

Qu'est-ce qu'un faux positif ?

Question très importante pour les activistes du CP. Il faut d'abord décortiquer le terme « faux positif » pour bien comprendre en quoi consiste la sensibilisation au cancer de la prostate (CP) et la détection précoce au sein de la polémique actuelle qui entoure le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS).

Le désaccord qui règne au sujet du test de dépistage APS n'a rien de nouveau. Depuis un bon nombre d'années, les porte-parole de la détection précoce se débattent contre des affirmations selon lesquelles le test de dépistage APS est un moyen médiocre, n'est pas un moyen sûr. Les partisans contre le test APS ont gagné des épaulettes en septembre dernier lorsque le Dr Thomas Stamey, l'urologue qui, en 1987, avait publié l'étude de recherche initiale qui avait frayé le chemin à l'utilisation généralisée du test APS, a rétracté ses déclarations antérieures en faveur du test APS après la publication des résultats de la nouvelle recherche. Au dire du Dr Stamey, le test APS est très efficace pour estimer la taille de la prostate, mais ne prédit pas correctement l'intensité, ni la gravité du cancer. « L'époque du test APS est révolue », ajoute le Dr Stamey.

Des affirmations de ce genre vont carrément à l'encontre des croyances des activistes de la détection précoce du CP.

L'importance de la détection précoce moyennant le test APS va de soi pour les hommes porteurs d'un CP métastasé, pour ceux qui auraient souhaité une détection prématurée de leur tumeur et pour ceux qui croient que leur cancer n'aurait jamais été détecté à temps ou éradiqué sans le test APS.

La détection précoce figure depuis longtemps au cœur du traitement du CP. En effet, l'un des objectifs de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer consiste à améliorer le traitement du cancer par un meilleur dépistage. Le CP constitue-t-il une exception à cette règle ?

Oui, au dire de certains. Le CP est considéré, en règle générale, comme une forme moins grave du cancer. En fait, le rapport entre l'incidence de nouveaux cas et de décès est relativement faible en ce qui concerne le CP.

Statistiques canadiennes sur le cancer 2004 (Société canadienne du cancer)

Type of cancer	Nouveaux cas	Décès
Prostate	20 100	4 200
Tous les cancers (hommes exclusivement)	74 800	36 000
Cancer colorectal (hommes et femmes)	19 100	8 300
Cancer du poumon (hommes et femmes)	21 700	18 900

Comme l'indique notre tableau, le rapport entre l'incidence de nouveaux cas et de décès est beaucoup plus faible pour le CP que pour la plupart

Suite à la page 3

Dans ce numéro:

Diminuer le nombre de décès.....	2
Groupes affiliés.....	4
Nouvelles des groupes de soutien...	6
Viagra.....	7
Symboles et slogans.....	8
Message du président.....	8
Hi-Rise Communications.....	8

R.C.C.P. BULLETIN

avril 2005 La voix du cancer de la prostate au Canada

de liaison

Conférence nationale du RCCP 2005.

À noter dans votre agenda !

La conférence nationale du RCCP en 2005 aura lieu à Toronto à l'hôtel Delta Chelsea, du dimanche 7 août au mardi 9 août 2005.

La conférence de l'année dernière, organisée pratiquement à la dernière minute, a accueilli environ 150 participants qui représentaient les groupes d'entraide venus de toutes les provinces canadiennes. Les participants étaient très satisfaits des présentations, des activités prévues, de la nourriture, des discussions et, bien entendu, de la rarissime occasion de fraterniser avec les membres d'autres groupes d'entraide venus de tous les coins du Canada.

Le comité d'organisation de cette

soutien. Environ 22 hommes ont donné suite à l'appel du Dr Chodak et ils ont créé le groupe Us Too Inc, le premier groupe de soutien pour les hommes atteints du cancer de la prostate.

On anticipe également la présence d'autres conférenciers de marque tels que le Dr Antonio Finelli et la Dre Juanita Crook, de l'Hôpital Princess Margaret de Toronto. La Dre Crook fera une présentation sur la curiethérapie (brachythérapie) et le Dr Finelli parlera de sa spécialité, une intervention relativement récente qui s'appelle « prostatectomie

spécial comprendra les

privileges suivants : toutes les réunions et les séances, deux soirées de cocktail, le dîner le dimanche, tous les repas le lundi et le petit déjeuner continental en plus du brunch mardi midi.

L'hôtel Delta Chelsea est situé au cœur de Toronto et chevauche la rue Yonge et le Centre Eaton. Si vous voulez prolonger votre séjour à Toronto après la conférence, l'hôtel vous accordera le même tarif pour tout votre séjour. Des forfaits différents seront offerts aux personnes qui assistent à la conférence mais qui hébergent ailleurs. D'ici peu, nous vous présenterons des détails plus précis à ce sujet.

Par bonheur, les Yankees de New York joueront contre les Blue Jays de Toronto le dimanche 7 août au Skydome. Des billets seront disponibles pour les délégués qui arrivent plus tôt pour assister au match de baseball.

Bref, un grand événement se prépare devant nous.

Surveillez de près le site Web du RCCP pour des nouvelles fraîches !



année, sous la présidence d'Aaron Bacher du groupe d'entraide Man to Man de Toronto, anticipe avec enthousiasme le plaisir d'accueillir des délégués en provenance des quatre coins du Canada. Actuellement, Aaron est en train de mettre au point le programme de la conférence. Plusieurs détails restent encore à confirmer, mais nous pouvons vous annoncer, non sans bonheur, que le Dr Gérald Chodak de Chicago figurera parmi les conférenciers. Le Dr Chodak est l'un des pionniers du mouvement des groupes d'entraide en Amérique du Nord pour le cancer de la prostate. En 1990, il avait envoyé une lettre à tous ses patients atteints du cancer de la prostate leur indiquant que plusieurs d'entre eux avaient exprimé le désir d'inaugurer un groupe de

laparoscopique radicale ».

De plus, le comité essaie de mettre au point un forfait pour les participants de la conférence. Ce tarif



Les quartiers de Toronto reflètent sa diversité ethnique, source de stimulation culturelle.



RCCP – Siège national
C.P. 1253
Lakefield (Ontario)
K0L 2H0



Prévention et diagnostic précoce pour diminuer le nombre de décès liés au CP

Les lignes qui suivent sont extraites d'un article du Dr Stephen B. Strum, oncologue médical spécialisé dans le traitement du cancer de la prostate (CP), paru dans le magazine « Life Extension ». Pour lire la version intégrale de cet article, veuillez consulter notre site Web (cpcn.org).

Il y a 15 ans, avant l'avènement du test APS, on posait le diagnostic du cancer de la prostate (CP) en fonction des anomalies observées lors du toucher rectal ou des résultats de laboratoire ou de radiologie décelant un cancer avancé. Des méthodes capables de détecter des quantités minimales de cancer prostatique n'avaient pas encore été mises au point. Dilemme fréquent en oncologie : comment déceler la maladie au stade précoce de son évolution avant même qu'elle ne se dissémine ? Pour la gent féminine, le frottis vaginal a sensiblement modifié le cours de l'histoire médicale pour les femmes qui craignaient la présence d'un cancer cervical. La mammographie a également servi à détecter le cancer du sein. L'antigène prostatique spécifique (APS) et la dynamique (changements au fil des années) du test APS sont en mesure de détecter un CP à un stade plus tôt que les méthodes mentionnées ci-dessus.

On peut atténuer sensiblement le nombre de décès attribuables au CP par l'intégration du toucher rectal au test APS lors du bilan médical annuel. Le fait de garder en dossier les résultats du test APS et de les suivre de façon chronologique permet de prédire l'émergence du CP plusieurs années avant son diagnostic habituel.

APS (Antigène prostatique spécifique)

Les cellules cancéreuses produisent une panoplie de protéines. Actuellement il existe seulement une douzaine de tests qui évaluent ces protéines. Ces tests s'appellent « marqueurs biologiques » ou « biomarqueurs ». L'analyse de l'APS dans le sang fait partie de cette catégorie de biomarqueurs. L'APS constitue en lui seul le biomarqueur le plus important de toute l'histoire de l'oncologie. Comme la croissance tumorale est essentiellement exponentielle, avec le dédoublement d'une cellule en deux, de deux à quatre, de quatre à huit, de huit à seize, etc. une protéine produite par une cellule cancéreuse (par ex. : l'APS), reflète parfois cette croissance exponentielle exprimée par le délai nécessaire au doublement de l'APS (temps de doublement de l'APS ou TDAPS). Nous savons que l'évaluation annuelle de l'APS, à l'aide d'un laboratoire compétent et par l'usage de graphiques représentant les résultats de l'APS, peut servir à prévenir rapidement le patient et son médecin d'une présence de tumeur maligne. Fait étrange, voire invraisemblable, cette méthode diagnostique si peu coûteuse, qui est capable de signaler des troubles liés au CP, ne fait pas encore partie de la pratique médicale de routine. Le temps de doublement de l'APS peut s'avérer

utile pour indiquer la présence d'un CP au stade prématuré de son évolution. L'exemple présenté dans les lignes qui suivent illustre ce point.

Un homme présente un score APS de 0,8 en 1990, à l'âge de 40 ans. Le score reste le même jusqu'à l'âge de 48 ans où l'APS grimpe à 1,2 ng / mL. Il est fort probable que cette hausse ne préoccuperait guère la plupart des médecins. Cependant, l'épouse du patient l'encourage à repasser le test APS et, six mois plus tard, le score se situe déjà à 1,6 ng / mL. Le score croissant demeure toujours dans les limites du « seuil normal » dont le maximum est de 4,0 ng / mL. Si toutefois on comprend bien la dynamique du CP, on pourrait conclure par cette hausse du score APS que le patient est atteint du CP, à moins de preuves contraires.

Le temps de doublement de l'APS (TDAPS) observé au cours des 6 derniers mois a été abrégé de 14 à 1,2 années. Entre 1 / 90 et 1 / 98, le temps de doublement hypothétique du patient se situait à 163,78 mois ou environ 14 ans. Habituellement, le CP comporte un TDAPS moyen de 4 ans au moment du diagnostic. Dans le cas de ce patient, le TDAPS a été réduit à 14,3 mois entre 1 / 98 et 7 / 98. Cette conclusion devrait donc inciter le médecin à poursuivre ses évaluations et à assurer un plus grand suivi.

Malheureusement, tel n'est pas le cas pour la plupart des hommes. Le monde médical actuel semble se cantonner incessamment dans des concepts absolus sur le « normal » par rapport à « l'anormal ». D'habitude, la médecine moderne ne cherche pas à repérer des tendances dans les seuils dit « normaux ». Cette façon d'agir ne tient pas compte des manifestations biologiques de la maladie exprimées par le TDAPS ou la vitesse de l'APS (taux de hausse annuel de l'APS).

On propose que chaque homme entame le processus du test APS tous les ans, dès l'âge de 40 ans. Pour les hommes dont l'anamnèse révèle des antécédents familiaux du CP chez les consanguins du premier degré (père, frère), on devrait entreprendre le test APS dès l'âge de 35 ans. Comme le cancer du sein a un lien génétique avec le CP, on conseille aux hommes qui ont des antécédents de cancer du sein dans leur famille de passer le test APS, accompagné du toucher rectal de la prostate, dès l'âge de 35 ans.

Il faut assurer le suivi du TDAPS indépendamment des valeurs absolues de l'APS. Les conclusions cliniques permettent de croire que plus le TDAPS est bref, plus le risque de CP est grand. Un TDAPS de moins de 12 ans indique normalement la présence d'une tumeur en croissance. Ce constat doit être considéré comme signe d'une présence de CP en pleine croissance et ce, jusqu'à preuves contraires. En présence d'un CP non diagnostiqué, le doublement de la valeur APS est essentiellement conforme au doublement de la taille de la tumeur. C'est à ce stade précoce de l'évolution du CP que les méthodes de

détection anti-cancéreuse offrent le plus de chance de survie.

Toucher Rectal

Il est facile de détecter des anomalies palpables de la prostate grâce à l'examen rectal digital ou toucher rectal. Ce test, pratiqué soigneusement et délicatement, est facile à effectuer et donne de nombreux renseignements utiles. D'abord, le toucher rectal permet au médecin de constater le volume de la prostate. Le volume de la prostate est important, car plus la prostate est grande, plus aura-t-elle tendance à produire de l'APS. En règle générale, le volume de la prostate multiplié par 0,067 égale la quantité d'APS produite par un tissu bénin. Un homme de 50 ans dont la prostate mesure 30 grammes ou cm³ devrait produire normalement environ 2 nanogrammes (ng) d'APS. Si cet homme a un APS de 4,00, cela voudrait dire qu'il a un excédent de 2 ng d'APS et que d'autres évaluations s'imposent avant d'exclure la possibilité d'un CP.

En plus d'estimer le volume de la prostate et de calculer l'apport des cellules bénignes aux valeurs totales de l'APS, le toucher rectal peut également aider à déceler des ganglions durs ou d'autres signes de présence morbide. Les anomalies palpables de la prostate sont rattachées au volume de la tumeur, appelée aussi la charge tumorale. Le toucher rectal s'ajoute alors comme capteur qui indique que les quantités de CP ont suffisamment augmenté pour modifier l'examen physique; on peut alors palper une masse tangible. Avant l'avènement des tests APS de routine, la plupart des CP étaient palpables au toucher rectal au moment du diagnostic. De nos jours, à peu près 70 % des cas de CP diagnostiqués aux États-Unis ne sont plus associés à la palpabilité. Cela confirme la valeur du test de dépistage de l'APS, permettant ainsi un diagnostic prématuré du CP, avant qu'il ne grossisse ou ne devienne palpable (tumeur T2). Actuellement, la plupart des hommes aux États-Unis qui souffrent du CP présentent un cancer non palpable au toucher ou une tumeur T1.

Autres outils qui servent à confirmer le diagnostic

Outre les méthodes simples et économiques présentées ci-dessus, nous disposons maintenant de meilleurs outils de laboratoire pour établir le diagnostic du CP et pour permettre sa détection au stade précoce. Donc, une plus grande possibilité de guérison existe au moyen de traitements locaux.

Ces outils améliorés comprennent :

1. Le fractionnement de l'APS en APS libre et en APS complexe. Auparavant, on n'évaluait que la valeur totale de l'APS. Au cours des dix dernières années, nous avons appris que les composantes de l'APS, comme l'APS libre et l'APS complexe, revêtent une signification clinique particulière dans le diagnostic du CP. Le fractionnement de l'APS en ces composantes raffine le travail de détection, car il permet de porter une plus grande attention aux patients qui présentent des

anomalies liées à l'APS libre et qui sont à un plus grand risque de CP. Or, lorsqu'un patient présente un score APS élevé ou en hausse, il nous est possible de déterminer son risque de CP en obtenant son score et son pourcentage d'APS. Plus le pourcentage est faible, plus le risque de CP est grand.

2. La reconnaissance des tendances par réseaux neuronaux artificiels (ANN) informatisés qui incorporent les variables suivantes : APS, frottis vaginal, APS libre, créatine-kinase (CPK) et âge du patient.

Comment ces éléments contribuent-ils à la détection d'un CP au stade précoce ? La médecine évolue à pas gradués. Malheureusement, certaines étapes semblent s'éterniser à cause du conservatisme qui règne au sein de la profession médicale. Si nous repassons la littérature médicale au sujet de l'APS et de ses améliorations, nous constatons clairement que nous progressons vers l'utilisation, non systématique de tous les outils mentionnés ci-dessus. Parmi toutes ces méthodes, l'outil le plus avancé est le test ANN-3 qui incorpore l'importance du test APS avec le pourcentage de l'APS libre et la reconnaissance des tendances. Le test ANN-3 dispose d'une sensibilité diagnostique à 92 % pour le CP. Cela veut dire qu'avec le test ANN-3 seulement 8 % des patients qui sont atteints du CP ne seront pas détectés à cause de résultats faux-négatifs. Bref, l'utilisation de cet unique test de laboratoire à raison d'un seul examen annuel pourrait repérer la maladie au stade précoce. De plus, le test ANN-3, administré annuellement, pourrait offrir des données sur la vitesse de l'APS, le temps de doublement de l'APS, la courbe du pourcentage de l'APS libre et le seuil de l'APS de 2,0 ou plus. Grâce au toucher rectal annuel, nous serons en mesure de diagnostiquer plus de 95 % des cas de CP. Si nous trouvons le moyen d'effectuer ce test tous les deux ans, il deviendra encore plus économique. L'utilisation de feuilles de calcul électronique ou de programmes informatisés qui contiennent les données du patient, avec des formules mathématiques cryptées, pourrait permettre le calcul instantané du TDAPS et de la vitesse de l'APS. Avec une méthodologie de ce genre, il serait possible de procéder à des biopsies systématiques à l'aide de nouvelles approches diagnostiques telles que la biopsie 5 régions d'amplifications ou la biopsie 11 sites multiples si les conclusions laissent pressentir la présence d'un CP. Il n'existe pas de doute que cette approche diagnostique pourrait changer le cours de millions de vies aux États-Unis. Au Royaume-Uni, où le taux de mortalité sur 5 ans attribuable au CP est sept fois plus élevé qu'aux États-Unis, faute d'encouragement du traitement précoce, l'impact d'une telle approche pourrait être monumental. Au moment d'écrire cet article, le test ANN-3 n'est pas encore disponible pour utilisation commerciale à cause des restrictions de la FDA américaine.

Note du rédacteur : Dans le prochain numéro, nous terminerons la reproduction de cet article qui inclut également des stratégies pertinentes, telles que le régime alimentaire, pour prévenir le CP.

Âge (années)	APS (ng / mL)	Temps de doublement de l'APS (TDAPS)
40	0,8	
48	1,2	Environ 14 ans
48,5	1,6	Environ 1,2 ans

Qu'est-ce qu'un faux positif ?

Suite de la page 1

des autres cancers. À vrai dire, ce rapport est relativement semblable à celui du cancer du sein pour 2004, à savoir, 21 200 nouveaux cas par rapport à 5 200 décès.

Nous le savons et c'est un fait que le CP est la deuxième cause de décès attribuable au cancer chez les hommes. Au Canada, 81 hommes en meurent chaque semaine. Bref, cet argument, fondé sur des statistiques, revient à des questions fondamentales : la vie de ces hommes est-elle importante? Si oui, quel est le meilleur moyen d'identifier les hommes qui en sont atteints et de les traiter? Une autre question importante s'impose : Qui décidera de l'information qu'il faut transmettre au patient au sujet de la santé de sa prostate ?

Le débat renferme un autre aspect controversé – l'opinion des responsables de la santé publique. L'individu pense à sa propre santé – à l'information et aux conseils professionnels qu'il désire obtenir au sujet de sa santé – et aux décisions qu'il doit prendre en fonction de cette information. Les autorités à qui il revient de mettre au point des politiques en matière de santé publique ou de prendre des décisions relativement à l'allocation de fonds, ne sont pas nécessairement du même avis. Ces personnes pensent moins à l'individu qu'à la rentabilité des mesures entreprises ou à entreprendre en matière de santé auprès de la population générale. De plus, elles doivent déterminer le meilleur moyen de maximiser les fonds des contribuables lorsqu'il s'agit d'effectuer des dépenses en faveur de la santé publique.

En ce qui concerne les pathologies comme le cancer, l'une des meilleures preuves qui justifie les dépenses réalisées dans ce domaine sont les vies sauvées grâce au dépistage précoce. Malheureusement, selon l'opinion qui prédomine, les données actuelles ne démontrent pas que le dépistage précoce du CP sauve des vies. Le taux de mortalité lié au CP a baissé, bien que certains observateurs l'attribuent plutôt à de meilleurs modes de traitement qu'à la détection précoce. D'après une récente étude préparée par des analystes de Statistiques Canada, quoique les constatations scientifiques permettent de croire que le test de dépistage APS a contribué à l'augmentation du nombre de cas de CP diagnostiqués au stade précoce, il n'y a pas de données qui indiquent que cette hausse a pu être responsable d'une baisse de la mortalité.

Cela ne signifie pas pour autant que le test de dépistage APS ne sauve pas les vies mais tout simplement qu'il n'existe pas encore suffisamment de preuves pour le confirmer.

Même si la détection précoce du cancer en facilite le traitement et accroît le taux de survie, il n'est pas facile de confirmer par des statistiques le lien entre la détection précoce et le taux de survie. Quant au CP, ce défi est magnifique. Comme la plupart des tumeurs de la prostate évoluent lentement, un grand nombre d'hommes chez qui le pronostic revêt le potentiel d'un dénouement fatal pourraient vivre assez longtemps pour mourir d'une autre maladie. D'autres pour qui le pronostic est mortel pourront aussi vivre encore longtemps. Donc, avec l'information fournie par la population générale, d'où proviennent les données des études, des essais au long cours s'imposent pour déterminer si un dépistage précoce du CP pouvait

prolonger la vie d'un grand nombre d'hommes.

Des études de grande envergure actuellement en cours en Europe devraient donner de meilleures indications relativement au potentiel qu'a le test de dépistage APS de prolonger la vie des hommes atteints du CP. L'une de ces études européennes – ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) – est un essai contrôlé mené auprès de 200 000 hommes. Cependant, les résultats ne seront pas encore disponibles avant quelques années.

Entre-temps, quelles certitudes nous reste-t-il ? Certaines observations ne sont pas discutables.

- Le CP est le cancer malin le plus fréquent chez les hommes.
- Le CP est encore le cancer qui tue le plus grand nombre d'hommes en Amérique du Nord.
- Le CP, avéré important sur le plan clinique, est plus facile à traiter s'il est détecté au stade précoce de son évolution.

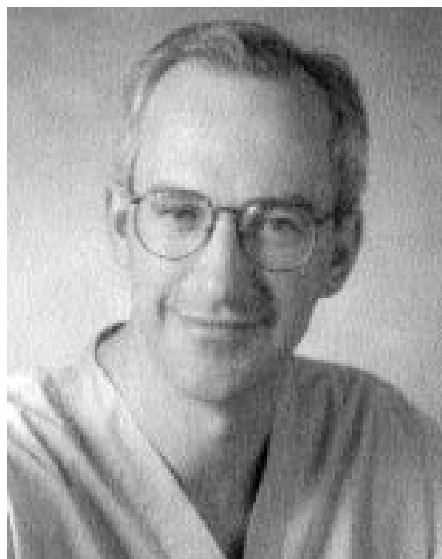
Ceci semble constituer un argument probant en faveur de la détection précoce. Si nous n'avons pas recours au test de dépistage APS, quelle autre option nous restera-t-il ? Les données de la recherche indiquent que le toucher rectal tout seul n'est pas une méthode diagnostique fiable pour repérer le CP, avéré important sur le plan clinique, au stade précoce de son évolution.

Quel autre recours nous reste-t-il ? Le test de dépistage APS.

Maintenant, parlons des faux positifs.

Ceux qui remettent en question les avantages publics de la généralisation du test de dépistage APS s'inquiètent de la possibilité d'un traitement excessif, par l'identification de cancers de faible importance qui ne nécessitent pas de traitement. Le CP ne requiert pas toujours un traitement immédiat ou énergique. La recherche récente laisse entrevoir que les méthodes actuelles d'évaluation de la gravité des tumeurs ne sont pas aussi précises que les experts semblaient croire auparavant.

Dans un article paru dans le Globe



Dr. Laurence Klotz

and Mail en septembre dernier, un chirurgien torontois, le Dr Laurence Klotz reconnaissait que jusque tout récemment on croyait que le score obtenu du test de dépistage APS devenait plus élevé à la suite de l'apparition d'un volume plus élevé de cancer. Il a souligné que la recherche du Dr Stamey a démontré que l'argument concernant les scores relativement élevés (4-10) n'était pas exact.

Ce même Dr Klotz et le Dr Michael Jewett, urologue / oncologue /

chirurgien à l'Hôpital Princess Margaret de Toronto ont tous deux affirmé publiquement que la recherche récente pourrait instiguer les médecins à devenir plus perspicaces dans la sélection des hommes à traiter.

Toutefois, ceci ne signifie pas que les résultats du test de dépistage ne révèlent pas de renseignements utiles. Selon le Dr Klotz, on démontre clairement qu'une hausse rapide du score APS est associée au CP agressif. De plus, avant qu'un homme ne présente un cancer avancé de la prostate, le score APS est presque toujours très élevé. Le Dr Stamey mentionne également que le contrôle des niveaux de l'APS constitue un indicateur très utile des résidus de cancer qui persistent chez le patient après la prostatectomie.

Rien d'inutile en tout cela.

En fait, d'après une analyse de données effectuée par les urologues canadiens François Meyer et Yves Fradet, on a trouvé que l'exactitude du test APS accompagné du toucher rectal pour le CP chez les hommes était presque similaire à celle de la mammographie accompagnée de l'examen physique pour la détection du cancer du sein chez les femmes.

Le vrai problème décelé récemment ne relève pas du test APS mais il se produit après le test. Si un seul score APS de 4 ou plus mène systématiquement à la pratique d'une biopsie, un grand nombre d'hommes se trouveront atteints de cancer. La vraie problématique – et les experts sont d'accord à ce sujet – repose dans le fait qu'il n'est pas facile de distinguer le cancer qui a besoin de traitement de celui qui n'en a pas besoin.

Le traitement d'un cancer qui ne nécessite pas de traitement serait un vrai faux positif. Par contre, on ne peut pas savoir si une tumeur n'a pas besoin de traitement si on en ignore carrément la présence.

Imaginons le cas d'un homme dont le score APS est élevé ou en croissance. Le patient et son médecin optent pour une biopsie qui révèle, à son tour, la présence d'un cancer. Présomons qu'une évaluation médicale méticuleuse laisse voir que, pour ce cancer particulier, aucun traitement n'est requis. En premier lieu, le patient peut-il le savoir définitivement ? Dans une étude effectuée auprès de 200 hommes déclarés « faux positifs » depuis leur première biopsie, aucune trace de cancer n'a été trouvée. Au bout d'un an, ils ont subi une deuxième biopsie. Chez 24 d'entre eux, un cancer a été détecté.

En second lieu, même si on dit à un homme en toute certitude que son cancer n'a pas besoin de traitement, serait-il mieux pour lui d'ignorer la présence du cancer que d'en être prévenu ? Qui décide si le patient doit être averti de son cancer : le patient lui-même ou un préposé du bureau de statistiques ?

Le fait de refuser l'accès à un test diagnostique pour le CP au stade précoce aux hommes qui en font la demande frôle forcément le paternalisme.

Les hommes ont le droit d'obtenir l'information qu'il leur faut sur leur santé. De plus, ils ont besoin de connaître les détails au sujet du CP, y compris le fait que les résultats du test APS ne constituent pas un indicateur clair de la gravité du cancer sur le plan clinique. En d'autres termes, le score d'un test APS modérément élevé n'est pas une raison de donner lieu à la

panique. Il est important que les hommes sachent que le diagnostic du CP ne signifie pas nécessairement qu'un traitement effractif s'impose. Il faut qu'ils sachent également qu'un faible score du test APS ne garantit pas l'absence du cancer. Lors d'une récente étude qui a suivi de près les taux d'APS pendant un certain nombre d'années, on a observé que 15 pour cent des sujets (tous des hommes ayant subi une biopsie à la fin de



Dr. Stephen Strum

l'étude) chez qui le score d'APS était faible souffraient de cancer.

Le Dr Stephen Strum, d'Ashland (Orégon), spécialiste du CP qui a prononcé le discours liminaire lors de la conférence nationale du RCCP au mois d'août dernier, est très en faveur du test APS. Il l'appelle le biomarqueur le plus important de toute l'histoire médicale du cancer. D'après le Dr Strum, il s'agit de savoir utiliser cette information à bon escient. Un test APS offre des renseignements préliminaires au sujet de la santé prostatique du patient. Cette information doit être vue à la lumière d'autres considérations :

- Âge et santé générale du patient.
- Facteurs de risque liés aux origines ethniques, au mode de vie et aux antécédents médicaux familiaux.
- Autres moyens de recueillir de l'information au sujet de la santé prostatique, y compris le toucher rectal, les résultats de tests APS ultérieurs, d'autres analyses et, dans certains cas, les résultats des biopsies.
- Connaissances solides concernant le CP et son évolution.

La collecte de ces données permet au patient de prendre des décisions éclairées au sujet de sa santé.

Le Dr Strum fait remarquer que la santé prostatique est souvent corrélée à celle de l'appareil cardiovasculaire et de l'ossature. Il prédit qu'avec le temps la santé de l'ossature deviendra un facteur très important qui déterminera si le cancer demeure dans la prostate ou s'il se répand à d'autres parties du corps.

Selon le Dr Klotz, l'utilisation efficace des outils de détection précoce pourra permettre que le cancer soit décelé à un stade suffisamment précoce de sorte que la prise en charge consiste principalement dans la modification du mode de vie et du régime alimentaire. Si le contrôle continu effectué par le test APS indique que le cancer atteint des valeurs cliniques significatives, il faudrait alors envisager un traitement plus énergique.

Cependant, ces décisions ne sont pas possibles si nous régressons vers un standard par lequel le toucher rectal constitue l'unique méthode de

Suite à la page 8

Groupes affiliés du RCCP

Jusqu'à un certain point, le RCCP est la somme totale des groupes de soutien qui le composent. L'un de nos mandats consiste à informer nos groupes de soutien au sujet des avancées scientifiques réalisées dans la recherche sur le cancer de la prostate et son traitement et, en retour, à disséminer cette information importante et intéressante aux membres de ces groupes. Notre rayonnement dépend beaucoup de notre liste d'adresses. Nous déboursions des milliers de dollars par année pour expédier de la documentation à nos groupes de soutien. Il est important que cette documentation les rejoigne. C'est pourquoi je vous demande de prendre quelques instants pour repasser la liste ci-dessous et vérifier l'exactitude des renseignements concernant votre groupe. Veuillez faire parvenir tout ajout ou changement à cpcn@nexicom.net ou écrire au RCCP, C.P. 1253, Lakefield (Ontario) K0L 2H0.

Groupe	Personne-ressources	Réunions
Alberta		
Edmonton Region PCSCG	Kari Jesswein, (780) 455-7181	2nd Tuesdays, Cross Canada Institute, University Ave., 7:30PM
Lethbridge PCSCG	Roy Blais, (403) 327-5452	3rd Wednesdays, CCS Office
Medicine Hat Us Too PCSCG	Eldon Fischer, (403) 548-3579	2nd, Tuesdays, Regional Hospital, 7:30PM
Prostaid Calgary	Bob Shiell, (403) 253-1991	2nd Tuesdays, Foothills Medical Centre Auditorium, 7:30PM
Red Deer (Central Alberta) PCSCG	Marg Scheyen, (403) 347-3662	1st Thursdays, CCS office, 4730 A Ross St, 7:3 PM
Colombie britannique		
Abbotsford PSAG	Val Strijack, (604) 856-5863	3rd Tuesdays, Peace Lutheran Church, Ware & Marshall, 7:30PM
Bulkley Valley PCSCG	Trevor Johnston (250) 846-5838	Call Free mason's Hall, Smithers
Burnaby–New Westminster PCSCG	Ian B. Baxter (604) 421-8813	1st Saturdays, Burnaby Gen Hosp Education Dept. 2nd Floor, 10AM
Comox Valley PSAG	Gordon Parker (250) 703-0305	2nd Mondays, Community Health Centre, 961 England, Courtney, 7:30-9PM
Coquitlam PSA	Norman Sherling (604) 936-8703	1st Tuesdays, Pinetree Comm Ctre 1260 Pinetree Way Rm 9, 7PM
Cowichan Valley PCSCG	John/Coby Beddis, (250) 743-2046	2nd Thursdays, Lecture Room, Cowichan Dist. Hospital, Duncan, 7-9PM
Kamloops PSAG	Larry Reynolds (250) 376-4011	2nd Saturdays, Glenfairs Seniors Complex 1100 Glenfair Drive, 9AM
Kelowna CCS PCSCG	Bren Witt (250) 762-3168	2nd Saturdays, Kelowna Health Unit, 1340 Ellis St., 9-1 AM
Kootenay PCSCG	Steph Atchison (250) 427-3978	
Langley PCSCG	Ken Lytle (604) 888-2702	Call
Mission City PCSCG	Rick Butchart (604) 820-3384	3rd Thursdays, CCS Office - 33079B 1st Ave., 7PM
Nanaimo CCS PCSCG	Ken Mcvay (250) 616-9431	3rd Wednesdays, CCS, 777 Poplar St. North End Terminal Park, 7PM
North Shore PSAG	Jack Carlisle (604) 929-5183	4th Tuesdays, Lion's Gate Hospital, Basement Auditorium, 7:30 PM
Parksville (District 69) PCSCG	Douglas Bamford (250) 954-0887	1st Wednesdays, Allied Support Groups Office 163 Memorial St., 7-9PM
Pender Island PSAG	Jim Dunn (250) 629-3273	3rd Thursdays, Plum Tree Court, 2PM
Port Alberni PCSCG	Sandy Brown (250) 723-3967	Last Wednesdays, Canadian Cancer Society office, Alberni Mall
Powell River PSASG	Harold Brown (604) 487-1400	3rd Thursdays, Powell River Hospital, 7PM
Prince George PCSCG	Nick Ramage (250) 564-0885	Last Tuesdays, CCS Office, 7:30PM
Prince Rupert PCSCG	Judy Rae (250) 627-0533	1st Wednesdays, Health Unit, 7:30PM
Qualicum Beach PSAG	Janet Atkins	2nd Thursdays, CCS Office, 7:00PM
Quesnel PCSCG	Ronald Campbell (250) 992-2726	3rd Thursdays, 332 Front Street, Quesnel, PM
Salt Spring Island SG	Chris Reider (250) 537-2720	3rd Tuesdays, Farmer's Institute, 1PM
Squamish PSAG	Art Bartsch (604) 892-5701	2nd Thursdays, Tantalous Senior Centre, 7PM
Sunshine Coast PCSAG	Don Currie (604) 885-2850	1st Thursdays, St. John's United Church, Davis Bay, Sechelt, 7PM
Surrey PCSAG	John Kneale (604) 594-6768	Last Saturdays, Surrey Memorial Hospital, Cafeteria, 10AM
Vancouver Advanced PCSCG	Gordon Dunn (604) 739-5900	3rd Thursdays, CCS Office 565 west 10th St. - Board Room, 10:30AM
Vancouver PSASG	Len Gross (604) 434-2100	1st Thursdays, CCS, 565 West 10th Ave., 7PM
Vernon PSAG	Ed Eyford (250) 545-6220	1st Tuesdays (bi-monthly), CCS Office at People Place, 7PM
Victoria PSA	Al Pearce (250) 920-0772	2nd Tuesdays, Begbie Hall, Royal Jubilee Hosp. 2101 Richmond Rd., 7PM
West Coast Pro. Awareness Soc.	Frank Greens (250) 923-1357	3rd Tuesdays, #12, 142 Larwood Rd., "Altrusa House", 7:30PM
Manitoba		
Whiterock/South Surrey PSAG	W.J. Blackman (604) 538-0011	2nd Saturdays, CCS Office 1550 Foster Street, 10AM
Brandon Westman PCSCG	Ollie Deurbroucks (204) 728-7821	2nd, Monday, Seniors for Seniors, 311 Park Ave., 7PM
Central Plains Cancer Care PCSCG	Daisy Dowhy	2nd Tuesdays, The Golden Age Club, 64 1st St., St. Claude, 7PM
Gimli Manitoba PCSCG	Ken Krebs (204) 642-5244	4th Tuesdays, Multi-purpose room, Johnson Memorial Hospital, 7PM
Le Pas Manitoba PCSCG	Jack Olson (204) 623-5732	3rd Tuesdays, Nurses Resource Centre, 8PM
Steinbach, S/E Manitoba PCSCG	Hilda Cotton (204) 422-8158	1st Thursdays, Call, 7PM
Winnipeg Support Group	Norm Oman (204) 487-4418	3rd Thursdays, Wellness Institute, 7PM
Nouveau-Brunswick		
Fredericton PCSCG	Emmett Mulvaney (506) 457-0607	2nd Wednesdays, The Heritage Centre, 11 McGloin St. (Marysville)
Greater Moncton PCSCG	John Corbett (506) 386-4620	3rd Tuesdays, Mountain View United Church, 80 MacBeth Moncton, 7PM
Miramichi PCSCG	Terry F. Whalen (506) 622-4165	4th Fridays, Mnt. St. Jos. Nursing, Lobban Av. 2nd Floor Lounge, 7PM
Saint John Us Too	Larry Donovan (506) 433-1917	3rd Thursdays, St. Jos Comm.Health Cen - 116 Coburg St., 7:30PM
Terre-Neuve et Labrador		
Central Newfoundland PCSCG	Tom Barry (709) 489-5822	1st Tuesdays, Mount Peyton Hotel, 7:30PM
Corner Brook PCSCG	Dave Fradsham (709) 686-5782	4th Tuesdays, Human Resources Bldg, Corner Brook Pulp & Paper, 8PM (709) 896-8629
Goose Bay and Area PCSCG	Chesley Lethbridge	
Labrador West PCSCG	Charlie Ward (709) 944-5348	1st Mondays, Union Centre, Labrador City, 8PM
Prostate Cancer Coordinator, CCS	Graham Mercer (709) 753-6520	
St. John's PCSCG	Gerry Hudson (709) 726-9779	1st Tuesdays, Elk's Club, Carpasian Road, 7:15PM

Nouvelle-Écosse

Annapolis Valley PCSG	Wayne Bailey (902) 584-3062	1st Tuesdays, Lawrencetown & District Firehall, 7:30PM
Cape Breton PCSG	Edmund Sampson (902) 539-0024	1st Wednesdays, Cape Breton Reg. Hosp., 7:30PM
Halifax PCSG	Jack Brill (902) 864-5064	3rd Thursdays, CCS 5826 South St. #1, 7:30 PM
Kings County PCSG	Dick Groot (902) 542-6125	2nd Tuesdays, East Kings Memorial Public Health Clinic, 7PM
Pictou County PCSG	Darrel Rushton (902) 752-2193	3rd Wednesdays, Aberdeen Professional Centre, 7PM
Truro & Area PCS A G	Ray Foote (902) 895-3409	2nd Thursdays, Colchester Hospital, Annex, 3rd Floor, 7PM
Yarmouth Country PCSG	Mac Fuller (902) 761-2551	1st Mondays, Lecture Room 1, Yarmouth Hospital 60 Vancouver St., 7PM

Ontario

Atikokan PCSG	Ron Speck (807) 597-2219	1st Thursdays, North Star Community School, 7 PM
Barrie Man to Man PCSG	Alf Dick (705) 726-8032	3rd Thursdays, CCS 64 Cedar Pointe, 7:30PM
Barry's Bay PCSG	Ralph Danyluck (613) 756-2759	3rd Tuesdays, Opeonga Seniors Centre, 6:30PM
Belleville (Quinte) PCSA G	Len Mullins (613) 847-1004	2nd/4th Wednesdays, CCS, 90 Pinnacle St. S. Belleville, 7PM
Brampton Us Too Chapter, CPCN	Fred Norris (905) 877-8092	2nd Tuesdays, Terry Miller Rec Centre, 1295 Williams Pkwy., 7PM - 9PM
Brantford PCSG	The PC Facilitators (519) 753-2566	Last Mondays, Strowger Hall, St. Jo's Hospital, 7PM
Brockville PCSG	Art Brooks (613) 267-1256	Last Tuesdays, Salvation Army Citadel, 175 1st St., Brockville, 7PM
Collingwood PCSG	John Distin (705) 444-2845	2nd Wednesdays, Collingwood Hospital, Classroom, 7PM
Cornwall VON PCSN	Stephanie Ruckstuhl (613) 932-3451	2nd Thursdays, VON Office - 205 Amelia St., 7PM
Deep River & District PCSG	Keith Morrier (613) 584-2681	2nd Wednesdays, Deep River Hospital, 7PM
Dundas-North Wentworth PCSG	Jack Marlow (905) 627-4462	St. Mark's Church, Grosvenor Rd, Dundas, Call
Guelph-Wellington PCSG	Jim Hunt (519) 821-1577	1st Tuesdays, Dublin Street United, 154 Dublin St. Guelph, 7 PM
Haliburton Highlands PCSG	Rick Ratcliff (705) 286-6699	3rd Tuesdays, Hyland Crest Senior Citizens Home, 7PM
Kingston PCSG	David McColl (613) 389-5217	2nd Wednesdays, Ongwanada Resource Centre 191 Portsmouth Ave., 7PM
Lindsay Area SG	Jack Curtin (705) 324-5234	4th Wednesdays, 21 Lynwood Rd., 2PM
London PCIS	Gale Turnbull (519) 685-8622	4th Mondays, The London Regional Cancer Centre, 7PM
Markham PCSAG	Fred Hemburrow (905) 294-5925	2nd Tuesdays, Markham/Stouffville Hospital Auditorium, 7:30PM
Meaford & Area PCSG	Bill Alguire (519) 538-5713	2nd Tuesdays, Knox Presbyterian Church, 7PM
Mississauga/Oakville PCSG	Des White (905) 820-9199	3rd Wednesdays, 2545 6th Line Oakville, 7PM
Newmarket PC Support Group	Phil Harrison (905) 895-1407	3rd Thursdays, Seniors Centre, 474 Davis Drive, Newmarket, 7PM
North Bay LWCS G	Harold Rayner (705) 474-8913	2nd Wednesday, CCS Office 669 Cassells St.. North Bay, 7PM
Northumberland PCSG	Don Bensette	Old Market Building, Cobourg
Orillia PCAG	Ray Powis (705) 326-9587	4th Wednesdays, Royal Canadian Legion, Vimy Hall, 215 Mississauga, 7-9PM
Oshawa/Durham Region Us Too PCSG	Jack Garland (905) 683-0363	1st Wednesdays, French Canadian Club, 707 Simcoe St. S. Oshawa, 7PM
Owen Sound PCSG	Colin Campbell (519) 371-4417	3rd Wednesdays, St. Andrews Church 865 2nd Ave. W., 7PM
Perth - Smiths Falls PCSG	Austin Taylor (613) 283-2107	2nd Mondays, CCS Office, 83 Peter Street, Perth ON, 2PM
Peterborough PCSG	Graham Rose (705) 745-1400	3rd Wednesdays, St. Luke's Anglican Church, Armour Road, 7PM
Prostate Cancer Ass. of Ottawa	John Dugan (613) 828-0762	3rd Thursdays, St. Stephen's Anglican Church, 930 Watson St., 7PM
Renfrew County PCSG	Barb McGonegal (613) 582-3577	1st Wednesdays, Renfrew Victoria Hospital. 499 Raglan, Clinic A, 7PM
Richmond Hill/York Central PCSG	Glen Bennett (905) 881-4728	1st Tuesdays, York Central Hospital Auditorium, 7PM
Sarnia PCSG	Nick Vrkljan (519) 542-6614	2nd Tuesdays, Lochiel Kiwanis Centre, 7:30PM
Simcoe PC Club	Donald Gardner (519) 426-2381	Every Monday, Norview Home #3 Highway West, Simcoe, 7PM
Southampton Men's Cancer SG	Barry Ruhl (519) 797-3002	3rd Tuesdays, Southampton United Church, 7:30PM
St. Catherines Living with PCSG	Gene Yaremy (905) 934-1685	2nd Thursdays, Hotel Dieu Hospital, 6th Floor Boardroom, 7PM
St. Thomas & Area PCSG	Donald Houghton (519) 631-8464	1st Wednesdays, Knights of Columbus Hall, Wellington Street, 5:15PM
Stratford (Huron-Perth) PCSG	Ray McNichol (519) 271-4270	3rd Tuesdays, Can. Cancer Soc., Unit Office, Jenny Trout Centre, 7:30PM
Thunder Bay PSA G	Steve Dychko (807) 577-1881	3rd Thursdays, 55 Plus Centre, 700 River St., 7PM
Toronto Man to Man & Side by Side	Aaron Bacher (416) 932-8820	1st/3rd Tuesdays, 20 Holly Street, Call hot line & leave message, 7 PM
Urology Resource Centre, Burlington	Jane E. Love (905) 681-9300	Call 488 Locust St.
Windsor - Essex County PCSG	Tom Mailloux (519) 969-9231	2nd Tuesdays, The Hospice, 6038 Empress St., 7PM
Woodstock/Oxford PCSG	Julie-Ann Gray (519) 537-5592	3rd Mondays, Woodingford Lodge Auditorium, 423 Deavonshire, 7:30PM

Île-du-Prince-Édouard

Georgetown/Montague	Allan McPhee (905) 652-2607	Last Wednesdays, Kings County Hospital, Board Room, 7:30PM
PEI PCSG	Norman Fotheringham (902) 566-4007	3rd Fridays, Four Neighbourhoods Health Centre

Québec

Fondation québécoise du cancer	France Bélanger	Appeler, 190, rue Dorchester, Montréal
GSCP de Laval	François Dyotte	Appeler
Hôpital général juif RCCP	Isabelle Grégoire	Mercredi; cours de 10 semaines, appeler
GSCP des Laurentides	Claude Forget	3e jeudi, St-Sauveur-des-Monts, 19 h
GSCP Montréal	Richard Beaulieu	2e lundi, CHUM Campus Notre-Dame, Pavillon Simard, 11e étage, 16 h
GSCP Montréal / West Island	Fred Crombie	4e jeudi, Centre communautaire Sarto Desnoyers, 1335 Lakeshore, Dorval, 19 h 30

Saskatchewan

CPCN - Regina PCSG	Joan Morris (306) 766-2248	2nd Thursdays, Pasqua Hosp Level O-G, Meeting Room 4, 7PM
Estavan PCSG	Jim Debiegne (304) 634-5393	Call
Moose Jaw Us Too	Bob McDougall (306) 693-2312	2nd Mondays, Providence Place, Rose Room, 7:30PM
North Battleford Us Too PCSG	Reg Ellisor / Jean Ham (306) 445-3248	3rd Tuesdays, Cancer Office, 1261 100 Street, 7:30 PM
Saskatoon PCSG	Clinton Weese (306) 934-7331	3rd Thursdays, Edward's Family Centre, 333 4th Ave. N. Saskatoon, 7:30PM;
Swift Current PCSG	Arnold Sorenson (306) 674-2279	Call, Swift Current Health District Bldg 429 4th Ave NE
Yorkton PCSG	John Pasishnik (306) 783-3927	3rd Thursday, Yorkton Public Library, 93 Broadway St. W., 7PM

Abréviations :

PCSG Prostate Cancer Support Group
PCISG Prostate Information & Support Group

PCSAG Prostate Cancer Support & Awareness Group
SG Support Group

LWCSG Living With Cancer Support Group
GSCP Groupe de soutien du cancer de la Prostate

Une autre année record pour les groupes de soutien canadiens

L'automne dernier, le président du RCCP, Bob Shiell, avait demandé aux groupes de soutien de le tenir au courant de leurs activités. Bob a été sidéré par la réponse enthousiasmante des groupes dont nous aimerions partager avec vous les récits.

Voici quelques extraits intéressants des faits et gestes posés par les groupes de soutien canadiens contre le cancer de la prostate en 2004.

Réserve autochtone

Le groupe de soutien de Lethbridge tente d'inaugurer un groupe sur la réserve autochtone de Kainai, située aux confins de la ville de Lethbridge (Alberta). La Société canadienne du cancer a formé un survivant du cancer de la prostate dans le but d'œuvrer sur la réserve comme travailleur social. Actuellement, il prépare le terrain pour la mise en place éventuelle d'un groupe d'entraide.

Un trajet en moto pour papa

En mai 2005, le groupe d'entraide d'Orillia (Ontario) contre le cancer de la prostate participera à l'événement « Huronia Ride for Dad » organisé par l'Association de la Police provinciale de l'Ontario. Dans le passé, des activités similaires, organisées à Ottawa, à Kingston, à Kitchener et à London récoltèrent des fonds s'élevant à 750 000 \$ en faveur de la recherche et de l'éducation sur le cancer de la prostate. Cette année le groupe d'Orillia / Barrie

alliera ses forces à celles d'Hamilton et de Windsor.

Le parcours, prévu pour le 28 mai, débutera par un défilé à Orillia, qui se rendra ensuite à Barrie pour un autre défilé. Le groupe poursuivra son chemin de 320 kilomètres dans la région de Huronia pour aboutir enfin à Orillia.

Tous les fonds recueillis, principalement des commanditaires, contribueront au soutien de la recherche et de l'éducation sur le cancer de la prostate dans la région de Barrie, d'Orillia et de Huronia. Les organisateurs anticipent que 250 à 500 motocyclistes y prendront part. On espère recueillir entre 25 000 et 50 000 \$.

Le cercle de la guérison

Le groupe de soutien contre le cancer de la prostate de Quesnel (C.-B.) est petit et compte environ 12 membres actifs chez qui règne une belle fraternité, dit Ron Campbell, membre du groupe. L'une des activités habituelles des réunions régulières est le cercle de la guérison, un concept emprunté à la tradition

autochtone. Dans ce « cercle », les hommes parlent de leur santé, de leurs traitements et des examens qu'ils ont à subir, explique Campbell, qui est d'origine « méchif » (métisse). L'idée du cercle est surtout symbolique, mais en même temps générateur de force, d'une force qui nous rapproche les uns aux autres lorsque nous échangeons au sujet d'une commune épreuve.

Notre Directeur exécutif prend son envol

Wally Seeley, directeur exécutif du RCCP, a participé récemment à une initiative à Peterborough par laquelle on aidait les personnes âgées à reconnaître les risques de chute et à les éviter. Un comité composé des membres de plusieurs groupes de service voués aux soins de santé était à la recherche d'un modèle à proposer pour aider cette campagne à prendre son envol. Wally s'est généreusement porté volontaire pour démontrer certains gestes qu'il a posés et qui l'ont aidé dans son travail au RCCP. Le bruit court que Wally donnera prochainement des leçons de planche à roulettes à la conférence nationale... mort de rire.

Conférence aux Maritimes

À l'extrême est du Canada, le conseil consultatif pour le cancer de la prostate en Terre-Neuve et au Labrador a tenu sa deuxième conférence annuelle pour les survivants du cancer prostatique les 1er et 2 octobre au Max Simms Memorial Campsite près de Grand Falls / Windsor au centre de Terre-Neuve. Cette conférence a connu un succès retentissant et a rassemblé 62 survivants du cancer de la prostate de tous les coins de la province. L'un des objectifs du Conseil consultatif est de favoriser l'inauguration de nouveaux réseaux dans les régions moins peuplées de la province. Suite à la conférence, un réseau fut érigé. Quatre hommes qui antérieurement à la conférence étaient de purs étrangers, se réunissent une fois par mois à Whitbourne (à environ 100 kilomètres au nord de St. John's sur l'Autoroute transcanadienne). Ces hommes, venus de quatre petites communautés différentes de la région de la Baie Trinité, sont séparés par des distances géographiques de presque 100 kilomètres. Par contre, ils réussissent à se rencontrer une fois par mois pour se soutenir mutuellement et conjuguer leurs efforts pour la création d'un programme de sensibilisation dans leur région.

Petit train va loin

Il y a neuf ans, quatre hommes concernés par les difficultés liées au cancer de la prostate, ont commencé à se rencontrer chez Tim Horton's à Simcoe (Ontario). Graduellement mais sûrement, d'autres hommes se sont joints à leurs rangs et actuellement le groupe compte un effectif de 50 membres. Le groupe organise des réunions deux fois par mois à l'hôtel Travelodge, à Simcoe. On y trouve, en moyenne, 25 personnes par réunion. Don Gardiner, le président actuel du groupe de Simcoe, raconte que, Bob Dargie, l'un des pionniers de la première heure du groupe, est décédé en janvier. Bob nous a servi de guide pendant de nombreuses années. Son absence se fait vivement ressentir dans notre milieu.

Soutien à Ottawa

Le groupe de soutien d'Ottawa (Prostate Cancer Association Ottawa ou PCAO), bat son plein depuis 1992. La PCAO est en partenariat avec la campagne annuelle Do It for Dad Family Run and Walk de la CO-OP de la Société du cancer qui récolte plus de 100 000 \$ par année pour le centre régional de cancérologie d'Ottawa. De plus, la PCAO organise des réunions régulières auxquelles participent de 40 à 50 personnes en moyenne, prend part à d'autres collectes de fonds et se rend présente à environ 18 activités de sensibilisation par année aux foires sur la santé et auprès des groupes du service public et des écoles. De plus, la PCAO décerne un prix d'excellence chaque année sous la forme d'une prostate séchée, aux personnes et aux organismes qui ont contribué de façon notable à la lutte contre le cancer de la prostate.

L'union fait la force

Le groupe de soutien contre le cancer de la prostate de St. Catherines (Ontario) a entamé un partenariat avec la Société canadienne du cancer et le Blue Ribbon Committee, groupe d'urologues visant à assurer la collecte de fonds pour le traitement du cancer de la prostate, à en accroître la notoriété et à recueillir des fonds pour son traitement au centre régional d'Action cancer à Niagara (Ontario). Une soirée gala a permis de récolter 50 000 \$ à cette fin.



Fruits de la persévérance

Les membres exécutifs de n'importe quel groupe de soutien savent qu'il n'est pas toujours facile de maintenir son groupe en croissance, notamment dans les petites communautés. John et Coby Beddis raconte que le groupe de soutien de Cowichan Valley sur l'île de Vancouver n'existe plus, mais continue à offrir du soutien et de l'information aux patients nouvellement diagnostiqués ou en phase post-opératoire, notamment par des entretiens entre pairs. Il va sans dire que ce genre de dévouement est vraiment édifiant.

Efforts conjugués

L'une des stratégies déployée par le groupe de soutien de Prince Rupert (C.-B.) consiste à inviter les hommes atteints du cancer de la vessie à s'intégrer à leurs rangs. « Les hommes qui souffrent du cancer de la vessie souffrent de difficultés semblables à celles des hommes atteints du cancer de la prostate. Comme ils n'avaient pas de groupe d'entraide, nous leur avons invité à s'allier au nôtre », explique Judy Rea. Depuis cette union, le groupe a adopté le nom The Prince Rupert Prostate and Bladder Cancer Support Group.

Un groupe de soutien chez nous

Après la confirmation d'un cancer de la prostate métastasé en mars 2002, Claude Forget de Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) a découvert qu'il n'existait pas de groupes de soutien contre le cancer de la prostate pour les Anglophones dans les Laurentides (à 80 kilomètres au nord de Montréal). Auparavant, il fallait faire la navette entre les Laurentides et la Métropole pour assister aux réunions. Claude et son épouse Betty décidèrent de former un groupe d'entraide pour la région des Laurentides. Ce groupe tient régulièrement ses réunions tous les mois à Saint-Sauveur depuis plus d'un an et demi.

À l'instar de beaucoup de groupes d'entraide, celui des Laurentides débute ses réunions par l'exposé d'un conférencier. La seconde moitié de la réunion est consacrée au partage et à la discussion entre les membres du groupe. Le Dr Marc Faubert, psychologue retraité, agit bénévolement comme animateur de ces entretiens. La plus grande partie de sa carrière s'est déroulée auprès des personnes atteintes de maladies graves ou en phase terminale. « Notre groupe se réjouit de la présence d'un tel expert dans son



Claude Forget

milieu », s'exclame Claude.

Retour au merveilleux pays d'Oz

Les groupes d'entraide contre le cancer de la prostate sont toujours en train de pondre des idées novatrices pour attirer la populace à leurs kiosques dans les activités

communautaires.

Au printemps de 2004, le groupe de Yorkton (Saskatchewan) a mis sur pied un kiosque d'information à l'exposition Spring Expo qui se déroula au Yorkton Agriplex. Dans le but d'accroître l'affluence des foules vers le kiosque du groupe, John Pasishnik, membre du groupe, a fabriqué un bûcheron-en-fer-blanc, construit presque totalement de bidons. Cette figurine a été offerte comme prix de présence. « Lors du Spring Expo, nombreux sont les kiosques qui cherchent à attirer l'affluence des foules », explique John. « Dans certains kiosques, les représentants font la démonstration ou la vente de leurs produits. J'avais acheté un bûcheron-en-fer-blanc d'un collègue rencontré lors d'une excursion de camping. Cela m'avait servi d'inspiration pour en fabriquer un comme prix de présence pour attirer les foules vers notre kiosque », dit Pasishnik. « Les gens venaient, posaient des questions et remplissaient un bulletin de participation au tirage. Excellente occasion pour aborder le sujet du cancer de la prostate, ce qui attira de nombreuses personnes vers notre kiosque, nous permettant ainsi de distribuer plusieurs brochures. »

Centre d'information

Un projet actuel du groupe Prostaïd de Calgary (Alberta), groupe de notre président Bob Shiell, a pour but d'accroître la notoriété du cancer de la prostate et le rayonnement de l'entraide par la distribution de 5 000 cartes plastifiées et présentées dans des étuis contenant la liste des cabinets des médecins de Calgary. Ce groupe a également lancé un site Web : www.prostaïd.org.

Vous m'entendez ?

Le groupe de soutien de Thunder Bay et environs se lance dans la haute technologie sophistiquée afin de venir en aide aux autres groupes de soutien du Nord-Ouest de l'Ontario, où les grands centres sont éparpillés par des distances géographiques considérables. Le président Bill Vantour explique que l'hôpital régional de Thunder Bay dispose d'un système de vidéoconférence relié à d'autres hôpitaux plus modestes et ce, à des fins médicales. « L'idée m'est venue d'en

faire autant pour nos groupes de soutien des centres ruraux ». Vantour et ses collègues ont déjà établi la connexion avec des groupes de Dryden, de Kenora et de Hearst, villes où il n'y a pas d'experts sur le cancer de la prostate capables de donner des conférences aux réunions. Dorénavant, la géographie ne sera plus

problématique puisque les experts de Thunder Bay pourront donner des conférences par vidéo.

La première vidéoconférence est prévue pour le printemps. L'un des urologues ou oncologues de Thunder Bay – les détails sont encore à confirmer – fera une présentation à l'hôpital de Thunder Bay. Parallèlement, les hommes de

Dryden, de Hearst et de Kenora seront en mesure de capter la conférence au moyen d'un système de diffusion par écran TV. Ils seront également capables de se parler. Le téléspectateur qui a une question à poser sera capté à l'écran pour le visionnement de tous les participants de la conférence. Le groupe de Thunder Bay est actuellement en train d'inaugurer de nouveaux groupes à Fort Frances et à Nipigon / Red Rock. Ces villes pourront participer aux provinciales vidéoconférences.

Objectif unique en son genre

Le groupe de soutien contre le cancer de la prostate avancé de Vancouver est peut-être l'unique groupe canadien qui se concentre exclusivement aux besoins

et des difficultés des hommes atteints du cancer de la prostate avancé. L'an dernier, le groupe a fait venir des conférenciers pour parler de sujets tels que la prise en charge des métastases du cancer de la prostate, le traitement de la douleur, les soins palliatifs et l'anémie.

Soutien technique

Le groupe de soutien Us Too de Brampton a la chance de compter parmi ses membres un technicien hautement compétent qui s'appelle Mukul Luthra. Non seulement M. Luthra est-il responsable du site Web du groupe mais il assure l'enregistrement des séances du groupe et réalise des CD-ROM des présentations des conférenciers invités. Normalement on offre une copie de chaque CD-ROM au conférencier et à la bibliothèque locale. De plus, ce groupe garde dans ses archives une copie de ces CD-ROM à l'usage des membres.

Rayonnement

Pendant la semaine consacrée à la sensibilisation, le groupe de soutien Us Too de la région de Durham, à l'est de Toronto, a fait plus de 200 contacts directs avec le grand public au moyen d'étalages placés chez Wal*Mart et au centre commercial d'Oshawa. On a également parlé du groupe de Durham dans un article paru dans le cahier supplémentaire du Toronto Star pendant la semaine de sensibilisation.

J'ai fait le tour

Afin d'atteindre un plus grand public, le groupe de soutien de South Eastman de la région rurale de Steinbach (Manitoba), organise des réunions à plusieurs endroits : à l'hôpital Bethesda de Steinbach et au Health Corner de St-Pierre-Jolys. Le groupe a aussi organisé des séances uniques à Sprague, à Niverville et à Ste-Anne-des-Chênes. De plus, le groupe s'était allié à plusieurs services de soins de santé pour prendre part à la foire sur la santé Wellness Fair en mai dernier.

Petite mise au point

Une affirmation sur l'utilisation de Viagra parue dans notre dernier numéro du bulletin de liaison RCCP a semé la confusion. Nous aimerions faire une petite mise au point à ce sujet. Dans notre numéro de septembre, nous avons mentionné qu'un membre du RCCP avait dit qu'un des délégués l'avait aidé à comprendre pourquoi Viagra ne semblait pas bien fonctionner pour lui. « Cela prend normalement quelques jours avant que le médicament agisse », avons-nous déclaré.

Par contre, cette affirmation porte à la confusion. En fait, les études révèlent que pour la plupart des hommes, Viagra agit la première ou deuxième fois qu'on l'utilise, normalement dans l'espace de 30 minutes. Cependant, Viagra agit différemment chez les hommes qui se remettent d'une intervention chirurgicale liée au cancer de la prostate comparativement à ceux qui souffrent uniquement des troubles de l'érection. Les nerfs associés à l'érection sexuelle peuvent subir des lésions lors de la prostatectomie; ceux-ci doivent guérir

avant qu'une érection soit possible. Viagra ne pourra agir efficacement qu'après un rétablissement presque complet. Selon les données préliminaires, il se peut que chez certains hommes en rémission d'un cancer de la prostate il soit nécessaire



d'utiliser Viagra pendant quelques jours, voire même plus longtemps, pour obtenir une érection. Les hommes qui utilisent Viagra devraient s'informer auprès de leur médecin au sujet de la dose exacte du médicament à prendre et de son utilisation à bon escient.

Message du président

Le premier bulletin de liaison RCCP de 2005 vous souhaite la bienvenue ! Si nous regardons l'an 2004 en rétrospective, nous pouvons nous enorgueillir des accomplissements du RCCP et de ses groupes de soutiens réalisés en 2004, à partir de la première conférence annuelle du RCCP aux nombreux projets dynamiques et valorisants qui se sont déroulés sur le plan local.

2005 démarre bien grâce à la production et à la distribution des CD de la conférence de 2004 et aux préparatifs de la deuxième conférence annuelle du RCCP qui aura



lieu à Toronto. Aaron Bacher et son comité Toronto Man-to-Man organisent un programme bien rempli de présentations médicales exposées par des experts renommés dans le domaine de la recherche sur le cancer de la prostate et de son traitement. De plus, on prévoit la possibilité de participer en groupe à des discussions sur les problèmes qui touchent les groupes de soutien. Vous pouvez sans aucun doute anticiper l'occasion de vous instruire des conférenciers et des participants et d'échanger mutuellement sur les divers sujets présentés. Votre participation est

essentielle et je vous encourage fortement à confirmer votre présence dans les plus brefs délais.

Pendant la conférence, j'aurai le plaisir de décerner le 3e prix du président à un membre des groupes de soutien du RCCP. Si vous n'avez pas encore proposé un candidat de votre groupe, j'insiste que vous le fassiez dès aujourd'hui.

Le RCCP est très heureux de se faire le porte-parole du cancer de la prostate au Canada. Sachez que votre participation et votre soutien peuvent faire toute la différence.

Mon épouse Cheryl et moi attendons le plaisir de vous revoir au mois d'août à Toronto.

RCCP – Politique sur la vie privée

L'information privée comprend tout renseignement que l'on peut utiliser pour distinguer, identifier ou contacter un individu particulier.

L'information privée recueillie par le RCCP demeure strictement confidentielle. Nos directeurs et nos employés / employées sont autorisés d'accéder à l'information privée uniquement en fonction de la nécessité de traiter des données selon le but pour lequel ces renseignements ont été obtenus. Nous avons mis en place des moyens de protection pour assurer que cette information ne sera pas divulguée ou partagée plus qu'il ne faut et ce, selon l'objectif prévu par notre politique. De plus, nous prenons les mesures requises pour assurer l'intégrité de cette information et pour prévenir sa perte ou sa destruction.

SI VOUS NE VOULEZ PAS FIGURER SUR LA LISTE D'ADRESSES DU RCCP, veuillez nous faire parvenir par la poste ou par courrier électronique vos nom, adresse domiciliaire, ville ou village, code postal comme ils apparaissent sur votre étiquette d'adresse :

RCCP - Siège social
C.P. 1253
Lakefield (Ontario) K0L 2H0
Courriel : cpcn@nexicom.net

Dans votre lettre ou courriel, veuillez inclure la mention : « SVP éliminez mon information privée de votre liste d'adresses ».

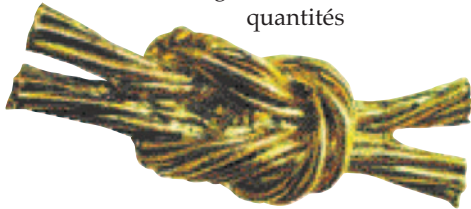
Logos, symboles et slogans



Soucieux de solder cohérence et facilité parmi les membres de ses groupes de soutien, le RCCP offrira la possibilité de télécharger des fichiers haute résolution à partir de son site Web. Le logo du RCCP (présenté ci-dessus) sera mis à votre disposition sous format .eps et .jpeg.

Au cours des dernières années, le nœud maritime est devenu le symbole familial du cancer de la prostate. Il y a quelques années, la Vancouver Island Prostate Cancer Research Foundation avait créé une épinglette représentant le nœud plat des marins et l'avait

distribué à un prix minimal aux personnes et aux groupes d'entraide. Le RCCP assume actuellement la distribution nationale de l'épinglette et l'offre à titre gracieux, à des quantités



raisonnables, à n'importe quel membre du réseau. Vous pouvez vous la procurer par le truchement de notre site Web (cpcn.org).

Le nœud maritime a été approuvé comme le symbole du cancer de la prostate un sous-groupe de l'Association canadienne d'urologie. Un nombre de groupes à travers le pays ont

aussi adopté ce symbole. Si votre groupe veut adopter ce symbole, veuillez utiliser l'un des formulaires illustrés ci-contre. Vous pouvez télécharger ces graphiques à partir du site Web du RCCP.

Ces deux slogans sont associés au RCCP et nous en avons formalisé



l'usage dans notre marque de commerce : « En être conscient, c'est déjà la guérison » et « La voix du cancer de la prostate au Canada ». On devrait les utiliser avec le symbole MC (marque de commerce).

Hi-Rise Communications – Un ami du RCCP

Hi-Rise Communications Inc est une entreprise unique en son genre, spécialisée dans le graphisme et les communications publicitaires dans les ascenseurs. Cette entreprise, située à Ottawa, produit des affiches publicitaires et les place dans les ascenseurs, particulièrement dans les édifices d'appartements des grandes villes.

Hi-Rise est également un bon ami du RCCP. Au printemps de 2004, le centre hospitalier St. Joseph's de Hamilton demanda à Hi-Rise d'explorer la possibilité d'obtenir quelques affiches publicitaires à peu ou pas de frais. Le centre hospitalier St. Joseph's fut à l'avant-garde dans la création des

annonces d'intérêt public de Red Green qui ont d'abord paru à la télévision canadienne pendant la série éliminatoire de la coupe Stanley le printemps dernier. Hi-Rise lui a accordé de l'espace publicitaire, ce qui nous a permis d'obtenir la mise en place gratuite de nos affiches dans 300 édifices à Ottawa, à Toronto et à Vancouver. Voir l'annonce ci-dessous.

Susan Pope, propriétaire de Hi-Rise Communications à Ottawa, dit que son entreprise offre également de l'espace publicitaire aux organismes de bienfaisance à but non lucratif. « Nous présentons des affiches publicitaires pour la fondation Terry Fox, la Société Alzheimer du Canada et la Société

canadienne de la sclérose en plaques. « Il nous fait plaisir de pouvoir vous venir en aide », ajoute Susan Pope. « Il nous arrive parfois de disposer d'un excédent d'espaces publicitaires. Nous sommes heureux d'utiliser ces espaces pour promouvoir une plus grande sensibilisation au cancer de la prostate.



Un bel exemple de l'une des affiches de Hi-Rise Communications.

Qu'est-ce qu'un faux positif ?

Suite de la page 3

dépistage du CP. C'est presque soumettre le patient à des jeux de hasard. Pour le gagnant, c'est le bonheur, mais le prix à payer en vaut-il la peine pour le perdant du jeu ?

Tout est question d'information. Nous anticipons une mise au point de nouveaux et de meilleurs tests de dépistage (simples et économiques) pour le CP. Le Dr Fradet et ses collègues travaillent sur la mise au point d'analyses d'urine qui décèleront un gène associé au CP. Cependant, à l'heure actuelle, le test APS, simple, peu coûteux, offre l'une des seules façons qui permette au patient

d'obtenir d'être informé sur la santé de sa prostate, la glande qui est à l'origine du cancer qui tue plus d'hommes que les autres carcinomes, à part le cancer du poumon.

Lorsque la santé prostatique entre en ligne de compte, il est clairement mieux d'être bien informé que de ne rien savoir du tout ! Lorsqu'il s'agit du cancer, plus on le traite au stade précoce, plus il est facile de le traiter avec succès. Deux choix se présentent aux hommes pour détecter le CP au stade précoce, soit le hasard, soit le test APS. Laquelle des deux possibilités devrions-nous souhaiter à notre frère, à nos fils, à nos amis, à notre conjoint ?

RCCP –
Siège national
C.P. 1253
Lakefield
(Ontario)
K0L 2H0

Ce bulletin a été réalisé par le Réseau canadien du cancer de la prostate. Le RCCP vous invite à lui faire part de vos commentaires, de vos articles ou de vos questions.

Conseillers médicaux pour ce bulletin

Dr Armen Aprikian
Hôpital général de Montréal
Dr David Bell
Halifax Professional Centre
Dr Neil Fleshner
Princess Margaret Hospital – Toronto
Dr Charles Ludgate
University of British Columbia
Dr Stephen Strum
Ashland, Oregon

Membres du Conseil national

Robert Watson – Saskatchewan
Larry Donovan – St-John, N.-B.
Herold Driedger – Winnipeg, Manitoba
Woodrow French – St-John's, T.-N.
Len Gross* – Vancouver, C.-B.
Jim Hatcher – Stratford, I.-P.-É.
Derek Lawrence* – Newmarket, Ontario
Curtis LeGrow* – St. John's, T.-N.
Norm Oman*,
Coordinateur des groupes de soutien
Winnipeg, Manitoba
Steve Pillipow*, Vice-président
Regina, Saskatchewan
Wally Seeley, Directeur administratif
Lakefield, Ontario
Bob Shiell* – Calgary, Alberta
Don Wilson – North Vancouver, C.-B.

*membre du Conseil d'administration du RCCP

