

Mots clés :

Cancer de
la prostate
Dépistage
PSA

Cancer de la prostate : décider ensemble de dépister ou non

Des essais randomisés de conclusions incertaines (*Bibliomed 567*), un test de dépistage manquant de sensibilité et de spécificité, beaucoup de diagnostics par excès, donc d'investigations inutiles et d'effets adverses non négligeables chez des hommes à risque faible (*Bibliomed 569*), des recommandations contradictoires, mais une demande très forte parmi le grand public. Le médecin va devoir comprendre le pourquoi de la demande des patients, les représentations sous-jacentes, présenter la problématique du dépistage avec des risques pour beaucoup et un bénéfice pour quelques uns. A travers la discussion, la décision doit être partagée, particulièrement en raison des incertitudes persistantes.

Des représentations sous-jacentes des patients

Dans plusieurs études anglaises, assez cohérentes avec ce que nous vivons, le cancer pour nos patients a une représentation assez univoque, quelque soit l'organe atteint : tout cancer est mortel, tout cancer doit être enlevé le plus tôt possible. Dépister un cancer asymptomatique est assimilé à sauver une vie. La perception est très affective, l'utilité du dépistage n'est pas mise en question, la notion d'effets négatifs ou d'altération de la qualité de vie par le dépistage n'est pas envisagée¹. Dans l'étude de Hoffman² 90% des patients croient que le dépistage réduit la mortalité du cancer de la prostate.

La décision de dépister est-elle partagée ?

Dans un panel de 3010 américains de plus de 40 ans, 375 hommes ayant discuté avec leur médecin ou fait le dépistage du cancer de la prostate les 2 années précédentes ont été interrogés par téléphone², avec 3 questions centrales : la mortalité due au cancer, son incidence vie entière, la « rentabilité » du dosage du PSA. 69,9% avaient parlé du dépistage avec leur médecin dont 14,4% de ceux qui ne l'avaient pas fait. Les professionnels de santé étaient majoritairement favorables au dépistage (64,6%), 73,4% le recommandaient, insistant sur ses avantages (71,4%), peu sur ses inconvénients (32%). Bien que 58% des hommes interrogés aient été informés sur le dépistage, 47,8% ne répondaient correctement à aucune des 3 questions. Seulement 54,8% avaient été interrogés au préalable sur leur préférence. Le conseil du professionnel était souvent la seule « information » délivrée (OR 2,67 ; 1,08-6,58) et associée à la réalisation du dépistage (OR 1,26 ; 1,04-1,54).

Que retenir pour la pratique ?

La décision de dépistage doit être partagée. Cela implique pour le médecin bien sûr la connaissance des données des essais à travers leurs éléments chiffrés, mais qui ne peuvent être que **des éléments de réflexion à partager** avec ceux de nos patients avec qui l'on est amené à parler du dépistage. Parmi toutes ces données, celles concernant la longueur d'évolution, comme les surdiagnostics, **confirment qu'on peut « attendre »** avant de recourir à un traitement agressif sans risque majeur. Ce qui n'est pas négligeable chez les plus âgés.

Nous avons la lourde responsabilité d'une « décision sous influence » : nous devons **être très au clair sur les données et incertitudes** dans ce domaine, nous devons aussi « **informer** » (vérifier et conforter ou compléter les connaissances de nos patients) **et nous informer** de leurs préférences pour vraiment partager une décision toujours difficile. Il faut y consacrer le temps suffisant.

Comment arriver à une décision partagée ?

Une décision partagée doit être précise, exacte et objective, présentant les pour et les contre. Les avis divergent sur la neutralité du médecin ou l'affirmation de son choix personnel. Tout cela semble rarement réalisé comme le montre l'enquête de Hoffman, est particulièrement difficile dans un domaine où l'adhésion des patients comme des médecins est forte³.

Faut-il apporter des données chiffrées comme le propose Howard⁴ et divers outils d'aide à la décision ? Il n'est pas sûr que cela puisse modifier l'enthousiasme de patients dont les représentations sont très fortesⁱⁿ³. L'important est dans l'écoute et le dialogue avec le patient, dans une approche s'apparentant à celle de l'éducation thérapeutique, mais pour laquelle il faut du temps d'explication et non la simple ordonnance pour un PSA³.

La présentation des données chiffrées ne peut être qu'un complément du dialogue. Le mode de présentation de l'information joue un rôle considérable. Rappelons une étude qualitative anglaiseⁱⁿ¹, où pour la participation à un essai comparant prostatectomie et simple surveillance, le taux d'acceptation de participation est passé de 40 à 70% avec des modifications de présentation. Il s'agissait de présenter différemment les données : mettre la simple surveillance en premier parmi les alternatives, montrer la surveillance comme un suivi actif et non comme un abandon, expliquer la survie en termes positifs par exemple « la plupart des hommes avec cancer de la prostate vivent longtemps normalement, même avec leur maladie »...

Références

- 1- Collectif Dépistage du cancer de la prostate. Les représentations sous-jacentes. *Bibliomed*. 2002;283.
- 2- Hoffman RM et al. Prostate Cancer Screening Decisions. Results from the National Survey of Medical Decisions *Arch Intern Med*. 2009;169:1611-8.
- 3- Woolf SH, Krist A. Shared decision making for prostate cancer screening. *Arch Intern Med*. 2009;169:1557-9.
- 4- Howard K et al. A Model of Prostate-Specific Antigen Screening Outcomes for Low- to High-Risk Men. *Arch Intern Med*. 2009;169:1603-10.