

## 18h00 – 19h30 : SAISINE avec la participation du Professeur Gérard DUBOIS

### « Les questions éthiques du dépistage du cancer de la prostate »

---

*Précision. Tous les urologues et tous les médecins généralistes de la Somme ont été contactés pour réfléchir avec nous ce soir là.*

Pourquoi cette réflexion face à un dépistage d'un cancer, peut-on se demander ?

Plusieurs éléments de réponses sont à apporter. Afin d'aider les membres présents à comprendre les enjeux de cette question le Pr. Dubois rapporte de nombreuses études permettant de comprendre les difficultés propres à ce dépistage et ses conclusions.

Pour le Pr. Dubois, il faut se méfier en santé publique des choses qui paraissent aller de soi car ce n'est pas parce qu'on dépiste une maladie avant sa traduction clinique que l'on fait de la bonne médecine.

Ce n'est certainement pas une position anti-dépistage pour le Pr. Dubois qui est fervent partisan de dépistage pour des cancers dont l'évolution donne réellement un temps de bonne prise en charge (sein, col, recto-colique), c'est à dire ni trop lent (cancer de la prostate) ni trop rapide (cancer du poumon). Si dépister un cancer plus tôt signifie vivre plus longtemps grâce aux soins proposés avant que celui-ci ne se propage, cela n'est pas vrai pour le cancer de la prostate ni d'ailleurs pour d'autres cancers tels que celui du poumon

Comment passe-t-on d'une nécessité de dépister le plus tôt possible un cancer à surtout ne pas dépister ce cancer ?

En ce qui concerne le cancer de la prostate, son évolution est très lente. Les études sur des résultats d'autopsies montrent qu'à la soixantaine, 30 à 40 % des hommes ont un cancer dans leur prostate. Seuls 1,3 % d'hommes meurent du cancer de la prostate. L'immense majorité des cancers de la prostate ne donneront donc pas de signe clinique et ne feront pas mourir le patient ! La majorité sont des cancers dit indolents, c'est à dire sans évolutivité ou si lente que la personne mourra d'une autre cause.

Très peu de cancers de la prostate s'expriment donc cliniquement. Il n'est donc pas efficace ni éthique (*primum non nocere*) de vouloir à tout prix dépister le cancer de la prostate par quelque technique que ce soit *avant un signe clinique*.

De plus, la détection par le test des antigènes PSA ne présente pas une spécificité suffisante (du fait du nombre élevé de faux positif de 10 %) ce qui devrait suffire à l'invalider comme test de dépistage (c'est-à-dire sur une population non cliniquement atteinte).

Au mieux peut-il suivre une évolution du cancer clinique avéré.

Il en est de même pour le toucher rectal qui ne peut pas être un test de dépistage primaire (c'est à dire sans signe clinique associé) car il a lui aussi été invalidé.

Comment réagir face à ces questions ? En relisant la littérature qui ne permet pas de donner au dépistage une base scientifique suffisante : deux études sont favorables au dépistage quand toutes les autres sont non significatives. Il est clair qu'il n'y a pas de baisse de mortalité grâce au dépistage aujourd'hui démontrée.

**Si donc chez un patient de 60 ans, il est trouvé un cancer dans la prostate par dépistage, 1 sur 2 n'évoluera jamais et pour l'autre personne, personne n'a pu démontrer que le dépistage était utile et modifiait l'évolution pour le patient.**

A l'inverse, tout geste de bilan et notamment la biopsie a un certain niveau de dangerosité (morbidity secondaire).

Les inconvénients dont l'intervention chirurgicale sont nombreux et invalidants : le prix à payer en confort de vie est net. L'impuissance est de 10 % minimum voire de 30%, sachant que peu d'hommes osent avouer l'impuissance et l'incontinence est totale ou partielle pour plus du tiers voire de la moitié des opérés. La qualité de vie et les coûts secondaires renvoient l'homme à un statut d'invalidé et de handicapé.

**Le questionnement éthique se pose sur plusieurs autres éléments.**

1/ Argumentaire publicitaire culpabilisant pour augmenter le taux de couverture de ce dépistage à la télévision ? Ethique de la manière dont on fait la publicité de ce test PSA. Le test culpabilise l'adulte homme qui ne voudrait pas se faire tester via le message d'une jeune femme (une épouse d'un homme de 50 ans n'a pas l'âge de la femme vue à la TV) !!

2/ Primum non nocere ? Comment faire l'annonce d'un résultat qui n'est pas fiable ? Faut-il faire ce test ? Peut-on dire que le test permet de trouver des résultats qui certes ne sont pas certains mais que grâce à une information libre et éclairé, l'homme testé pourra dire s'il veut poursuivre ou non la prise en charge ? Comment peut réagir une personne à qui on fait croire qu'il est atteint d'un cancer même si ce ne sont que quelques cellules? Comment peut-il entendre le mot cancer sans se dire qu'il faut retirer ces cellules qui pourraient lui faire du mal ?

3/ L'homme à qui est annoncé un taux légèrement positif peut-il attendre les symptômes ? Probablement pas comme le prouvent toutes interventions sur la prostate, et avant, tous les bilans réalisés pour essayer de comprendre la réalité ou non du cancer.

4/ A qui profite un tel test ? A l'homme qui deviendra impuissant ou aux laboratoires (en 2003, 2 600 000 tests de dépistage – soit 62 millions d'euros /an en France), aux chirurgiens urologues ?

5/ Financièrement, comment avoir laissé un tel test être remboursé quand d'autres prises en charges dont l'efficacité est certaine ne sont prises en charges par la sécurité sociale ? Quels sont les lobbys qui ont permis cette dynamique ?

6/ Comment savoir dissocier dans ce débat ce qui revient à un repérage, à un dépistage d'un cancer réel mais indolent, et un cancer qui aura une évolution diffuse ou métastatique ? L'importance de ce débat renvoie donc à mieux cerner les enjeux de tests préventifs, des tests prédictifs qui engendrent tant de questionnements quand il est positif alors même que la maladie ne produira peut être jamais en lui, malgré les résultats retrouvés ?

7/ Comment parler de Bienfaisance, face à ces questions ?

Avons-nous bien identifié la balance bénéfices / risques pour le patient ?

Justice et équité Un test non adapté peut-il être généralisé quand d'autres non pas pu être réellement diffusés ( exemple de la recherche de sang dans les selles dont la spécificité – sensibilité est excellente en faveur d'une anomalie colo-rectale) ?

## **Proposition de lecture**

« Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi. »  
de H. Gilbert WELCH, Les Presses de l'Université Laval 2005 pour la traduction  
française.

---