée à -3.5% (30).

Cette baisse d'incidence est expliquée par deux phénomènes conjoints : l'un épidémiologique (après plusieurs années de dépistage actif, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués), l'autre sociétal (prise de conscience du risque de surdiagnostic ayant incité à la prudence concernant le dépistage) (32).

On note enfin qu'il n'existe pas de données concernant le cancer de la prostate après 2015, les projections étant difficiles à réaliser en raison des fluctuations importantes de son incidence au cours des dernières années (29).

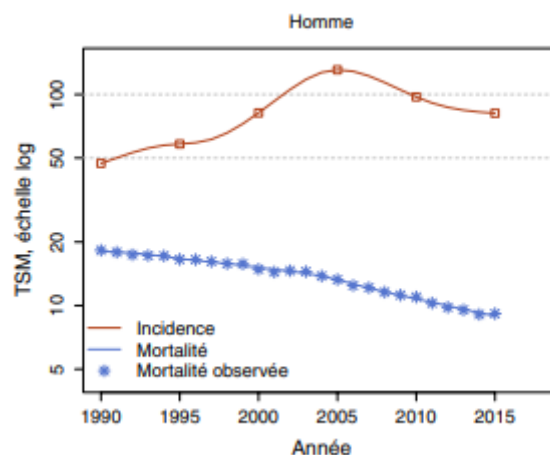


Figure 1 : Taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate en France selon l'année [1990-2015] (29)

B. Mortalité

Le cancer de la prostate représente la troisième cause de mortalité par cancer chez l'homme en France (8512 décès en 2015), derrière le cancer du poumon (22761 décès en 2018) et le cancer colorectal (9209 décès en 2018). Le taux de mortalité s'élevait en 2015 à 8.9 pour 100 000 personnes-années (29).

A l'inverse de l'incidence (figure 1), le taux de mortalité atteint son pic en 1990 avec 18.1 décès pour 100 000 personnes-années, puis entame une lente décroissance jusqu'en 2015, pour atteindre le chiffre de 8.9 décès pour 100 000 personnes-années, correspondant à une variation annuelle moyenne de -2.8% entre 1990 et 2015, diminution s'accroissant entre 2010 et 2015 avec une variation annuelle moyenne de -3.7% (29).

Tout comme l'incidence, les décès par cancer de la prostate sont rares chez les hommes de moins de 60 ans, mais le taux de mortalité croît ensuite rapidement, l'âge médian au moment du décès étant de 83 ans en 2015 (29).

Cette baisse de la mortalité est en grande partie liée à l'amélioration des conditions de prise en charge du cancer de la prostate, notamment grâce à l'amélioration des traitements des cancers évolués, permettant d'améliorer la survie, sans pour autant que le cancer ne soit guéri. Ainsi, le décès de l'individu peut être causé par une affection intercurrente (si la survie de l'individu est suffisamment prolongée), diminuant par le fait la mortalité spécifique liée au cancer de la prostate (29).

C. Survie

Le taux de survie nette standardisée (SNS) à 5 ans est estimé à 93% pour les hommes diagnostiqués d'un cancer de la prostate entre 2010 et 2015, ce qui en fait un cancer de pronostic favorable. En parallèle, les taux de SNS concernant les autres cancers précédemment évoqués, à savoir le cancer colorectal et le cancer du poumon, sont respectivement pour les hommes de 62% et 18% sur la même période étudiée, les classant ainsi en pronostic intermédiaire et défavorable.

Sur la période 1990-2015, on observe une progression de 21% de la SNS à 5 ans concernant le cancer de la prostate, ce qui en fait le cancer pour lequel la SNS a le plus progressé au cours de cette période. A noter que cette augmentation concerne principalement la période 1990-

2005, car on observe à partir de cette date et jusqu'en 2015, une diminution de 2% de la SNS à 5 ans.

Le gain de survie s'explique tout d'abord par l'impact du dépistage individuel par dosage du PSA, permettant ainsi une détection des cas de cancers de faible agressivité de manière plus précoce (facteur pronostique majeur), ce qui, par le fait, améliore la survie globale. D'autre part, comme écrit précédemment, le gain de survie s'explique également par l'amélioration des traitements concernant les cancers évolués, réduisant ainsi le risque de décès, ces derniers s'expliquant dans ces situations par la survenue d'une autre pathologie, ce qui, de ce fait, augmente le taux de survie (33).

Cependant, ce gain de survie est à nuancer et peut également être expliqué par un biais du temps d'avance au diagnostic (« *lead time bias* »). Ce biais correspond au délai entre la détection de la maladie par l'intermédiaire des tests de dépistage et le moment où elle aurait été découverte cliniquement, du fait de l'apparition de symptômes (34) (figure 2).

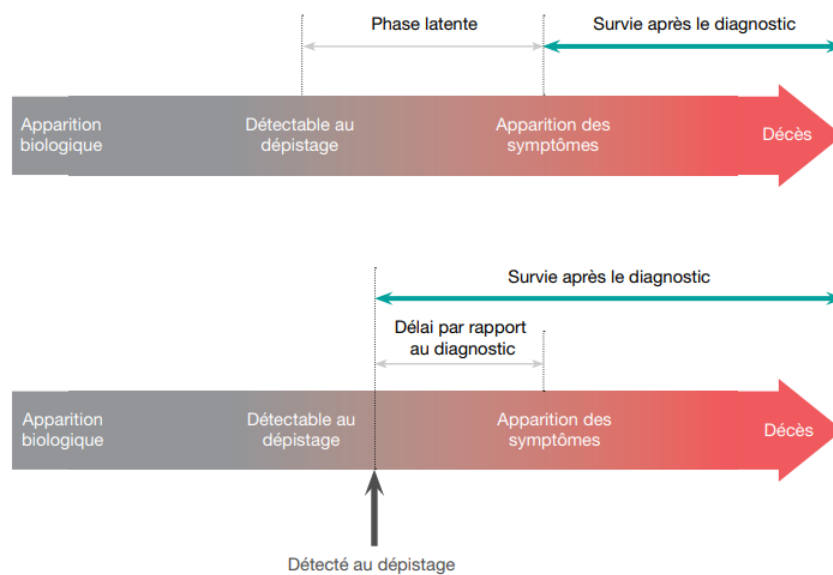


Figure 2 : Biais du temps d'avance au diagnostic ou « *lead time bias* » (34)

Ainsi, ce biais augmente donc artificiellement la survie après le diagnostic du cancer mais sans modification sur l'histoire naturelle de la maladie. Cela crée donc l'illusion d'une durée de vie plus longue, mais en réalité, c'est la durée de vie avec la maladie qui est allongée (figure 3).

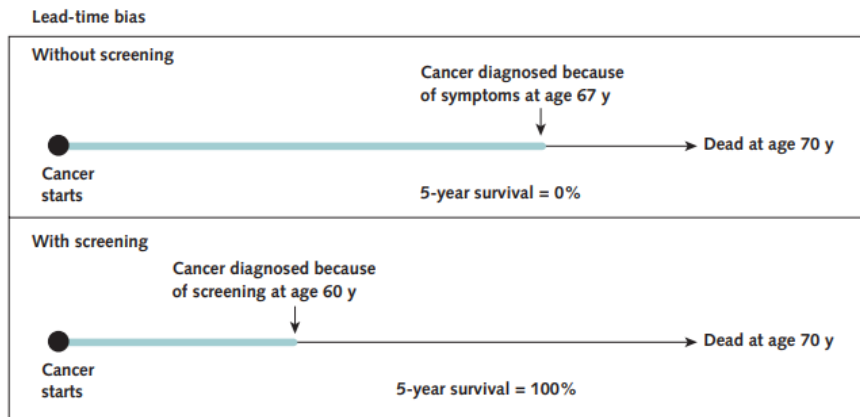


Figure 3 : Biais du temps d'avance au diagnostic et survie (35)

Enfin, le surdiagnostic participe également à un allongement artificiel de la survie. En effet, dans le cadre du cancer, les surdiagnostics ne pouvant être distingués des cancers évolutifs, ils sont inclus dans les calculs de mesure de la survie. Ainsi, l'inclusion de patients présentant un cancer non évolutif et sans conséquence sur leurs durées de vie, améliore de fait le pourcentage de survie dans le cadre du dépistage, sans amélioration du pronostic pour les patients présentant un cancer évolutif (figure 4).

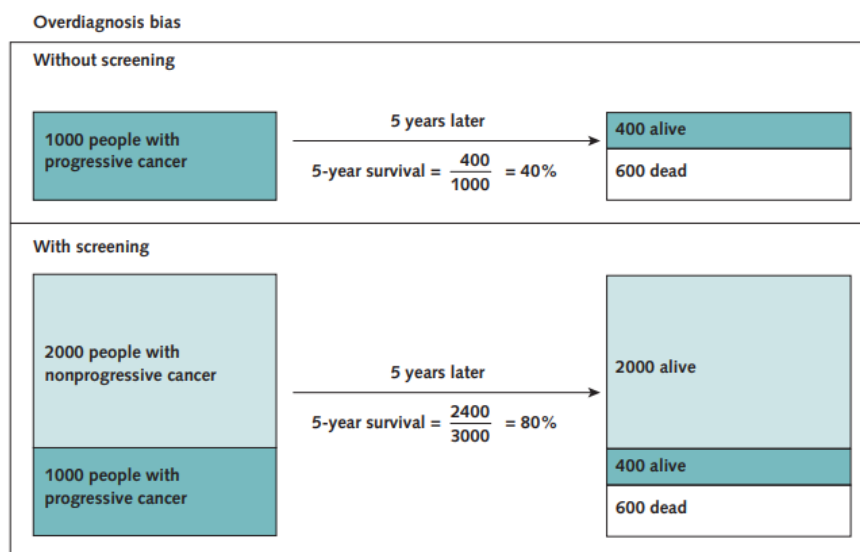


Figure 4 : Surdiagnostic et allongement artificiel de la survie (35)

4. LE DEPISTAGE

Depuis plusieurs années, de nombreuses études ont été menées afin d'évaluer l'impact du dépistage du cancer de la prostate. Parmi elles, les deux plus importantes sont les études PLCO et ERSPC, menées respectivement aux Etats-Unis et en Europe, dont l'objectif principal était l'évaluation des effets du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité spécifique.

L'étude PLCO, essai randomisé multicentrique de supériorité, a débuté en 1993 aux Etats-Unis et a permis d'inclure 76 693 patients de 55 à 74 ans, randomisés pour moitié dans le bras dépistage, pour l'autre dans le bras témoin. Malgré un suivi à 7, 10 puis 13 ans, aucune différence statistiquement significative de mortalité spécifique du cancer de la prostate n'a été mise en évidence. Par ailleurs, aucun effet significatif n'était observé sur la mortalité globale (6, 7). Enfin, la fréquence des complications liées à la démarche de confirmation diagnostic du cancer (biopsie), suite aux résultats positifs du dépistage (TR, dosage du PSA) était de 68 pour 10 000 tests positifs (6).

L'étude ERSPC, essai randomisé de supériorité et multicentrique, ayant débuté la même année à l'échelle européenne, a inclus 162 243 hommes de 55 à 69 ans, randomisés de manière identique à l'étude précédente. Après 9 ans de suivi, une réduction significative de la mortalité spécifique de l'ordre de 20% était observée chez les hommes âgés de 55 à 69 ans, ce qui signifie qu'il fallait dépister 1410 hommes, en traiter 48 pour éviter un décès par cancer de la prostate (36). La publication de nouveaux résultats en 2011 puis 2014, après un suivi de 11 et 13 ans, rapportait une réduction significative de la mortalité spécifique identique de 21%, le nombre de sujets à dépister et à traiter était respectivement de 781 et 27 hommes pour éviter un décès par cancer de la prostate (37, 38). Enfin, le taux de surdiagnostic était estimé, selon les auteurs, à 50%, ce chiffre élevé n'amenant pas ces derniers à se positionner en faveur d'un dépistage de masse malgré les résultats obtenus, cependant plus faibles que les résultats attendus (25%).

En 2010, la Haute Autorité de Santé émet une analyse critique des deux précédentes études, dans laquelle elle rapporte un surdiagnostic important et des effets indésirables fréquents, présents dans chacune des deux études. Par ailleurs, contrairement à l'étude américaine, l'ERSPC « n'est pas, [...] une analyse en intention de dépister », qui, ajouté à l'hétérogénéité des pratiques de dépistage et de conduite de l'étude, rend les résultats non concluants lorsqu'ils sont repris en intention de dépister. Elle conclue en soulignant que ces deux études

« ne fournissent aucun élément pour suggérer qu'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA puisse avoir des bénéfices », et insiste sur l'importance de l'information à délivrer au patient désirant effectuer un dépistage, en insistant notamment sur les inconvénients et les limites (12).

De plus, la HAS publie en février 2012 un rapport d'orientation, dans lequel elle souligne l'absence d'argument en faveur du dépistage du cancer de la prostate chez des individus considérés plus à risque (13). Enfin, dans son référentiel actualisé de 2013, la HAS confirme sa position sur l'absence de recommandation de dépistage chez l'homme asymptomatique, qu'il présente ou non des facteurs de risque de cancer de la prostate. Elle insiste à nouveau sur la nécessité d'informer le patient sur les raisons justifiant l'absence de dépistage (5).

En 2011, deux instances que sont le CMG et le CNGE publient chacune un communiqué, la première évoquant l'absence de bénéfice du dépistage sur la mortalité spécifique ou globale, le risque de surdiagnostic et insiste sur l'importance d'une information claire à délivrer aux patients (14), tandis que la seconde recommande clairement aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique, reprenant également les arguments avancés par le CMG (39).

Dans ses recommandations actualisées de 2020-2022, l'AFU ne recommande pas le dépistage systématique du cancer de la prostate en population générale en raison d'un bénéfice non prouvé. En revanche, elle recommande une détection précoce chez les hommes âgés de 50 ans (avant en cas d'antécédent familial ou facteurs de risque), avec une survie estimée supérieure à 10 ans, après information éclairée concernant les bénéfices, les incertitudes et les effets indésirables potentiels et après recueil d'un consentement. Elle repose sur la réalisation d'un toucher rectal associé au dosage du PSA sérique total, dont le début et la fréquence de réalisation dépendent de nombreux facteurs, tels que les antécédents familiaux de cancer de la prostate, l'origine ethnique ou encore le taux de PSA (10).

De même, l'EAU recommande en 2020 la détection précoce chez les hommes à haut risque de cancer de la prostate, avec des critères d'application similaires, après avoir apporté une information claire sur les bénéfices et risques potentiels de cette pratique (11).

Enfin, de nombreuses méta-analyses ont été publiées, dont celle d'Ilic et al. publiée en 2013 (8), qui conclue que le dépistage du cancer de la prostate n'a pas permis de mettre en évidence une diminution statistiquement significative de la mortalité spécifique. Une nouvelle méta-analyse a été publiée en 2018 (9), incluant à nouveau cinq essais randomisés et contrôlés,

l'étude CAP (40) ayant cependant remplacée l'étude Norrköping. En conclusion, les auteurs rapportent que le dépistage n'a probablement aucun effet à la fois sur la mortalité spécifique du cancer de la prostate et à la fois sur la mortalité globale. Par ailleurs, une analyse additionnelle des études considérées à faible risque de biais est effectuée (incluant donc uniquement l'étude ERSPC) et conclue à une faible diminution de la mortalité spécifique après 10 ans de suivi, correspondant à un décès en moins par cancer de la prostate pour 1000 hommes dépistés. Enfin, les deux méta-analyses soulignent le risque de surdiagnostic et surtraitement liés au dépistage, et insistent sur l'importance de l'évaluation, à la fois par le médecin et le patient, des bénéfices éventuels et risques potentiels au long cours.

5. SURDIAGNOSTIC ET SURTRAITEMENT

Le surdiagnostic est défini par le diagnostic d'un cancer qui serait resté asymptomatique tout au long de la vie de l'individu, et qui n'aurait modifié ni sa qualité, ni sa durée de vie. Il entraîne la réalisation d'investigations complémentaires et éventuellement de traitements curatifs pouvant être à l'origine d'effets indésirables persistants à plus ou moins long terme.

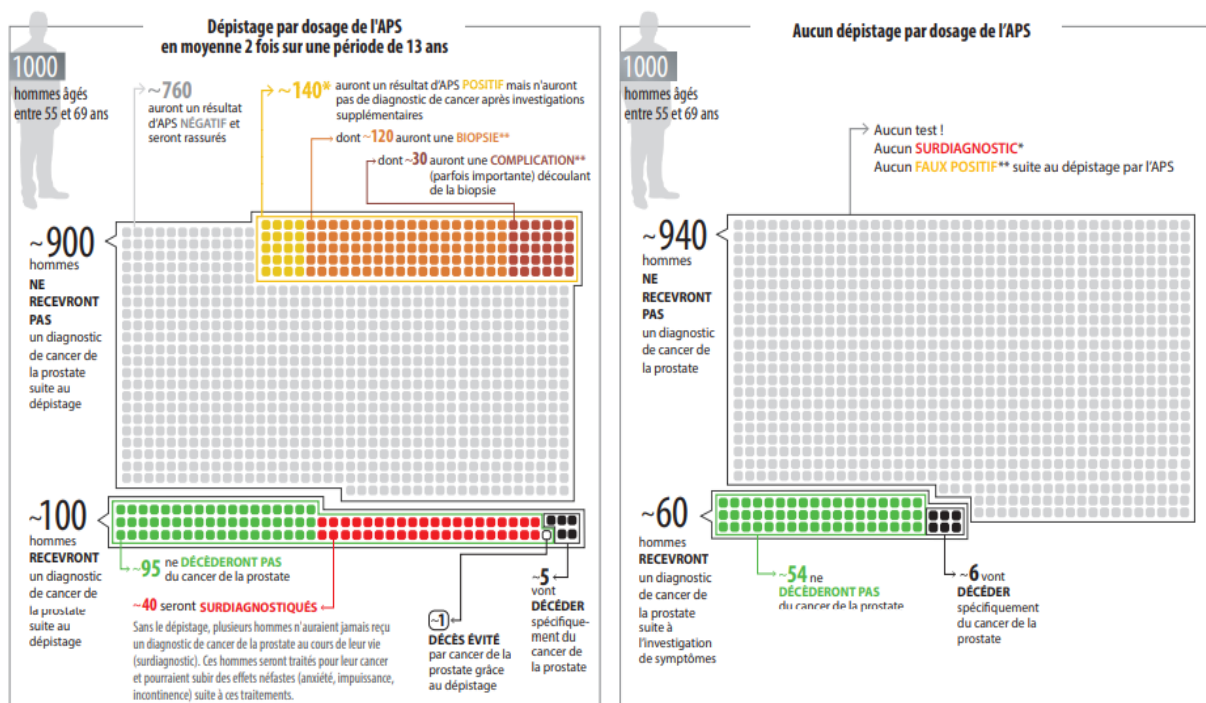


Figure 5 : Risques et bénéfices liés au dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'APS illustrés à partir des données de l'ERSPC. Source : INESSS.

Une revue systématique publiée en 2018 par Fenton et al. (41) estime le pourcentage de surdiagnostic des trois principales études incluses dans la méta-analyse de Ilic et al. (9), à savoir l'étude PLCO, ERSPC et CAP.

Deux méthodes de calculs sont appliquées pour appréhender ces chiffres :

- La méthode 1 calcule le ratio entre le nombre de cas diagnostiqués en excès par rapport au nombre total de cancer de la prostate détecté dans le bras dépistage (comprenant ainsi les cas dépistés dans et en dehors du protocole de dépistage de l'étude).
- La méthode 2 calcule le ratio entre le nombre de cas diagnostiqués en excès par rapport au nombre de cancer de la prostate détecté dans le bras dépistage (comprenant uniquement les cancers détectés selon le protocole de dépistage de l'étude).

Ainsi, le pourcentage de surdiagnostic s'élève, selon les deux méthodes de calcul, à 16.4% et 20.7% pour l'étude PLCO (suivi à 13 ans), 33.2% et 50.4% pour l'étude ERSPC (suivi à 13 ans). Concernant l'étude CAP, seul le ratio calculé par la méthode 1 est disponible, s'élevant à 40.7%, en raison de l'absence de données publiées concernant le nombre de cancers détectés uniquement dans le cadre du protocole de dépistage de l'étude (annexe 2).

De plus, le surdiagnostic peut être à l'origine d'un surtraitement, ce dernier pouvant être responsable d'effets indésirables à long terme, tant sur le plan fonctionnel que sur la qualité de vie. Ainsi, la prostatectomie était associée à un risque majoré de troubles urinaires, comparativement aux autres alternatives thérapeutiques évaluées, et pouvant être à risque de trouble de la fonction sexuelle prolongé (42, 43). De plus, cette étude de Adam et al (44) a mis en évidence que l'utilisation combinée de la radiothérapie associée à une prostatectomie totale, accompagnée ou non d'une suppression androgénique, était associée à une moins bonne qualité de vie liée à la santé et à davantage de symptômes que les patients ayant bénéficiés d'une radiothérapie ou d'une prostatectomie seule.

Enfin, le diagnostic de cancer de la prostate peut être responsable de l'apparition de symptômes anxieux, lié au passage du statut d'individu « en bonne santé » au statut d'individu « malade du cancer ». Cette étude (45) a notamment démontré un possible lien entre une mesure cliniquement significative de l'anxiété liée au cancer de la prostate et la survenue d'un syndrome dépressif et d'une baisse de productivité.

6. CONCEPT DE DECISION MEDICALE PARTAGEE

La décision médicale partagée, « shared decision making » en anglais, est un concept qui se développe en France depuis les années 90. Cette démarche décisionnelle repose sur deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient (46, 47) :

- La première étape repose sur l'échange d'informations, notamment des éléments de preuve scientifique, le partage et la délibération, nécessitant des compétences en communication. Lors de cette étape pourront être utilisés des outils d'aide à la décision.
- La seconde étape est celle de la décision, aboutissant à un choix entre plusieurs options, par un accord mutuel, suivi d'une action.

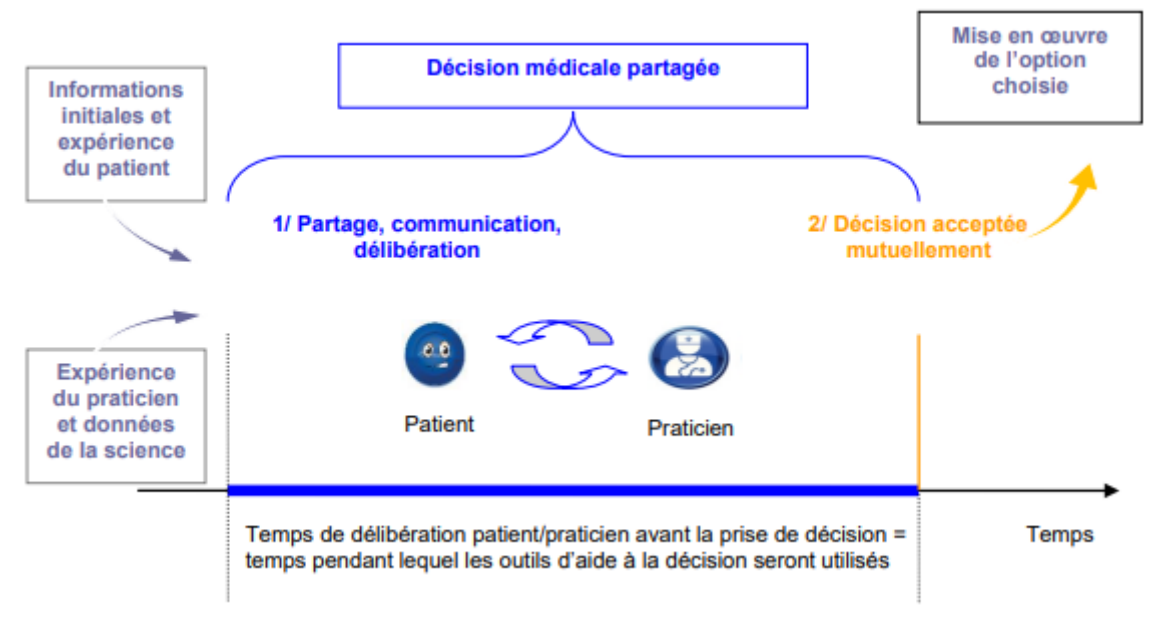


Figure 6 : Schéma du concept de décision médicale partagée (47)

Ce concept, fondé sur le principe de respect de la personne, prend en compte le point de vue du patient lorsqu'une décision relative à sa santé doit être prise, soutenu par le professionnel de santé qui apporte d'une part des informations médicales, basées sur des preuves scientifiques, et d'autre part, son expérience propre et sa bienveillance afin de choisir d'un commun accord et de manière éclairée, l'une des différentes options possibles relatives aux soins.

Par ailleurs, ce concept s'oppose aux modèles précédemment décrits, à savoir le « modèle paternaliste » où le médecin décide seul quel que soit les préférences du patient ; le « modèle du médecin décideur » où le médecin décide seul mais en prenant en compte uniquement les préférences du patient ; le « modèle du patient décideur » où le patient décide seul en prenant en compte les informations et connaissances transmises par le médecin et enfin le « modèle collectiviste » dans lequel l'intérêt collectif est privilégié (46).

De plus, comme décrit précédemment, le premier temps de la décision médicale est celui durant lequel des outils d'aide à la décision peuvent être utilisés, destinés à la fois aux professionnels de santé et/ou aux patients.

Dans cette optique de développement de ces outils, la HAS a publié en 2018 une fiche méthodologique afin de permettre la création d'outils d'aide à la prise de décision médicale partagée (48). Ils n'ont pas vocation à remplacer la consultation avec un professionnel de santé, ni même à orienter la décision vers un choix plutôt qu'un autre, mais ils se placent comme un support complémentaire à la prise d'une décision éclairée, en accord avec le professionnel. Ils peuvent se présenter sous la forme d'un document papier, d'une vidéo ou d'un site internet.

Dans une méta-analyse incluant 105 études (49), les auteurs ont démontré, chez les participants ayant utilisé des outils d'aide à la décision, une amélioration du niveau de connaissances, notamment sur les différentes options médicales envisageables, ainsi qu'une augmentation de leur participation à la prise de décision correspondant au mieux à leurs valeurs et une amélioration des connaissances quant aux bénéfices et risques possibles pour chaque option. Enfin, les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence significative, que les outils soient utilisés en amont ou durant la consultation.

De plus, dans cette même méta-analyse a été étudié le choix de pratiquer ou non le dépistage du cancer de la prostate par dosage sérique du PSA dans deux groupes de participants, dont l'un d'eux a été exposé à des outils d'aide à la décision au préalable. Cette étude comprenant 10 études au total, a démontré une réduction du nombre de patients choisissant le dépistage après avoir utilisé ces outils (RR 0.88 ; IC 95% [0.80-0.98]).

Enfin, cette autre méta-analyse (50) a également mis en évidence la diminution du nombre de participants au dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA après avoir utilisé des outils d'aide à la décision (RR 0.88 ; IC 95% [0.81-0.95]). En rapportant ces résultats au

NNT, 14 hommes devraient être exposés à des outils d'aide à la décision pour qu'un homme reconsidère son choix concernant le dépistage.

7. L'INFORMATION DU PATIENT

A. Ce que dit la loi

L'information médicale, élément primordial de la relation médecin-malade et initialement considérée comme une obligation morale, répond désormais à une obligation légale et déontologique. En effet, en France, plusieurs textes de loi vont se succéder jusqu'à aboutir à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (51), dont l'article L1111-2 du code de la santé publique, qui stipule que : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». De plus, elle « incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » et est « délivrée au cours d'un entretien individuel » (52). Par ailleurs, le code de déontologie médicale précise, par le biais de l'article 35, que « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » (53).

B. Le concept de littératie en santé

Le mot littératie, tiré du terme anglo-saxon literacy, représente un concept qui présente de multiples définitions selon les domaines d'étude dans lesquels il s'inscrit. En évolution constante depuis les années 80 et l'explosion de son usage, elle est définie par l'OCDE en 2000 comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (54). En 2016, une nouvelle définition voit le jour, en raison des multiples contextes dans lesquels la littératie prend forme et est ainsi définie comme « la capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté à comprendre et à communiquer de l'information par le langage sur différents supports pour participer activement à la société dans différents contextes » (55).

Par ailleurs, les compétences en littératie vont progressivement s'appliquer au domaine de la santé et de plus en plus de chercheurs vont approfondir ce concept de « littératie en santé ». C'est ainsi qu'en 2012, Sørensen et al. va définir ce concept, après avoir entrepris une revue analytique des définitions existantes, comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (56).

De plus, le concept de « littératie en santé » est considéré par certains auteurs comme « un déterminant-clé de la santé » (57). Au sein de la population, plusieurs données disponibles indiquent que le niveau de littératie en santé n'est pas aussi élevé qu'espéré. En effet, la première enquête européenne sur la littératie en santé (HLS-EU), publiée en 2015 et à laquelle la France n'a pas participé, indique que 12% des sujets interrogés présentent un niveau de littératie en santé jugé insuffisant, et 35% présentent un niveau limité (58). Sur le plan international est menée, en 2012, l'enquête PIAAC, coordonnée par l'OCDE, dont l'objectif consiste à évaluer les compétences des adultes sur un échantillon donné. Les résultats de l'évaluation conduite en France indiquent que seuls 7.7% des adultes français âgés de 16 à 65 ans se situent aux deux niveaux les plus élevés de compétence en littératie. Parallèlement, la proportion d'adultes français obtenant de faibles scores en littératie est l'une des plus importante des pays participants et s'élève à 21.6% contre 15.5% en moyenne dans les pays de l'OCDE participant à cette étude (59). L'enquête PIAAC sera rééditée en 2023.

Enfin, plusieurs études ont démontré qu'un faible niveau de littératie pouvait avoir un impact négatif sur toute une série d'indicateurs en santé. Ainsi, cette revue systématique de Berkman et al (60) a conclu qu'un faible niveau de littératie en santé était associé à un recours plus important aux services d'urgences et d'hospitalisation, à une moindre vaccination contre la grippe saisonnière, à une mortalité plus marquée chez les personnes âgées ainsi qu'à une capacité réduite à prendre des médicaments de manière appropriée. De plus, les personnes possédant un faible niveau de littératie sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé, de participer à des programmes de dépistage et d'utiliser les services de prévention (61).

C. L'importance de l'information écrite

Dans un contexte de demande croissante d'information relative à l'état de santé, l'information orale se place comme un élément indispensable permettant d'y répondre. Elle possède l'avantage de pouvoir être adaptée, selon l'interlocuteur à qui elle se destine et selon le contexte dans lequel elle intervient. Elle nécessite l'instauration d'un climat relationnel de confiance, permettant un dialogue associant délivrance d'information mais également écoute et prise en considération des attentes et interrogations du patient. Cependant, il a été mis en évidence dans cette étude que les patients oubliaient la moitié de ce qu'avait pu leur dire le médecin cinq minutes seulement après avoir quitté la consultation (62). De plus, les auteurs de cette étude (63) rapportent que les patients retiennent environ 20% ce qu'ils ont entendu, ce chiffre pouvant s'élever à 50% en cas d'association avec un support additionnel visuel ou écrit. Cette même étude démontre l'utilité et l'importance de l'information écrite, notamment sous forme de brochures, que cette ressource est sous-utilisée malgré qu'elle soit demandée et utilisée par les patients.

Parmi les études publiées à ce sujet, nombreuses sont celles qui démontrent que l'utilisation de brochure permet une amélioration des connaissances des patients (64-68). De plus, cette étude (69) a mis en évidence que l'utilisation de brochure dans un service d'urgences améliore la communication médecin-patient, la compliance et le respect des traitements prescrits et diminue les reconsultations pour un motif similaire et notamment les retours aux urgences.

De façon similaire, donner une information écrite au décours d'une consultation pour infection des voies aériennes inférieures réduit le nombre de patients qui reconsultent pour des symptômes persistants à 4 semaines (70). Par ailleurs, les brochures permettent également une amélioration du comportement des patients face à leur pathologie (66, 68) et un apport d'information à l'entourage (64), permettant une réduction de consultations des proches pour des symptômes identiques (66). Enfin, si l'utilisation de brochure possède de nombreux bénéfices pour les patients, elle permet également d'avoir un effet bénéfique pour les médecins, avec une réduction des prescriptions médicamenteuses (69), et plus spécifiquement d'antibiotiques chez les enfants (71), indispensable dans ce contexte de pénurie.

Ainsi, l'objectif de cette étude était, dans un premier temps, de passer en revue les supports écrits en français concernant le dépistage du cancer de la prostate et destinés aux patients. Puis, dans un second temps, notre intérêt se portera sur l'évaluation de la lisibilité et de la qualité d'information de ces ressources.

II. MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature, réalisée de novembre 2021 à janvier 2022. Une veille bibliographique a été menée jusqu'en novembre 2022, afin de ne pas omettre de résultats et de s'assurer de l'absence de liens morts parmi les supports retenus.

2. STRATEGIE DE RECHERCHE

La recherche bibliographique des documents concernant le dépistage du cancer de la prostate s'est tout d'abord effectuée sur les bases de données généralistes telles que PubMed, LiSSa, Google Scholar et CisMeF. Puis elle s'est poursuivie avec une recherche dans la littérature grise par l'intermédiaire de Sudoc, ainsi que dans deux revues de médecine générale, à savoir « Exercer » et « Prescrire ». Enfin, la dernière étape fut la recherche de brochures et site web par l'intermédiaire du moteur de recherche de Google. Cette recherche a débuté par l'utilisation de termes libres, puis complétée par l'utilisation d'équations de recherche afin de ne pas omettre de résultats.

Concernant la recherche de documents sur le moteur de recherche Google, celle-ci s'est effectuée avec l'utilisation des mots-clés suivants : « dépistage cancer prostate », précédés du terme « brochure » pour une recherche plus spécifique de ce support. Suite à cela, nous avons décidé d'analyser les cent premiers résultats liés à cette recherche. Par la suite, afin d'accroître le nombre de résultats, nous avons effectué une nouvelle recherche en y ajoutant le nom du pays dans lequel nous recherchions spécifiquement ces documents (exemple : « dépistage cancer prostate Belgique »). A partir de ces équations, les cent premiers résultats étaient également analysés et par la suite, inclus ou non dans le travail de recherche. Dans le cas où les équations n'atteignaient pas cent résultats, l'ensemble de ces derniers étaient donc analysés.

La stratégie de recherche bibliographique utilisée était la suivante :

Medline via PubMed : ("Patient Education Handout"[Publication Type] OR "health education"[MH] OR pamphlet[MeSH Terms]) AND ("early detection of cancer"[MH] OR "mass screening"[MH]) AND ("prostatic neoplasms"[MH] OR "prostate"[MH]) AND french[Language]

Google Scholar : brochure patients prostate dépistage

CISMEF : patient.tr ET (dépist*.ti OU dépistage précoce du cancer.mc OU dépistage de masse.mc) ET (prostat*.ti OU tumeurs de la prostate.mc)

Lissa : ((inform*.ti ET patient*.ti) OU brochure pédagogique pour le patient.tr OU éducation pour la santé.mc) ET (Dépist*.ti OU Dépistage précoce du cancer.mc OU Dépistage de masse.mc OU dépist*.tl) ET (prostat*.tl OU tumeurs de la prostate.mc)

Sudoc : (brochure* OU fiche* OU document* OU information*) ET patient* ET prostat* ET dépist*

Google : "dépistage cancer prostate"

"dépistage cancer prostate Belgique" (+ Canada, Suisse, Luxembourg)

"brochure dépistage cancer prostate"

3. CRITERES D'INCLUSION

Les documents inclus dans cette étude correspondent à des documents d'information écrits se rapportant au dépistage du cancer de la prostate, destinés aux patients, écrits en langue française et accessibles sur internet. Par ailleurs, les documents comportant une partie se rapportant aux traitements ont également été inclus, sans que cette dernière ne soit évaluée. Enfin, dans les cas où un document présentait plusieurs éditions, seule la plus récente était retenue pour l'étude.

4. CRITERES D'EXCLUSION

Les documents exclus sont ceux destinés aux professionnels de santé, se présentant sous toute autre forme qu'un support écrit (audio, vidéo, ...), ou rédigés en langue étrangère. De plus, sont également exclus les documents évoquant le dépistage d'autre cancer que celui de la prostate. Par ailleurs, les supports nécessitant une inscription ou un abonnement ou une requête afin d'accéder à la totalité de leur contenu ont été exclus. Enfin, les résultats issus du moteur de recherche Google indexés sous forme d'annonce commerciale ont également été exclus.

5. BIBLIOGRAPHIE

Afin de réaliser une bibliographie de façon structurée et d'éviter les doublons, le logiciel Zotero a été utilisé.

6. EVALUATION DES DOCUMENTS DE L'ETUDE

Concernant l'évaluation des documents d'information patient, deux outils différents ont été utilisés, l'un permettant d'évaluer la lisibilité, l'autre évaluant la qualité d'information par l'intermédiaire de plusieurs critères.

A. La formule de lisibilité de Flesch

La lisibilité se définit comme l'aptitude d'un texte à être lu rapidement et compris aisément.

La HAS recommande, dans son guide méthodologique (72), l'utilisation de la formule de Flesch afin de mesurer le degré de lisibilité d'un texte. Cette formule, créée par Rudolph Flesch en 1948 (73), est basée sur la longueur des phrases et des mots.

Formule de lisibilité de R. Flesch :

$$206,835 - 1.015 \left(\frac{\text{nombre de mots}}{\text{nombre de phrases}} \right) - 84.6 \left(\frac{\text{nombre de syllabes}}{\text{nombre de mots}} \right)$$

Le score obtenu est compris entre 0 et 100, 0 correspondant à un texte jugé très complexe et, à l'inverse, 100 à un texte très simple. Un texte avec une lisibilité jugée standard correspond à un score compris entre 60 et 70.

Cependant, cette formule n'est uniquement applicable aux textes en langue anglaise. C'est pourquoi, en 1963, le belge G. de Landsheere propose un ajustement à la langue française (74), tout en conservant les variables de la formule de Flesch, mais en adaptant au français les règles de comptage des mots et syllabes (minoration du nombre de mots, majoration du nombre de syllabes).

En effet, les mots français étant en moyenne un peu plus longs que les mots anglais, une adaptation de l'échelle de lisibilité était indispensable. C'est ainsi qu'une nouvelle échelle adaptée à la langue française voit le jour, avec un score variant entre -10 et 80. Nous pouvons déduire, d'après cette échelle et en prenant pour exemple cette étude (75), qu'un texte ayant un score compris entre 40 et 50, correspondant à un niveau de difficulté de lecture adapté à une classe de 6^{ème}, permettrait à celui-ci d'être accessible à une majorité de lecteurs.

R. Flesch		G. de Landsheere	
Score	Interprétation	Score	Interprétation
90 – 100	Très facile		
80 – 90	Facile	80	Livre de lecture – 2 ^e année primaire
70 – 80	Assez facile		
		65	TV enfantine (niveau préscolaire)
60 – 70	Standard	60	Bandes dessinées : Tintin - Spirou
50 – 60	Assez difficile	50	Livre de lecture – 5 ^e et 6 ^e années primaire
		40	Documents historiques – 1 ^e année enseignement secondaire
		35	TV scolaire – enseignement secondaire premier cycle
30 – 50	Difficile	30	Leçons d'histoire – 1 ^e année enseignement secondaire – Textes de Saint-Exupéry
		25	TV scolaire – enseignement secondaire second cycle
		15-25	Journaux parlés & télévisés (RTB, RTL, Europe 1)
		15	Journaux écrits
0 – 30	Très difficile	0	Emission radio très difficile (sociologie)
		- 10	Texte difficile de Proust

Tableau 3 : Interprétation des résultats du test de lisibilité selon Flesch et De Landsheere

En pratique, afin d'évaluer la lisibilité d'un texte par l'intermédiaire de la formule de Flesch, il importe de respecter plusieurs règles (76), concernant notamment le comptage des phrases. Ainsi, Flesch considère comme une phrase, une proposition se terminant par un point, un point d'exclamation, d'interrogation, un point-virgule ou deux points (74). Afin de respecter au mieux cette consigne, nous avons remplacé ces signes par un point dans chaque document évalué. De plus, nous avons supprimé la mise en page des documents (puces, tirets, guillemets, ...) ainsi que les titres et sous-titres, numéro des références, liens hypertexte et références à des organisations ou établissements, afin de ne conserver que le texte brut. Enfin, l'évaluation de la lisibilité était réalisée, pour chaque support, sur le texte se rapportant uniquement au dépistage.

Dans le cadre de ce travail, la lisibilité des documents a été évalué par l'intermédiaire du logiciel Microsoft Word®.

B. La grille SFP

La grille SFP est un document destiné à l'évaluation de la qualité d'un document d'information à destination des patients ou usagers (annexes 3 et 4). En 2010, la Société Française de Physiothérapie (SFP) a pour projet de mettre à disposition de ses membres, des documents d'information sur le thème de la physiothérapie, tout en précisant leur qualité

méthodologique. C'est ainsi qu'a été créée la grille SFP, reposant notamment sur une adaptation de l'outil DISCERN. Ce dernier, créé en 1999, fut conçu et validé dans le but d'évaluer la qualité de l'information écrite concernant le choix d'un traitement dans le cadre d'un problème de santé donné (77). Cependant, d'après les auteurs de cette étude et les différents travaux menés par la suite (78, 79), l'outil DISCERN peut également être utilisé afin d'évaluer la qualité de tout type de document d'information écrit se rapportant à la santé. Il est, tout comme la formule de lisibilité de Flesch, cité dans le document émanant de la HAS (72) et son utilisation recommandée dans l'évaluation de la qualité d'information d'un document écrit.

Concernant la grille SFP, bien que basée en partie sur l'outil DISCERN, elle en diffère aussi bien dans le système de notation que dans les critères évalués. En effet, contrairement au DISCERN où chaque item peut être noté de 1 à 5, les réponses possibles se limitent à « oui » ou « non ». De même, l'ensemble de la section du DISCERN concernant la qualité de l'information sur un traitement donné a été remplacée par la proposition « Les autres choix thérapeutiques sont explicitement cités », elle-même supprimée dans notre version modifiée et adaptée à ce travail (annexes 5 et 6). Par ailleurs, l'évaluation d'un document par le biais de la grille SFP s'effectue de manière plus globale et moins spécifique que le DISCERN.

Enfin, bien que la grille SFP ne fasse pas l'objet d'une validation officielle, nous l'avons préférée au DISCERN car elle s'intéresse, en plus de l'évaluation de la qualité d'information, à l'accessibilité et à la facilité d'utilisation d'un document, ainsi qu'à sa forme, sa mise en page et sa trame rédactionnelle. De plus, ce travail n'évaluant que les informations se rapportant au dépistage, cela aurait nécessité la suppression de 7 questions du DISCERN relatives au traitement, entraînant une interprétation incertaine des résultats. Une version brève du DISCERN est également disponible, mais celle-ci comprend 6 questions, dont 4 se rapportant à la thérapeutique.

Pour finir, nous avons fait le choix d'effectuer une double évaluation des documents, puis de procéder à une mesure statistique appelée concordance inter-évaluateurs, afin de mesurer quantitativement le degré de consensus entre les deux évaluateurs. Par ailleurs, une concertation a été organisée au décours afin de résoudre les discordances portant sur l'inclusion ou non de certains supports.

C. La concordance inter-évaluateurs

La concordance inter-évaluateurs (ou fidélité inter-juges) repose sur le calcul du coefficient Kappa. Ce coefficient, proposé par Jacob Cohen en 1960, est destiné à mesurer la force de l'accord entre deux évaluateurs (ou deux méthodes de classification). Ainsi, le coefficient Kappa permet l'évaluation de la concordance entre deux séries de mesures binaires (exemple de la grille SFP) mais également entre deux séries de mesures qualitatives (nominale ou ordinale). Ce coefficient ainsi obtenu est compris entre -1 et +1. Un accord est considéré comme modéré pour un coefficient compris entre 0.41 et 0.6 et fort pour un coefficient compris entre 0.61 et 0.8. Un accord parfait correspond un score égal à 1.

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de calculer le coefficient Kappa de Cohen afin de mesurer le degré de concordance concernant la sélection des supports à l'issue de l'évaluation par l'intermédiaire de la grille SFP.

Kappa	Interprétation
< 0	Désaccord
0.00 – 0.20	Accord très faible
0.21 – 0.40	Accord faible
0.41 – 0.60	Accord modéré
0.61 – 0.80	Accord fort
0.81 – 1.00	Accord presque parfait

Tableau 4 : Interprétation des valeurs du coefficient Kappa de Cohen (d'après Landis et Koch, 1977)

Par ailleurs, nous avons aussi choisi de calculer le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) afin de mesurer le degré de concordance des notes finales attribuées à chaque document.

ICC	Interprétation
< 0.5	Faible
Entre 0.5 et 0.75	Moyenne
Entre 0.75 et 0.90	Bon
> 0.90	Excellent

Tableau 5 : Interprétation des valeurs du coefficient intra-classe (d'après Koo et Li, 2016)

D. Méthode de sélection des meilleurs supports évalués

Afin d'établir une sélection des meilleurs documents d'information selon nos critères d'évaluation, concernant le dépistage du cancer de la prostate et retenus dans cette étude, nous avons procédé de la manière suivante : tout d'abord, la première étape de sélection consistait à suivre le critère imposé par la grille SFP, à savoir qu'un document évalué devait obtenir la réponse « oui » aux cinq premiers critères de qualité et obtenir ensuite une note moyenne supérieure ou égale à 10 points. Les documents retenus à l'issue de cette première étape proviennent de la mise en commun des résultats issus de la double évaluation. Ensuite, nous avons fait le choix de ne conserver que les documents ayant obtenu un score de lisibilité supérieur ou égal à 40.

Ainsi, les meilleurs supports sélectionnés seront ceux ayant obtenu les meilleures notes moyennes, après avoir validé la première étape de sélection, tout en ayant un score de lisibilité supérieur ou égal à 40. Enfin, nous mentionnerons, à titre indicatif, le coefficient Kappa de ces quelques documents relatif à la concordance inter-évaluateurs des réponses attribuées pour chacun des critères de la grille d'évaluation.

III. RESULTATS

1. SUPPORTS RETENUS ET CARACTERISTIQUES

Les différentes étapes ayant menées à la sélection des supports de cette étude ont été représentées par un diagramme de flux (figure 7).

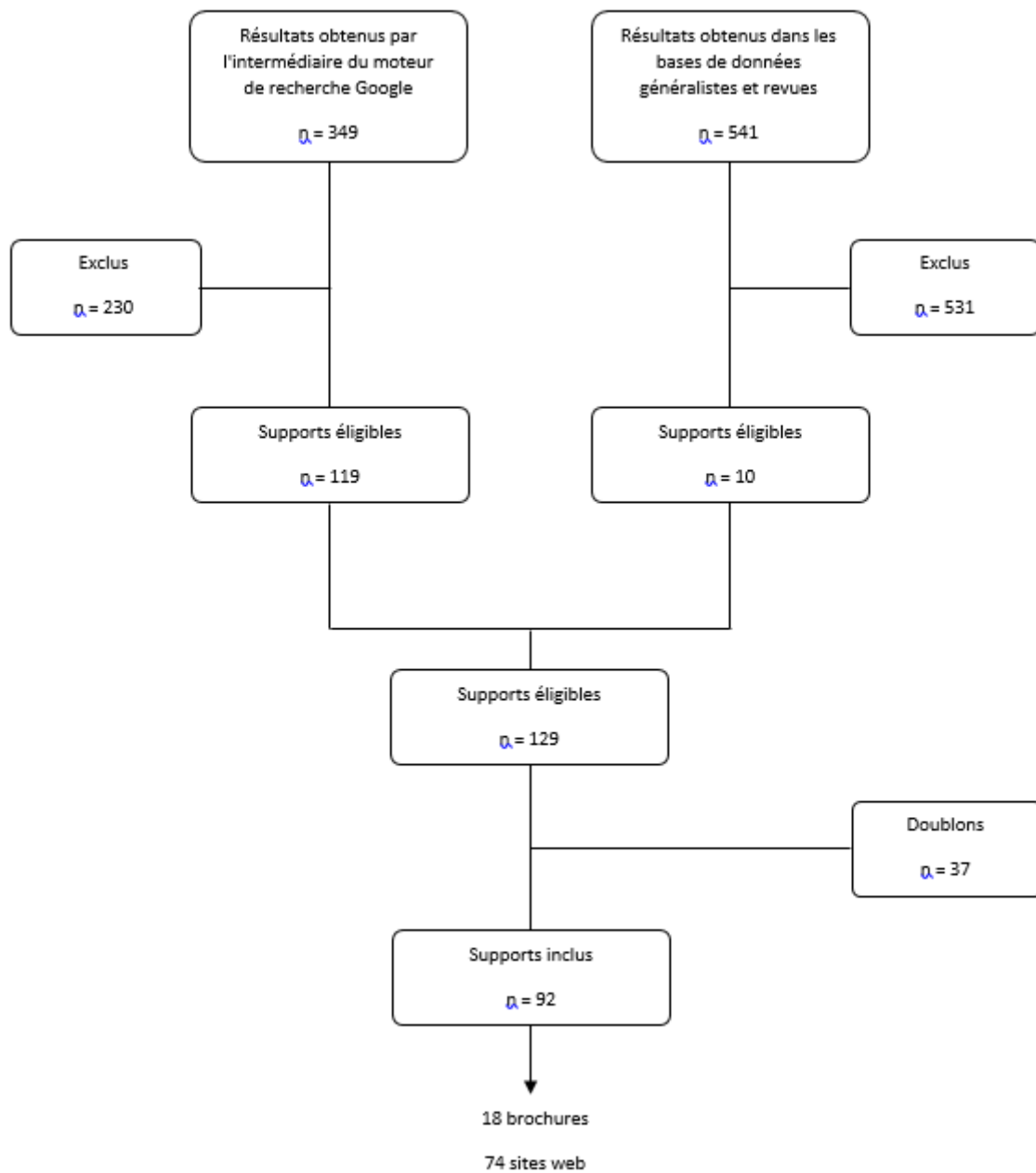


Figure 7 : Diagramme de flux

Au total, 92 documents ont donc été inclus dans cette étude, répartis en 18 brochures et 74 sites web.

Parmi les 18 brochures, 7 proviennent de source française (39%), les autres étant réparties de la façon suivante : 4 provenant de source canadienne (22%), 3 de source suisse (17%), 2 de source luxembourgeoise (11%), 1 de source belge (5.5%) et 1 provenant de source anglaise et traduite en langue française (5.5%).

Concernant les 74 pages web, 36 proviennent de source française (49%), les autres étant réparties de la manière suivante : 16 provenant de source canadienne (22%), 13 de source belge (17%), 7 provenant source suisse (9%) et 2 provenant de source luxembourgeoise (3%).

A propos du contenu des brochures, 7 d'entre elles (39%) abordent uniquement la question du dépistage (incluant les facteurs de risque, les examens nécessaires au dépistage et le risque de surdiagnostic/surtraitement), les 11 autres (61%) abordant en plus des sujets complémentaires qui ne seront pas évalués dans notre étude (autre pathologie prostatique, examens complémentaires, traitements disponibles et effets secondaires possibles, ...).

Parmi les sites web, on retrouve une répartition similaire entre les sites évoquant uniquement le dépistage (41%) et ceux évoquant le dépistage accompagné d'autres informations (59%).

Enfin, parmi les 18 brochures évaluées, 15 d'entre elles (83%) proviennent de sites institutionnels, 2 sont issues de thèse d'exercice référencées sur Sudoc (11%) et la dernière provient de la revue « Prescrire » (6%).

Concernant les 74 sites web évalués, 26 d'entre eux (35%) sont des sites institutionnels, 23 des sites en lien avec l'information sur la santé (31%), 11 sont des sites de presse généralistes (15%) et 2 proviennent d'associations de patients (3%). Parmi les 12 sites restants (16%) regroupés dans « Autres », cela comprend les sites en lien avec l'industrie pharmaceutique, les assurances santé, les laboratoires, ...

Le résumé des caractéristiques des supports retenus dans cette étude est synthétisé dans le tableau suivant (tableau 6).

Caractéristiques Supports	Brochures	Sites web
Nationalité		
France	7	36
Canada	4	16
Suisse	3	7
Luxembourg	2	2
Belgique	1	13
Autre	1	0
Contenu		
Dépistage seul	7	30
Dépistage et plus	11	44
Source		
Sites institutionnels	15	26
Revue médicale	1	-
Littérature grise	2	-
Banques généralistes	0	-
Sites santé	-	23
Sites de presse	-	11
Association de patients	-	2
Autres	-	12

Tableau 6 : Caractéristiques des supports inclus dans l'étude

2. EVALUATION DES SUPPORTS SELECTIONNES

A. Résultats des scores de lisibilité

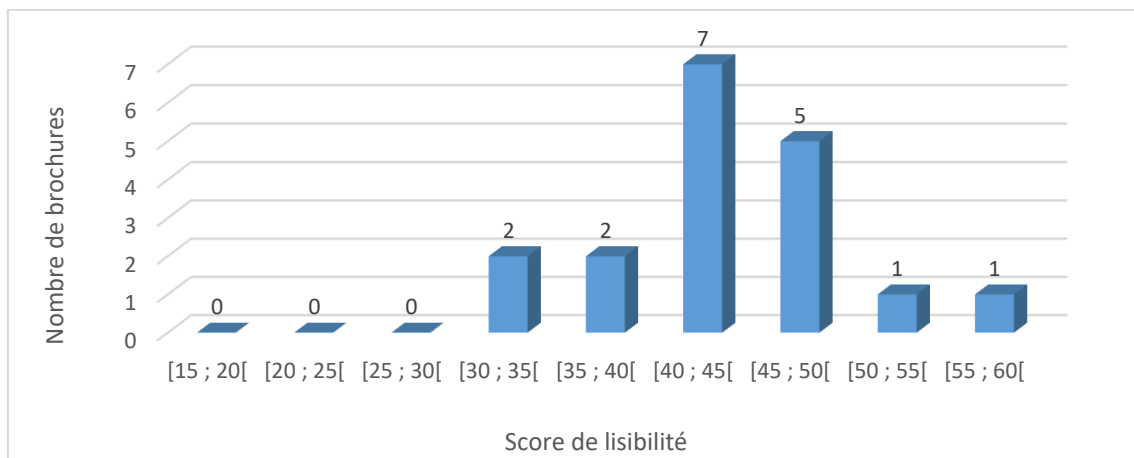
Sur l'ensemble des 92 documents évalués, la moyenne des scores de lisibilité s'élève à 39.21 son écart-type (ET) est de 7.47 et la médiane s'élève à 39.

Parmi les 18 brochures évaluées, la moyenne des scores était de 43.12 (ET 6.11) et la médiane de 41.9. Le score le plus bas était de 32.6 et le plus haut de 56.5. 14 d'entre elles (78%) ont obtenu un score de lisibilité supérieur ou égal à 40. Dans le détail, quatre ont obtenu un score de lisibilité compris entre 30 et 40, douze un score entre 40 et 50 et deux brochures ont obtenu un score supérieur à 50.

Les 3 brochures ayant obtenu le score de lisibilité le plus élevé étaient dans l'ordre : la brochure nommée « Le dépistage du cancer de la prostate par PSA » rédigée par le KCE avec

un score de 56.5, suivie de la brochure issue du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne, intitulée « Le dépistage du cancer de la prostate » avec un score de 54.4, puis vient ensuite la brochure émanant du Collège des Médecins du Québec et intitulée « Le dépistage du cancer de la prostate » avec un score de 47.7.

La répartition du nombre de brochures selon leurs scores de lisibilité est représentée à l'aide du graphique 1.

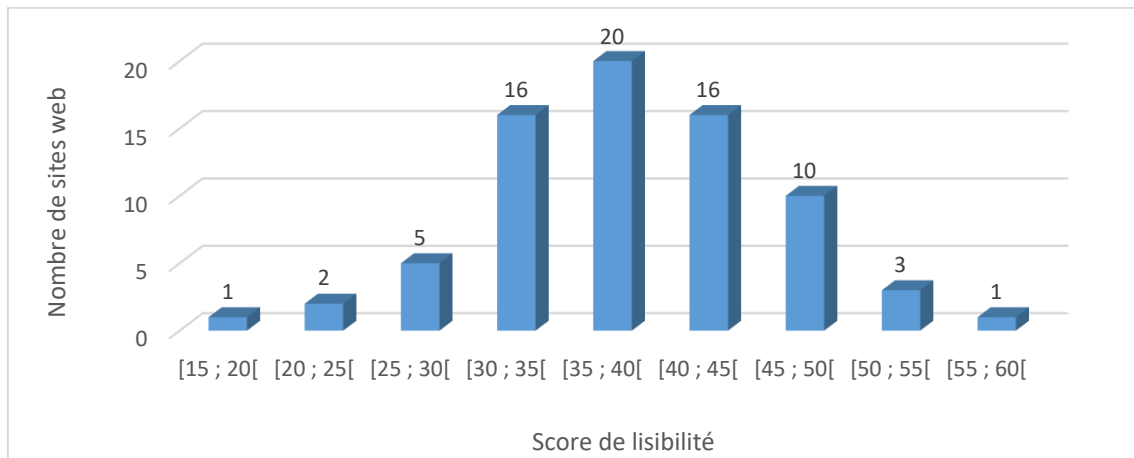


Graphique 1 : Répartition des brochures selon le score de lisibilité

Concernant les sites web, seuls 30 sites (41%) ont obtenu un score de lisibilité supérieur ou égal à 40 parmi les 74 évalués. La moyenne des scores s'élevait à 38.26 (ET 7.5) et la médiane à 38.35. La note la plus faible était de 19.2, la plus haute de 58.2.

Parmi les 3 sites web les mieux notés sur le plan de la lisibilité, on retrouve dans l'ordre : la page intitulée « Dépistage du cancer de la prostate », issue du site du Gouvernement de l'Ontario, avec un score de 58.2, suivie de la page nommée « Cancer de la prostate : encore trop de dépistage inutile, voire dangereux », extraite du site Libération, avec un score de 52.6, suivie de la page intitulée « Trouver le cancer de la prostate à ses débuts », provenant du site de la Société canadienne du cancer, avec un score de 50.5.

La répartition des sites web selon leurs scores de lisibilité s'établit comme suit (graphique 2).



Graphique 2 : Répartition des sites web selon le score de lisibilité

B. Résultats de l'évaluation qualitative

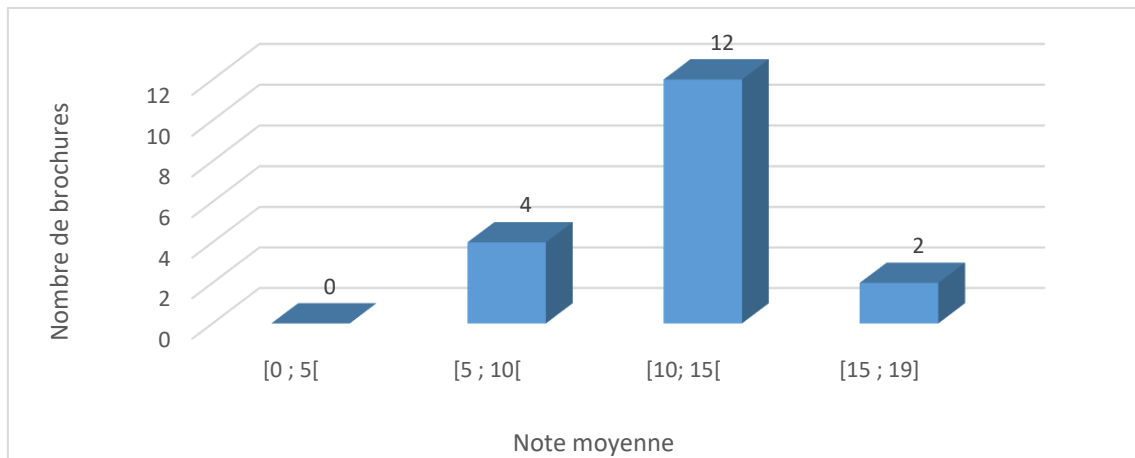
L'évaluation des supports par l'intermédiaire de la grille SFP ayant été effectuée par deux évaluateurs distincts, les chiffres présentés par la suite correspondent à la moyenne des notes attribuées pour chaque document.

La moyenne des notes sur l'ensemble des documents évalués s'élève à 10.21 (ET 2.84), la médiane à 10.

Concernant les brochures, la moyenne des notes était de 12.08 (ET 3.17), la médiane de 12.5. La note la plus basse était de 5 et la plus haute de 19. 14 d'entre elles (78%) ont obtenu une note supérieure ou égale à 10 points.

Les 3 brochures ayant obtenu la meilleure note moyenne étaient dans l'ordre : la brochure provenant de l'Université Laval, intitulée « Dépistage du cancer de la prostate : Choisir de faire ou de ne pas faire le test de dépistage » ayant obtenu la note maximale de 19, suivie de la brochure dénommée « Le dépistage du cancer de la prostate » rédigée par le Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne, avec une note de 16.5, puis de la brochure issue du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, intitulée « Cancer de la prostate : les inconvénients du dépistage l'emportent sur les avantages » avec une note de 14.5.

La répartition des brochures selon leurs notes moyennes est représentée à l'aide du graphique 3.

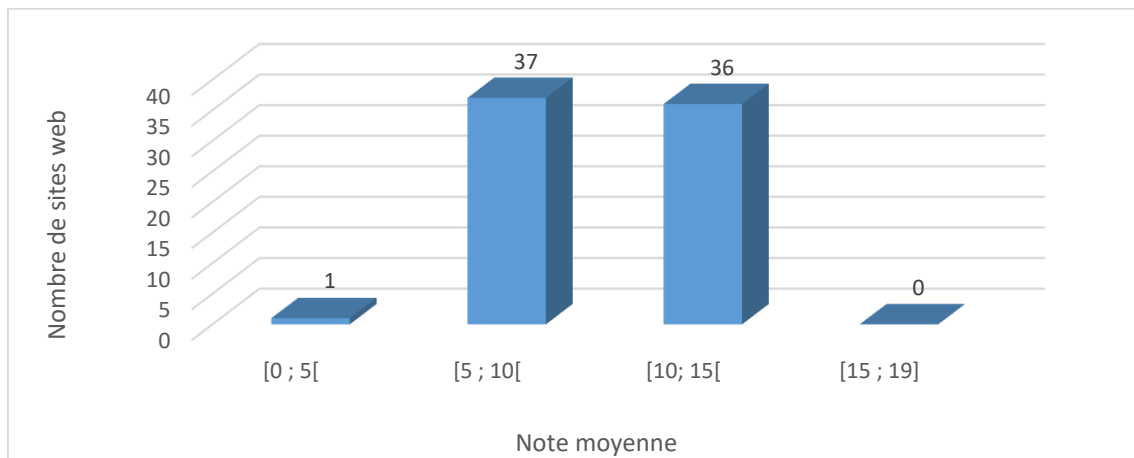


Graphique 3 : Répartition des brochures selon la note moyenne

A propos des sites web, la moyenne des notes s'élevait à 9.76 (ET 2.58), la médiane à 9.5. La note la plus faible était de 4, la plus haute de 14.5. Seuls 49% des sites web (36 sur 74 évalués) ont obtenu une note supérieure ou égale à 10.

Deux sites web ont obtenu la note de 14.5, à savoir le site de l'Assurance Maladie dont la page s'intitule « Le dépistage du cancer de la prostate » et le site Infosante.be, dont la page se nomme « Cancer de la prostate ». Enfin, quatre sites ont obtenu la note de 14 : les sites InfoCancer, Canadian Task Force (page « Résumé graphique »), Nova Scotia et Mc Master Vieillissement Optimal.

La répartition des sites web selon leurs scores de lisibilité s'établit comme suit (graphique 4).



Graphique 4 : Répartition des sites web selon la note moyenne

C. Degré de concordance inter-évaluateurs

Ensuite, nous avons souhaité mesurer le degré de concordance inter-juges sur le critère « document sélectionné à l'issue de l'évaluation par la grille SFP ». Pour rappel, un document était sélectionnable pour intégrer la liste des meilleurs supports s'il remplissait les deux conditions de la grille SFP, à savoir : obtenir une réponse positive sur chacun des cinq premiers critères et totaliser une note supérieure ou égale à 10 points. Ainsi, la réponse au critère « document sélectionné à l'issue de l'évaluation par la grille SFP » était évaluée pour chacun des documents et pour chaque évaluateur, avec une réponse binaire attribuée à chacun des évaluateurs : « oui » ou « non ». A partir de ces données, nous avons donc calculé le coefficient Kappa de Cohen, qui s'élève à 0.64 (IC_{95%} [0.47 – 0.82]), correspondant, d'après le tableau de Landis et Koch, à un accord fort.

Enfin, après avoir constaté cette forte concordance, nous avons calculé le coefficient de corrélation intra-classe (ICC), afin de mesurer notre degré de concordance sur la notation globale des supports. Celui-ci s'élève à 0.75 (IC_{95%} [0.64 – 0.83]), soit un bon accord.

L'ensemble des résultats sont disponibles en annexe 7 de ce document, les cases vertes numérotées correspondant aux documents ayant remplis les deux conditions pour être retenus parmi les supports les plus qualitatifs (les coefficients Kappa rapportés correspondent à la concordance inter-évaluateurs concernant les réponses apportées pour chacun des critères de chaque document).

IV. DISCUSSION

1. ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence la qualité moyenne des supports évalués concernant le dépistage du cancer de la prostate, tant sur le plan de la lisibilité que de la qualité d'information. En effet, la moyenne des scores de lisibilité des documents évalués est en deçà des scores permettant l'accessibilité des supports à une majorité de lecteurs (à savoir un score compris entre 40 et 50), avec néanmoins, pour les brochures, un score de lisibilité moyen compris dans cet intervalle (43.12). Ces résultats concordent avec les études antérieurement réalisées sur le sujet, à savoir cette étude de Rooney et al (80) qui retrouve une lisibilité insuffisante des supports anglais traitant du dépistage du cancer de la prostate, ainsi que cette étude de Basch et al (81) concluant à des niveaux de lisibilité inappropriés de supports anglais traitant du cancer de la prostate dans son ensemble. Ainsi, une lisibilité de moindre qualité pourrait s'avérer être un obstacle à l'utilisation de ces supports par des patients avec un faible niveau de littératie.

Concernant l'analyse qualitative de l'information apportée, la moyenne des notes de l'ensemble des supports évalués s'élève à 10.21, avec néanmoins une grande hétérogénéité des résultats, allant de 4 à 19. D'après l'outil DISCERN, un support est considéré de bonne qualité s'il atteint le score de 52/80, soit 65/100. Ainsi, en appliquant cette règle à la grille SFP, un support sera considéré de bonne qualité s'il obtient la note de 12.5/19. Parmi les 92 documents évalués, seuls 23 (25%) ont obtenu une note supérieure ou égale à 12.5 (9 brochures et 14 sites web, respectivement 50% et 19%). Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de précédentes études réalisées sur le sujet : dans l'étude de Ilic et al (82), les auteurs concluent à une qualité variable (voire faible pour la plupart) des sites web relatifs au dépistage du cancer de la prostate, tout comme l'étude de Manole et al (83), qui souligne également un manque d'accessibilité de ces sites, notamment sur smartphone, principal outil d'accès à Internet.

On constate par ailleurs une moyenne plus élevée pour les brochures (12.08) comparativement aux sites web (9.76), cette différence pouvant être expliquée par le fait que l'ensemble de ces brochures provenaient de sites institutionnels ou de sources en lien avec le domaine de la

santé (littérature grise, revue médicale), contrairement aux sites web dont 35% seulement étaient issus de sources institutionnelles.

Par ailleurs, après avoir constaté un accord inter-évaluateurs fort ($\kappa = 0.64$) concernant la sélection des supports selon le critère de la grille SFP, nous avons focalisé notre attention sur les discordances existantes entre les deux évaluateurs concernant l'inclusion ou non des supports à l'issue de l'étape d'évaluation par l'intermédiaire de la grille SFP. Au total, 13 documents étaient exclus suite à cette première étape, signifiant qu'un document était exclu par l'un ou l'autre des évaluateurs, en raison d'une réponse négative à l'un des cinq premiers critères ou d'un score inférieur à 10 points. Nous avons par la suite décidé de la tenue d'une concertation afin de tenter de résoudre ces divergences, et permettre ainsi d'inclure ou d'exclure définitivement ces 13 supports. Finalement, parmi les 13 documents en balance, 4 ont finalement été inclus et 9 définitivement exclus. Ayant pu régler ces divergences au cours de cette concertation, l'intervention d'un troisième évaluateur n'a pas été nécessaire.

Cependant, concernant les 4 supports nouvellement inclus, nous avons choisi de ne pas les mettre en concurrence avec ceux précédemment sélectionnés, dans le but d'en extraire les plus qualitatifs, en raison de la rupture d'indépendance de l'évaluation du fait de la concertation effectuée.

Enfin, nous avons analysé les points de discordance portant sur le nombre de points attribués pour chaque critère d'évaluation. Nous nous sommes ainsi intéressés aux quatre critères présentant les plus grandes disparités. Le principal point de divergence concernait le critère n°6, intitulé « La forme du document est attractive et facilement accessible par le public visé ». En effet, on observe un écart de notation de 31 points entre les deux évaluateurs (Antoine Bauduin, AB et Emmanuel Lefebvre, EL), soit une différence de 34%. Après discussion, il est ressorti que AB accordait plus d'importance à l'attractivité et l'accessibilité du document qu'à son illustration, contrairement à EL, qui mettait ces trois critères sur le même plan d'importance. Le second point de divergence se rapportait au critère n°2, intitulé « Le public auquel le document est destiné, est précisé », avec un écart de 23 points entre les évaluateurs, soit une différence de 25%. Pour ce critère, AB a plus souvent répondu « non » si l'information attendue n'était pas explicitement écrite, notamment en début de document. EL a pour sa part pu répondre « oui » lorsque le document comportait une illustration permettant de deviner le public ciblé. Ensuite, le troisième point de divergence concernait le critère n°10, intitulé « Des sources complémentaires d'information ou d'accompagnement sont proposées », avec une différence observée de 21 points, soit 23%. Sur ce point, nous avons

conclu qu'AB considérait tous les types de ressources comme sources d'informations complémentaires (sites généralistes, institutionnels, liens vers d'autres pathologies de la prostate, ...) tandis qu'EL considérait principalement les ressources directement destinées aux patients, en excluant les sites institutionnels et la bibliographie. Enfin, le dernier point de divergence était le critère n°9, intitulé « Les illustrations sont adaptées », avec un écart de 18 points, soit 20% de différence. Sur ce critère, AB a considéré qu'une image type « schéma anatomique » ou « photo d'illustration » présentait peu d'intérêt informatif tandis qu'EL a considéré qu'elle pouvait enrichir l'information apportée par écrit et améliorer les connaissances des patients en matière de santé.

2. MEILLEURS SUPPORTS RETENUS

Pour rappel, notre méthode de sélection des meilleurs supports consistait à remplir deux conditions : valider le critère de sélection à l'issue de l'évaluation par la grille SFP (« oui » aux cinq premiers critères et un score moyen supérieur ou égal à 10 points) et obtenir un score de lisibilité supérieur ou égal à 40. Par ailleurs, nous précisons, à titre indicatif, le coefficient Kappa (κ) mesurant le degré de concordance inter-évaluateurs se rapportant aux réponses attribuées par chacun des évaluateurs pour chaque critère.

Concernant les 18 brochures, 6 d'entre elles (33%) remplissaient ces deux conditions préalables. Parmi ces 6 brochures, nous avons notamment retenu la brochure rédigée par l'Université de Laval, qui, malgré un score de lisibilité (40.3) en deçà de la moyenne des brochures, est le support qui semble être le plus qualitatif sur le plan de l'information apportée, en témoigne sa note moyenne de 19 et un degré de concordance parfait ($\kappa = 1$). Nous pouvons également citer les brochures produites par le centre universitaire de Lausanne et par le collège des médecins du Québec, avec respectivement des notes moyennes de 16.5 ($\kappa = 0.77$) et 14 ($\kappa = 0.73$), et des scores de lisibilité supérieurs à la moyenne, respectivement 54.4 et 47.7. Parmi les 6 brochures, la seule issue d'une source française était la brochure proposée sur le site de l'Assurance Maladie, obtenant la note moyenne de 13.5 ($\kappa = 0.87$) et un score de lisibilité de 40.6.

A propos des 74 sites web évalués, seuls 11 d'entre eux (15%) étaient retenus à l'issue de la première étape. Parmi ces 11, 6 ont obtenu un score de lisibilité supérieur ou égal à 40. Ainsi, les sites ayant retenu notre attention sont : le site de l'Assurance Maladie, avec une note

moyenne de 14.5 ($\kappa = 0.86$) et un score de lisibilité de 42.2, le site Infosanté obtenant la note de 14.5 ($\kappa = 0.57$) et le score de lisibilité de 46.2 et enfin, le site de l'Université McMaster, avec une note de 14 ($\kappa = 0.47$) et un score de lisibilité de 40.5.

3. FORCES ET LIMITES

Tout d'abord, concernant la sélection des supports à évaluer, la première étape s'est effectuée, comme dans toute revue de la littérature, par l'utilisation d'équations de recherche dans les bases de données telles que PubMed, CISMef, etc... Devant le faible nombre de résultats, il est décidé d'entreprendre une recherche plus large avec l'utilisation du moteur de recherche Google, permettant d'acquérir le plus grand nombre de résultats de cette étude, ce qui diffère fortement de ce qui est habituellement retrouvé dans les revues de la littérature.

Ensuite, comme nous l'avons souligné précédemment, concernant la sélection des supports par l'intermédiaire du moteur de recherche Google, nous avons choisi de nous limiter aux cent premiers résultats obtenus par le biais de différentes équations de recherche, pour ensuite les inclure ou non dans l'étude, selon les critères d'inclusion et d'exclusion décrits plus haut. Cette limite de cent résultats représente une faible part des sites web se rapportant au dépistage du cancer de la prostate (la recherche « dépistage cancer prostate » permet, à titre d'exemple, d'obtenir 114.000 résultats sur Google). De plus, cette limitation suppose que, lorsque la recherche nous permettait d'obtenir plus de cent résultats, ceux référencés au-delà de la limite imposée n'étaient même pas consultés (alors que potentiellement plus qualitatifs que les précédents), du simple fait d'un référencement moins avantageux. De même, la sélection de ces supports ne s'est effectuée que par l'intermédiaire des résultats obtenus par l'équation de recherche utilisée dans le moteur de recherche, excluant de fait les liens supplémentaires pouvant être présents dans les résultats consultés et pointant vers d'autres articles (là encore potentiellement plus qualitatifs), du fait, une fois encore, d'un moins bon référencement. Enfin, l'inclusion des supports pour cette étude présente le défaut de n'avoir été effectuée que par un seul individu, de même que le texte sélectionné dans chaque document pour calculer le score de lisibilité. Ainsi, certains supports ou certaines parties de texte ont pu avoir été exclus à tort.

Concernant le référencement des sites internet, celui-ci est en constante évolution, ce qui signifie qu'une recherche effectuée avec la même équation de recherche, mais à deux périodes différentes, entraînerait des résultats différents malgré un protocole identique.

Enfin, en effectuant, comme précédemment, une recherche identique mais à deux temps distincts, certains sites pourraient avoir disparus, tout comme de nouveaux pourraient avoir été créés. De même, les documents étudiés pourraient avoir été modifiés entre deux recherches.

Pour finir, cette recherche bibliographique par l'intermédiaire d'un moteur de recherche ne peut être qualifiée d'exhaustive, en raison du trop grand nombre de résultats à traiter, expliquant l'instauration de cette limite aux cent premiers résultats. De plus, la restriction de la sélection des supports en langue française uniquement a également exclu un nombre conséquent de résultats, dont certains étaient possiblement de meilleure qualité. Par ailleurs, l'exclusion des supports audio ou vidéos, potentiellement plus attractifs et appréciés par les patients, peut avoir exclu des supports de bonne qualité. Enfin, l'utilisation d'un seul moteur de recherche, Google, a pu entraîner une restriction du nombre de supports inclus. Cependant, les statistiques indiquent qu'en France, il est de loin le moteur de recherche le plus utilisé, avec, en 2022, une part de 91% d'utilisation parmi les différents moteurs recensés (84).

Concernant l'évaluation des supports sélectionnés, l'utilisation de la formule de lisibilité de R. Flesch permet une évaluation quantitative de la lisibilité d'un document, mais, comme le souligne M. Sustersic (75) : « [elle] n'inclut pas les aspects de logique et d'adéquation entre le contenu du texte et sa cible en terme de type de public ». Ainsi, le degré de lisibilité est uniquement évalué sur la base de la longueur des phrases et des mots, sans informer sur la réelle compréhension par les patients, des supports évalués, qui ne pourrait être obtenue que par l'intermédiaire d'une évaluation *a posteriori*. Le meilleur exemple concernant notre travail serait celui de la brochure produite par l'Université de Laval, qui, malgré un score de lisibilité à la limite du seuil fixé, semble être, d'après notre évaluation, la plus adaptée pour apporter une information de qualité. De ce fait, nous pouvons légitimement nous interroger sur la réflexion suivante : un texte évalué comme difficile sur le plan de la lisibilité est-il pour autant difficilement compréhensible ? Dans le domaine médical, nombreux sont les mots longs et polysyllabiques, entraînant logiquement un nombre de syllabes plus important, et par conséquent, un score de lisibilité plus faible. Une suppression de ces mots complexes pourrait ainsi permettre une amélioration de la lisibilité. Cependant, supprimer ces termes reviendrait à

une baisse de précision et de qualité de l'information médicale apportée, dans le seul but d'améliorer la lisibilité, qui, rappelons-le, ne fait pas état de la compréhensibilité d'un texte.

De même, cette formule ne prend pas en compte la mise en page (85), alors que cette dernière semble être un critère important, notamment en terme de compréhension et d'attractivité concernant les documents d'informations relatifs à la santé (86). En effet, cette étude de Krass et al (87) a démontré que les brochures ayant répondu à des critères spécifiques de mise en page étaient évaluées plus positivement en ce qui concerne la présentation, mais étaient également perçues comme plus utiles et plus compréhensibles. De plus, cette même étude a également mis en évidence qu'entre les brochures contenant des informations identiques, celles présentant la meilleure mise en page étaient les mieux notées. Enfin, cette étude de Houts et al (88) a démontré que l'ajout d'images sur un document écrit ou présentées lors d'une conversation pouvait augmenter l'attention, la compréhension, la mémorisation et l'adhésion du patient. Ainsi, l'efficacité de la communication dans le domaine de la santé pourrait être amélioré par l'introduction d'images dans les ressources utilisées et, les documents déjà existants pourraient être améliorés par l'ajout d'images. Enfin, l'introduction d'images pourrait notamment aider les patients présentant un faible niveau de littératie.

Par ailleurs, l'utilisation de la grille SFP, basée sur l'outil DISCERN, représente une limite du fait du caractère subjectif de l'évaluation des documents par l'utilisation de cet outil. De même, l'évaluation des documents n'étant pas réalisée à l'aveugle, à savoir que les évaluateurs avaient connaissance de la provenance des documents, cela a pu entraîner un biais d'évaluation, positivement ou négativement selon la source.

Enfin, si la méthode d'évaluation des documents présente plusieurs limites, l'application d'une double évaluation indépendante des documents, par le biais de la grille SFP, couplée à la mesure de la concordance inter-évaluateurs, permet de corriger les limites d'un évaluateur unique.

4. PERSPECTIVES

Ce travail a permis de mettre en évidence que les documents d'information à destination des patients, se rapportant au dépistage du cancer de la prostate, bien que nombreux, étaient de qualité moyenne. Nous avons cependant pu isoler certains de ces supports du fait de leur qualité jugée supérieure, selon nos critères d'évaluation. En revanche, cette étude ne nous

permet pas d'affirmer que ces supports de meilleure qualité auront davantage d'impact en ce qui concerne la compréhension, la mémorisation et l'attractivité comparativement à des supports de qualité inférieure. De plus, l'intérêt de ces supports étant, d'une part, d'informer les patients sur le dépistage du cancer de la prostate, avec ses bénéfices et risques attendus, ainsi que sur les démarches inhérentes à ce dépistage, et d'autre part, permettre au patient de prendre une décision libre et éclairée d'entrer ou non dans cette démarche de dépistage. Ainsi, les meilleurs supports de cette étude permettraient-ils aux patients de prendre une décision de façon plus aisée après y avoir été exposé ? Afin de répondre à ces nombreuses inconnues, un ou plusieurs travaux semblent nécessaires. En effet, une étude pourrait être menée afin d'évaluer le niveau de compréhension et les informations retenues par les patients après avoir été confrontés à un ou plusieurs des meilleurs supports retenus dans notre étude. De plus, ce travail pourrait permettre de mesurer l'impact de l'exposition à ces supports sur la prise de décision concernant l'entrée ou non dans le processus de dépistage, avec une évaluation *a priori* et *a posteriori*. Un autre travail pourrait consister en la réalisation d'une brochure destinée aux patients, portant sur le dépistage du cancer de la prostate, rédigée selon les critères de lisibilité et de qualité utilisés dans notre étude, puis évaluée secondairement auprès d'un panel de patients au cours d'entretiens semi-directifs.

De plus, dans l'optique de diffuser de manière la plus large possible ces supports à la population cible, il serait intéressant que les professionnels de santé concernés s'approprient un ou plusieurs de ces documents. Cela permettrait aux patients de se voir proposer des supports évalués comme étant de bonne qualité sur le thème concerné d'une part, et les professionnels, familiers de ces outils, pourraient apporter un complément d'information dans les cas où certains points seraient non ou mal compris d'autre part. Par ailleurs, ce travail amène à réfléchir sur la manière dont ces supports peuvent être partagés avec les patients. La démarche la plus pertinente à l'heure actuelle serait un partage d'informations par le biais d'Internet, bien qu'il faille également penser à une alternative pour les patients peu coutumiers de cet outil ou ceux n'ayant pas ou difficilement accès à celui-ci. Concernant la méthode de partage, cela pourrait être pertinent de constituer des banques de données comprenant des outils d'aide à la décision médicale partagée, à destination des professionnels concernés, afin que ces derniers puissent secondairement remettre ces supports au public ciblé. Une autre alternative pourrait être de créer un site web pédagogique, simple de diffusion auprès des patients, qui regrouperait ces différents outils. Enfin, une autre approche pourrait être celle d'intégrer des QR code à des documents remis aux patients, renvoyant

directement à l'outil voulant être partagé par le médecin, afin de permettre un accès immédiat par le biais d'un smartphone ou d'une tablette.

Enfin, ces supports pourraient constituer la base d'un enseignement dédié à la décision médicale partagée, essentielle mais peu enseignée, avec pour principes d'évaluer les interrogations les plus fréquentes des patients sur le thème choisi, d'y répondre à l'aide de l'outil adéquat en complément de l'information orale, puis d'exposer et de discuter des différentes perspectives envisageables puis envisagées, pour enfin s'assurer de la sérénité du patient quant à sa prise de décision.

V. CONCLUSION

Si ce travail a permis de mettre en évidence qu'il existe un nombre conséquent de supports concernant le dépistage du cancer de la prostate destinés aux patients, il n'en demeure pas moins que ces derniers peuvent être considérés de qualité moyenne.

Les pistes d'amélioration de la qualité de ces documents peuvent être nombreuses. D'une part, par une amélioration de la mise en page et l'ajout d'éventuelles images, afin d'en accroître le degré de compréhension et d'attractivité, couplé à une amélioration de la lisibilité. D'autre part, par l'ajout d'informations souvent manquantes ou difficilement accessibles, telles que la population cible, la date de rédaction ou d'actualisation des données scientifiques ainsi que leurs sources, mais également le nom des auteurs, leurs fonctions, leurs conflits d'intérêts éventuels et les sources de financement ayant permis l'élaboration du document. Par ailleurs, une définition *a priori* des objectifs d'information et des attentes des patients, associée à une revue par les pairs *a posteriori* pourrait permettre d'améliorer la qualité de ces documents.

Enfin, si à l'ère d'internet, l'ensemble de ces documents semblent faciles d'accès, il serait judicieux de réfléchir à un moyen de faciliter l'accès des professionnels, confrontés aux questions du dépistage, aux meilleurs supports, afin de les promouvoir auprès de leurs patients, et permettre à ces derniers d'effectuer un choix libre et éclairé sur l'entrée ou non dans une démarche de dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guessous, I., Gaspoz, J., Paccaud, F., Cornuz, J., Dépistage : principes et méthodes, *Rev Med Suisse*, 2010/256 (Vol.-4), p. 1390–1394.
2. Institut National du Cancer. Détecter tôt pour mieux soigner - Se faire dépister [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Detecter-tot-pour-mieux-soigner>
3. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers*, No.34. World Health Organization. Geneva, 1968.
4. Institut National du Cancer. Le cancer de la prostate - Les cancers les plus fréquents [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate>
5. Haute Autorité de Santé. Détection précoce du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. Mai 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
6. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N. Engl. J. Med.* 2009 Mar 26; 360(13):1310-1319.
7. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Jan 18;104(2):125–32.
8. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan 31;2013(1):CD004720.
9. Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A, Agoritsas T, Dahm P. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2018 Sep 5;362:k3519.
10. 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.* 2020 Nov;30(12S):S136-S251. French.
11. 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.* 2021 Feb;79(2):243-62.

12. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO [Internet]. Juin 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-06/depistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_donnees_rapport.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? Rapport d'orientation [Internet]. Février 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1238094/fr/depistage-du-cancer-de-la-prostate-par-dosage-du-psa-interet-non-demonstre-chez-les-hommes-presentant-des-facteurs-de-risque
14. Collège de la Médecine Générale. Vous avez dit « prostate ! », comme c'est bizarre... - [Internet]. FMC DINAN. 2011. Disponible sur: <http://www.fmcdinan.org/article-prostate-encore-toujours-66271034.html>
15. Internet ne remplace pas encore le médecin [Internet]. Ipsos. 2010. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>
16. Seisen, T., Rouprêt, M., Faix, A., & Droupy, S. (2012). La prostate : une glande au carrefour uro-génital. *Progrès en Urologie*, 22, S2—S6.
17. Institut National du Cancer. Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage de cancer de la prostate par dosage du PSA, états des lieux et des connaissances [Internet]. Mars 2015. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/145111/1813851/file/Synth%C3%A8se-benefices-risques-depistage-cancer-prostate-par-dosage-psa_2016.pdf
18. Multigner L, Ndong JR, Giusti A, Romana M, Delacroix-Maillard H, Cordier S, Jégou B, Thome JP, Blanchet P. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2010 Jul 20;28(21):3457-62.
19. Esposito K, Chiodini P, Capuano A, Bellastella G, Maiorino MI, Parretta E, Lenzi A, Giugliano D. Effect of metabolic syndrome and its components on prostate cancer risk: meta-analysis. *J Endocrinol Invest*. 2013 Feb;36(2):132-9.
20. Matsushita M, Fujita K, Nonomura N. Influence of Diet and Nutrition on Prostate Cancer. *Int J Mol Sci*. 2020 Feb 20;21(4):1447.
21. Perdana NR, Mochtar CA, Umbas R, Hamid AR. The Risk Factors of Prostate Cancer and Its Prevention: A Literature Review. *Acta Med Indones*. 2016 Jul;48(3):228-238.
22. Loeb S, Vellekoop A, Ahmed HU, Catto J, Emberton M, Nam R, Rosario DJ, Scattoni V, Lotan Y. Systematic review of complications of prostate biopsy. *Eur Urol*. 2013 Dec;64(6):876-92.
23. Fainberg J, Gaffney CD, Pierce H, Aboukhshaba A, Chughtai B, Christos P, Kashanian JA. Erectile Dysfunction is a Transient Complication of Prostate Biopsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Urol*. 2021 Mar;205(3):664-670.

24. Association Française d’Urologie. Référentiel du collège d’urologie (5^{ème} édition). Item 310 : Tumeur de prostate [Internet]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/11/Item-310-Tumeur-de-prostate.pdf>
25. Salomon, L. (2014). Le score de Gleason pour les nuls [Internet]. Progrès en Urologie - FMC, 24(1), F13—F15. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PF/2014/6420/63961/FR/883429/main.pdf>
26. Haute Autorité de Santé. Guide ALD n° 30 : Cancer de la prostate. Révision janvier 2012 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/content/download/95935/1021324/file/GUIALDPROSMD12.pdf>
27. Institut National Du Cancer. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
28. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Causes de décès selon le sexe [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#graphique-figure1>
29. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372 p. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/190597/2335082>
30. Institut National Du Cancer. Panorama des cancers en France - édition 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022>
31. Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, Benhamou E, Chérié-Challine L et al. Estimation nationale de l’incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire, décembre 2008.
32. Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L; French network of cancer registries (Francim). Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014 Apr;62(2):95-108
33. Coureau G, Mounier M, Tretarre B, Dantony E, Uhry Z, Monnereau A et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, juillet 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnesatteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>
34. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe (2020). Programmes de dépistage : guide succinct. Accroître l’efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs.

35. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics ? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med.* 2012 Mar 6;156(5):340-9.
36. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009 Mar 26;360(13):1320–8.
37. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med.* 2012 Mar 15;366(11):981-90.
38. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet.* 2014 Dec 6;384(9959):2027–35.
39. Dépistage du cancer de la prostate : et après ? - Septembre 2011 [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_cancer_de_la_prostate_et_apres_septem/
40. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2018;319(9):883–895.
41. 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.* 2018 May 8;319(18):1914-1931.
42. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, Mason M, Metcalfe C, Walsh E, et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2016 Oct 13;375(15):1425-1437.
43. Hoffman KE, Penson DF, Zhao Z, Huang LC, Conwill R, Laviana AA, et al. Patient-Reported Outcomes Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. *JAMA.* 2020 Jan 14;323(2):149-163.
44. Adam S, Koch-Gallenkamp L, Bertram H, et al. Health-related quality of life in long-term survivors with localised prostate cancer by therapy-Results from a population-based study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019 Sep;28(5):e13076.
45. Erim DO, Bennett AV, Gaynes BN, Basak RS, Usinger D, Chen RC. Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life. *Cancer Med.* 2020 Jun;9(12):4467-4473.
46. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec.* 2014;62:4-7.

47. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » [Internet]. Octobre 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
48. Haute Autorité de Santé. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé [Internet]. Mars 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf
49. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 12;4(4):CD001431
50. Ivlev I, Jerabkova S, Mishra M, Cook LA, Eden KB. Prostate Cancer Screening Patient Decision Aids: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2018 Dec;55(6):896-907.
51. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
52. Code de la santé publique - Article L1111-2 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
53. Article 35 - Information du patient. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
54. OCDE. La littératie à l'ère de l'information [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/education/innovation-education/39438013.pdf>
55. Lacelle N, Lafontaine L, Moreau AC, Laroui R. Définition de la littératie. Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie. 2016.
56. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80.
57. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. *Health literacy: the solid facts.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
58. Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health,* 2015, vol. 25, no 6 : p. 1553-1558.

59. OCDE. Premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)
60. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011 Mar;(199):1-941.
61. Van den Broucke: Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health* 2014 72:10.
62. Kitching JB. Patient information leaflets--the state of the art. *J R Soc Med*. 1990 May;83(5):298-300.
63. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J Sr, Newton LD, Newton DP, Moseley DV. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract*. 1998 Oct;15(5):471-9.
64. Piredda M, Migliozi A, Biagioli V, Carassiti M, De Marinis MG. Written Information Improves Patient Knowledge About Implanted Ports. *Clin J Oncol Nurs*. 2016 Apr;20(2):E28-33.
65. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res*. 2005 Aug;20(4):423-9.
66. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale : étude randomisée et contrôlée. Thèse d'exercice. Médecine Générale. Université Joseph Fourier. Grenoble; 2011, 58p.
67. Isaac A. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de la littérature. Thèse d'exercice. Médecine générale. Université Joseph Fourier. Grenoble; 2014, 116p.
68. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, David-Tchouda S, Martinez L, Bosson JL. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. *J Gen Intern Med*. 2013 Jan;28(1):25-31.
69. Sustersic M, Tissot M, Tyrant J, et al. Impact of patient information leaflets on doctor-patient communication in the context of acute conditions: a prospective, controlled, before-after study in two French emergency departments. *BMJ Open* 2019;9:e024184.

70. Macfarlane JT, Holmes WF, Macfarlane RM. Reducing consultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: a randomized controlled study of patients in primary care. *Br J Gen Pract.* 1997 Nov;47(424):719-22.
71. Francis N A, Butler C C, Hood K, Simpson S, Wood F, Nuttall J et al. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial *BMJ* 2009; 339 :b2885.
72. Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Juin 2008. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
73. Flesch R. A new readability yardstick. *J Appl Psychol.* 1948 Jun;32(3):221-33.
74. De Landsheere, G. Pour une application des tests de lisibilité de Flesch à la langue française. *Le Travail Humain*, vol. 26, no. 1/2, 1963, pp. 141–54.
75. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine Générale. Université Joseph Fourier. Grenoble; 2007, 63p.
76. Sustersic M, Meneau A, Drémont R, Paris A, Laborde L, Bosson JL. Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. Proposition d'une méthodologie [Developing patient information sheets in general practice. Proposal for a methodology]. *Rev Prat.* 2008 Dec 15;58(19 Suppl):17-24. French.
77. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health.* 1999 Feb;53(2):105-11.
78. Godolphin W, Towle A, McKendry R. Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision-making. *Health Expect.* 2001 Dec;4(4):235-42.
79. Moulton B, Franck LS, Brady H. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expect.* 2004 Jun;7(2):165-75.
80. Rooney MK, Morgans AK, Chen RC, Golden DW, Meeks JJ, Auffenberg G, Kundu SD, Schaeffer EM, Hussain MH, Kalapurakal JA, Sachdev S. Educational Material on Prostate Cancer Screening is Overly Complex and Fails to Meet Recommended Layperson Readability Guidelines. *Urology.* 2020 Jan;135:1-3.
81. Basch CH, Ethan D, MacLean SA, Fera J, Garcia P, Basch CE. Readability of Prostate Cancer Information Online: A Cross-Sectional Study. *Am J Mens Health.* 2018 Sep;12(5):1665-1669.

82. Ilic D, Risbridger G, Green S. Searching the Internet for information on prostate cancer screening: an assessment of quality. *Urology*. 2004 Jul;64(1):112-6.
83. Manole BA, Wakefield DV, Dove AP, Dulaney CR, Marcrom SR, Schwartz DL, Farmer MR. Quality of prostate cancer screening information on the websites of nationally recognized cancer centers and health organizations. *Pract Radiat Oncol*. 2018 Jul-Aug;8(4):275-278.
84. Search Engine Market Share France. Statcounter Global Stats [Internet]. Disponible sur: <https://gs.statcounter.com/search-engine-market-share/all/france/#yearly-2022-2022-bar>
85. Jindal P, MacDermid JC. Assessing reading levels of health information: uses and limitations of flesch formula. *Educ Health (Abingdon)*. 2017 Jan-Apr;30(1):84-88.
86. Krasnoryadtseva A, Dalbeth N, Petrie KJ. The effect of different styles of medical illustration on information comprehension, the perception of educational material and illness beliefs. *Patient Educ Couns*. 2020 Mar;103(3):556-562.
87. Krass I, Svarstad BL, Bultman D. Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Educ Couns*. 2002 May;47(1):29-35.
88. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*. 2006 May;61(2):173-90.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de Wilson et Jungner

1. La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas...)
2. Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée
3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique
5. Il existe un examen de dépistage efficace (fiable, reproductible) en conditions de dépistage (c'est-à-dire avec une plus faible prévalence de la maladie)
6. Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population
7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie
8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis
9. Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux
10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

Source : *Les mots du dépistage des cancers* [Internet]. Elsevier Connect. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/les-mots-du-depistage-des-cancers>

Annexe 2 : Estimation des surdiagnostics dans les groupes dépistage des essais contrôlés randomisés CAP, ERSPC et PLCO

Table 2. Estimates of Overdiagnosis of Prostate Cancer Based on Excess Incidence in the Screening Groups of Randomized Controlled Trials (Key Question 2)^a

Source	Patient Age Range, y	No. of Participants	Median Follow-up, y ^b	Numerator (Excess Cases With Long-Term Followup)	Denominator #1 (PCa Diagnosed in Screening Arm During Screening Phase)	Denominator #2 (Screen-Detected PCa During Screening Phase)	Overdiagnosis Estimate, Method #1 (%) ^c	Overdiagnosis Estimate, Method #2 (%) ^d
CAP, 2018 ⁵	50-69	Intervention: 189,386 Control: 219,439	10.0	1,276 ^e	3,133	NR	40.7	NA
PLCO, 2016 ^{6,7}	55-74	Intervention: 38,340 Control: 38,343	13.0 ^b	425	2,577	2,049	16.4	20.7
ERSPC ^{c,1} 2014 ^{8,9}	55-69	Intervention: 72,891 Control: 89,352	13.0	2,461 ^e	7,408	4,883	33.2	50.4
ERSPC-Goteborg, 2015 ¹⁰	50-64	Intervention: 10,000 Control: 10,000	14.0 ^b	420	896	NR	46.8	NA
ERSPC – Spain, 2014 ¹¹	45-70	Intervention: 2,415 Control: 1,861	15.2	58 ^e	161	NR	36.0	NA
ERSPC – Rotterdam, 2014 ^{12,13}	55-74	Intervention: 20,985 Control: 20,917	12.8	1,244	2,597	2,113	47.9	58.9
ERSPC – Finland, 2013 ^{14,15}	55-67	Intervention: 31,866 Control: 48,278	12.0	680 ^e	2,883	2,661	23.6	25.6

Source : 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. 2018 May 8

Annexe 3 : Grille SFP originale

Grille SFP - Document Patient - 2011
Grille d'évaluation de la qualité d'un document d'information
à destination de patients ou d'utilisateurs

Nom du document :
 URL du document :
 Date de récupération du document :
 Nom de cotuteur au sein de la SFP :

Pour que le document proposé à la SFP soit répertorié sur son site, les 5 premiers critères doivent être remplis (oui) et le document recueillir au moins 10 points (1 point par « oui »).

Document à mettre à disposition via le site de la SFP : Oui Non
 Catégorie : Dépistage / Prévention / Stratégies diagnostiques ou thérapeutiques / Education thérapeutique du patient / Soins autoproduits
 Note méthodologique obtenue : /20

N°	Critères de qualité	Oui	Non
1.	Le document est à destination de patients ou d'utilisateurs que rencontrent les kinésithérapeutes/physiothérapeutes		
2.	Le public auquel le document est destiné, est précisé		
3.	Les attentes et questions habituellement posées par les patients sont prises en compte		
4.	Le thème et les objectifs du document sont explicites		
5.	Le document est facilement accessible par les membres de la SFP		
6.	La forme du document est attractive et facilement accessible par le public visé		
7.	Le support d'information est pratique, facile à utiliser et peu encombrant		
8.	Le langage est simple et le ton approprié		
9.	Les illustrations sont adaptées		
10.	Des sources complémentaires d'information ou d'accompagnement sont proposées		
11.	La date d'élaboration du document est précisée		
12.	Le message principal est bien identifié		
13.	Les messages sont hiérarchisés : une progression est repérable dans les informations présentées		
14.	Les messages sont présentés de manière objective		
15.	Les sources d'information ayant permis d'élaborer le document sont précisées		
16.	Les sources d'informations sont fondées sur des études cliniques ou scientifiques ou des revues systématiques de la littérature		
17.	Les autres choix thérapeutiques sont explicitement cités		
18.	Les personnes ayant rédigé le document et leur secteur d'activité sont précisés		
19.	Des patients ou utilisateurs ont participé à l'élaboration du document		
20.	Les sources de financement sont précisées		

Source : https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc_id=26&fg=1

Annexe 4 : Notice d'aide au remplissage de la grille SFP

Notice pour juger si le document les critères de qualité sont remplis

1. Le document est à destination de patients ou d'usagers que rencontrent les kinésithérapeutes/physiothérapeutes

Le document est destiné à être diffusé auprès d'une population susceptible de bénéficier d'une pratique mise en œuvre par les physiothérapeutes/masso-kinésithérapeutes.

2. Le public auquel le document est destiné, est précisé

Le contenu du document, en particulier son titre et son introduction permettent de connaître les patients ou usagers à qui s'adresse le document : tout public ou catégories spécifiques de personnes (ex. sportifs de haut niveau ou sportifs occasionnels), patients ou aidants (pathologie ou situation fonctionnelle précisément décrite), âge, sexe, etc.

3. Les attentes et questions habituellement posées par les patients sont prises en compte

Le document prend en compte les besoins d'information, les préoccupations du public ciblé, les représentations sociales les plus courantes vis-à-vis du thème et apporte des réponses aux questions les plus fréquentes des patients ou des usagers.

4. Le thème et les objectifs du document sont explicites

Le contenu du document, en particulier son titre et son introduction permettent de définir le champ du document. La situation clinique (pathologie, stade d'évolution, moment où s'applique la stratégie diagnostique, thérapeutique, etc.) et les objectifs décrits permettent de classer le document dans l'une des catégories suivantes :

- dépistage : informer sur le but, les bénéfices, les éventuels inconvénients et le déroulement du dépistage, avant que la personne ne décide de demander, d'accepter ou de refuser ce dépistage ;
- prévention : faire prendre conscience d'un facteur ou d'un comportement à risque évitable et expliquer l'utilité d'un soin pour faciliter l'arrêt de la progression de la maladie, ainsi que les moyens de prévenir les rechutes et les complications ;
- stratégies diagnostiques ou thérapeutiques : expliquer la pathologie, les avantages et les inconvénients de chaque stratégie, la balance bénéfices/risques prévisibles des thérapeutiques pour aider le patient à prendre une décision ;
- éducation thérapeutique du patient : décrire les étapes de l'éducation thérapeutique, les objectifs des séances et des activités proposées pour mieux gérer au quotidien une maladie chronique ;
- soins auto-prodigés : rappeler les conseils donnés par le professionnel de santé (suivre son traitement, réaliser des exercices, surveiller un paramètre clinique ou biologique, etc.) afin que le patient les adapte à sa situation.

5. Le document est facilement accessible par les membres de la SFP

Afin d'être mis à disposition sur le site de la SFP, un lien électronique vers le site du/des rédacteurs ou une référence de publication dans un journal professionnel doit être mis à disposition de la SFP.

6. La forme du document est attractive et facilement accessible par le public visé

Le document est illustré ; il peut être facilement distribué aux patients/usagers ou facilement téléchargeable par le patient/usager qui possède un ordinateur.

7. Le support d'information est pratique, facile à utiliser et peu encombrant

Le support peut être un support papier, vidéo ou électronique. Le nombre de pages ou la durée de la vidéo est adaptée au thème et à l'utilisation visée par l'objectif du document.

8. Le langage est simple et le ton approprié

La rédaction est claire, sans langage technique ; le ton est objectif, sans dramatisation ni optimisme excessif, ni paternaliste ni infantilisant, la personne n'est pas assimilée à sa pathologie (répondre « non », si le texte comprend des expressions du type : l'hémiplégique, l'amputé etc.).

9. Les illustrations sont adaptées

Les illustrations sont en rapport avec le texte et le complètent (ex. les schémas sont clairement orientés afin de permettre une compréhension claire du mouvement à effectuer).

Les illustrations sont respectueuses des personnes (ex. respect de l'intimité du patient).

Elles mettent en scène des situations qui respectent les bonnes pratiques (ex. absence de montre ou de bijou sur des photos illustrant une situation où les règles d'hygiène doivent être respectées).

10. Des sources complémentaires d'information ou d'accompagnement sont proposées

Des adresses d'associations de patients, de structures pouvant accompagner les patients ou de sites non commerciaux permettant au patient de compléter son information sont proposées.

11. La date d'élaboration du document est précisée

La date d'élaboration du document est précisée sur le document. L'est éventuellement aussi la date de son actualisation (date effective d'actualisation d'un document antérieur ou date envisagée d'une actualisation future tenant compte de la rapidité de l'évolution des données scientifiques dans le champ).

12. Le message principal est bien identifié

La mise en forme permet d'identifier le ou les messages-clés.

13. Les messages sont hiérarchisés

Une progression est repérable dans les informations présentées. Les informations sont présentées avec un enchaînement facilement repérable, une hiérarchie ou une progression, (ex. causes, conséquences, traitement ; ex ; traitement médical, rééducation, chirurgie, rééducation).

14. Les messages sont présentés de manière objective

L'information est non biaisée et équilibrée, présentant les bénéfices et les risques de chacun des différents traitements, ainsi que les conséquences du traitement ou du refus de traitement sur les symptômes mais aussi sur la vie quotidienne et tous les aspects de la qualité de vie.

Le document précise que le traitement présenté peut avoir des effets différents chez certains patients.

Les éléments sur lesquels il reste de l'incertitude sont également présentés.

15. Les sources d'information ayant permis d'élaborer le document sont précisées

Les sources d'information ayant permis aux auteurs de réaliser le document sont précisément référencées dans le document ou un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé où ces sources sont précisées.

16. Les sources d'informations sont fondées sur des études cliniques ou scientifiques ou des revues systématiques de la littérature

Les sources d'informations sont principalement des études cliniques ayant reporté des observations cliniques chez des personnes présentant la situation clinique ciblée dans le document. La date de publication de ces sources est précisée, éventuellement dans un

document annexe, afin de permettre au lecteur de s'assurer qu'elles correspondent aux données actuelles de la science.

17. Les autres choix thérapeutiques sont explicitement cités

Le document précise qu'il existe d'autres traitements alternatifs à celui ciblé par le document. Les cas où une seule option thérapeutique est possible sont extrêmement rares.

18. Les personnes ayant rédigé le document et leur secteur d'activité sont précisés

Le document précise le nom, la fonction et le lieu d'exercice du/des rédacteur(s) ou le document présente le logo et les coordonnées du promoteur et un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé précisant le nom, la fonction et le lieu d'exercice du/des rédacteur(s) et ceux de l'ensemble des participants.

19. Des patients ou usagers ont participé à l'élaboration du document

Le document précise que certains rédacteurs sont des représentants de patients ou d'usagers ou le document présente le logo et les coordonnées d'associations partenaires et un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé précisant l'implication des usagers dans l'élaboration du document d'information. Au minimum, le document doit avoir été testé et commenté par des patients ou usagers avant sa mise à disposition.

20. Les sources de financement sont précisées

Les sources de financement sont précisées dans les documents, permettant de distinguer les financements par fonds publics ou fonds privés. Les entreprises commerciales ayant contribué au financement doivent être citées dans le document.

En 2010, la SFP a souhaité mettre à disposition de ces membres des documents d'information destinés aux patients et usagers, dans le champ de compétence de la physiothérapie, en précisant leur qualité méthodologique. Une grille d'évaluation de la qualité des documents d'information destinés aux patients ou usagers a donc été construite. Une première version de cette grille a été réalisée par Joëlle André-Vert à partir des critères de qualité publiés dans deux sources principales :

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430286/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante
- <http://www.discern.org.uk/>

Elle a ensuite été commentée et hiérarchisée par 7 membres de la SFP ayant répondu à l'appel à projet de la SFP, ce qui a permis de proposer cette version 2011 de la « Grille SFP-Documents Patients ». Elle sera testée sur l'ensemble des documents d'information des patients soumis à la SFP en 2010 et 2011, afin d'être éventuellement ajustée.

La SFP tient à remercier l'ensemble des participants au projet :

Joëlle André-Vert	Roger-Philippe Gachet
Marie Bacelon	Julien Gagliardi
Jean-Marc Cheneville	Rémi Remondière
Loïc Coquisart	Nicolas Savouroux

Source : https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc_id=26&fg=1

Annexe 5 : Grille SFP modifiée

N°	Critères de qualité	Oui	Non
1.	Le document est à destination de patients ou d'utilisateurs qui rencontrent les médecins généralistes/urologues		
2.	Le public auquel le document est destiné, est précisé		
3.	Les attentes et questions habituellement posées par les patients sont prises en compte		
4.	Le thème et les objectifs du document sont explicites		
5.	Le document est facilement accessible par les médecins généralistes/urologues		
6.	La forme du document est attractive et facilement accessible par le public visé		
7.	Le support d'information est pratique, facile à utiliser		
8.	Le langage est simple et le ton approprié		
9.	Les illustrations sont adaptées		
10.	Des sources complémentaires d'information ou d'accompagnement sont proposées		
11.	La date d'élaboration du document est précisée		
12.	Le message principal est bien identifié		
13.	Les messages sont hiérarchisés : une progression est repérable dans les informations présentées		
14.	Les messages sont présentés de manière objective		
15.	Les sources d'information ayant permis d'élaborer le document sont précisées		
16.	Les sources d'informations sont fondées sur des études cliniques ou scientifiques ou des revues systématiques de la littérature		
17.	Les personnes ayant rédigé le document et leur secteur d'activité sont précisés		
18.	Des patients ou utilisateurs ont participé à l'élaboration du document		
19.	Les sources de financement sont précisées		

Annexe 6 : Notice d'aide au remplissage de la grille SFP modifiée

1. Le document est à destination de patients ou d'usagers que rencontrent les médecins généralistes/urologues

Le document est destiné à être diffusé auprès d'une population susceptible de consulter les médecins généralistes/urologues.

2. Le public auquel le document est destiné, est précisé

Le contenu du document, en particulier son titre et son introduction permettent de connaître les patients ou usagers à qui s'adresse le document : tout public ou catégories spécifiques de personnes, patients ou aidants (pathologie ou situation fonctionnelle précisément décrite), âge, sexe, etc.

3. Les attentes et questions habituellement posées par les patients sont prises en compte

Le document prend en compte les besoins d'information, les préoccupations du public ciblé, les représentations sociales les plus courantes vis-à-vis du thème et apporte des réponses aux questions les plus fréquentes des patients ou des usagers.

4. Le thème et les objectifs du document sont explicites

Le document s'adresse à des sujets indemnes de symptômes et a pour objectif d'informer le patient sur le but du dépistage, le déroulement de la procédure ainsi que sur les bénéfices et risques attendus afin d'aider le patient à prendre une décision quant à son entrée ou non dans une démarche de dépistage.

5. Le document est facilement accessible par les médecins généralistes/urologues

Afin d'être utilisé au cours ou au décours d'une consultation, les documents doivent être facilement accessibles par les médecins généralistes/urologues.

6. La forme du document est attractive et facilement accessible par le public visé

Le document est illustré ; il peut être facilement distribué aux patients/usagers ou facilement téléchargeable par le patient/usager qui possède un ordinateur.

7. Le support d'information est pratique, facile à utiliser

Le support peut être un support papier ou électronique. Le nombre de pages est adaptée au thème et à l'utilisation visée par l'objectif du document.

8. Le langage est simple et le ton approprié

La rédaction est claire, sans langage technique ; le ton est objectif.

9. Les illustrations sont adaptées

Les illustrations sont en rapport avec le texte et le complètent.

10. Des sources complémentaires d'information ou d'accompagnement sont proposées

Des adresses d'associations de patients, de structures pouvant accompagner les patients ou de sites non commerciaux permettant au patient de compléter son information sont proposées.

11. La date d'élaboration du document est précisée

La date d'élaboration du document est précisée sur le document. L'est éventuellement aussi la date de son actualisation (date effective d'actualisation d'un document antérieur ou date envisagée d'une actualisation future tenant compte de la rapidité de l'évolution des données scientifiques dans le champ).

12. Le message principal est bien identifié

La mise en forme permet d'identifier le ou les messages-clés.

13. Les messages sont hiérarchisés

Une progression est repérable dans les informations présentées. Les informations sont présentées avec un enchaînement facilement repérable, une hiérarchie ou une progression (ex. généralités sur le dépistage, outils du dépistage, bénéfices/risques attendus, etc ...).

14. Les messages sont présentés de manière objective

L'information est non biaisée et équilibrée, présentant les bénéfices et les risques du dépistage, ainsi que les conséquences possibles du dépistage ou du refus du dépistage (surdiagnostic ou défaut de diagnostic, surtraitement...). Les éléments sur lesquels il reste de l'incertitude sont également présentés.

15. Les sources d'information ayant permis d'élaborer le document sont précisées

Les sources d'information ayant permis aux auteurs de réaliser le document sont précisément référencées dans le document ou un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé où ces sources sont précisées.

16. Les sources d'informations sont fondées sur des études cliniques ou scientifiques ou des revues systématiques de la littérature

Les sources d'informations sont principalement des études cliniques ayant reporté des observations cliniques chez des personnes présentant la situation clinique ciblée dans le document. La date de publication de ces sources est précisée, éventuellement dans un document annexe, afin de permettre au lecteur de s'assurer qu'elles correspondent aux données actuelles de la science.

17. Les personnes ayant rédigé le document et leur secteur d'activité sont précisés

Le document précise le nom, la fonction et le lieu d'exercice du/des rédacteur(s) ou le document présente le logo et les coordonnées du promoteur et un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé précisant le nom, la fonction et le lieu d'exercice du/des rédacteur(s) et ceux de l'ensemble des participants.

18. Des patients ou usagers ont participé à l'élaboration du document

Le document précise que certains rédacteurs sont des représentants de patients ou d'usagers ou le document présente le logo et les coordonnées d'associations partenaires et un lien explicite dans le document permet d'accéder à un autre document annexé précisant l'implication des usagers dans l'élaboration du document d'information.

19. Les sources de financement sont précisées

Les sources de financement sont précisées dans les documents, permettant de distinguer les financements par fonds publics ou fonds privés. Les entreprises commerciales ayant contribué au financement doivent être citées dans le document.

Annexe 7 : Liste des supports retenus et résultats des évaluations

Listes des brochures évaluées :

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
1	CMG, Assurance Maladie, INCa. Le dépistage du cancer de la prostate. S’informer avant de décider. [Internet]. 2016 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4073/document/depistage-cancer-prostate_assurance-maladie.pdf	40.6	13	14	13.5	0.87
2	Fondation ARC. Les cancers de la prostate. [Internet]. 2022 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/sites/default/files/2022-09/ARC_Brochure_CANCER%20PROSTATE_WEB.pdf	32.6	10	11	10.5	0.26
3	La ligue contre le cancer. Le cancer de la prostate. [Internet]. 2009 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-prostate.pdf	34.7	11	9	10	0.37
4	Ravelonanosy-Gillot MT, Normand C, Letrilliart L. Dépistage du cancer de la prostate : document d’information à l’usage des patients. [Internet]. 2013 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/Livret.pdf	40.6	12	14	13	0.76
5	Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate une décision qui vous appartient !. [Internet]. 2013 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: http://www.cmq.org/publications-pdf/p-3-2013-09-01-fr-depistage-cancer-de-la-prostate.pdf	47.7	14	14	14	0.73
6	Tchunte V, MC Giguère A, Boulanger J. Dépistage du cancer de la prostate. Choisir de faire ou de ne pas faire le test de dépistage. [Internet]. 2019 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.boitedecision.ulaval.ca/fileadmin/documents/Boites_Dynamiques/Prostate/BD_Prostate_FR_20190704.pdf	40.3	19	19	19	1
7	Unisanté. Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Le dépistage du cancer de la prostate. [Internet]. Lausanne; 2019 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/Unisant%C3%A9_web_doc_aide_d%C3%A9cision.pdf	54.4	16	17	16.5	0.77

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
8	Ebnöther E, Hablützel J, Huwiler K, Ligue suisse contre le cancer. Le dépistage du cancer de la prostate. [Internet]. Berne; 2014 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://boutique.liguecancer.ch/files/kl/webshop/PDFs/francais/depistage-cancer-prostate_022526011111 .pdf	38.3	12	14	13	0.76
9	Biscontin G, Flatz A, Schär R, Ligue suisse contre le cancer. Le dépistage du cancer de la prostate. Questions-réponses. [Internet]. Berne; 2018 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://boutique.liguecancer.ch/files/kl/webshop/PDFs/francais/depistage-cancer-prostate-booklet-021527081111.pdf	46.2	11	13	12	0.67
10	Société canadienne du cancer. Devrais-je subir un test de dépistage du cancer de la prostate ? Ce que vous devez savoir au sujet du test de l'APS. [Internet]. 2021 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://cdn.cancer.ca/-/media/files/cancer-information/resources/publications/should-i-get-screened-for-prostate-cancer/pcc_psa_brochure_2021_lowsingle_fr.pdf	46.1	8	14	11	0.41
11	Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, Albertijn M, Ronsmans M, De Laet C. Un outil d'aide à la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. [Internet]. 2014 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_prostate_fiches-patients.pdf	56.5	13	13	13	1
12	Berchem G, Rauh S. Le cancer de la prostate. [Internet]. [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://x7a7w8w2.rocketcdn.me/wp-content/uploads/2019/05/cancer-prostate-slo.pdf	40.2	9	10	9.5	0.27
13	Ministère de la santé du Luxembourg. Ne fermez pas les yeux sur le cancer de la prostate. [Internet]. 2007 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/a/aff-fermez-pas-yeux-cancer-prostate/aff-fermez-pas-yeux-cancer-prostate.pdf	43.2	8	10	9	0.58
14	NHS. Cancer de la prostate. [Internet]. 2008 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.nhs.uk/translationfrench/Documents/Cancer_of_the_prostate_French_FINAL.pdf	43.2	5	5	5	1
15	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer de la prostate. [Internet]. 2014 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/10/2014-prostate-cancer-infographic-fr.pdf	38.1	15	14	14.5	0.57

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
16	Prescrire. PSA et dépistage des cancers de la prostate. [Internet]. 2013 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.prescrire.org/fr/3/31/47080/0/NewsDetails.aspx#:~:text=Pour%20chercher%20un%20cancer%20de,%C3%A0%20uriner%20ou%20des%20infections	46.3	11	13	12	0.78
17	Ospital J. Le dosage du PSA sérique, c'est pas systématique !. [Internet]. 2014 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01126672v1/document	40.4	8	9	8.5	0.47
18	Mucciante-Menuel S. National Health Service. Fiche d'information traduite en français. [Internet]. 2011 [cité le 12 déc 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619115/document	46.7	15	12	13.5	0.63

Liste des sites web évalués :

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
1	Dépistage du cancer de la prostate : s’informer avant de décider [Internet]. Ameli pour les assurés. 2021 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate/depistage	42.2	15	14	14.5	0.86
2	Cancer de la prostate - Dépistage, diagnostic & traitement [Internet]. Roche. 2021 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/comprendre-cancer/diagnostic-cancer-prostate-psa.html	37.2	9	9	9	0.58
3	Prostate: dépister le cancer? [Internet]. Mongeneraliste.be. 2021 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.mongeneraliste.be/veiller-a-sa-sante/prevenir/prostate-depister-le-cancer/	29.5	14	11	12.5	0.66
4	Examens et dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Cancer.be [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-de-la-prostate/examens	33.4	13	10	11.5	0.46
5	Cancers de la prostate : les symptômes et le diagnostic [Internet]. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-prostate/symptomes-diagnostic-cancer	32	13	7	10	0.42
6	Cancer de la prostate [Internet]. Ligue contre le cancer. Suisse [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/depistage/cancer-de-la-prostate	39.7	8	8	8	0.57
7	PSA - Prostate : quand se faire dépister ? [Internet]. Le Figaro santé [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://sante.lefigaro.fr/sante/analyse/psa/prostate-quand-se-faire-depister	47.3	5	6	5.5	0.87
8	Cancer de la prostate : les 2 tests de dépistage [Internet]. Brunet [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.brunet.ca/sante/conseils-sante/cancer-prostate-tests-de-depistage/	36.8	6	4	5	0.47
9	Dépistage cancer de la prostate : âge, organisé, recommandations [Internet]. Le Journal des Femmes santé. 2021 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2625385-depistage-cancer-prostate-age-individuel-organise-recommandations-has/	36.5	13	9	11	0.17

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
10	Le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. VIDAL [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-prostate/depistage.html	41.1	10	7	8.5	0.48
11	Cancer de la prostate : Dépistage et Diagnostic [Internet]. Prostate.fr [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.prostate.fr/cancer-de-la-prostate/depistage-diagnostic/	38.7	5	6	5.5	0.87
12	Dépistage individuel des cancers de la prostate : limites, bénéfiques, risques [Internet]. Dispositif Spécifique Régional du Cancer OncoPaca-Corse [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.oncopacacorse.org/fr/page/depistage-individuel-des-cancers-de-la-prostate-limites-benefices-risques	19.2	8	7	7.5	0.67
13	Cancer de la prostate prévention information et échange [Internet]. ANAMACaP - Association du Cancer de la Prostate. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.anamacap.fr/	39.1	6	8	7	0.33
14	Cancer de la prostate. FAQ pour patients [Internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/cancer-de-la-prostate-faq-pour-patients/?lang=fr	38.9	13	13	13	0.51
15	Cancer de la prostate, dédramatiser [Internet]. Optipharm. 2020 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://optipharm.eu/votre-pharmacien-vous-conseille/158/cancer-de-la-prostate-dedramatiser-1.html	32.3	9	10	9.5	0.48
16	Le dépistage du Cancer de la Prostate [Internet]. CHU de REIMS [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.chu-reims.fr/offre-de-soins/prises-en-charge/service/urologie-andrologie/urologie-activite-et-poles/pole-uro-oncologie/cancer-de-la-prostate/cancer-prostate-depistage	36.3	9	7	8	0.57
17	INCa. Cancer de la prostate : se faire dépister ? - Dépistage du cancer de la prostate [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-de-la-prostate/Cancer-de-la-prostate-se-faire-depister	38.9	12	12	12	0.77
18	Diagnostic du cancer de la prostate - Quels examens? [Internet]. Urologie Davody. 2015 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://urologie-davody.fr/cancer-de-la-prostate/diagnostic/examens-de-depistage/	32.6	10	11	10.5	0.89
19	Dépistage cancer prostate [Internet]. Mutualité chrétienne [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.mc.be/mes-avantages/maladies/depistages/prostate	42.9	10	10	10	0.58

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
20	Movember [Internet]. Movember [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://fr.movember.com/mens-health/prostate-cancer	44.2	8	10	9	0.37
21	Cancer de la prostate - Dépistage & prévention [Internet]. InfoCancer [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-masculins/cancer-prostate/depistage-et-prevention/le-depistage.html/	38	10	18	14	0.12
22	Cancer de la prostate : le choix du dépistage [Internet]. AlloDocteurs. 2010 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/maladies-cancer-cancer-de-la-prostate-cancer-de-la-prostate-le-choix-du-depistage-3163.html	41.7	13	13	13	0.76
23	A propos du dépistage du cancer de la prostate. [Internet]. Éducation Santé. 2005 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://educationsante.be/a-propos-du-depistage-du-cancer-de-la-prostate/	38.1	10	12	11	0.36
24	Prostate : quel dépistage et pourquoi ? [Internet]. Pharmacien Giphar [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.pharmaciengiphar.com/maladies/appareil-urinaire/maladies-prostate/prostate-quel-depistage-et-pourquoi	41.4	9	9	9	0.79
25	Cancer de la prostate : comprendre, prévenir et dépister [Internet]. MACIF. 2018 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://lessentiel.macif.fr/cancer-prostate-comprendre-prevenir-et-depister	37.1	11	10	10.5	0.89
26	Cancer de la prostate [Internet]. Hôpital Erasme [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/glossaire-medical/cancer-de-la-prostate	37.6	6	4	5	0.47
27	Cancer de la prostate [Internet]. Infosante.be. 2020 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.infosante.be/guides/cancer-de-la-prostate	46.2	14	15	14.5	0.57
28	Mieux connaître le cancer de la prostate : les réponses aux questions que vous vous posez [Internet]. RTBF. 2022 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.rtf.be/article/mieux-connaître-le-cancer-de-la-prostate-les-reponses-aux-questions-que-vous-vous-posez-10872196	49.4	8	10	9	0.58

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
29	Cancer de la prostate [Internet]. Institut Roi Albert II [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: http://www.institutroi-albertdeux.be/index.php/fr/cancer/cancer-de-la-prostate	34.5	11	13	12	0.78
30	Détection précoce du cancer de la prostate [Internet]. L'Association Jules Bordet. 2020 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.association-jules-bordet.be/fr/actualite/detection-precoce-du-cancer-de-la-prostate	22.1	13	14	13.5	0.62
31	Cancer de la prostate. Mot clé : prévention ! [Internet]. Centre médical de l'alliance. 2017 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.cm-alliance.be/cancer-de-prostate-cle-prevention/	36	10	8	9	0.79
32	Cancer de la prostate : le dépistage en fonction de l'âge [Internet]. Partenamut. 2021 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: http://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/cancer-prostate	31.2	8	9	8.5	0.47
33	Tout savoir sur le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Hirslanden Blog. 2018 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://blog.hirslanden.ch/fr/2018/11/12/tout-savoir-sur-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate/	40.8	11	11	11	0.78
34	Cancer de la prostate: les examens [Internet]. Santeweb. 2010 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.santeweb.ch/Rubriques/Prevention/Examens_preventifs/Cancer_de_la_prostate_les_examens.html	41	7	7	7	0.77
35	Maladies de la Prostate [Internet]. Uropage [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: http://www.uropage.com/ART_malpros2.php#3.3.%20DETECTION%20PRECOCE%20ET%20DIAGNOSTIC%20DU%20CANCER%20DE%20LA%20PROSTATE.	30.3	11	15	13	0.31
36	Le cancer de la prostate peut-il être détecté à un stade précoce ? [Internet]. Fondation cancer [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.cancer.lu/fr/le-cancer-de-la-prostate-peut-il-etre-detecte-un-stade-precoce	37.5	9	12	10.5	0.48
37	Dépister ou ne pas dépister le cancer de la prostate ? De nouveaux outils pour une décision bien informée. [Internet]. KCE. 2014 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/fr/depister-ou-ne-pas-depister-le-cancer-de-la-prostate-de-nouveaux-outils-pour-une-decision-bien	34.4	12	12	12	0.77
38	Dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Radiothérapie HEGP [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: http://www.radiotherapie-hegp.fr/index.php/principaux-cancers/le-cancer-de-la-prostate?id=88	34.4	8	6	7	0.55

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
39	Cancer de la prostate et test de l'APS [Internet]. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/cancer/psa/psa_test/prostate.aspx#2	45.9	12	12	12	0.77
40	Tests de dépistage du cancer de la prostate : prudence ! [Internet]. Doctissimo. 2022 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.doctissimo.fr/sante/maladies/cancer/cancer-de-la-prostate/prevention-et-depistage-du-cancer-de-la-prostate/tests-de-depistage-du-cancer-de-la-prostate-prudence/1c49ce_ar.html	49.9	13	12	12.5	0.42
41	Cancer de la prostate. [Internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/cancer-de-la-prostate-resume-graphique/?lang=fr	38.4	13	15	14	0.47
42	Dépistage du cancer de la prostate à Marseille. [Internet]. Centre d'urologie Prado-Louvain [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.centredurologiepradolouvain.fr/details-depistage+du+cancer+de+la+prostate+a+marseille-176.html	40.2	6	11	8.5	0.5
43	Dépistage du cancer de la prostate. [Internet]. Centre Georges François Leclerc. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.cgfl.fr/les-soins/parcours-de-soins/le-depistage/depistage-du-cancer-de-la-prostate/	31	11	8	9.5	0.69
44	Cancer de la prostate: causes, symptômes, dépistage. [Internet]. Biron [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.biron.com/fr/centre-du-savoir/parole-de-specialiste/cancer-prostate/	38.3	11	9	10	0.37
45	Dépistage du cancer de la prostate: ce qui change [Internet]. Notretemps. 2017 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.notretemps.com/sante-bien-etre/medecine/depistage-du-cancer-de-la-prostate-ce-qui-change-18942	44.4	9	9	9	0.58
46	Dépistage cancer de la prostate : examens [Internet]. Ooreka. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://cancer-de-la-prostate.ooreka.fr/comprendre/depistage-cancer-prostate	31.1	10	11	10.5	0.89
47	Dépistage du cancer de la Prostate ? [Internet]. Maison de santé du collet [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.mspducoulet.fr/prevention/depistage-du-cancer-de-la-prostate-2/	26.8	8	9	8.5	0.68
48	Movember : la moustache en novembre pour le cancer de la prostate. [Internet]. Centre Hospitalier de Sens. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ch-sens.fr/movember-la-moustache-en-novembre-pour-le-cancer-de-la-prostate	38.7	5	3	4	0.38

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
49	Cancer de la prostate [Internet]. Dr Bron. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://docteur-bron-urologue.fr/cancer-de-la-prostate/	35	10	6	8	0.17
50	Journée nationale de la prostate [Internet]. Cerballiance [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.cerballiance.fr/fr/blog/actualites/journee-nationale-de-la-prostate	32.3	7	6	6.5	0.65
51	Cancer de la prostate : se faire dépister... ou non ? [Internet]. Heroic santé. 2020 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.heroicsante.fr/faut-il-se-faire-depister-cancer-de-la-prostate/	48.6	13	11	12	0.78
52	Dépister tôt le cancer de la prostate [Internet]. Jean Coutu. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.jeancoutu.com/sante/conseils-sante/le-cancer-de-la-prostate/	43.6	7	5	6	0.52
53	Cancer de la prostate : comment dépister ? [Internet]. Acteur de ma santé. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://acteurdemasante.lu/fr/cancer-de-la-prostate/cancer-de-la-prostate-comment-depister/	29	6	5	5.5	0.87
54	Obtenir Test Dépistage Cancer de la Prostate [Internet]. AVF Biomedical. 2021 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.avf-biomedical.com/blog/conseils/comment-obtenir-un-test-pour-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate/	46.2	6	7	6.5	0.65
55	Cancer de la prostate : prévention & dépistage [Internet]. AXA Prévention. 2019 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: http://www.axaprevention.fr/maison/cancer-prostate	41.7	8	10	9	0.79
56	Test de l'APS: Oui, non, peut-être? [Internet]. Procure. 2019 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.procure.ca/2019/11/06/test-de-laps-oui-non-peut-etre-2/	42.6	13	11	12	0.55
57	Le cancer de la prostate encore tabou [Internet]. En marche. 2005 [cité 10 déc 2022] Disponible sur: https://archives.enmarche.be/Sante/Maladies/archives/Cancer_prostate.htm	31.9	7	7	7	0.55
58	Cancer de la prostate. Diagnostic [Internet]. HUG. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.hug.ch/cancer-de-la-prostate/diagnostic	23.8	7	7	7	0.32
59	Diagnostic cancer de la prostate [Internet]. Creapharma. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.creapharma.ch/diagnostic-test-psa-cancer-de-la-prostate.htm	35.2	12	13	12.5	0.18
60	Cancer de la prostate : le dépistage n'est pas toujours la meilleure option [Internet]. Pressportal. 2020 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.presseportal.ch/fr/pm/100003316/100859179	34.5	11	11	11	0.35

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
61	Détection précoce du cancer de la prostate par dosage du PSA [Internet]. Helsana. 2017 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.helsana.ch/fr/blog/corps/connaissance-du-corps/detection-precoce-psa.html	46.8	12	13	12.5	0.65
62	Lee S. Trouver le cancer de la prostate à ses débuts [Internet]. Société canadienne du cancer. 2022 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/prostate/finding-cancer-early	50.5	9	8	8.5	0.26
63	Dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Ministère de la santé de l'Ontario. 2014 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: http://www.ontario.ca/fr/page/depistage-du-cancer-de-la-prostate	58.2	8	8	8	0.57
64	Dépistage du cancer de la prostate. [Internet]. Réseau canadien des survivants du cancer. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://survivornet.ca/fr/cancer-type/cancer-de-la-prostate-3/diagnostic-et-traitement-du-cancer-de-la-prostate/depistage-du-cancer-de-la-prostate/	43.2	12	10	11	0.79
65	Cancer de la prostate. Les avantages et inconvénients du test de l'APS. [Internet]. Nova Scotia. 2012 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://811.novascotia.ca/health_topics/cancer-de-la-prostate-les-avantages-et-inconvenients-du-test-de-laps/?lang=fr	47	14	14	14	0.46
66	Université McMaster. Le dépistage du cancer de la prostate : Ce que vous devez savoir au sujet du test de l'APS [Internet]. 2015 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.mcmasterviellissementoptimal.org/blog/detail/blog/2015/04/23/le-dépistage-du-cancer-de-la-prostate-ce-que-vous-devez-savoir-au-sujet-du-test-de-l-aps	40.5	15	13	14	0.47
67	Vigneault A. Cancer de la prostate: passer un test ou pas ? [Internet]. La Presse. 2015 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201509/11/01-4899724-cancer-de-la-prostate-passer-un-test-ou-pas.php	50.3	8	9	8.5	0.68
68	Le cancer de la prostate, des symptômes au traitement [Internet]. Bel Âge. 2016 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://lebelage.ca/ma-sante/prevention/le-cancer-de-la-prostate-des-symptomes-au-traitement/	42.6	9	8	8.5	0.68
69	Fondation québécoise du cancer. Cancer de la prostate [Internet]. 2018 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://fqc.qc.ca/fr/accordeons/depistages-du-cancer/cancer-de-la-prostate	47.5	11	9	10	0.58

N°	Références	Lisibilité	Grille SFP			
			AB	EL	Moyenne	Kappa
70	Cancer de la prostate: le dépistage systématique n'est plus recommandé, rappellent des médecins [Internet]. Le Soleil. 2019 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.lesoleil.com/2019/10/31/cancer-de-la-prostate-le-depistage-sytematique-nest-plus-recommande-rappellent-des-medecins-17ddf1202f86364a38de831a61106384	30.1	10	9	9.5	0.69
71	Dépistage du cancer de la prostate. Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9pistage_du_cancer_de_la_prostate&oldid=198397594	27.1	13	8	10.5	0.5
72	Les controverses concernant le dépistage du cancer de la prostate : 5 choses à savoir [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2021 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/news/editorial/2021/09/17/17/57/tackling-prostate-cancer-screening-controversies	25.1	11	13	12	0.55
73	Favereau E. Cancer de la prostate : encore trop de dépistage inutile, voire dangereux [Internet]. Libération. 2016 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2016/11/15/cancer-de-la-prostate-encore-trop-de-depistage-inutile-voire-dangereux_1528305/	52.6	8	9	8.5	0.26
74	Urofrance. Dépistage du cancer de la prostate : pour ou contre ? [Internet]. 2018 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/2018/10/31/depistage-du-cancer-de-la-prostate-pour-ou-contre/	30.5	7	9	8	0.57

RESUME

Lisibilité et qualité d'information des documents écrits à destination des patients concernant le dépistage du cancer de la prostate. Revue de la littérature.

Introduction : Il n'existe pas, en France ou à l'international, de programme de dépistage systématique du cancer de la prostate. L'information du patient peut se matérialiser par l'utilisation de supports disponibles sur internet puis intervenir dans le cadre d'une décision médicale partagée. Nous avons souhaité identifier les supports écrits relatifs au dépistage du cancer de la prostate, afin d'évaluer leur lisibilité ainsi que leur qualité d'information.

Méthode : Une revue de la littérature a été menée afin de répertorier les supports existants, dans les bases de données généralistes puis par l'intermédiaire du moteur de recherche Google. La lisibilité des supports était mesurée par le score de lisibilité de Flesch. La qualité de l'information était évaluée par la grille SFP, basée sur l'outil DISCERN.

Résultats : 92 documents ont été inclus, dont 18 brochures et 74 sites web. Le score de lisibilité moyen s'élevait à 39.21 (ET 7.47). La lisibilité moyenne des brochures était plus élevée (43.12, ET 6.11) que celle des sites web (38.26, ET 7.5). Concernant la qualité d'information, la note moyenne s'élevait à 10.21 (ET 2.84). La note moyenne des brochures était supérieure (12.08, ET 3.17) à celle des sites web (9.76, ET 2.58).

Conclusion : Il existe un nombre conséquent de supports écrits relatifs au dépistage du cancer de la prostate. Cependant, leur lisibilité et leur qualité d'information sont hétérogènes. Des travaux supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer la compréhension des patients, après lecture des supports retenus dans ce travail. La rédaction d'un document écrit, répondant aux critères évalués, pourrait aussi être envisagée.

Mots-clés : *Lisibilité ; Qualité d'information ; Dépistage cancer prostate*