

Colloque de Deauville sur le dépistage du cancer de la prostate en 2019 : description des pratiques et recherche d'un accord professionnel local

Arnauld VILLERS (1) Tanguy RINGEVAL (1) Lydia GUITTET (2)
Guy VOLK (3) Jean-François PERROCHEAU (4)
Jean-Georges GUERIN-WALLNER (5) Stéphane PERTUET (6)
Jean-Pierre MAIRESSE (7) Claude MAGNANI (8)
Jean-Pierre LESAGE (9) Alain LIBERT (10) Jacques TROBAS (11)

Comité de proposition

Arnauld VILLERS (1) Service d'Urologie, Université de Lille, CHU de Lille France
arnauld.villers@univ-lille.fr

Tanguy RINGEVAL (1) Service d'Urologie, Université de Lille, CHU de Lille France
tanguyringeval@hotmail.fr

Lydia GUITTET (2) Université Caen Normandie, CHU de Caen, 14000 Caen, France
guittet-l@chu-caen.fr

Guy VOLK (3) : Vice-Président ANAMACap guyvolk@orange.fr

Jean-François PERROCHEAU (4) spécialiste en médecine générale 50129
Cherbourg jean-francois.perrocheau@wanadoo.fr

Jean-Georges GUERIN-WALLNER (5) : chirurgien urologue Polyclinique du parc
14000 Caen jeangeorgesgw@gmail.com

Stéphane PERTUET (6) : spécialiste en médecine générale
stephanepertuet@outlook.fr

Comité d'organisation

Dr Jean-Pierre MAIRESSE (7) : spécialiste en médecine générale jpmai@club-internet.fr

Dr Claude MAGNANI (8) : spécialiste en médecine générale 14000 Caen
claudemagnani@gmail.com

Dr Jean-Pierre LESAGE (9) : spécialiste Chirurgie Polyvalente
jp.lesage.bu@wanadoo.fr

Dr Alain LIBERT (10) : spécialiste en médecine générale a.libert@medsyn.fr

Dr Jacques TROBAS (11) : spécialiste en médecine générale
jacques.trobass@wanadoo.fr

Auteur correspondant Pr Arnauld VILLERS Service d'Urologie CHU de Lille Hôpital
HURIEZ, Université de Lille, 59000 LILLE arnauld.villers@univ-lille.fr

Remerciements

Experts intervenants /

Guy LAUNOY : Pro. Université Caen Normandie - UFR Santé Correspondant Scientifique Régional INSERM Pôle de Recherche CHU Caen Centre François Baclesse 14000 CAEN guy.launoy@unicaen.fr

Romain CAREMEL Urologue, 76230 Bois-Guillaume, romain.caremel@clinique-du-cedre.fr

Bruno REGNAULT : spécialiste en médecine générale 50400 Granville
bruno.regnault@wanadoo.fr

Mathias COUTURIER : maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'Université de Caen mathias.couturier@unicaen.fr

Roland MUNTZ. Président de l'ANAMACap info@anamacap.fr

Dominique ARSENE : Gastro-entérologue et hépatologue 14000 Caen
darsene@wanadoo.fr

Experts animateurs et rapporteurs des ateliers :

Christophe GIRAULT : spécialiste en médecine générale c.girault00@yahoo.fr

Dorothee GRUET : spécialiste en médecine générale
dr.dorotheegruetdanset@gmail.com

Nathalie LAMBANY : spécialiste en médecine générale lambany.nat@gmail.com

Patrick DAHAN : spécialiste en médecine générale dahan.leo-patrick@wanadoo.fr

Rémy HEDOUIN spécialiste en médecine générale (décédé)

Franck DANNET : spécialiste en médecine générale franck.dannet@wanadoo.fr

Pierre POULAIN : spécialiste en médecine générale poullain.pierre@gmail.com

Hervé BERCHE : spécialiste en médecine générale dr.herve.berche@wanadoo.fr

Vincent RIBET : spécialiste en médecine générale drribetvincent@gmail.com

Benoit SOULIE : spécialiste en médecine générale benoit.soulie@yahoo.fr

Nombre total de médecins participants : 135

MOTS CLES :

Cancer de la prostate ; dépistage ; PSA ; Incidence ; Mortalité

KEY WORDS :

Prostate Cancer ; screening ; PSA ; Incidence ; Mortality

Résumé

Introduction. L'objectif du colloque était la recherche d'un accord professionnel local à diffuser auprès des spécialistes de médecine générale, dans les diverses situations où le dépistage du cancer de la prostate peut être évoqué.

Méthodes. Présentations d'état de l'art sur le dépistage par des experts suivies de 4 ateliers avec questions réponses de situations cliniques et d'éléments d'information à donner aux hommes sur le dépistage. Participation de 135 spécialistes de médecine générale. Réponses colligées dans une grille par les rapporteurs des ateliers. Synthèse quantifiée des attitudes des médecins participants et propositions de questions complémentaires.

Résultats : Il n'y a pas unanimité de la part des spécialistes de médecine générale sur l'intérêt de proposer un dépistage individuel. Plus de 8 médecins sur 10 (84%) déclarent le proposer à un patient à partir de 50 ans dans le cadre d'une information préalable avec décision partagée. Moins de deux médecins sur 10 (14%) ne le proposent pas évoquant le manque d'arguments pour lever les incertitudes sur le rapport bénéfices/risques. Si le patient en fait lui-même la demande, 7 médecins sur 10 (70%) répondent positivement et prescrivent un dosage du PSA après information. Les progrès de l'imagerie par IRM permettent de diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement. Il est rappelé que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » d'après la loi Kouchner.

Conclusion. S'il n'y a pas unanimité, plus de 80% des spécialistes de médecine générale déclarent proposer un dépistage à un homme à partir de 50 ans dans le cadre d'une consultation avec information préalable et décision partagée. Les ateliers d'échange ont rapporté des questions adressées aux instances et aux sociétés savantes, nécessitant des compléments de réponse.

Introduction

Le cancer de prostate (CaP) est le plus fréquent des cancers masculins en France et représente 10% des décès par cancer, en 3^{ème} position derrière le cancer du poumon et le cancer colo-rectal [1]. Cependant son dépistage reste controversé. Les études de dépistage étudiant l'impact sur la mortalité ont montré des résultats divergents du fait de limites méthodologiques (ref ERSPC) (ref PLCO). Les résultats de la partie française de l'ERSPC n'ont pas montré d'effet sur la mortalité (ref Villers prog 2020). Cependant, une diminution 30% de l'incidence des stades métastatiques a été observée (ref Schroder Eur Urol 2012). C'est une des conditions préalables au dépistage pour réduire la mortalité par cancer (Welch NEJM 2020).

L'INCa en mars 2016 n'est pas favorable à la mise en place d'un dépistage organisé devant l'absence de consensus scientifique sur son intérêt (site INCa). Concernant le dépistage individuel l'iNca conclut : « votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à vos questions et vous aider dans votre réflexion. Il est important d'en parler avec lui et avec votre entourage avant de prendre votre décision ». (S'informer avant de décider (ref)).

Les associations de patients (<https://www.anamacap.fr>) souhaitent une clarification des positions et pratiques du dépistage individuel. Certaines sociétés savantes proposent comme l'Association Française d'Urologie (AFU) un dépistage individuel à partir de 45-50 ans et jusqu'à 75 ans dans le cadre d'une décision partagée (ref 2016) en mettant en avant les améliorations du parcours diagnostic du fait de la validation de l'IRM avant la biopsie, alors que le collège de médecine générale (CMG) et le collège national des généralistes enseignants (CNGE) se prononcent en défaveur du dépistage devant le risque de sur diagnostic et de sur traitement (ref).

Les variations de l'incidence CaP en France montrent une augmentation entre 2005 et 2008 (de 36% à 49%) puis une stabilisation jusqu'en 2014 avant une diminution entre 2014 et 2016 (de 49% à 42%) (ref 2013), établissant le nombre de nouveaux cas à 53 000/an en 2013. Dans une publication de séries hospitalières, l'âge médian au moment du diagnostic était de 67 ans [IQR 61-73] et le PSA médian était de 7,8 ng/ml [IQR 5,5-13]. Le stade à l'incidence entre 2011 et 2016 à un stade métastatique dans 8% [7-10] des cas (Delporte prog urol 2018). Pour les cancers diagnostiqués entre 2011 et 2016 à un stade localisé à faible risque de d'Amico, le pourcentage de traitement par surveillance active augmentait de 5% à 60 % et de traitement par

chirurgie diminuait de 73% à 33%. La mortalité par cancer de prostate a diminué de 47% en France de façon régulière et constante de 1990 à 2015, de 18/100 000 en 1990 à 8,5/ 100 000 en 2015.(INVS).

A la suite d'un audit des pratiques professionnelles en 2018 auprès de spécialistes en médecine générale des régions Normandie, Hauts de France et Centre-Val de Loire, il est apparu que les incertitudes concernant le dépistage du cancer de la prostate persistaient et qu'un accord professionnel devait être établi (annexe 1).

Dans ce sens colloque réunissant des médecins spécialisés en médecine générale et autres spécialités, des patients et des juristes s'est tenu en 2019 à la recherche d'une position harmonisée sur la pratique du dépistage du cancer de la prostate. L'objectif était de proposer aux spécialistes en médecine générale une prise en charge pertinente et harmonisée au sein de la profession dans les diverses situations où le dépistage peut être évoqué.

Méthodes

Le colloque s'est déroulé au Palais des congrès de Deauville la journée du 30 mars 2019, organisé par l'Organisme de Développement Professionnel Continu des Groupes Qualité (ODPCGQ) des régions Normandie, Centre Val de Loire et Hauts de France. Il a réuni au total 135 participants. L'organisation était confiée au comité d'organisation, et les interventions à des experts. Les ateliers auxquels ont participé 101 spécialistes de médecine générale concernaient trois domaines qui ont été analysés : organisation de la consultation du médecin généraliste, modalités du dépistage du cancer et information à délivrer au patient. Un comité de proposition en charge de la rédaction des conclusions à l'issue du colloque était présent au colloque et dans les ateliers. Cependant, ses membres n'avaient pas le droit d'intervenir verbalement à aucun moment de la journée. Le déroulement de la journée est montré dans le tableau 1.

Résultats

Etape 3 – regards croisés : exposés des experts

Aspects scientifiques et éthiques : Pr Guy Launoy. Médecin épidémiologiste.

Les résultats des études randomisées montrent soit une absence d'effet du dépistage sur la mortalité spécifique, soit une baisse de 10 et 20%. L'ampleur du sur-diagnostic provoqué par le dépistage du cancer de la prostate est évalué entre 30 et 60% [4-6]. Ces études peuvent être utilisées pour construire des scénarios optimistes ou pessimistes concernant l'équilibre bénéfice/risque lié à la pratique d'un dépistage. Des documents de l'Institut National du Cancer (INCa) et Haute Autorité de Santé (HAS) sont publiés. Une synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA a été publiée en 2016 par l'INCa [7-8].

Cette synthèse s'inscrit dans l'axe du Plan cancer 2014-2019 par son action 1.10 intitulée « Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère ». Elle a permis de dresser un certain nombre de constats sur les principes éthiques fondamentaux s'appliquant au dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA. « L'objectif principal de ce document est d'accompagner le médecin dans le conseil et l'information préalable à communiquer aux hommes qui envisagent de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate par PSA, que ce soit à leur

initiative ou à celle du médecin, afin qu'ils soient au fait des limites de la démarche, prennent une décision éclairée et ne s'y engagent qu'en toute connaissance de cause». La Haute Autorité de santé rappelle que « les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA de façon systématique en population générale ou dans des populations d'hommes considérées comme plus à risque » [9].

Les données épidémiologiques concernant la projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017 rapportent une baisse de l'incidence depuis 2005-2006 et une baisse continue de la mortalité depuis 1997 et qui s'est accentuée depuis 2005 (figure 1) [10].

Le rôle du médecin n'est plus de décider pour une personne si elle doit pratiquer ou non le dépistage mais de lui apporter de la manière la plus didactique et loyale les informations qui lui permettront de prendre sa décision en fonction de ses propres préférences. Le dépistage s'appuie sur un raisonnement probabiliste, qui doit prendre en compte les probabilités de survenue de différents événements : l'incidence et pronostic du cancer et les complications des examens et des traitements. L'appréciation de l'équilibre bénéfice/risque est à l'origine de la décision collective comme à celle de la décision individuelle. Ainsi, le choix des modalités de présentation des données scientifiques auprès des individus devient crucial alors que la complexité des données scientifiques ne rend pas aisée la proposition d'une information à la fois simple et exacte. Les représentations idéales devant intégrer l'ensemble des bénéfices et des risques à venir, associés aux deux scénarii : dépistage/ non dépistage dans leur dimension relative et absolue. La projection des nombres pour les hommes âgés de 50 ans ou plus qui ont participé ou non à un dépistage de cancer dans les 11 dernières années (PSA et toucher rectal) est montré dans la figure 2. (Ilic et al Cochrane database Syst review 2013). Ce type de représentation propose de représenter le devenir d'une cohorte de 1000 hommes pour la dizaine d'année qui suivent la décision de dépistage en intégrant pour chacun des scénarios (dépistage/non dépistage) les probabilités de mourir d'un cancer de la prostate ou de mourir d'une autre cause, la probabilité de vivre avec un cancer de la prostate diagnostiqué, la probabilité de souffrir d'une complication de la biopsie, la probabilité de souffrir de dysfonction urinaire ou sexuelle...

Dépistage du cancer de la prostate : pour quels patients et comment l'envisager ? Romain Caremel. Urologue. Dépister consiste à réaliser au sein d'un groupe de personnes ne présentant pas de symptômes apparents d'une maladie, des tests performants simples et rapides permettant de distinguer celles qui ont un risque faible d'être porteuses de la pathologie et celles dont le risque est suffisamment élevé pour justifier la poursuite de la procédure diagnostique. Le dépistage doit pouvoir conduire à modifier le processus évolutif de la maladie.

Dans le dépistage organisé, la population est recrutée de façon active dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et s'appuie sur la participation volontaire des sujets. Dans le dépistage individuel, la population est recrutée lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail). Parmi les cancers de la prostate diagnostiqués suite à un dépistage, 65 % sont à faible risque de progression (PSA < 10 ng/ml, de groupe ISUP 1) et 28 % sont à très faible risque de progression (longueur de la tumeur au plus de 3mm sur au plus 1 à 2 biopsies), considérés quel que soit l'âge comme à risque de sur traitement.

Le dosage sérique du PSA et le toucher rectal sont les seuls tests pratiqués dans le cadre du dépistage. La période de diagnostic précoce s'étend de 50 à généralement 75 ans (grade B) [12]. Le toucher rectal a une mauvaise sensibilité, car dépendant de l'examineur et de son expérience. La valeur seuil de suspicion du PSA total est de 4ng/ml, valeur pour laquelle un avis auprès d'un urologue est indiqué. Le PSA libre n'est pas jugé performant pour aider à l'indication d'une biopsie.

La fréquence annuelle de répétition du dosage du PSA est débattue. Il n'y a pas d'intervalle strictement défini entre deux procédures de détection précoce. Il n'y a cependant pas de nécessité à doser le PSA annuellement (grade B) [12]. L'intervalle entre les dépistages était de 2 à 4 ans dans les études de dépistage. Un rythme de 2 ans est probablement indiqué lorsque la valeur du PSA est supérieure à 1 ng/mL après 40 ans ou supérieur à 2 ng/ml après 60 ans (niveau 3 — grade B) [12].

Les facteurs de risque de cancer de la prostate sont l'âge (augmentation constante du risque), l'ethnie (risque majoré dans les ethnies d'Afrique Noire) et les antécédents familiaux de cancer de la prostate et du sein. Les formes héréditaires sont définies par soit 3 cas de cancer de prostate chez les apparentés de 1^{er} degré (père, fils ou frère) ou du 2^{ème} degré (neveux, oncles du côté paternel ou maternel), soit 2 cas de cancer

de prostate diagnostiqués avant l'âge de 55 ans chez les apparentés de 1^{re} degré (père, fils ou frère) ou du 2^{ème} degré (neveux, oncles du côté paternel ou maternel). Une consultation d'onco-génétique peut être proposée dans ces cas.

Le dépistage individuel peut être proposé à un homme en bon état général, sans comorbidité avec risque de mortalité précoce (dans les 10 à 15 ans), à partir de l'âge de 50 ans en l'absence de facteur de risque, ou 45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique. En cas de cancer diagnostiqué à un stade de très faible risque évolutif, la surveillance active doit être proposée pour éviter un sur traitement. L'IRM prostatique aide à sélectionner les patients à un stade de très faible risque évolutif.

Depuis le début des années 2000, l'imagerie de la prostate par IRM a révolutionné le diagnostic et la stadification du cancer de la prostate au stade localisé. La performance élevée de l'IRM a conduit, au-delà de la meilleure détection de cancer par biopsie ciblée, à étudier son utilisation pour décider ou non d'une biopsie en cas de PSA suspect, de surveiller simplement par PSA des patients porteurs d'un micro-foyer non visible à l'IRM et à faible risque de progression et de traiter partiellement la prostate par ultra-sons focalisés en cas de tumeur visible à l'IRM, évitant les conséquences fonctionnelles du traitement de toute la prostate. Les résultats de l'étude PRECISION [13] ont montré que la stratégie d'IRM avant biopsie et de ne réaliser une biopsie ciblée qu'en cas de lésion à l'IRM était supérieure à celle des biopsies en cartographie standard chez les hommes présentant un risque de cancer de la prostate et n'ayant jamais eu de biopsie auparavant. L'indication de biopsie pourrait donc ne concerner que les seuls les 2/3 des patients avec IRM suspecte. Pour les patients évalués initialement par IRM et traités par surveillance active, la cinétique du PSA semestriel est performante en tant que test diagnostique pour la progression tumorale sous surveillance active [14]. Les biopsies systématisées actuellement recommandées au cours du suivi pourraient être évitées. Enfin l'hémi-ablation par ultrasons focalisés est une option de traitement permettant une rémission pour 70 % des patients à 5 ans [15]. Les patients avec récurrence peuvent être traités par traitement standard de toute la prostate. L'IRM permet donc de diminuer le sur-diagnostic et le sur traitement des cancers de prostate à faible risque de progression. Ce sont des arguments majeurs pour mieux défendre la politique de dépistage du cancer de la prostate.

Dépistage du cancer de la prostate par le médecin généraliste. Bruno Regnault. Spécialiste de médecine générale. Le médecin généraliste à une culture de prévention. Cette prévention concerne la connaissance du comportement de son patient, (tabac, alcool, alimentation, sport), de son environnement (profession, exposition), de son histoire (personnelle, familiale), des indicateurs à l'examen clinique (TA, pouls, poids, taille), de son statut vaccinal (Tétravalent, grippe, pneumo), de ses examens biologiques (facteurs de risque cardio-vasculaires, infectieux, VIH, VHC), de tests de dépistage (mammographie, Hémocult).

Qu'en est-il de l'Information sur l'intérêt du test de dosage du PSA sérique ? Le code de santé publique nous dit que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » (Art. L 1111-4 du Code de la Santé Publique).

Il persiste une interrogation sur la meilleure attitude que doit avoir le médecin généraliste. Obligation d'information sur l'intérêt d'un dépistage précoce ? sur les risques de conséquences sexuelles, urinaires, colorectales des traitements ? Information sur la mauvaise performance du PSA sérique ? Discuter les avis d'experts, exposer la position des instances (HAS, INCa) et des sociétés savantes (AFU). Importance de la posture de communication ouverte avec empathie envers son patient.

Le recours au dosage du PSA : le regard du droit Mathias Couturier. Les enseignements de l'affaire du Dr Goubeau (Jugement cour d'appel de Paris février 2018) sont présentés. Le dépistage du cancer n'est pas juridiquement obligatoire. Le fait de ne pas le proposer systématiquement à toute personne du seul fait qu'elle entrerait dans une population à risque n'est pas une faute de nature à entraîner une responsabilité. L'aide au diagnostic par recours au dosage du PSA est néanmoins juridiquement possible. Il appartient au médecin d'assurer un suivi spécifique d'éventuels symptômes urinaires. Au plan juridique, plus d'information est toujours préférable à pas assez d'information. On peut prescrire le dosage du PSA dans un cadre diagnostique en cas de suspicion de cancer de la prostate (notamment s'il est manifesté par divers indices cliniques). La loi Kouchner indique que « toute personne

a le droit d'être informée sur son état de santé » (Art. L 1111-2 du Code de la Santé Publique). Le médecin ne doit pas décider seul de ce que son patient doit savoir ou ne pas savoir. Il ne faut pas présumer que le malade n'aurait peut-être pas intérêt à ce qu'on pose le diagnostic du cancer.

A la demande par un patient d'un dépistage, le fait pour le médecin de faire obstacle à la réalisation de ce droit subjectif à recevoir l'information sur son état de santé est nécessairement fautif au plan juridique. A l'inverse, un diagnostic (ou même un sur-diagnostic) de cancer n'est jamais juridiquement fautif en soi.

La voix des patients. Roland MUNTZ. Président de l'Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate (ANAMACaP). Le patient a un rôle fondamental dans la participation à la décision grâce aux associations (ANAMACaP – RUP) concernant le dépistage, la prévention, la santé publique. Les patients sont informés des progrès médicaux. Le changement de paradigme lié à l'imagerie prostatique moderne (IRM) qui s'interpose entre le résultat suspect du PSA et l'indication ou non d'une biopsie est bien perçu. Ne pas faire de biopsie en cas d'IRM non suspecte, éviter des sur diagnostics correspondent à un progrès médical. La faible performance du PSA pour détecter ou éliminer un cancer de prostate est corrigée par l'IRM. Mieux dépister permet de mieux défendre le dépistage. Les membres l'ANAMACaP souhaitent 1) une démarche proactive du médecin généraliste pour parler des avantages et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate aux patients, comme c'est son devoir légal d'information ; c'est aussi le cadre idéal d'une décision médicale partagée. 2) rappeler l'intérêt fondamental du dépistage précoce pour éviter le drame des cancers de la prostate non détectés notamment chez les adultes jeunes et dans la population à risque familial. 3) rappeler le gain pour la santé et la qualité de vie des patients et pour les comptes de l'Assurance Maladie de dépister des cancers de la prostate et les traiter pour éviter le stade métastatique. 4) réaffirmer que le dosage du PSA n'est pas dangereux ; ce sont les sur-diagnostics et les sur traitements qui peuvent conduire à des conséquences invalidantes et qui sont le principal obstacle au dépistage. Si les sur traitements sont estimés à 20 à 30%, c'est que 70 à 80% des patients sont traités à bon escient. Néanmoins, il nous semble que l'on ne peut éviter ce risque au prix de la vie de malades non dépistés.

Réflexions éthiques sur le dépistage. Dominique Arsene. Gastro-entérologue. Les questions éthiques suivantes sont discutées : s'agit-il d'une action de dépistage

ou d'une démarche diagnostique ? Ai-je une attitude de principe ou adaptée à la singularité du patient ? Suivre ma conviction personnelle ou les recommandations de sociétés savantes, HAS, Inca ? Ce qui n'est pas recommandé en population peut-il l'être pour mon patient ? Pourquoi ? Quelle est la qualité de l'information que je donne ? Lui permet-elle un choix serein ? Dois-je influencer la décision du patient ou le laisser face à son choix ? Quelle est ma vision de l'autonomie de ce patient dans la prise de décision ? Dois-je respecter son désir de dépister et l'aider, le faire (demande de dépistage individuelle) ? Cette discussion et décision partagées doivent-elles être tracées ? Suites et responsabilités ?

Ateliers. Les thèmes des 4 ateliers, les questions posées et le nombre de participants sont décrits dans le Tableau 2. Les principales questions formulées au cours des ateliers et adressées aux instances et sociétés savantes sont décrites dans le Tableau 3.

Synthèse des ateliers 1 et 2 concernant l'organisation de la consultation du médecin généraliste. Plus de 8 participants sur 10 (84%) (atelier 1) sont en faveur d'un dépistage individuel à partir de 50 ans. Les médecins proposent de débiter l'entretien par une question sur des symptômes dans la sphère uro-génitale. Il est difficile pour un patient de parler de symptômes liés à la sphère urologique ou sexuelle si le médecin ne l'aborde pas. Aussi en l'intégrant dans une démarche de prévention et/ou de dépistage plus globale pour explorer les représentations de la maladie et éventuellement prescrire un dosage de PSA. La proposition doit être ouverte et libre à chaque étape. Le patient est libre d'utiliser ou non l'ordonnance de prescription de PSA. Les 14% restants des participants utilisent des arguments divers pour ne pas proposer le dépistage à chaque patient : trop de dépistage tue le dépistage, le patient n'en parle pas : je n'en parle pas, l'interrogatoire est trop intrusif, ne pas rompre la relation médecin-patient, éviter le conflit, manque de pratique harmonisée. Mais, également : pourquoi pas le PSA pour être « tranquille » et pour avoir un chiffre de référence, vérifier qu'il n'est pas suspect, rassurer.

Si le patient en fait lui-même la demande (atelier 2), 7 médecins sur 10 (70%) répondent positivement et prescrivent un dosage du PSA. Le déroulement de la consultation aborde la notion de risque de cancer de prostate, ne donnant pas de symptômes au stade de début. Les participants interrogent sur la présence éventuelle après 50 ans de symptômes uro-génitaux liés à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) et dont la recherche pourrait aider à aborder le dépistage du cancer.

Des éléments d'information par oral et/ou écrit sont à partager sur les bénéfices et risques du dépistage. Si le patient souhaite ce dépistage et est peu disponible pour une autre consultation rapprochée, la prescription d'un dosage de PSA est d'emblée donnée. Si le patient souhaite un délai de réflexion et est disponible pour une 2ème consultation rapprochée, celle-ci est programmée.

Synthèse de l'atelier 3 concernant le type de dépistage. Trois modalités concernent aujourd'hui le dépistage du cancer de la prostate : aucun dépistage, dépistage individuel proposé à tous les patients, dépistage individuel proposé à certains en fonction de critères d'âge, de facteurs de risque de cancer (ethniques, antécédents familiaux). Les participants s'accordent sur les points suivants : le dépistage doit être proposé au cours d'une consultation dédiée, être individuel, à partir de 50 ans, âge où les symptômes urinaires liés à l'HBP apparaissent. Le PSA fait régulièrement permet de rechercher une augmentation suspecte.

Synthèse de l'atelier 4 concernant l'information à délivrer. Quelle que soit l'attitude choisie concernant le dépistage, ce qui est admis par tous est la nécessaire information du patient asymptomatique lors d'une première prescription de PSA. L'information indispensable doit prendre une forme orale et écrite (remise de documents). Intérêt de proposer le dosage sérique du PSA à tous les patients de plus de 50 ans en bonne santé et de les revoir en consultation de contrôle pour interprétation et toucher rectal éventuel. Documents de type fiches d'information (Ameli.fr) qui contiennent : une fiche de renseignement sur l'urologie et le cancer de prostate, des arguments pour ou contre la prescription de PSA en fonction du type de situation pour éclairer le choix du patient, les risques de sur-diagnostic et de sur-traitement. Les documents pourraient être regroupés de façon synthétique pour que les principales informations puissent être développées oralement dans le cadre d'une consultation habituelle de médecine générale.

Discussion

Les présentations d'experts ont rappelé le contexte du débat autour de la question du dépistage. Cependant, l'équilibre bénéfice/risque n'étant pas établi, ce dépistage organisé n'est pas proposé.

Un dépistage individuel seul peut être proposé à un patient en bonne santé par son médecin généraliste dans le cadre d'une information préalable, avec décision partagée. Cependant, il n'y a pas unanimité de la part des médecins généralistes sur l'intérêt de proposer un dépistage individuel mais un accord professionnel est trouvé : les résultats quantifiés des ateliers proposent montrent que plus de 8 participants sur 10 (84%) (atelier 1) sont en faveur d'un dépistage individuel en commençant à 50 ans. Moins de 2 médecins sur 10 ne le propose pas évoquant le manque d'arguments pour lever les incertitudes sur le rapport bénéfices/risques. Si le patient en fait lui-même la demande, 7 médecins sur 10 (70%) répondent positivement et prescrivent un dosage du PSA. L'accord professionnel est aussi de vouloir intégrer ce dépistage individuel dans une action de prévention et de dépistage d'autres cancers. Intérêt d'une consultation de prévention à 50 ans ?

La loi Kouchner indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » (Art. L 1111-2 du Code de la Santé Publique). Le médecin ne doit pas décider seul de ce que son patient doit savoir ou avoir. Ce droit des patients est retrouvé dans les discussions des patients sur le site de l'ANAMACP.

Les progrès de l'imagerie permettent de diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement notamment dans les situations suivantes : indications de biopsies en cas de PSA suspect : si une IRM n'est pas suspecte les biopsies peuvent être évitées, indications de traitement notamment si un cancer à la biopsie est peu agressif et de petite taille et que l'IRM est non suspecte une surveillance active peut-être proposée.

Les ateliers d'échange ont porté sur les questions auxquelles mieux répondre autour du dépistage individuel : intérêt de le proposer ? le proposer à tous les patients en bonne santé de plus de 50 ans ou de le réserver à certains patients en fonction de facteurs de risques de cancer (ethniques, antécédents familiaux) ? De la façon d'organiser au mieux la consultation de dépistage ? Des tests de dépistage par PSA et/ou toucher rectal ? Les réponses à ces questions doivent être proposées par les instances et sociétés savantes.

Les enquêtes EDIFICE [3] ont montré que la pratique de dépistage du cancer de la prostate a connu une forte hausse entre 2005 et 2008 avant de se stabiliser jusqu'en 2014 avant de connaître une baisse jusqu'en 2016 notamment chez les patients plus jeunes (de 50 à 69 ans), chez les patients des catégories socio-professionnelles plus élevées et chez les patients non précaires. Ces données suggèrent une méfiance vis-

à-vis du dépistage et la nécessité d'un test diagnostique plus fiable. C'est donc à nous médecins d'informer la population quant aux enjeux du dépistage.

Les limites de cette consultation locale sur la recherche d'un accord professionnel sont celles de la méthodologie de l'étude. Le comité d'organisation n'a pas souhaité utiliser une méthode de consensus formalisé comportant au minimum trois tours d'avis de type DELPHI, mais des ateliers participatifs posant la question de « quelles sont vos pratiques habituelles à la lumière des regards croisés précédents et comment projetez-vous votre pratique future ? ». Le taux de participation de 135 spécialiste de médecine générale à une méthode de type DELPHi n'est pas connu.

Conclusion

S'il n'y a pas unanimité, plus de 80% des spécialistes de médecine générale déclarent proposer un dépistage à un homme à partir de 50 ans dans le cadre d'une consultation avec information préalable et décision partagée. Les ateliers d'échange ont rapporté des questions adressées aux instances et aux sociétés savantes, nécessitant des compléments de réponse.

Remerciements :

A monsieur Mathias COUTURIER, maître de conférences en Droit privé et sciences criminelles à l'Université de Caen, Institut Demolombe (EA 967).

A monsieur Roland MUNTZ, président de l'Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate (ANAMACaP).

Déclaration de liens d'intérêts :

Pas de conflit d'intérêt.

Références :

1. Carioli G, Bertuccio P, Boffetta P, et al. European cancer mortality predictions for the year 2020 with a focus on prostate cancer. *Ann Oncol.* 2020;31(5):650-658. doi:10.1016/j.annonc.2020.02.009
2. 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, INCa, mars 2015
3. Morère J-F, et al. Dépistage du cancer de la prostate en France : résultats des enquêtes EDIFICE. *Prog Urol* (2020) <https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.03.004>
4. The Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials. Tsodikov A et al. *Ann Intern Med.* (2017)
5. Screening for prostate cancer: a Cochrane systematic review. Ilic D et al *Cancer Causes Control.* (2007)
6. Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up. Bill-Axelson A et al. *N Engl J Med.* (2018)
7. AVIS N° 2016.0026/AC/CEESP du 16 mars 2016 du collège de la Haute Autorité de Santé
8. Jehannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017
9. Guide Cancer info « Les traitements du cancer de la prostate » : www.e-cancer.fr
10. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU — Actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. F Rozet et al. *Progrès en urologie* (2018) 28, S79—S130
11. Kasivisvanathan, V., Rannikko, A. S., Borghi, M., Panebianco, V., Mynderse, L. A., Vaarala, M. H., ... Moore, C. M. (2018). MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 378(19), 1767–1777. doi:10.1056/nejmoa1801993
12. Olivier, J., Kasivisvanathan, V., Drumez, E. et al. Low-risk prostate cancer selected for active surveillance with negative MRI at entry: can repeat biopsies at 1 year be avoided? A pilot study. *World J Urol* 37, 253–259 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2420-6>
13. Annot, A., Olivier, J., Valtille, P. et al. Extra-target low-risk prostate cancer: implications for focal high-intensity focused ultrasound of clinically significant prostate cancer. *World J Urol* 37, 261–268 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2442-0>