

Quand un dépistage individuel est-il justifié?

Sauf précision contraire je fais référence au dépistage du cancer de la prostate par le PSA.

Certains médecins justifient le dépistage individuel en affirmant qu'il est complémentaire du dépistage de masse. Qu'est-ce que cela sous entend? Est-ce bien vrai?

Lors d'un dépistage de masse tous les individus (d'une tranche d'âge) sont incités à se faire dépister par courrier ou par médias interposés. Les études sont faites auparavant pour essayer de démontrer une amélioration de la mortalité au niveau de la population dépistée par rapport à une population témoin non dépistée.

En l'absence de preuve ou en l'absence de consensus sur l'interprétation des résultats des études, certains médecins se rabattent sur ce qui est appelé le « dépistage individuel, » c'est à dire qu'ils proposent le test de dépistage dans le cadre de la relation médecin malade habituelle.

Dans le cas où il n'a pas été clairement démontré que le dépistage de masse était médicalement justifié tout le problème est de savoir si le dépistage individuel est justifié et si c'est bien le cas, de préciser ce qui le justifie.

Toujours dans ce cadre là (où il n'a pas été clairement démontré que le dépistage de masse était médicalement justifié et/ou en l'absence de consensus généralisé) je fais trois affirmations:

- 1) Ma première affirmation est que, le dépistage individuel n'est alors justifié que s'il est ciblé sur des facteurs de risque dont la recherche compliquerait l'organisation d'un dépistage de masse.
- 2) Ma deuxième affirmation est que les médecins utilisent le terme de « dépistage individuel » comme un mot magique pour justifier leur pratique personnelle de dépistage (en contradiction donc avec les données des études).
- 3) Ma troisième affirmation est que pour bien raisonner il faut toujours garder en tête la notion fondamentale qu'un dépistage se définit essentiellement par sa cible (ce qui définit sa VPP et VPN). En effet, seul les dépistages ciblés justifient éventuellement d' un dépistage individuel

DEFINITIONS

Dépistage, dépistage systématique, dépistage individuel, dépistage de masse, dépistage opportuniste, dépistage généralisé...

Il existe un floraison de qualificatifs peu clairs qui permet tous les errements.

La première erreur est de ne pas savoir tirer les conséquences des études actuelles à la pratique quotidienne des médecins.

La deuxième erreur est l'utilisation de glissements sémantiques.

Voici ce que dit l'INCA sur le dépistage: <http://www.e-cancer.fr/depistage>

« Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un [cancer](#). L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Il est aujourd'hui possible de dépister ou de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (cancer du sein, cancer colorectal), soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient (cancer du col de l'utérus, mélanome...). »

« Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un [cancer](#). »

Le dépistage ne concerne pas que le cancer, on peut dépister l'ostéoporose, un haut risque cardiovasculaire.

Les lésions cancéreuses ou précancéreuses sont donc déjà présentes mais elles sont asymptomatiques; Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, en l'absence de symptômes,

S'il existe des symptômes, alors nous ne serions plus dans le cadre du dépistage.. En fait la présence de symptômes est souvent évoqué par les médecins pour justifier un dépistage (voir ci-dessous). En fait il y a trois types de symptômes souvent confondus:

- Des symptômes qui sont évocateurs d'un cancer et il est nécessaire dans ce cas là de faire un diagnostic étiologique précis concernant l'origine de ces symptômes.
- Des symptômes qui amènent le patient à consulter, qui ne sont pas évocateur de cancer, qui sont banaux et bénins, mais qui sont l'occasion pour le médecin de proposer un dépistage. Il s'agit alors pour le médecin de profiter de l'examen pour faire un bilan complet. L'absence de proposition de dépistage pourrait de plus lui être reproché plus tard. C'est le cas d'une consultation pour troubles de la miction due à une hypertrophie prostatique bénigne associé à cancer prostatique cliniquement muet.

On peut aussi imaginer des symptômes qui ne seraient pas directement lié à un cancer évolutif mais qui serait un simple facteur de risque justifiant le dépistage.

Et puis parfois il existe peut-être des symptômes en rapport avec le cancer mais ceci n'ont pas été repérés comme tels.

Donc dire que le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un [cancer](#) est ambigu. Il faudrait préciser « en l'absence de symptômes évocateurs (de lésion cancéreuse)».

LE DEPISTAGE INDIVIDUEL!

Parlons d'abord du dépistage de masse...

Prostate : la HAS dit non au dépistage de masse par dosage de PSA

Dans un avis rendu mardi, la Haute Autorité de santé confirme sa position d'il y a dix ans. Il y aurait, selon elle, plus d'inconvénients que d'avantages à organiser un dépistage de masse du cancer de la prostate par dosage du PSA. Pour arriver à cette conclusion, les experts s'appuient sur deux récentes études parues dans le NEJM.

Prostate : la HAS dit non au dépistage de masse par dosage de PSA

Même s'il ne révolutionne pas la position des autorités sanitaires françaises sur le sujet, voilà un avis qui risque de faire couler beaucoup d'encre, tant la question est polémique. Dans le débat sur la nécessité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate, la Haute Autorité de santé (HAS) vient en effet de conclure qu'il était urgent d'attendre. Depuis une dizaine d'années, la question oppose experts de santé publique et urologues : en schématisant, les premiers penchent dans leur majorité pour l'inutilité d'un dépistage de masse via le dosage de PSA, les seconds étant au contraire nombreux à le prôner.

En janvier 1999, l'ANAES (l'agence nationale d'évaluation en santé, ancêtre de la HAS) avait déjà recommandé de ne pas mettre en place un dépistage systématique et organisé du cancer de la prostate. Pour tenir compte des dernières données scientifiques, la HAS a remis le métier sur l'ouvrage, et a décidé d'évaluer deux études publiées en mars 2009 dans le New England Journal of Medicine. Sur la base de leur analyse critique confiée au Pr Rachid Salmi, directeur de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), la HAS maintient donc ses recommandations d'alors.

À propos de ces deux études - PLCO* et ERSPC** - visant à déterminer l'intérêt d'un dépistage systématique du cancer de la prostate, la HAS conclut qu'il n'est pas nécessaire de « réévaluer l'opportunité de la mise en place d'un dépistage systématique du cancer de la prostate » par le dosage du PSA. « Les deux études sont de qualité inégale et trop hétérogènes pour être comparées », souligne de prime abord la HAS, qui poursuit en estimant que « l'analyse critique de l'ensemble de ces données montre que le dépistage systématique n'a pas fait la preuve de ses bénéfices. » Et qu'en revanche, ses inconvénients demeurent nombreux : fréquence de faux positifs, sur-diagnostic et traitements inutiles notamment.

En conclusion, la Haute Autorité de Santé renvoie toujours à ses recommandations de 2004 et « insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. » A ce sujet, elle promet pour bientôt la mise à jour, en collaboration avec l'INCa, de son guide d'information à destination des hommes qui envisagent la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate.

L'avis de la HAS ne mettra sans doute que très provisoirement un terme au débat sur le dépistage par dosage de PSA. Rappelons qu'il y a un peu plus d'un an, le rapport du Pr Bernard Debré pour l'OPEPS *** plaidait plutôt en faveur du dépistage de masse et de l'organisation de campagnes grand public, mais à condition que l'on puisse mieux évaluer l'agressivité du cancer dès le stade du dépistage. Il soulignait les « limites d'une mesure ponctuelle du taux de PSA » et faisait remarquer que « ce n'est pas tant la valeur brute atteinte par le PSA que le rythme d'augmentation de cet indicateur qui est révélateur des formes cancéreuses agressives. » Enfin, il préconisait deux choses: d'une part, l'usage d'un « test à part entière » qui permette ce calcul, test non invasif, utilisé par les praticiens et remboursé par

l'assurance maladie, et d'autre part, la validation d'autres marqueurs que le dosage de PSA.

* PLCO : Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (essai américain) Andriole GL, Crawford ED, Grubb RLI, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009 ; 360(13) :1320-8

**ERSPC: European Randomized Study of screening for Prostate Cancer (essai européen) Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009 ; 360(13) :1320-8

***OPEPS: Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

Réaction d'un médecin:

« mais on peut faire un dépistage individuel donc tout va bien!
pourquoi ne pas dire clairement qu'il ne faut pas faire de dépistage tout court? »

Réaction à cette réaction d'un autre médecin:

« Je trouve cela pas évident... pourquoi ne pas faire de dépistage individuel ? n'y a-t-il aucun cas où le dépistage puisse avoir une utilité ?
Tu veux dire qu'il n'y a pas de différence entre dépistage individuel et dépistage de masse, pour toi ? »

Lorsque le dépistage de masse n'est pas recommandé, le dépistage individuel est lui, exceptionnellement recommandé (voir ci-dessous la seule justification au dépistage individuel).

Malgré les risques le dépistage individuel est largement pratiqué (70% des médecins proposeraient le dépistage).

Si le dépistage fait plus de mal que de bien pourquoi continuer dans la pratique?

Voici un extrait d'une discussion entre médecins sur le distilbène:

Avons nous appris à lire depuis 1971?

Dans le Vidal de 1959 qui était certes sans valeur car non validé
> par des AMM il était écrit:3 indications chez la femme.A la
> puberté,pendant l'activité génitale et après ménopause et 2 chez
> chez l'homme.
> Durant l'activité génitale 9 indications et parmi celles ci :
> avortement habituel:25 mg en moyenne par jour,pendant toute la
> grossesse,jusqu'à 15 jours avant terme.remboursé par la SS et
> l'A.M.G. admis à l'A.P.
> Il me paraît difficile,voir impossible pour les médecins de
> l'époque de ne pas prescrire chez une femme ayant fait plusieurs
> fausses couches.

OK.

> Mais à partir de 1971, si on savait lire, il était possible de ne plus
> prescrire du tout.

Comme il devrait être possible de ne plus prescrire de PSA dans le
dépistage du cancer de la prostate, suite à l'étude américaine (qui
reproduit les propositions de dépistage de l'AFU).

Avons nous appris à lire depuis 1971 ?

Pour alimenter tes propos :

Survival has improved after conservative treatment for early prostate cancer
JAMA 2009;302:1202-9[Abstract/Full Text]

Dépêche Reuters: <http://www.reuters.com/article/idUSTRE57U58A20090831>

La tristesse d'un médecin, par Sandrine Blanchard [Le monde du 7 octobre 2009]

Il a pris son bloc d'ordonnances et a écrit d'une traite une lettre de sept pages. Je l'ai reçue il y a quelques jours. C'est un courrier bouleversant, celui d'un médecin généraliste de Fouesnant dans le Finistère, qui, au lendemain d'un week-end de garde, a éprouvé le besoin d'écrire pour témoigner. "J'ai encore soigné un "vieil" homme pour des complications dues au traitement du cancer de la prostate. Vous ne pouvez pas savoir comment cela m'est difficile de voir ce gâchis humain. Que les choses soient claires, je ne parle ici que des hommes traités pour des cancers asymptomatiques découverts après dépistage ; je ne parle pas de ceux qui avaient des cancers de la prostate entraînant des troubles."

Le médecin s'est rendu au domicile de ce patient de 76 ans, en radiothérapie pour un cancer de la prostate dépisté en 2007. "Les rayons avaient entraîné des troubles intestinaux. Il était couché", raconte-t-il. Le médecin a discuté avec sa femme. Elle lui a raconté : "La chute de (son) mari, comment le diagnostic (dosage du PSA, marqueur biologique de la glande prostatique) (les) a bouleversés, comment les suites médicales (curetage, prise de sang, etc.) ont occupé une grande partie de leur temps et de leurs pensées ; et puis le moral qui baisse, les antidépresseurs, les infections au cours des prélèvements, l'incontinence urinaire. Ça n'arrête pas ! Et puis l'impuissance. Dans un couple, ce n'est pas rien ! Même à 76 ans, alors pensez quand c'est à 55 ans..." Ces hommes, il en voit de plus en plus. Alors ce généraliste s'interroge : "Pourquoi mes collègues continuent-ils cette pratique de dépistage et de traitement ?" Et avance des réponses : "La formation des médecins, l'information et la pression des urologues."

Le médecin s'est rendu au domicile de ce patient de 76 ans, en radiothérapie pour un cancer de la prostate dépisté en 2007. /"Les rayons avaient entraîné des troubles intestinaux. Il était couché", /raconte-t-il. Le médecin a discuté avec sa femme. Elle lui a raconté : /"La chute de (son) mari, comment le diagnostic (dosage du PSA, marqueur biologique de la glande prostatique) (les) a bouleversés, comment les suites médicales (curetage, prise de sang, etc.) ont occupé une grande

partie de leur temps et de leurs pensées ; et puis le moral qui baisse, les antidépresseurs, les infections au cours des prélèvements, l'incontinence urinaire. Ça n'arrête pas ! Et puis l'impuissance. Dans un couple, ce n'est pas rien ! Même à 76 ans, alors pensez quand c'est à 55 ans..."/

Ces hommes, il en voit de plus en plus. Alors ce généraliste s'interroge : /"Pourquoi mes collègues continuent-ils cette pratique de dépistage et de traitement ?" /Et avance des réponses : /"La formation des médecins, l'information et la pression des urologues."/

Trois types d'arguments sont avancés pour justifier le dépistage individuel.

1) Désaccord sur la non recommandation du dépistage de masse.

Le médecin estime que, contrairement aux experts « officiels » et officieux, les résultats des études justifient le dépistage systématique. Ils prônent donc logiquement le dépistage de masse. L'ennui c'est qu'il n'y a pas de contrôle de la qualité. Par ailleurs les personnes qui se font dépister sont celles qui consultent spontanément. Il s'agit d'une sélection qui n'est pas celle des études. On ne sait donc pas trop ce que l'on fait d'autant plus qu'il n'y a pas de suivi des résultats. Je considère pour ma part que, dans ces conditions, le dépistage n'est pas éthique.

2) Le dépistage doit se faire au bon vouloir du patient?

Le médecin propose, le patient dispose.

D'un patient:

« En tant que patient un peu éclairé, je suis plutôt de l'avis de B. Je pense aussi que un patient ne doit pas réclamer un PSA à son généraliste et qu'un généraliste ne doit pas prescrire un PSA en dépistage sauf pour une raison motivée. Point final.

J'ai dit ici que je ne me ferais jamais dépister...Et puis ayant eu un blocage de prostate après anesthésie générale, mon généraliste ma demandé de voir un urologue suite à ce problème...Cela n'a rien à voir avec un dépistage. L'urologue m'a dit de revenir en juin 2011 mais a souhaité que je fasse un PSA en juin 2010 et que je lui envoi le résultat.

Je pense que c'est la bonne démarche...Qu'en pensez vous? »

Quels sont ces dépistages sans raison motivée? Toute « raison motivée » peut-elle justifier un dépistage? Sinon quels sont les bonnes raisons? Est-ce qu'un blocage prostatique après anesthésie est une bonne raison?

Une réponse de médecin:

« personnellement je ne ferais pas de PSA dans ce cas de figure.

Quel peut être le lien entre un cancer de la prostate et une hypertrophie prostatique temporaire post anesthésique ?

En cas de PSA positif , de biopsie positive (déjà deux si..) que va-t-on te proposer ? et pour quel gain ? Demande les réponses à ton uro avant de faire les PSA.... Il est probable que sa réponse te fasse réfléchir »

Réponse d'un autre médecin:

« J'irai même plus loin, si ton blocage est terminé, quel est l'intérêt de revoir cet urologue ?

Avec ou sans dosage. »

Il n'y aurait donc pas de nécessité de prescrire un dosage de PSA en l'absence de lien entre cancer et hypertrophie prostatique. Et même dans le cas où il y aurait un lien il ne faudrait pas parler de dépistage mais de recherche d'un diagnostic. Or je ne crois pas que le dosage du PSA soit indiqué dans le diagnostic de cancer.

Le dosage du PSA semble donc ici prescrit systématiquement lors de tout problème urologique. Il s'agit pour l'urologue de se protéger et/ou celui-ci est persuadé, contrairement à l'ANAES, HAS, les oncologues, les experts de santé publique... de l'utilité du dépistage systématique. Et puisque le cancer de la prostate ne fait pas l'objet d'un dépistage de masse (quel que soit le pays) l'urologue se croit plus intelligent que les autres et/ou estime faire du dépistage individuel ce qui ne serait pas pareil...

Si on raisonne en dépistage ciblé/non ciblé. On voit qu'ici le dépistage n'est pas ciblé ou ciblé sur une pathologie qui est sans lien avec le cancer que ce soit en tant que facteur de risque ou en tant que symptôme évocateur.

La discussion se poursuit avec le médecin R:

« Il ne faut pas confondre la position de patient et de médecin : B donne son avis de médecin et pense qu'il ne faut pas accepter de faire du PSA en dépistage quelle que soit la situation. Toi, tu te positionnes en « patient un peu éclairé » et très logiquement tu es convaincu par ses arguments et tu ne souhaites pas te faire dépister.

Je ne comprends pas pourquoi un patient ne devrait pas réclamer un PSA à son médecin. Penses tu que le médecin est omnipotent ? qu'il n'oublie jamais rien ? qu'il ne se trompe jamais ? Je ne le pense pas, et je trouve normal qu'un patient me demande de lui faire un rappel de tétanos, me demande de faire une mammographie etc. Après, à moi de gérer la demande, y répondre positivement si elle est justifiée, expliquer mon refus si elle est injustifiée, expliquer les arguments du pour et du contre si la décision finale doit être prise par le patient.

« un généraliste ne doit pas prescrire de PSA en dépistage sauf pour une raison motivée » qu'est ce que ça signifie une raison motivée ? un patient qui a des symptômes ? on n'est plus dans le dépistage, un patient qui a vu son père mourir à 55 ans de cancer de la prostate (cas décrit par DD) ? un patient qui après information du pour et du contre maintient sa demande ? comment et qui décide la justification ? c'est toute la question dont nous débattons.

Pour ton cas particulier, J., il faut que tu saches que les symptômes que tu as présenté ne sont pas en rapport avec un possible cancer de la prostate. Peut être s'agit-il des premiers symptômes d'un adénome prostatique qui ne justifie absolument pas la réalisation d'un PSA (« Le dosage du PSA n'a pas d'intérêt pour le diagnostic, le bilan ni le suivi de l'HBP » ANAES recommandation professionnelle mars 2003). Tu te retrouves dans la situation d'avant ton évènement urologique : pas plus ni moins de justification à te faire dépister.....Tiens Bon, J.!!! »

Voilà presque tous les problèmes posés:

« Il ne faut pas confondre la position de patient et de médecin : B donne son avis de médecin et pense qu'il ne faut pas accepter de faire du PSA en dépistage quelle que soit la situation. »

Il ne s'agit pas pour le médecin d'imposer ou non son choix au patient. Nous ne sommes pas dans une situation où on a deux possibilités également médicalement justifiées, mais avec des conséquences et des risques différents, Nous sommes dans le cas où une décision n'est pas médicalement justifiée (voir ci-dessous), et ce n'est pas un problème de choix du médecin, mais c'est le résultat d'études.

« Toi, tu te positionnes en « patient un peu éclairé » et très logiquement tu es convaincu par ses arguments et tu ne souhaites pas te faire dépister. »

Le patient a donc le pouvoir, celui de dire non. En fait c'est l'inverse qui pose problème: le pouvoir de dire oui alors qu'il faudrait dire non. Il faut distinguer le patient qui dit non à un traitement médicalement justifié de celui qui dit oui à un traitement non médicalement justifié. Dans le premier cas, il y a un refus de soins justifiés et le patient a tout à fait droit de refuser à ses risques et périls. Le médecin doit l'informer des conséquences de son choix et certains font signer une « décharge de responsabilité » (Exemple sorties précoces d'hôpital). Dans le second cas les soins ne sont pas médicalement justifiés et c'est le patient qui impose ses désirs comme tout client consommateur qui peut acheter des choses inutiles ou prendre des risques inutiles.

Voici la réponse de B:

« le problème c'est que tu réponds systématiquement positivement à ton patient s'il maintient sa demande de PSA, tu donnes ainsi raison systématiquement au lobby de pression (et tu engage ta responsabilité accord du patient ou pas). »

Le problème n'est pas de donner raison systématiquement au lobby de pression mais de considérer le client comme un petit chef qui impose sa demande. Le médecin engage-t-il sa responsabilité dans le cas où il prescrit un traitement non médicalement sous la pression du patient?

Voici la réponse de R

« Tu peux interpréter ma réponse différemment (donner raison au lobby de pression....) mais pour moi ma réponse est faite à mon patient très particulier en face de moi, qui vit dans son environnement qui l'influence, bien entendu, mais en fonction des données actuelles de la science, je maintiens ne peux pas lui affirmer que dans son cas le résultat du dépistage sera négatif ni qu'il sera positif.

La différence avec toi, B, est que je crois que tu penses pouvoir affirmer au patient devant toi que la prescription du PSA lui apportera avec certitude plus d'inconvénient que d'avantages

Es tu d'accord sur cette différence d'appréciation entre nous ? »

« Ma réponse est faite à mon patient très particulier en face de moi, qui vit dans son environnement qui l'influence, bien entendu, » fait référence au caractère individuel du dépistage.

Pour R le dépistage (individuel donc) est médicalement justifié dans la mesure où: « mais en fonction des données actuelles de la science, je maintiens ne peux pas lui affirmer que dans son cas le résultat du dépistage sera négatif ni qu'il sera positif. La différence avec toi, B..., est que je crois que tu penses pouvoir affirmer au patient devant toi que la prescription du PSA lui apportera avec certitude plus d'inconvénient que d'avantages »

En effet l'information qui doit être donnée doit-être celle concernant le bénéfice de l'individu à qui on propose le dépistage

Or il est statistiquement impossible de délivrer une telle information:

« Le raisonnement bénéfice individuel/collectif est posé à l'envers : la recherche clinique ne sachant pas opérer autrement que par statistiques, lorsqu'on arrive à mettre en évidence le bénéfice d'un traitement, c'est d'une façon moyenne globale (bénéfice collectif) et toute la question pratique est ensuite d'essayer d'identifier les individus qui vont effectivement en tirer bénéfice, sachant qu'il est généralement impossible de répondre précisément à cette question. Mais à l'inverse, quand aucun bénéfice collectif n'a été démontré (ce qui est bien le cas en l'espèce), il est généralement impossible de prouver le moindre bénéfice individuel, dans la mesure où l'on peine à concevoir un mode de preuve autre que statistique. »

<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article136>

Ceci vaut évidemment dans tous les cas; que les résultats des études aient justifiées ou non le dépistage.

En effet même dans le cas où le dépistage entraîne une diminution de la mortalité sur un groupe de 100 000 personnes, il n'est pas impossible de penser que certaines personnes sur ces 100 000 ont en fait pâti du dépistage, et que cette surmortalité dû au surdiagnostic est compensé par les effets positifs du dépistage précoce.

Plus on dépiste précocement le cancer plus on peut traiter avant la généralisation du cancer et donc sauver le patient. L'argument semble d'une logique imparable. Cet argument massue est contrebalancé par le risque tout aussi logique de traiter inutilement des cancers qui ne se seraient pas développés et donc de tuer ou même de rendre infirme la personne du fait de la prostatectomie.

Or psychologiquement la personne va la plus souvent préférer prendre le risque d'être mutilé plutôt que d'attendre le possible développement de son cancer. Il est difficile de vivre avec la connaissance qu'on est porteur d'un cancer. Même si cela ne change rien aux probabilités savoir qu'on a un cancer aboutit irrémédiablement au choix de la prostatectomie. Le médecin qui est contre le dépistage est très embêté pour conseiller un patient qui a fait un test contre son avis et qui se retrouve positif.

3) le dépistage est individuel car il est ciblé.

« un généraliste ne doit pas prescrire de PSA en dépistage sauf pour une raison motivée » qu'est ce que ça signifie une raison motivée ? un patient qui a des symptômes ? on n'est plus dans le dépistage, un patient qui a vu son père mourir à 55 ans de cancer de la prostate (cas décrit par DD) ? un patient qui après information du pour et du contre maintient sa demande ? comment et qui décide la justification ? c'est toute la question dont nous débattons. »

Dépister sur un groupe à risque rend le test de dépistage plus efficace. Dans ce cas le dépistage de masse peut-être en pratique plus difficile.

Les médecins qui font du dépistage individuel justifient parfois ce dépistage devant des facteurs de risque et/ou lorsqu'il existe des symptômes.

QUELLE INFORMATION ÉCLAIRÉE DONNER AU PATIENT?

Le dépistage individuel est souvent justifié par l'information éclairée à donner au patient.

D'abord faut-il faire de l'information éclairée?

Oui s'il a été démontré un bénéfice sur la mortalité au niveau populationnel.

Sinon, il ne faut pas proposer le dépistage. Il n'y a donc pas d'information éclairée à faire.

Pourtant certains médecins estiment, dans ce cadre là, que le dépistage individuel est justifié dans la mesure où l'information éclairée a été faite.

Si oui quelle information donner?

L'information doit être la même quel que soit le médecin qui la donne!

« Prostate Cancer Overdiagnosis in the United States: The Dimensions Revealed
Nick Mulcahy »

> 1 death is averted for every 20 men overdiagnosed, say the authors. A

> recent European study suggests a 1 to 50 ratio,

Références:

<http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=23826>