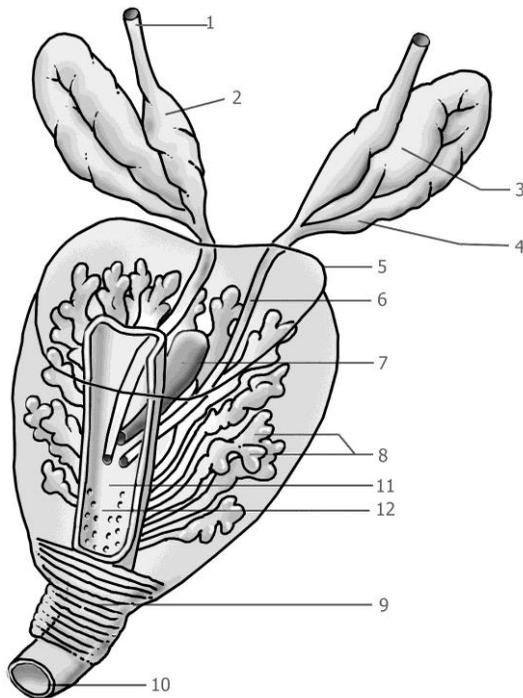


CANCER-TABOU

Polémique et scandale



Préface

Il est des procès qui pourraient marquer leur temps, créer jurisprudence, modifier les comportements et les règles de fonctionnement de la société. Tel est bien celui que je vis depuis 2007, à la suite de la découverte de mon cancer de la prostate.

Je suis un homme comme beaucoup d'autres, de la classe moyenne, un homme moderne en phase avec les courants de pensée de son époque. Dans ce cadre, j'ai toujours été attentif à la qualité de mon hygiène de vie. J'espérais me donner une meilleure chance de connaître une vieillesse heureuse, en bonne santé, en pratiquant beaucoup de jogging, et en bénéficiant d'une nourriture riche, variée et équilibrée. Mon épouse m'accompagnait dans cette voie en fréquentant assidument les salles de sport, et en étant attentive, dans la préparation de nos repas, à respecter les nombreux conseils qu'elle lisait dans des revues et des livres de diététique. Nous menions ensemble une vie parfaitement heureuse, équilibrée et harmonieuse dans tous les domaines.

Bien entendu, cela ne nous préservait pas des accidents de santé, et nous avions toute confiance en notre médecin généraliste pour les prévenir et les traiter. J'avais connu ce médecin à l'occasion de coliques néphrétiques, qu'il avait su diagnostiquer et soigner avec succès, alors que j'étais âgé de 52 ans. Depuis lors, il était devenu notre médecin de famille.

C'est peu après cet épisode que mon épouse et moi-même avons décidé de nous rendre dans un centre d'examen de la sécurité sociale, afin de faire un check-up complet de notre état de santé. Tout était parfait pour mon épouse, et presque parfait pour moi. On me confirma que ma tension artérielle était légèrement supérieure à la normale (15/9), ce que mon médecin m'avait déjà signalé.

3

Le praticien qui procéda sur moi à un toucher rectal me signala en outre une légère grosseur de la prostate, et me demanda si je me levais souvent, durant la nuit, pour aller aux toilettes. Je lui répondis par l'affirmative. Mais ce n'était nullement gênant, car je me rendormais immédiatement.

Je me sentais en pleine forme, en pleine force de l'âge. J'étais un homme hyperactif, surchargé de travail, constamment « surbouqué ». Je travaillais « le nez dans le guidon », parcourant plus de 70 000 kilomètres par an, quelles que soient les conditions météorologiques. Mes week-ends étaient consacrés aux travaux de la maison, et au traitement de dossiers que je n'avais pas eu le temps de finaliser durant les jours ouvrables. Je trouvais néanmoins le temps d'aller courir dans la nature, presque chaque jour, ce qui avait paradoxalement l'intérêt de me détendre et de me reposer.

Mon médecin généraliste me prescrivit un traitement diurétique pour pallier ma légère hypertension, et je dus ensuite le rencontrer très régulièrement pour renouveler périodiquement ce traitement, ce qui était l'occasion de contrôler ma tension, et d'échanger sur ma santé. Au cours de ces visites, je lui ai signalé que j'étais toujours obligé de me lever durant la nuit pour aller aux toilettes. Je lui ai aussi indiqué que je prenais mon traitement chaque matin, et que, systématiquement, j'étais pris d'envies d'uriner irrépressibles dans le cours de la matinée. Il en conclut qu'il s'agissait des effets du traitement diurétique, sans tenir compte du fait que les premiers symptômes étaient antérieurs à ce traitement.

Quelque temps plus tard, je ressentis des fatigues intenses qui m'amènèrent à consulter. Mon médecin généraliste m'adressa alors à un cardiologue, qui ne remarqua aucune anomalie, puis à un spécialiste du sommeil, qui me confia un enregistreur propre à contrôler d'éventuels troubles nocturnes. Cet enregistreur ne révéla non plus aucune anomalie. Dans le même temps, mon médecin généraliste me prescrivit plusieurs analyses du sang, qui s'avérèrent toutes parfaitement normales. Il faut dire que ces prescriptions omettaient de prévoir une mesure du taux de PSA, qui est le « marqueur » du cancer de la prostate. Pendant toute cette période, mon médecin n'a jamais proposé sur moi le moindre toucher rectal, qui aurait pu révéler une éventuelle évolution de la petite grosseur de ma prostate, signalée en 2003.

Après de nombreux mois de vaines investigations, mon médecin me demanda un jour si j'avais des « pensées morbides ». Je le questionnai pour savoir ce qu'il entendait par là. Il me répondit en s'interrogeant sur le point de savoir si je pensais quelquefois à la mort. Bien entendu, je lui dis qu'il en était bien ainsi, comme cela est sans doute le cas pour tout le monde. Il en conclut alors que ma fatigue provenait d'une dépression nerveuse, alors que j'étais en réalité parfaitement heureux et équilibré par ailleurs. Aucun autre symptôme que le fait de penser quelquefois à la mort ne permettait de conclure en une telle dépression nerveuse.

C'est alors qu'advint une véritable catastrophe, un cataclysme auquel je n'étais absolument pas préparé, qui m'écrasa littéralement, broyant tous mes projets, effaçant en un jour mon avenir. J'appris que j'étais atteint d'un cancer diagnostiqué trop tardivement.

De ce fait, il n'était plus opérable et les statistiques me donnaient deux ans d'espérance de vie... et quelle vie !...

Dans ce livre, j'ai certes rapporté le déroulement du procès que j'ai ensuite intenté contre mon médecin généraliste. J'ai aussi rapporté, et j'en présente mes excuses auprès des lecteurs, les souffrances physiques qui accompagnent cette maladie, et les traitements lourds qui s'ensuivent. J'ai aussi essayé de rendre compte de mes graves souffrances psychologiques. Qu'en eut-il été si j'avais été réellement dépressif ? Il est en effet indispensable d'évoquer ces souffrances, qui pourront choquer par leur exposé direct et sans pudeur, car elles constituent en quelque sorte l'enjeu du procès. Je les ai en tout cas supportées et assumées jusqu'à présent.

J'ai voulu ce livre afin qu'il puisse, je l'espère, être utile à tous ceux qui sont dans la même situation que moi. Ils s'y reconnaîtront.

2007, l'année catastrophe

Cette nuit-là, au milieu de l'été 2007, je fus réveillé par une douleur intense au niveau du coccyx. Cette douleur était moins forte que celle que j'avais connue à l'occasion de mes coliques néphrétiques et elle se situait plus bas. Je me levai et restai éveillé pendant près d'une heure. Cette douleur disparut alors. Je me recouchai et dormis paisiblement...

Quelques semaines plus tard, la même douleur survint de nouveau, également au milieu de la nuit, pour disparaître aussi mystérieusement qu'elle était venue. Cette fois-ci, je décidai de consulter mon médecin généraliste, qui ne suspecta rien de grave à priori. A titre de simple précaution, il me prescrivit une analyse de sang, avec mesure du taux de PSA, un examen pour les « personnes âgées », précisa-t-il, et il me donna rendez-vous un mois plus tard pour effectuer un toucher rectal.

Pourquoi ne pouvait-il effectuer cet examen immédiatement ? Peut-être n'avait-il pas le temps, bien que cet examen demandât moins de cinq minutes, montre en main ? Je ressentis une gêne de sa part à cet égard. Visiblement, mon médecin n'avait nulle envie de le pratiquer. C'est la raison pour laquelle je lui demandai si je pouvais le faire moi-même. Il me répondit, geste à l'appui en guise de démonstration, que ce n'était pas possible, car, en auto-examen, la pulpe du doigt serait opposée à la prostate. Il me précisa d'ailleurs, alors qu'il était un peu plus jeune que moi, qu'il se prescrivait périodiquement à lui-même un contrôle de la prostate, qu'il faisait pratiquer par l'un de ses confrères...

A ce stade, il ne s'agissait pour moi que de simples examens de précaution...

Mais dès que je reçus, quelques jours plus tard, les résultats de la mesure de mon taux de PSA, je compris que la situation était grave. Ce taux était en effet de 25, alors que le taux normal aurait dû être inférieur à 5 ! La nouvelle tomba comme un coup de massue qui m'assomma. Ce fut comme un couperet qui mit fin à la vie belle et insouciante que je menais jusqu'alors ! Je compris que j'allais passer sans transition du statut d'adulte en pleine possession de ses moyens, à celui du 3^{ème} âge avancé et dépendant. La suite ne l'a malheureusement jamais démenti !

J'appelai immédiatement mon médecin, qui voulut se montrer rassurant. Il m'expliqua qu'un éventuel cancer de la prostate serait soit opérable, soit à évolution lente, que je pouvais donc faire des projets de vie à long terme. Ignorait-il qu'il existe des formes agressives du cancer de la prostate, ou me mentait-il délibérément ? Il m'adressa ensuite chez un urologue. A ce moment, je lui étais encore reconnaissant de m'avoir prescrit l'analyse qu'il fallait. Je rencontrai cet urologue, qui constata immédiatement une grosseur anormale au toucher rectal. Il me prescrivit une biopsie, nécessitant 24 heures d'hospitalisation, et toute une batterie d'exams (exams sanguins complémentaires, notamment mesure du taux de chromogranine, scintigraphie, radiologie, scanner et IRM). Les conséquences de la biopsie furent très désagréables (mixtions teintées de sang pendant une semaine), mais somme toute supportables.

Cet urologue me reçut ensuite dans son bureau pour m'annoncer ce que je redoutais déjà. Sans aucune précaution, il m'asséna : « Monsieur, vous êtes atteint d'un cancer de la prostate. Il s'agit d'une forme particulièrement méchante puisque le score de Gleason est de 9 sur une échelle de 10.

Ce score représente une sorte d'indice de gravité de la maladie, très élevé en ce qui vous concerne. En outre, les résultats de l'imagerie médicale montrent une extension importante de votre cancer dans les os du bassin, à gauche, ce qui le rend inopérable ». Puis il ajouta : « On leur dit pourtant à ces généralistes de procéder à des contrôles périodiques après 50 ans... ». Entretemps, j'avais reçu le résultat de mon taux de chromogranine, qui était de 250, alors qu'il aurait dû être inférieur à 100... J'ai vainement tenté de joindre téléphoniquement mon médecin généraliste, afin d'avoir une explication à ce sujet. J'ai laissé des messages. Il ne m'a jamais rappelé. Je sentais bien que la relation de confiance, dont j'avais pourtant le plus grand besoin avec lui, était en train de se fissurer.

Ensuite, cet urologue m'adressa à une oncologue, qui confirma malheureusement que mon cancer était inopérable, et prescrivit immédiatement une hormonothérapie consistant en un comprimé de casodex chaque matin, et une piqûre de décapeptyl tous les trois mois. Ce traitement a pour intérêt de bloquer la reproduction, et donc la prolifération des cellules de la prostate. Il a par ailleurs, malheureusement, pour inconvénient majeur de supprimer toute libido, et toute possibilité de relations sexuelles. Ce traitement est aussi prescrit pour certains délinquants sexuels. Il s'agit en d'autres termes moins fleuris, mais ô combien plus évocateurs, d'une castration chimique...

Cette oncologue m'informa du fait que mon cancer avait une caractéristique particulière, à savoir que 70% des cellules cancéreuses étaient des cellules neuroendocrines, insensibles à l'hormonothérapie. Ceci expliquait le taux de chromogranine de 250, et constituait un facteur aggravant de mon cancer.

Ce taux est en effet indicatif, selon ses dires, du contingent de cellules neuroendocrines contenues dans le corps, tandis que le taux de PSA est indicatif de la vitesse de multiplication des cellules de la prostate. Elle m'annonça aussi que le traitement hormonal aurait un effet limité dans le temps, de l'ordre de deux ans, après quoi de nouvelles cellules de prostate cancéreuses apparaîtraient, insensibles elles-aussi à l'hormonothérapie. C'est à ce moment seulement qu'il serait opportun d'envisager une chimiothérapie. Mais elle me laissa peu d'espoir quant à l'efficacité de ce traitement, généralement inopérant sur les cellules de la prostate, à moins que de nouvelles molécules ne soient utilisables au moment où ma chimiothérapie serait envisagée.

Il m'était pourtant inconcevable de rester là sans rien faire, à attendre que l'hormonothérapie cesse d'être efficace. En outre, je ne comprenais pas que l'on puisse laisser les cellules neuroendocrines continuer à proliférer, puisqu'elles étaient insensibles à l'hormonothérapie. C'est la raison pour laquelle je décidai de consulter une autre urologue dans un grand hôpital parisien spécialisé en cancérologie. Celle-ci ne fit que confirmer les bonnes orientations, selon elle, du traitement envisagé, sans répondre à aucune des questions que je me posais. Pire encore, alors que je la pressais d'envisager une radiothérapie, qui pourrait englober la prostate et le bassin, elle me répondit avec agacement que cela ne servirait à rien, puisque j'étais sans doute envahi de multiples micro-métastases, qu'aucun traitement local ne pourrait résoudre. C'est donc totalement effondré que je m'en revins de Paris. Il fallait que je me résolve à cette épouvantable réalité :

J'étais condamné.

Cette catastrophe annoncée me fut confirmée par mes consultations sur internet, où je pus vérifier, totalement atterré, que mon espérance de vie n'était plus que de deux à trois ans, et même de moins d'un an compte tenu de ladite composante neuroendocrine. Une étude de 2003 montre en effet que, pour un cancer neuroendocrine de la prostate, la médiane de survie est de 9 mois et 14 jours !

En discutant de ma situation avec mes amis, je fus surpris d'apprendre que certains d'entre eux avaient été opérés avec succès de la prostate. Ils m'expliquèrent que depuis l'âge de 50 ans, leurs médecins avaient vérifié régulièrement leurs taux de PSA, et avaient pratiqué des touchers rectaux. A la découverte d'une anomalie, ces médecins les avaient envoyés chez un urologue, qui avait dépisté un cancer après biopsie. Mes autres amis me confirmèrent tous sans exception que leurs médecins généralistes pratiquaient aussi les mêmes contrôles. J'étais le seul, sur un groupe d'une dizaine de personnes, à ne pas avoir bénéficié de ces dépistages du cancer de la prostate ! Cela n'a évidemment pas de valeur statistique, mais tout de même...

Je repensai alors aux résultats des examens effectués en 2003 au centre d'examen de la Sécurité sociale, signalant une petite grosseur de la prostate, ainsi que des mixtions nocturnes. Les résultats de cet examen n'avaient-ils pas été transmis à mon médecin ?

Je repensai encore à ce que m'avait dit le premier urologue : « On leur dit pourtant à ces généralistes de procéder à des contrôles périodiques après 50 ans... ».

Je repensai aussi à toutes ces visites médicales effectuées en 2005 et 2006, pour une fatigabilité restée inexpiquée, à ces examens de sang où mon médecin avait omis de demander une mesure de mon taux de PSA, à ce diagnostic surréaliste de dépression me concernant.

Je repensai enfin aux touchers rectaux dont avaient bénéficié mes amis, et mon médecin généraliste lui-même, selon sa propre parole, et qui n'avaient jamais été pratiqués sur moi depuis 2003.

Il m'apparut clairement que mon médecin avait fait preuve d'une négligence fautive à mon égard, à l'origine du diagnostic tardif de mon cancer, ne permettant plus son traitement radical par voie chirurgicale. J'écrivis donc à mon médecin, en recommandé avec accusé de réception, pour l'informer de ma position, en lui demandant de me communiquer les coordonnées et les références de son assureur en responsabilité civile. Je pensais, peut-être naïvement, qu'il m'assisterait dans un recours auprès de son assureur, visant à m'indemniser amiablement pour le préjudice que je devais subir, du fait de ladite négligence fautive.

Après deux semaines au cours desquelles je ne reçus aucune réponse, j'écrivis de nouveau à mon médecin. Je reçus cette fois une réponse... glaciale. Certes, il me communiqua l'adresse de sa compagnie d'assurance, et son numéro de police en responsabilité civile, mais il m'informa aussi qu'il ne voulait plus me voir, non plus que mon épouse. Nos dossiers médicaux étaient tenus à notre disposition dans les bureaux du Conseil de l'Ordre !

Dans toutes les années qui suivirent, je n'ai jamais revu mon médecin, sauf au Tribunal, et il ne m'a jamais adressé la moindre parole de compassion...

J'écrivis donc à cette compagnie d'assurance, mais ne reçus aucune réponse. Je me rendis dans les bureaux du Conseil de l'Ordre, où je pus récupérer mon dossier médical, heureusement éloquent. J'y retrouvai les résultats du centre d'examen de la sécurité sociale, ainsi que les traces de chacune de mes visites médicales, où ma fatigabilité était mentionnée, avec les examens prescrits, et le diagnostic fantaisiste de dépression. C'est à ce moment que je pris rendez-vous avec mon avocat, afin d'envisager une procédure judiciaire.

Pendant plusieurs mois, mes nuits furent peuplées de cauchemars, et de longues périodes d'insomnie durant lesquelles je repensais sans cesse à ces deux années qu'il me restait à vivre. Je conçus même de demander à mon épouse de me quitter progressivement, pour se rapprocher de sa famille. Je ne voulais pas qu'elle partage ma souffrance, et je me devais d'organiser mon départ, afin qu'il soit le moins douloureux possible pour elle. Que valait donc cette vie dégradante, vers laquelle je m'acheminais inexorablement, cette descente en enfer à laquelle j'étais condamné ? Comment envisager de faire subir cela à la femme que l'on aime ? Comment concevoir qu'elle puisse supporter en outre une vie dépourvue de toute sexualité ?

Paradoxalement, alors que je pensais que mon épouse allait m'être reconnaissante à cet égard, ma proposition déclencha une opposition immédiate et résolue. Nous étions heureux ensemble, et nous allions nous battre ensemble !... Il n'était pas question de se priver, l'un et l'autre, d'un seul jour de notre bonheur à deux.

15

Nous savions pourtant que les jours heureux allaient s'espacer, pour laisser progressivement la place à des périodes de souffrance.

Très rapidement, je décidai d'informer mon principal client de ma situation. Il manifesta beaucoup d'humanité à mon égard et accepta d'acheter 60% des actions de ma société, ce qui m'apparut alors comme le meilleur moyen d'assurer une certaine pérennité à mon entreprise. De ce fait, je devins son salarié.

En m'informant sur le cancer de la prostate, que je considérais, avant 2007, comme un cancer bénin, dont les « personnes âgées » étaient atteintes en fin de vie, je découvris l'effroyable réalité : Il y avait 42 000 nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués chaque année en France, entraînant 9000 décès... Et contrairement aux autres cancers (poumons, seins, colon), à propos desquels on pouvait lire de nombreux articles, les médias ne traitaient jamais du cancer de la prostate, pourtant tout aussi dévastateur. Et pourquoi mes amis ne m'avaient-ils jamais parlé de leur cancer ?

Il fallait se rendre à l'évidence : Il s'agissait d'un cancer-tabou, sans doute parce qu'il atteint la partie la plus intime de l'homme, le lieu de sa virilité. Est-ce une raison pour laisser mourir chaque année 9000 personnes en France, dans l'indifférence générale ?

2008, la descente en enfer

Mon épouse avait fort heureusement un ami médecin, qui connaissait un urologue de renom international, qui me dirigea vers l'un de ses proches collaborateurs, mon 3^{ème} oncologue, lequel me reçut avec mon épouse... J'apportai tout mon dossier médical, les résultats du laboratoire qui avait analysé mes biopsies, les scintigraphies, les scanners et les IRM. Il les étudia avec beaucoup d'attention, totalement absorbé à l'examen de mon cas. Cela dura une bonne vingtaine de minutes sans qu'il prononçât une seule parole. Puis il me fit connaître sa position :

« Vous êtes trop jeune pour que l'on ne tente rien ! ».

Il me confirma que les cellules neuroendocrines étaient insensibles à l'hormonothérapie, mais qu'elles étaient par contre détruites par une chimiothérapie spécifique, à l'aide de « VP16+Cisplatine ». Il me dit qu'il faudrait compléter par une radiothérapie englobant la prostate et la hanche gauche. Bien entendu, il fallait poursuivre l'hormonothérapie « à vie ». Il m'adressa auprès de l'un de ses confrères, mon quatrième oncologue, dont la clinique était plus proche de mon domicile. Je compris alors que les deux premiers oncologues avaient adopté pour moi une stratégie adaptée aux personnes âgées. J'adhérerai immédiatement à la stratégie thérapeutique de ce troisième oncologue, car elle avait le mérite de répondre à une certaine logique, puisqu'aucune cellule cancéreuse ne serait épargnée par la combinaison de toutes ces techniques, chimio, radio et hormonothérapie, pas même les micro-métastases supposées être disséminées dans mon corps. Peut-être pouvais-je ainsi échapper à une cruelle mort annoncée. Je suis infiniment reconnaissant à ces troisième et quatrième oncologues.

Je leur dois en effet plusieurs années de vie, que j'espère les plus nombreuses possibles. Je ne les remercierai jamais assez ! Je m'empressai donc de prendre rendez-vous avec ce quatrième cancérologue, qui sut me recevoir avec chaleur et humanité. Pourtant, ce qu'il m'expliqua n'avait rien de réjouissant :

Il fallait tout d'abord m'implanter une sorte de chambre d'injection sous la peau, de sorte que le « VP16+Cisplatine » soit déversé directement dans la circulation centrale. En effet, le produit était si agressif qu'il fallait le diluer le plus possible dans le sang, faute de quoi il pouvait endommager les vaisseaux sanguins. J'ai compris en tout cas qu'on allait m'empoisonner, afin que les cellules neuroendocrines cancéreuses meurent, et qu'il me faudrait survivre avec la part de moi-même que le traitement épargnerait.

On m'adressa alors chez un autre praticien pour l'implantation de la chambre d'injection. Il s'agissait d'une « petite intervention » sous anesthésie locale. Cette intervention dura en fait plus d'une heure, au cours de laquelle ce praticien n'en finissait pas d'ouvrir, d'enfiler des tuyaux, de les retirer, de les réenfiler, puis enfin de recoudre. Ensuite, il me montra une radiographie où l'on voyait distinctement un long tube introduit dans un gros vaisseau sanguin, au milieu de ma poitrine. Ce tube aboutissait en partie haute dans une chambre circulaire, placée sous la peau, par laquelle s'effectueraient les injections...

C'est alors que nous fut donnée une multitude de rendez-vous échelonnés durant 3 mois, où je devais recevoir mes injections de « VP16+Cisplatine ». Je conduisais la voiture à l'allée, et mon épouse la conduisait au retour, car j'étais « dans le cirage » le plus total.

Le service de chimiothérapie est composé d'une vingtaine de fauteuils très confortables, séparés les uns des autres par un paravent, dans lesquels prennent place les malades pendant plus de trois heures. Le personnel, admirable et attentionné, circule sans arrêt de malade en malade pour mettre en place la perfusion dans la chambre d'injection, placer le casque glacé sur la tête, remplacer les poches, ou tout simplement pour s'enquérir si tout va bien.

Imagine-t-on la douleur qu'inflige la mise en place du casque glacé, destiné à limiter la chute des cheveux. Heureusement, cette douleur ne dure qu'une dizaine de minutes, avant que la tête s'habitue... Mon épouse, si dévouée, restait assise à côté de moi, me réconfortant à chaque instant, veillant à signaler toute anomalie au personnel, me donnant à manger les délicieux sandwichs qu'elle avait préparés avec amour, autant qu'il m'était possible de les avaler, me proposant des jeux de société, des lectures... Ce service de chimiothérapie était comme une sorte de cour des miracles, où des zombies, dont je faisais partie, se côtoyaient en silence. Dans cette ambiance d'une tristesse incommensurable, la présence de mon épouse constituait ma bouée de sauvetage, secondée par un personnel infirmier d'un calme et d'un dévouement sans faille.

Pendant ce traitement, je me trouvais évidemment en arrêt maladie, placé dans l'impossibilité quasi-totale de travailler. Je déléguais à mon assistante, à des confrères... Et s'il m'arrivait occasionnellement de devoir travailler, c'est mon épouse qui me conduisait. A peine remis d'une séance de chimio, il fallait déjà se rendre à la séance suivante. Le mot qui me vient à l'esprit pour caractériser cette période, c'est « la nausée » quasi permanente.

J'étais déjà « dans le cirage » au sortir des séances de chimio, mais cela me prenait en outre n'importe quand. Je ressentais des sueurs froides et des envies de vomir. Blanc comme un linge, j'étais obligé de m'asseoir, pour ne pas tomber. Quant à la nourriture, elle avait un goût métallique, heureusement compensé par les aromates et les épices que mon épouse sait utiliser avec bonheur.

Et pourtant je me forçais à faire régulièrement du jogging, suivant en cela les conseils du Docteur Servan Schreiber, dont le livre sur le cancer avait eu le mérite de me rendre l'espoir. Mais qu'était devenue ma fière allure, du temps où je courais à 15km/h ? A présent, je me trainais lamentablement à 7km/h, et je tombais d'épuisement après ½ heure d'effort, dégoulinant de sueur. Je suivais aussi les bons conseils d'une naturopathe, qui avait le don de me remonter le moral, sans tomber dans l'erreur de vouloir se substituer aux médecins. Les compléments alimentaires qu'elle me prescrivait avaient pour objet d'accompagner mes traitements médicaux. Parallèlement, un retour vers la religion me procura un réconfort incontestable, que je dois à la vérité de reconnaître, bien que je ne possède pas la fibre mystique.

C'est à ce moment qu'intervint la première expertise. Le Tribunal avait désigné deux experts, un médecin urologue et un médecin généraliste. Mon épouse, mon avocat et moi-même nous rendîmes à leur convocation, avec l'ensemble de mon dossier, analyses de biopsies, scintigraphie, IRM, Scanners etc... Nous y rencontrâmes un 3ème médecin-expert, intervenant dans l'intérêt de l'assureur de mon ex-généraliste...Quant à ce dernier, il n'avait pas daigné se déplacer. L'examen de ces deux experts fut très long et minutieux.

Il dura plus de trois heures pendant lesquelles tout l'historique de ma maladie fut décortiqué. Ils voulaient tout savoir, tout comprendre, tout mesurer. Lorsqu'ils me pressèrent de questions sur l'évolution de mes relations sexuelles avec mon épouse, je m'effondrai en irrépressibles sanglots. Comment étaler une telle misère devant autant de personnes ? Comment évoquer mon impuissance sans ressentir de la honte, oui de la honte ! Je dus aussi me dévêtir totalement et subir un toucher rectal devant les trois médecins qui se trouvaient là. Où était donc passée ma pudeur ? Elle n'avait plus le droit d'exister ! Les experts relevèrent, entre autres, l'importance de mes douleurs articulaires, dont on ne pouvait dire si elles étaient causées par l'hormonothérapie ou, déjà, par le cancer lui-même.

Peu après la chimio, on démarra la radiothérapie, beaucoup moins pénible, du moins dans un premier temps. Je pus même reprendre le travail pendant le traitement, en dépit des douleurs et de la nécessité d'uriner fréquemment. N'est-ce pas gênant, en pleine réunion de travail, de devoir s'excuser à plusieurs reprises pour s'absenter quelques instants...

Lorsque l'infirmière m'installait sur l'énorme machine, c'était très impressionnant ! Elle se réfugiait derrière un paravent et lançait alors « ne bougez plus ! ». Des bras géants tournaient en silence au-dessus de moi... Le traitement dura plus de deux mois, à raison de 5 séances par semaine. Sincèrement, je ne ressentais absolument rien, aucune gêne, aucune nausée... jusqu'à ce que, peu après la fin du traitement, je fus pris de brûlures intenses au niveau du bas ventre. Impossible de dormir avec de telles brûlures ! Mon nouveau médecin généraliste me prescrivit 3 calmants que je devais prendre simultanément.

Mais ils ne faisaient effet que pendant deux heures environ. Les brûlures revenaient ensuite, et je devais attendre deux nouvelles heures avant de pouvoir reprendre les calmants, deux heures pendant lesquelles je me tordais de douleur dans les WC... Ces brûlures durèrent une bonne dizaine de jours et surtout de nuits, avant de se calmer enfin, me laissant totalement laminé, épuisé par la douleur et par le manque de sommeil. Evidemment, ce fut encore un arrêt maladie qui s'ensuivit, puis je fus convoqué par les organismes sociaux, qui, au vu de mon cas, me placèrent en invalidité. Je pus reprendre enfin mon activité professionnelle à mi-temps, ce qui avait l'immense intérêt de m'absorber, et de m'éviter de penser...

Lorsque j'évoque cette année 2008, c'est bien à une véritable descente en enfer que je pense, et je me demande encore comment j'ai pu supporter cela. C'eut été impossible sans le soutien constant et inconditionnel de mon épouse, toujours aimante, de mon frère, rassurant, et de tous mes joyeux amis, dont aucun ne me fit défaut. A chacune des fêtes auxquelles j'étais invité, Noël, Jour de l'an, anniversaires etc... je m'efforçais toujours de faire bonne figure, tout en pensant que c'était peut-être la dernière fois que j'y participais...

2009, le miracle !

Les premiers examens de contrôle tombèrent. Mon épouse et moi-même les attendions avec anxiété : La scintigraphie ne présentait plus de traces noires au niveau du bassin, signant la réussite de la chimio et de la radiothérapie, le taux de PSA était descendu à 0.01, démontrant l'efficacité de l'hormonothérapie, tandis que celui de chromogranine était ramené sous le seuil de 100, donc dans les limites de la normale ! Le traitement avait donc fonctionné à merveille. Je continuais la pratique du jogging, en dépit des abondantes suées qu'elle entraînait. Ma vitesse restait néanmoins plafonnée à 8km/heure. J'avais retrouvé le bon goût des aliments. Cela ressemblait à une vraie renaissance. Ma joie de vivre était pleine et entière sous les réserves ci-après :

-Ma capacité de travail était réduite, à l'instar de mes performances sportives. Je travaillais plus lentement, et je saturais rapidement, du fait d'une fatigue constante.

-Je continuais à subir les conséquences de l'hormonothérapie (douleurs articulaires, surpoids, bouffées de chaleur et fatigabilité), laquelle hormonothérapie continuait de surcroît à me priver, ainsi que mon épouse, de toute sexualité.

-Le plus important, c'était que la situation n'était malheureusement pas définitivement stabilisée. Je devais subir tous les six mois un examen de contrôle (PSA, chromogranine et toucher rectal), afin de vérifier qu'aucune cellule cancéreuse n'ait trouvé une parade à l'hormonothérapie. Cette perspective annoncée me glace d'effroi. Je suis pris d'anxiété un mois avant chaque contrôle, et euphorique lorsqu'il est négatif. A l'heure où j'écris ces lignes, en 2013, j'ai subi 8 contrôles négatifs... jusqu'à quand ? Bien malgré moi, je surveille chaque symptôme, chaque douleur, en craignant qu'ils ne soient le signe du redémarrage de ma maladie. Celle-ci est certes contenue, et toutefois en aucun cas guérie.

Mais vivre ! Vivre ! Quelle joie immense après les souffrances extrêmes des deux années antérieures ! Mon épouse et moi savourons chaque jour de bonheur passé ensemble, paradoxalement de façon d'autant plus intense que ces jours nous sont comptés, peut-être même parce que nous savons que ces jours nous sont comptés. Entretemps, mon avocat et moi-même reçûmes le premier rapport des experts judiciaires, qui concluent en une négligence fautive de mon ex-médecin. Ce premier rapport ne traitait que de la responsabilité médicale, le calcul des indemnités étant repoussé à une date ultérieure, après « consolidation » de ma maladie.

Mon avocat, informé de mes difficultés financières, liées à ma baisse de capacité de travail, saisit en « référé » le juge dit « de l'évidence » pour obtenir, à l'appui de mes déclarations de revenus en baisse, une indemnité provisionnelle. Celle-ci me fut immédiatement accordée. Elle fut certes très minime, mais elle me permit de rembourser les amis, qui avaient bien voulu me prêter de l'argent pour pallier lesdites difficultés. A ce stade, la défense de mon ex-médecin-généraliste restait dans les limites de la normalité. Elle était prise en charge par son assureur, dont le médecin-expert, présent lors de l'accédit des deux experts judiciaires, n'avait émis aucune objection quant à leurs conclusions.

Mais quelque temps plus tard, nous fûmes surpris d'apprendre que mon ex-médecin-généraliste avait interjeté appel, à l'appui d'un long mémoire où il contestait les conclusions des deux experts judiciaires. A cette fin, il déplaçait sciemment le débat de mon cas individuel à celui des contrôles périodiques de masse, qui ne sont pas prescrits, en effet, par la « haute autorité de santé », seule habilitée à définir ces contrôles. Il avait confié sa défense à un avocat distinct de celui de son assureur.

Son mémoire était très long, citant tous les articles de la presse spécialisée internationale, déconseillant ces contrôles de masse en se fondant sur deux types d'arguments :

-D'une part les contrôles de masse aboutissent à des faux positifs ou à des faux négatifs, les premiers se pensant atteints d'un cancer alors qu'ils ne le sont pas, ou du moins qu'ils n'ont aucune chance d'en mourir, ce qui est le cas des personnes âgées, les seconds se pensant en bonne santé, alors qu'ils sont cancéreux. Bien entendu, dans ce raisonnement, on évite d'évoquer les vrais positifs qui sont sauvés par un diagnostic précoce de leurs cancers.

-D'autre part, un grand nombre d'articles, manifestement peu documentés, font référence à des études statistiques semblant démontrer l'inefficacité des contrôles de masse. Il faut se méfier des études statistiques et de l'interprétation que l'on en fait. Nous verrons plus loin que ces études statistiques ne démontrent, en fait, rien de tel.

C'est donc avec une certaine anxiété que mon épouse, mon avocat et moi-même nous rendîmes à la Cour d'appel... L'avocate de mon ex-médecin se lança dans une longue plaidoirie, reprenant les arguments ci-dessus, en les développant à l'envie pendant près de deux heures, confondant la pertinence et l'abondance des arguments. C'est ainsi par exemple qu'elle plaida le « grave traumatisme » subi par les personnes soumises à ces contrôles de masse. Le juge interrompit alors l'avocate, ce qui n'est pas très courant, pour lui dire : « Mais, Maître, il ne s'agit que d'une prise de sang ! ».

Mon avocat, qui avait lui aussi préparé une plaidoirie circonstanciée, vint alors me voir pour me dire en aparté qu'il avait décidé de raccourcir son intervention, pour tenir compte de la durée excessive de celle de son confrère, ayant visiblement pour effet d'agacer prodigieusement le Juge. De fait, il se contenta de se référer d'une part aux conclusions des deux experts judiciaires, sur la négligence fautive de mon ex-médecin, et d'autre part à la baisse de mes revenus, attestée par mes déclarations fiscales. Il n'aborda même pas le subterfuge par lequel mon ex-médecin tentait de déplacer le débat du contrôle individuel aux contrôles de masse. A mon sens, l'ensemble de la plaidoirie de mon ex-médecin était hors sujet.

Depuis le début de la procédure, je me base en effet sur un communiqué de presse de l'AFU (Association Française d'Urologie) datant de 2003, différenciant clairement les contrôles individuels et les contrôles de masse. Si ce communiqué de presse prend acte, en effet, du fait que l'efficacité des contrôles de masse n'est pas démontrée, il conseille en tout cas des contrôles individuels après 50 ans, avec un toucher rectal et une mesure du taux de PSA chaque année. Certes, il ne s'agit que d'un conseil, mais il est suivi dans la réalité par la plupart des médecins-généralistes. Il fait donc consensus, comme l'ont du reste reconnu les deux experts judiciaires. Ce communiqué de presse fonde son avis sur le fait que « le pronostic est toujours péjoratif » pour un cancer de la prostate diagnostiqué tardivement. En termes moins fleuris, cela signifie qu'il est toujours mortel. Le taux de survie à 5 ans d'un cancer diagnostiqué tardivement n'est en effet que de 30% !

Ce conseil devient à mon sens, comme à celui des deux experts judiciaires, une obligation, dès lors qu'un patient présente des antécédents carcinologiques, et des symptômes tels que grosseur de la prostate, mixtions nocturnes, et dégradation de l'état général. Or ceci correspondait précisément à mon cas individuel. Il faut savoir en effet que le cancer de la prostate ne présente aucun autre symptôme. Encore faut-il préciser que la dégradation progressive de l'état général n'est malheureusement pas caractéristique du cancer de la prostate.

Diagnostiqué tardivement, ce cancer se propage dans les os, et devient ainsi inopérable. Ce n'est qu'à ce stade qu'il se manifeste par des douleurs.

La Cour d'appel confirma les conclusions du 1^{er} Juge.

**Deuxième expertise et jugement du
Tribunal de Grande Instance**

Pour que la suite des opérations d'expertise puisse avoir lieu, il fallait que ma situation fût « consolidée ». Je me demande ce que ce mot peut vouloir dire dans mon cas particulier. Fallait-il que je sois mort ? ou guéri ? Ce n'est qu'en 2011 que la suite des opérations d'expertise fut ordonnée par le Tribunal, ma situation pouvant en effet être considérée comme stabilisée, sans qu'il soit besoin de savoir jusqu'à quand.

Les deux experts judiciaires convoquèrent donc un nouvel accédit, où je me rendis avec mon épouse. J'y retrouvai le médecin-expert de la compagnie d'assurance. Une nouvelle fois, mon ex-généraliste n'avait pas répondu à la convocation. Cet accédit fut essentiellement consacré à l'exposé de l'évolution de ma situation, depuis la première expertise. Je dus subir un nouvel examen médical en présence des trois experts. Puis on me demanda de nombreuses pièces justificatives qui furent ensuite communiquées aux experts et aux parties.

Il fallut encore attendre près de six mois avant de recevoir enfin le deuxième rapport d'expertise, qui ne revenait pas sur les responsabilités, mais s'attachait à démontrer et établir les préjudices subis, à l'appui desdites pièces justificatives. Ce préjudice était essentiellement constitué par des pertes de revenus, du fait de la baisse de mes activités professionnelles, et du fait de mon départ à la retraite à 60 ans.

Il faut savoir en effet que je ne pouvais plus bénéficier des avantages liés à mon invalidité, dès lors que je dépassais l'âge légal de la retraite. Celui-ci était encore de 60 ans en 2010. Par conséquent, privé de ces avantages, je n'avais pas d'autre choix que de faire valoir mes droits à la retraite.

Je pouvais continuer à travailler à mi-temps. Fort heureusement, le statut d'auto entrepreneur était bien adapté à ma situation.

Les experts judiciaires ont reconnu, à bon droit, l'obligation dans laquelle je m'étais trouvé de faire valoir mes droits à la retraite, comme étant une conséquence de ma maladie et de son diagnostic tardif. De ce fait, il s'ajoutait aux pertes de revenus ci-dessus une compensation de la diminution du montant de ma retraite.

Les experts ont aussi évalué un préjudice esthétique et fonctionnel, ils ont reconnu le temps important passé par mon épouse pour s'occuper de moi, ils ont aussi pris en considération le préjudice moral considérable que j'avais subi, ainsi que mon épouse. Peut-on s'imaginer ce que représente le fait de n'avoir plus que deux ans à vivre ? Les présentes ne peuvent en donner qu'une pâle idée. Peut-on s'imaginer ce que représente pour un homme le fait d'être définitivement impuissant, et de subir tous les traitements que j'ai subis en 2008 ? C'est impossible, pour qui n'est pas passé par là !

Mon avocat, s'appuyant sur ce rapport d'expertise, a pu établir une demande précise, que nous avons donc soumise au Tribunal. A noter que le rapport d'expertise n'évoque pas de « perte de chance », préférant y substituer la déduction d'une réfaction de mes revenus, calculée comme si mon cancer avait été diagnostiqué à temps pour être opérable. C'est ainsi qu'ont été déduits de mes préjudices les heures de travail qui auraient été perdues dans le cadre d'une prostatectomie radicale, telle qu'elle aurait dû être prescrite en temps voulu.

Ce mode de calcul se justifie aussi par le fait que le taux de survie à 7 ans des malades diagnostiqués précocement est de 100%.

Les Dires de mon ex-médecin se sont alors multipliés à l'infini, dans la mesure où la procédure légale le lui permettait, confondant à nouveau pertinence et abondance des arguments, retardant en tout cas, autant que faire se peut, le dénouement d'une procédure qui durait depuis bientôt 5 ans. Il n'avait en tout cas retenu aucun enseignement des précédents jugements, ressassant à nouveau les multiples articles sur les contrôles de masse, comme s'il ne voulait pas comprendre qu'ils étaient hors sujet. A lire ces arguments, on pouvait croire que la mesure du taux de PSA ne sert à rien, que tous ceux qui sont sauvés par une prostatectomie radicale n'existent pas. Ils représentent pourtant une part du différentiel entre les 42 000 cancers diagnostiqués et les 9000 décès enregistrés chaque année (l'autre part étant constituée par les personnes âgées atteintes d'un cancer de la prostate et décédant d'autre chose). Ces 9000 morts étaient priés de se taire.

Parmi la multitude d'articles produits, il en est un qui attira particulièrement mon attention, à propos des études statistiques qui démontraient, soi-disant, l'inutilité du dépistage de masse. Pour une fois, cet article était documenté et ne se contentait pas de la sempiternelle affirmation « J'estime que ». On y apprenait en effet les circonstances de ces études statistiques : Celles-ci furent menées aux Etats-Unis. Deux lots de patients furent constitués. Le premier ne fut pas informé de l'étude, et bénéficia donc des « soins standards ». Le second fut informé de l'étude et bénéficia d'un toucher rectal et d'une mesure du taux de PSA chaque année, après l'âge de 50 ans.

En cas d'anomalie, le patient du deuxième lot devait subir une biopsie, puis le cas échéant une prostatectomie radicale en cas de cancer. On compara ensuite le nombre de décès du fait du cancer de la prostate, dans chacun des deux lots, et on ne constata pas de différence significative.

Voyez-vous, je ne tire pas du tout de cette étude, en ce qui me concerne, la conclusion que le dépistage ne sert à rien. J'en conclus que dans les pays développés, et singulièrement aux Etats-Unis, les « soins standards » incluent approximativement le même protocole que celui qui avait été imposé au 2^{ème} lot de patients. J'en conclus aussi que je n'ai pas bénéficié des « soins standards ». Du reste, une importante étude effectuée en 2009 en Europe conclut effectivement que « le cancer de la prostate est devenu, à l'évidence, en quelques années, l'objet d'un dépistage de masse, (4 000 000/an en France) ». Mais de toute façon, encore une fois, mon procès n'est pas celui du dépistage de masse.

A ces faux arguments, il s'ajoutait à présent le mensonge et l'ignominie : Mon ex-médecin m'avait déjà menti en m'annonçant que j'étais atteint d'un cancer sans gravité, voilà qu'il niait à présent le fait d'avoir été informé de mes mixtions nocturnes, postérieurement à l'examen d'Auxerre de 2003, tout en reconnaissant en avoir attribué la cause à un traitement diurétique, qu'il prétendait m'avoir prescrit en 2002. Vérification faite, il s'est avéré que ce traitement m'avait été prescrit plusieurs mois après l'examen du centre de la sécurité sociale.

C'est ainsi que le communiqué de presse de l'AFU (Association Française d'Urologie), sur lequel nous nous appuyions, était rabaisé au rang de simple publicité, destinée à amener de la clientèle aux urologues, ce qui est une accusation parfaitement diffamatoire, puisque la publicité est interdite en médecine.

Beaucoup plus grave encore, l'avocate de mon ex-médecin rechercha, dans la vie professionnelle des deux experts judiciaires, accusés de partialité, ce qui pouvait mettre en cause leur probité. Or il se trouve que l'un des deux experts avait connu quelques déboires judiciaires, postérieurement à sa nomination dans l'Affaire me concernant. Je note cependant que ces déboires n'avaient strictement rien à voir avec ses missions d'expert judiciaire, et ne mettaient nullement en cause ses compétences d'expert. Je note aussi que l'autre Expert judiciaire ne fut pas impliqué par cette recherche calomnieuse.

A l'inverse de mon ex-médecin, je pense que les deux rapports des Experts judiciaires sont parfaitement mesurés et documentés. Du reste, ils n'abondent pas toujours dans le sens que j'aurais pu souhaiter, ce qui démontre leur parfaite objectivité et leur totale neutralité. Ceux-ci n'établissent pas de lien de causalité, par exemple, entre l'extrême fatigabilité, telle que je l'avais ressentie en 2005 d'une part, et le développement de mon cancer de l'autre. Il est vrai que ce lien ne peut être établi, mais il est non moins vrai qu'il ne peut être écarté... Il est probable que la dégradation progressive de mon état général était bien le fait de mon cancer, même si cette dégradation n'est pas caractéristique !

Pour conclure, très subsidiairement, les défenseurs envisageaient, le cas échéant, une indemnité réduite dans des conditions inacceptables, voire honteuse au regard des souffrances que j'avais endurées. Ils demandaient en outre la nomination de nouveaux experts, qui devaient reprendre toute la procédure depuis le début. C'eut été, à mon sens, totalement insupportable et scandaleux !

Tous ces mémoires successifs de mon ex-généraliste avaient le don de m'exaspérer. Ne visaient-ils pas à tromper le Juge, à l'entraîner sur un sujet, le dépistage de masse, qui n'était pas le mien ? Mon avocat eut beau vouloir me rassurer en me disant qu'il aurait peut-être utilisé la même défense, s'il avait été pour la partie adverse. Mais où était donc passée la prestation de serment « Je jure, comme avocat, d'exercer mes fonctions avec dignité, conscience, indépendance, probité et humanité ». Où était donc la probité à vouloir tromper délibérément le Juge ? Où était donc l'humanité à mon égard ? N'étais-je pas la victime ?

L'audience eut enfin lieu le 1^{er} mars 2013. Contre toute attente, Le Tribunal me débouta purement et simplement dans toutes mes demandes. Je reçus la nouvelle comme un choc, comme une nouvelle épreuve. Après avoir été victime d'une faute médicale que j'estime incontestable, reconnue par un collège de deux experts médicaux, par un 1^{er} jugement en référé, et par un 2^{ème} jugement en cours d'appel, serai-je à présent victime d'une erreur judiciaire ?

Pendant deux jours, il me fut impossible de lire les motivations de la Juge en charge de ce dossier, tant j'étais choqué et littéralement crucifié par ses conclusions. Il est vrai que mon avocat avait essentiellement plaidé en se référant aux conclusions des experts, sans argumenter par ailleurs, tandis que l'avocate adverse, nettement plus brillante que celle qui était intervenue en cours d'appel, brillante mais peu soucieuse de sa déontologie, avait continué à marteler la position de la Haute Autorité de santé sur le dépistage systématique, à l'appui de multiples articles de presse, démolissant les experts à l'envie, au point de parvenir à convaincre, ou plutôt à abuser la Juge.

Celle-ci débute ses motivations en rejetant la demande de nullité des rapports d'expertise, ce qui pourrait paraître positif, mais en indiquant qu'elle examinera ces rapports avec « une toute particulière prudence », ce que n'avaient sans doute pas fait, de son point de vue, le 1^{er} juge de référé, ni le 2^{ème} juge de la cour d'appel. Soit.

Elle poursuit en indiquant que, selon mes allégations, la faute reprochée au docteur Goubeau relève de « l'absence de dépistage individuel chez un patient présentant une symptomatologie du cancer de la prostate, en l'occurrence des troubles urinaires associés à une augmentation du volume de la prostate ». C'est en effet ce que nous plaidons depuis le départ, en y ajoutant des antécédents carcinologiques et une dégradation progressive de mon état générale, entre 2003 et 2007.

Puis elle reproche aux experts d'avoir malheureusement motivé leur avis en se référant notamment à leur position personnelle sur le dépistage de masse. La prudence dont voulait se prévaloir la juge aurait donc pu consister à vérifier si, en l'absence de ces arguments, se référant au dépistage de masse, l'avis des experts restait ou non recevable.

Au lieu de cela, la Juge va réécrire elle-même l'expertise, alors qu'elle n'a aucune compétence médicale, et donc en commettant nécessairement des erreurs. A cette fin, elle utilisera exclusivement les arguments de mon ex-médecin et de son avocate sur le dépistage de masse, ce qui est totalement hors sujet. Elle va s'attacher à son tour à démolir totalement les rapports d'expertise, qu'elle prétend ne pas avoir rejeté.

Il est symptomatique que, dans la suite de ses motivations, la juge a totalement écarté les recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU), pour ne s'appuyer, dans 80% de la suite de ses motivations, que sur les avis de la Haute Autorité de santé (HAS), qui, il est vrai, « **ne recommande pas** le dépistage systématique de masse ». Or, « ne pas recommander », en langage courant, c'est en effet « s'opposer », mais pas dans le langage médical. Ainsi, la juge se trompe en écrivant que la Haute Autorité de santé (HAS) « est **clairement défavorable** à ce dépistage de masse ». En réalité la HAS considère en l'état et depuis 2003, de surcroît à tort, que l'intérêt d'un tel dépistage n'est pas démontré, ce qui n'est pas du tout la même chose.

La juge indique que le consensus médical « se définit principalement par les recommandations de la HAS, qui doivent prévaloir sur les autres sources ». Elle écarte ainsi, sans même les citer, les positions de l'AFU. Elle ignore aussi « qu'une grande majorité des médecins ayant répondu à une enquête réalisée pour le compte de l'OPEPS en 2009 sont favorables à un dépistage régulier de ce cancer. Ils déclarent le proposer à leurs patients, dès l'âge de cinquante ans et au moins jusqu'à soixante-quinze ans. Seule une faible fraction des médecins généralistes interrogés est opposée à la prescription du test de dépistage, principalement par désaccord avec les recommandations édictées sur ce point par les organisations professionnelles. »

Les experts n'ont donc pas failli en évoquant ce consensus, qui n'est en aucun cas en opposition avec la position de la HAS, lorsqu'on ne la dénature pas. En outre ce n'est pas sur la base de ce consensus que la faute de mon ex-médecin a été reconnue,

mais du fait de l'absence de dépistage individuel chez un patient présentant des symptômes du cancer de la prostate. La faute est simplement aggravée compte tenu de ce consensus.

Concernant ces symptômes, la juge écrit pourtant, en se référant à un rapport de la HAS que « les troubles mictionnels et l'augmentation de la taille de la prostate peuvent être évocateurs aussi bien d'une hypertrophie bénigne que d'un cancer de la prostate », elle ajoute même « qu'une modification de la consistance de la prostate au toucher rectal » est un « signe clinique spécifique du cancer », mais elle n'en tire aucune conséquence. En ce qui me concerne, j'estime que les résultats des examens du centre de la sécurité sociale, connus de mon ex-médecin en janvier 2003, auraient dû l'inciter à mettre en place un suivi. La juge cite aussi un groupe de travail de la HAS, selon lequel ce groupe « s'inscrivait dans une démarche informative », mais là encore, elle n'en tire aucune conclusion, alors que je n'ai jamais été informé de quoi que ce soit.

Puis la Juge reprend une fois de plus l'argument de mon ex-médecin qui, rappelons-le, se prescrit à lui-même des contrôles périodiques, selon lequel il existerait « des risques inhérents au dépistage ». Ce dépistage consiste en réalité en des touchers rectaux et en des prises de sang, qui ne présentent aucun risque, comme l'avait du reste souligné le deuxième juge de la cour d'appel. La Juge cite à cet égard des problèmes de fiabilité de la mesure du PSA, ce qui est inexact. Sans-doute veut-elle dire que cette mesure ne doit pas être mal interprétée. Il existe en effet des faux-positifs. Un taux de PSA anormalement élevé ne doit pas être interprété comme étant, ipso facto, révélateur d'un cancer. Il doit seulement entraîner la mise en place d'un suivi.

Où est le risque à cette mise en place ? Le patient est du reste libre de le refuser. La Juge évoque aussi à cet égard le « risque d'engager un traitement lourd pour un cancer localisé qui n'aurait pas évolué défavorablement ». A ce stade, excusez-moi, il ne s'agit plus de dépistage, mais de thérapie. La juge ignore sans doute qu'après la découverte d'un cancer de la prostate, personne n'est capable de savoir comment il va évoluer. Il existe certes une mesure de sa gravité, l'indice de Gleason, mais certains cancers réputés graves vont évoluer lentement, et inversement. A ce stade, il me semble que c'est au patient de décider, comme il sera défendu à la fin de ce livre.

Après quoi la Juge conclut que les experts ont fait preuve « d'un parti pris subjectif », ce que je considère comme une accusation extrêmement grave, particulièrement injuste et infondée. Certes, ils n'auraient pas dû laisser transparaître leur avis personnel sur les dépistages de masse. Est-ce une raison suffisante pour rejeter l'ensemble de leurs conclusions. Les experts n'ont-ils pas été nommés par le Tribunal, au nombre de deux, pour s'assurer de la fiabilité de leurs conclusions ?

Plus loin, la Juge écrit, pour l'année 2003, et dans l'hypothèse où le cancer n'aurait pas été existant à cette date : « Il est évident que la réalisation d'un dosage de PSA n'aurait été d'aucune utilité ». Elle oublie que ce n'est pas l'absence de dosage en 2003 que je reproche à mon ex-médecin, mais l'absence de mise en place d'un suivi annuel. Lorsque mon cancer a été découvert, en 2007, mon taux de PSA était de 25, soit 5 fois plus élevé que la normale, ce qui permet de conclure avec certitude que ce taux était déjà anormalement élevé au cours des années antérieures. Ainsi, ledit suivi annuel aurait permis de le mettre en évidence suffisamment tôt pour être opérable.

Plus loin, la Juge écrit « les écritures des experts à cet égard (il s'agit du calcul du préjudice) ne pourront donc qu'être également écartées ». Les experts se sont en effet appuyés à cet égard sur les hypothèses les plus plausibles, pour comparer ma situation réelle, avec ce qu'elle aurait été si mon cancer avait été diagnostiqué précocement. Si ma situation réelle est bien attestée par de multiples documents, il existe, il est vrai, une réelle difficulté pour s'assurer des dites hypothèses. Les experts ont eu l'honnêteté intellectuelle d'utiliser des termes tels que « risque », « sans doute ». Est-ce une raison pour écarter leurs écritures ? En réalité, les hypothèses retenues par les experts doivent être considérées comme des certitudes. En effet, toute personne atteinte, comme je l'étais entre 2003 et 2007, d'un début de cancer avec un indice de Gleason, témoin de l'extrême gravité de ma maladie, de 9 sur une échelle de 10, se serait vu prescrire une prostatectomie radicale. Les éléments permettant de calculer mon préjudice sont donc parfaitement recevables.

Et que dire du contresens absolu, selon lequel une hypertrophie de la prostate et des troubles mictionnels « étaient à mettre en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate, et ne justifiait pas la réalisation d'un dosage PSA », en contradiction avec les citations de la Haute Autorité de Santé ci-avant.

Enfin, il s'agit de la cerise sur le gâteau, la juge reprend à son compte les mensonges de mon ex-médecin, selon lesquels j'étais « soumis depuis peu (au moment de l'examen effectué fin 2002 par le centre de la sécurité sociale), à un traitement diurétique qui pouvait constituer une autre explication des troubles urinaires allégués, justifiant de ne pas s'orienter vers un dosage PSA. »

Mon avocat avait pourtant dénoncé ce mensonge, ce qui est du reste facile à vérifier en se référant à mon dossier médical. Il y est écrit, en effet, que mon traitement diurétique a démarré après une visite effectuée le 12 février 2003 auprès d'un cardiologue. Or ce mensonge a un double intérêt pour mon ex-médecin, il lui permet d'une part, comme il est écrit ci-dessus par la Juge, de s'affranchir du suivi de mes troubles mictionnels, et d'autre part de prétendre que je ne lui ai jamais parlé de ces troubles postérieurement audit examen de la sécurité sociale. Or, si mon ex-médecin reconnaît avoir imputé ces troubles à mon traitement diurétique, c'est bien que la question s'est posée à lui postérieurement à la prescription de ce traitement. Ainsi, la Juge se trompe encore, en écrivant que « la preuve de mes doléances (selon lesquelles j'aurais évoqué mes troubles mictionnels entre 2003 et 2007), n'est pas rapportée. » Il lui suffisait de se référer au dossier pour s'en convaincre.

Je n'écrirai pas, en ce qui me concerne, que la Juge est « de parti pris », pour reprendre ses propres termes à l'encontre des experts. Toutefois, elle a manifestement manqué de prudence, tout en s'en prévalant, en s'estimant suffisamment compétente, sur le plan médical, pour réécrire totalement les rapports d'expertises, et en se référant uniquement aux écritures de l'une des parties, tout en ignorant délibérément les autres. Je conserve néanmoins confiance en la Justice Française, et je porte évidemment cette affaire devant une Cour d'appel, même si je sais que cette procédure sera longue et que je n'en connaîtrai sans doute jamais les conclusions. Mon épouse en sera, je l'espère, la bénéficiaire...

Epilogue

Mon procès ne concernait en aucun cas les dépistages de masse, mais il m'a permis d'avoir un avis à cet égard, que j'espère pertinent. Bien que n'étant pas médecin, mon expérience malheureuse m'autorise, je le pense, à m'exprimer à cet égard : Lorsque l'on consulte l'avis, en 2012, de la Haute Autorité de Santé en France (HAS) sur le dépistage du cancer de la prostate, on peut lire la position suivante : « Il n'y a pas d'arguments actuellement pour recommander un dépistage, y compris dans une population considérée comme à haut risque ». Les habitants des caraïbes, exposés à des pesticides cancérigènes, apprécieront.

En réponse je le dis sans ambages
au nom des 9000 morts par an que je veux représenter ici,
et dont je ferai sans doute partie à plus ou moins long terme :
De deux choses l'une, soit les membres de la HAS sont de
dangereux irresponsables qui n'ont rien à faire dans cette
institution, soit leurs propos ont été dénaturés et caricaturés,
ou sortis de leur contexte.

J'ose espérer que c'est la seconde proposition qu'il convient de retenir, à moins que la position de la HAS ne s'applique à l'ensemble du protocole standard « toucher rectal + PSA + biopsie + Prostatectomie ». Mais ne faut-il pas justement distinguer ce qui relève d'une simple information, donnée par le contrôle « toucher rectal + PSA » qui constitue le dépistage d'une part, de ce qui relève du diagnostic et, déjà, de la thérapie, à savoir « biopsie + prostatectomie » d'autre part ? En outre, le procès qui m'oppose à mon ex-médecin-généraliste ne constitue-t-il pas désormais un argument ? S'il devait s'avérer que ces 9000 morts indiffèrent la HAS parce qu'ils sont pour la plupart des retraités inactifs, cela ne constituerait-il pas un double scandale ? En tout cas, comme le dit le poète : « La Justice est seule capable de donner un cercueil aux morts. »

Une phrase aussi simpliste que celle qui est prêtée ci-dessus à la Haute Autorité de Santé ne saurait en effet résumer sans aucune nuance une situation aussi complexe.

Cette position de la HAS peut le cas échéant se comprendre pour des personnes âgées, qui se verront atteintes d'un cancer évoluant généralement lentement, et qui mourront de vieillesse, et non pas nécessairement de leur cancer. Pour ces personnes âgées, il n'est effectivement pas utile d'envisager quelque dépistage que ce soit, sauf si elles le souhaitent. Ladite phrase est en tout cas irresponsable, car elle a ouvert largement le champ à toutes sortes de surinterprétations. Combien d'articles en effet prétendent que les contrôles du PSA ne servent à rien, ce qui est une contrevérité absolue. Combien de médecins généralistes ont-ils cessé de prescrire ces contrôles, à cause de la position de la HAS ?

Il s'est même créé un collectif qui s'est spirituellement auto-proclamé « touche pas à ma prostate », militant contre tout dépistage du cancer de cet organe. Ils pratiquent une sorte de lobbying digne de celui que nous avons connu dans d'autres scandales sanitaires, mais au profit de qui ? Pour les membres de ce collectif, dont le sens des statistiques est pour le moins surprenant, un homme de 50 ans, chez lequel on dépiste précocement un cancer agressif, mourra au même âge que s'il n'avait pas bénéficié de ce dépistage. Par quelle aberration mentale peut-on défendre des conclusions à ce point absurdes ? En ce qui me concerne, je reconnais aux membres de ce collectif le droit d'assumer leur choix pour eux-mêmes, s'ils sont suicidaires, mais au nom de quoi veulent-ils empêcher les autres de faire un autre choix ?

Je voudrais citer ici le Professeur Clément-Claude Abbou, chef du service d'urologie à l'hôpital Henri-Mondor qui écrit :

«Moi qui ai connu l'ère pré-PSA avec un service plein de patients alités, avec des métastases et des douleurs incroyables, je n'ai pas envie d'y revenir»

Je suis parfaitement informé des tenants et des aboutissants de la polémique qui oppose ceux qui sont pour et ceux qui sont contre les contrôles systématiques. Le simple fait qu'il y ait polémique me semble d'emblée inadmissible ! Ne devrait-il pas y avoir plutôt débat ? Que d'invectives et de procès d'intention dans cette polémique ! Que d'avis préconçus indignes d'un corps médical qui se respecte !

Ceux qui sont pour le dépistage systématique ne font que constater le taux de guérison de 95% des cancers traités précocement. Ils constatent aussi que le taux de survie à 7 ans d'un homme atteint d'un cancer de la prostate détecté précocement est de 100%, alors que ce taux, à 5 ans seulement, n'est plus que de 30%, si ce cancer est détecté trop tardivement pour être opérable. Ils constatent enfin que la plus grande partie des 9000 morts/an n'ont pas bénéficié de contrôles systématiques. La prescription de ces contrôles par la HAS ne réduirait-elle pas ce nombre effroyable ?

Ils s'appuient aussi

- sur une étude statistique démontrant que la durée de vie médiane d'un malade atteint, comme je le suis, de cancer avec métastases n'est que de 32 mois,

- sur une autre vaste étude de l'OPEPS (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé), portant sur des centaines de milliers d'hommes, démontrant que le dépistage du cancer prostatique apporte un réel bénéfice en terme de survie.

(Différence de mortalité spécifique de 20 % entre un groupe témoin et un groupe bénéficiant de contrôles systématiques).

-Sur une troisième étude statistique effectuée au Canada, qui plaide en faveur d'une diminution de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes dépistés (15 décès pour 100 000 hommes) contre ceux n'en bénéficiant pas (48,7 pour 100 000).

-Sur la simple constatation que les « faux positifs », en dehors des cas marginaux de décès du fait des risques inhérents à toute intervention chirurgicale, n'ont aucune raison de voir leur durée de vie réduite, tandis que ceux qui sont définitivement guéris du cancer verront nécessairement leur durée de vie statistiquement allongée.

C'est la raison pour laquelle L'AFU (Association Française d'Urologie) a, quant à elle, émis dès 2003 ses recommandations, en complète contradiction avec la phrase ci-avant, en conseillant un toucher rectal et une mesure du taux de PSA, chaque année pour les hommes âgés de 50 à 75 ans. Comment peut-on accuser l'AFU de faire ainsi sa publicité ?

Ceux qui s'opposent au dépistage systématique ont pour première caractéristique d'ignorer totalement les arguments ci-dessus. J'ai lu les raisons pour lesquelles la Haute Autorité de Santé a balayé d'un revers de main l'étude statistique de l'OPEPS. Pour ce faire, elle a fait appel à un Expert supposé indépendant, qui a analysé cette étude et a proposé des critiques essentiellement de forme. De là à prétendre que cette étude n'apportait rien relève de la désinformation. L'OPEPS aurait été bien inspiré de diligenter à son tour une contre-expertise.

Ils utilisent aussi comme argument le fait que, sur les 30 000 prostatectomies pratiquées chaque année, beaucoup concernent des patients certes atteints du cancer de la prostate, mais qui ne se serait pas développé pendant toutes leurs vies durant.

Combien ? Personne ne le sait. Et les autres ne sont-ils pas sauvés à 95% d'une mort atroce et certaine ? Autrement dit, on met sur les plateaux de la balance d'un côté des milliers de morts évitées, et de l'autre des séquelles (impuissance, incontinence), subies, il est vrai en pure perte, par d'autres hommes, sans doute en nombre comparable. Mais comment peut-on faire pencher le plateau de la balance du côté des séquelles, au détriment des morts ? A ce stade, il me semble que le choix doit revenir au malade lui-même, à la condition qu'il soit correctement informé.

En tout cas, les recommandations de l'AFU doivent être retenues puisqu'elles permettent d'ores et déjà à des milliers de personnes de bénéficier chaque année en France, en cas de cancer, d'un traitement leur apportant, dans 95% des cas, une guérison complète et définitive. Ne serait-ce pas totalement irresponsable de revenir à l'âge de pierre, et de condamner ces milliers de personnes à mourir désormais précocement de leur cancer de la prostate, comme par le passé ? Mon avis sur ce point se fonde aussi sur le coût réduit de ces contrôles. Un toucher rectal se pratique en quelques minutes au cours d'une simple consultation, et la mesure du taux de PSA coûtait 15 Euros au moment où je me suis informé à cet égard. L'argument du coût de ces contrôles est donc à écarter. Et au nom de quoi voudrait-on priver un homme d'une simple information le concernant, susceptible de lui sauver la vie ?

La difficulté réside, en réalité, sur le point de savoir ce que l'on fait des résultats de ces premières investigations. Le protocole standard qui avait été envisagé, au cours des études statistiques, prévoyait qu'une biopsie devait être immédiatement envisagée, en cas d'anomalie de l'un ou l'autre des deux examens ci-dessus. Ce protocole était sans doute un peu simpliste.

51

Selon ladite étude de l'OPEPS, « Le dépistage se situe en amont du diagnostic : il consiste à rechercher, parmi une population d'individus en bonne santé, des personnes potentiellement malades, en vue d'un diagnostic plus précoce et d'un traitement plus efficace ». Pour le médecin généraliste, il est donc possible de rester simple : En cas d'anomalie, hypertrophie ou plutôt induration (durcissement) de la prostate **ou** PSA supérieur à 5, il doit remettre alors à son patient une fiche d'information standard, régulièrement mise à jour, sur les diagnostics et les différents traitements possibles, avec leurs indications ainsi que leurs avantages et inconvénients, puis adresser son patient auprès d'un urologue.

Fin du dépistage

L'urologue appréciera, quant à lui, en fonction notamment des antécédents du patient, de la taille et de la position de l'hypertrophie, du niveau de PSA, s'il doit immédiatement procéder à une biopsie, ou s'il peut se contenter dans un premier temps d'un suivi de l'évolution de la situation. La biopsie peut s'imposer, à moins que d'autres marqueurs, actuellement en cours d'évaluation, puissent s'y substituer. A noter que la biopsie ne sert pas seulement à poser le bon diagnostic, elle informe aussi sur le degré de gravité du cancer.

Fin du diagnostic

Une nouvelle difficulté se présente lorsqu'une biopsie révèle la présence de cellules cancéreuses. Faut-il, ipso facto, envisager une prostatectomie radicale, comme le prévoyait, là encore de

façon simpliste, ledit protocole standard ? Il existe aujourd'hui beaucoup d'autres techniques moins invasives, notamment la « radio-chirurgie » en cours d'évaluation depuis plus de 12 ans aux Etats-Unis, aux conséquences beaucoup moins lourdes. Il faut aussi citer la curiethérapie, plus ancienne, ou le traitement par ultra-sons, ou encore par le froid. S'il est vrai que la prostatectomie radicale guérit le cancer dans 95% des cas, il ne faut pas perdre de vue qu'elle entraînera, comme il est dit ci-avant, des cas d'incontinence urinaire, ou d'impuissance sexuelle, sans parler des accidents d'anesthésie et des infections nosocomiales quelquefois mortels. Le choix entre toutes ces techniques, en fonction notamment de l'âge du patient, du niveau d'évolution de son cancer et de l'indice de Gleason représentatif de sa gravité, incombera aux spécialistes urologues et oncologues, en accord avec le malade. Celui-ci ne devra pas hésiter, comme je l'ai fait moi-même, à consulter plusieurs équipes de spécialistes. Il est clair en tout cas que pour un indice de Gleason élevé, la prostatectomie radicale, ou la « radio-chirurgie » ou encore la curiethérapie s'imposera immédiatement, avant que le cancer ne prolifère en dehors de la prostate, généralement dans les os.

On le voit, rien n'est facile ! Le dépistage et le traitement du cancer de la prostate dépendent de multiples facteurs, et aucun protocole ne saurait se substituer au jugement des médecins et du malade lui-même. La seule chose simple qui demeure de façon certaine et incontestable, pour un homme de 50 à 75 ans, c'est la nécessité, chaque année, de se faire pratiquer un toucher rectal (TR) et de procéder à une mesure de son taux de PSA. En cas d'anomalie, ce sera aux spécialistes de trancher, en accord avec le patient.

La question ne se pose pas, pour moi, de savoir s'il doit s'agir de contrôles individuels ou de contrôles de masse. Dès lors qu'ils permettent de sauver des vies humaines, ils devraient être prescrits par la Haute Autorité de Santé en France. Celle-ci s'honorerait à les envisager enfin, avec 10 années de retard sur les recommandations de l'AFU datant de 2003. La position actuelle de la HAS, proche de l'entêtement, se justifie essentiellement par le fait qu'elle ne veut pas admettre qu'elle s'est trompée pendant plus de 10 ans. Mais n'est-ce pas un signe d'intelligence que de reconnaître ses erreurs, au lieu d'y persister, avec les morts que cela entraîne ?

Plutôt que de se perdre en vaines polémiques sur les séquelles entraînées par des prostatectomies inutiles, n'aurait-il pas mieux valu rechercher les solutions techniques pour minimiser ces séquelles ? N'aurait-il pas mieux valu donner le choix aux malades eux-mêmes sur le traitement qu'ils souhaitent ? Ah j'oubliais, il est vrai que pour certains médecins, la malade est beaucoup trop inculte pour avoir un avis ! Peut-être ce livre les fera-t-il au moins s'interroger à cet égard !

En tout cas, si deux experts médicaux et deux Tribunaux ont donné tort, jusqu'à présent, à mon ex-médecin, qui a effectivement commis une faute par négligence dans le dépistage individuel me concernant, je considère pour ma part que la HAS partage cette responsabilité, pour avoir délivré un message ambigu, qui plonge certains médecins généralistes dans la même erreur, et dans la confusion entre dépistage individuel et dépistage de masse. Je pense que mon ex-médecin aurait mieux fait d'attirer la HAS à la cause, plutôt que d'y rechercher les arguments de sa défense.

J'ai lu certains articles selon lesquels un dépistage individuel était un dépistage qui devait nécessairement être demandé par le patient... mais quelle erreur ! Encore faut-il en effet qu'il soit informé à cet égard. Du reste, selon ladite étude réalisée pour le compte de l'OPEPS, « les modalités actuelles du dépistage reposent actuellement sur l'initiative individuelle, qui a pour origine dans plus de 70 % des cas le médecin, et dans moins de 20 % des cas le patient. »

Comme il a déjà été dit, il n'y a pas d'autre moyen à ce jour pour dépister à temps le cancer de la prostate que de pratiquer ces deux examens simples et peu coûteux, TR + PSA, puisque ce cancer est asymptomatique, ce qui signifie que les symptômes en sont discrets. Le retard apporté par la Haute Autorité de Santé, pour les prescrire, est donc incompréhensible.

Mon vœu le plus cher est que mes souffrances n'aient pas été vaines, qu'elles puissent contribuer à sauver d'autres vies, et à faire avancer le dépistage et la prise en charge précoce de cette maladie, qui n'est pas honteuse... En tout cas, elle ne doit plus jamais être considérée comme un cancer-tabou !

Pour des raisons qui lui appartiennent
l'auteur ne souhaite pas être identifié
et vous remercie de respecter ce souhait.

Sources :

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/1997/PU-1997-00070254/TEXF-PU-1997-00070254.PDF>

« Une cohorte de 71 malades, recrutés entre 1981 et 1985 et porteurs de cancers de prostate métastasés, a été suivie par le groupe pendant 7 à 11 ans.

Résultats : La surveillance de cette cohorte a donné comme durée médiane :

- 32 mois de survie.

- 1 an de rémission clinique.

- 15 mois entre l'apparition d'une résistance clinique et le décès.

Mais les variations sont très grande autour de ces durées médianes : 17% des malades sont morts dans l'année et, à l'opposé, 30% ont survécu plus de 5 ans. »

http://www.medix.free.fr/cours/uro_c_003.php

« Au stade localisé, il existe près de 100% de survie à 7 ans (stades T1, T2) et en revanche moins de 10% de survie à 10 ans en cas d'atteinte extra-prostatique. »

http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer_prostate.htm

« Détectées à un stade précoce, 95 % des tumeurs de la prostate pourraient être guéries. C'est dire l'importance du dépistage. Bien que l'origine de ce cancer reste mystérieuse, certains facteurs de risques sont connus. Quelques conseils peuvent réduire le risque de développer cette maladie. »

<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/10-cancer-prostate/18-epidemiologie-du-cancer-de-la-prostate-en-france-metropolitaine-prevalence-et-survie/265-survie-relative-a-5-ans-du-cancer-de-la-prostate-et-le-sta.html>

« La survie relative à 5 ans varie également avec le stade de la maladie lors du diagnostic. Selon des données américaines, les taux de survie à 5 ans pour les patients diagnostiqués en 1999-2005 sont de 100% pour le stade local ou le stade régional (envahissement ganglionnaire) contre 30,6 % pour le stade métastatique¹. »

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2003/PU-2003-00131340/TEXF-PU-2003-00131340.PDF>

« Cancer neuroendocrinine de la prostate. A propos de 6 cas : La médiane de survie était de 9 mois et 14 jours, le décès survenant au détours d'une altération rapide de l'état général et de la fonction rénale. »

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000178/index.shtml>

« R A P P O R T sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate, par M. Bernard DEBRÉ, Député. »

« L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), dont la mission est d'éclairer le Parlement sur les conséquences des choix de santé publique, a choisi le cancer de la prostate comme sujet d'étude en 2008, en raison de la fréquence de cette pathologie et du coût de sa prise en charge pour la collectivité.

Deuxième cancer le plus fréquent (60 000 nouveaux cas par an environ), le cancer de la prostate certes a fait l'objet d'une attention soutenue des pouvoirs publics, mais demeurent de véritables interrogations sur les modalités de dépistage et de prise en charge.

L'apparition d'un test sanguin – le dosage sérique de l'antigène prostatique spécifique – a révolutionné le dépistage. En moins de dix ans, ce test s'est progressivement imposé comme un examen de routine, au point de concerner aujourd'hui des millions de Français de plus de cinquante ans. »

« Alors que le test clinique antérieur était d'une mise en œuvre difficile et ne décelait qu'une faible fraction des cancers prostatiques, le nouveau test sanguin, qui requiert une simple prise de sang, a permis un taux de détection du cancer de la prostate jamais atteint jusqu'alors. »

« Le cancer de la prostate est devenu, à l'évidence, en quelques années, l'objet d'un dépistage de masse, (4 000 000/an) à un niveau équivalent au dépistage organisé du cancer du sein ou du cancer colorectal. »

« L'étude américaine ne montre pas de bénéfice du dépistage du cancer prostatique en terme de mortalité, alors que l'étude européenne montre un très net bénéfice (différence de mortalité spécifique de 20 % entre les deux groupes) » « le dépistage du cancer prostatique apporte un réel bénéfice en terme de survie. »

« Une grande majorité des médecins ayant répondu à l'enquête réalisée pour le compte de l'OPEPS est favorable à un dépistage régulier de ce cancer. Elle déclare le proposer à leurs patients, dès l'âge de cinquante ans et au moins jusqu'à soixante-quinze ans. Seule une faible fraction des médecins généralistes interrogés est opposé à la prescription du test de

dépistage, principalement par désaccord avec les recommandations édictées sur ce point par les organisations professionnelles. »

« les recommandations professionnelles préconisent l'association du test sanguin (PSA) et du test clinique (toucher rectal) »

« En France, le nombre de cancers de la prostate opérés par voie chirurgicale a ainsi plus que quadruplé en neuf ans, passant de 6 881 prostatectomies en 1998 à 27 733 en 2007. »

« Les modalités actuelles du dépistage de la prostate reposent actuellement sur l'initiative individuelle, qui a pour origine, selon l'enquête réalisée pour le compte de l'OPEPS, dans plus de 70 % des cas le médecin et dans moins de 20 % des cas, le patient »

« Le dépistage se situe en amont du diagnostic : il consiste à rechercher parmi une population d'individus en bonne santé des personnes potentiellement malades en vue d'un diagnostic plus précoce et d'un traitement plus efficace. »

LES RECOMMANDATIONS DE L'OPEPS :

« L'organisation de campagnes publiques de dépistage serait assurément un élément de structuration du dépistage cancéreux, ainsi que le montre l'exemple des campagnes de dépistage pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. »

« Informer la population sur l'intérêt d'un dépistage du cancer de la prostate »

« Mettre en place des structures départementales chargées de promouvoir le dépistage du cancer de la prostate, à l'instar des structures existantes pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal »

<http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-en-2009-mise-au-point-du-comite-de-cancerologie-de-lass.html>

« L'étude ERSPC, qui est aujourd'hui l'étude de référence sur l'impact du dépistage du cancer de la prostate, montre que le dépistage est associé à une réduction de 20 % de la mortalité spécifique dès neuf ans de suivi. Cette réduction est de 30 % après ajustement et prise en compte des non-répondeurs et de la pollution du groupe témoin (méthode de Cuzick). Il est probable que ce bénéfice sera encore plus important après un suivi plus long. Ces résultats sont des éléments essentiels dans le débat actuel sur la définition des stratégies d'organisation du dépistage du cancer de la prostate. Un dépistage organisé pourrait être réalisé dans la

population pour laquelle l'étude ERSPC a montré qu'il était bénéfique, c'est-à-dire de 55 à 69 ans. Un dépistage individuel pourrait être proposé avant 55 ans, dans des situations particulières (antécédent familial notamment), et de 70 à 75 ans. Au-delà de 75 ans, le dépistage ne serait plus proposé et non remboursé.»

<http://www.universcience.fr/fr/science-actualites/enquete-as/wl/1248100299069/faut-il-poursuivre-le-depistage-massif-du-cancer-de-la-prostate/>

« Cette étude est sans ambiguïté quant à l'efficacité d'un dépistage massif du cancer de la prostate sur la mortalité »

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/04/03/17916-depistage-cancer-prostate-utilite-contestee>

Pr Clément-Claude Abbou, chef du service d'urologie à l'hôpital Henri-Mondor (Paris). «Moi qui ai connu l'ère pré-PSA avec un service plein de patients alités avec des métastases et des douleurs incroyables, je n'ai pas envie d'y revenir»

http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer_prostate/6568-cancer-prostate-depistage-priorite.htm

« Des résultats préliminaires québécois plaident en faveur d'une diminution de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes dépistés (15 décès pour 100 000 hommes) contre ceux n'en bénéficiant pas (48,7 pour 100 000). »

http://www.bordet.be/fr/infosmed/brochure/divers/prost_dep.htm

« La Clinique de Dépistage de l'Institut Bordet propose un dépistage du cancer de la prostate aux messieurs de 45 à 70 ans :

- toucher rectal annuel
- dosage sanguin du PSA (la fréquence des contrôles ultérieurs sera adaptée en fonction des facteurs de risque et des résultats des dosages antérieurs). »

<http://www.topsante.com/sante-au-quotidien/Dr.-Alain-Senikies/A-quel-age-se-pratique-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate>

« Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme, avec une mortalité non négligeable. Et c'est l'un des seuls pour lesquels le dépistage individuel est efficace. En effet, deux études européennes importantes, en 2008 et 2009, ont montré une réduction de 27% de la mortalité chez les hommes de 55 à 70 ans ayant eu un dépistage par le PSA »

<http://www.allodocteurs.fr/rechercher.asp?mots=cancer+de+la+prostate&x=8&y=11>

« Une étude démontre qu'avec l'arrêt du dosage systématique du PSA, l'incidence des cancers de la prostate diagnostiqués à un stade avancé serait multipliée par 3. »

<http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/045-cancer-depistage/depistage-cancer-prostate/index.html>

« **Dépisté à temps, ce cancer est guérissable.** A un stade avancé, les chances d'une guérison sont réduites. »