



HAL
open science

[Participation to organized screening programs:
Individual and collective stakes]

Guy Launoy, Nathalie Duchange, Sylviane Darquy, Grégoire Moutel

► To cite this version:

Guy Launoy, Nathalie Duchange, Sylviane Darquy, Grégoire Moutel. [Participation to organized screening programs: Individual and collective stakes]. Bulletin du Cancer, 2018, pii: S0007-4551 (18), pp.30137-1. 10.1016/j.bulcan.2018.04.008 . inserm-01983530

HAL Id: inserm-01983530

<https://inserm.hal.science/inserm-01983530>

Submitted on 25 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Participation aux programmes organisés de dépistage des cancers : enjeu individuel, enjeu collectif

Participation to organized screening programs: individual and collective stakes

Guy Launoy^{1*}, Nathalie Duchange¹, Sylviane Darquy², Grégoire Moutel^{1,3}

¹Normandie univ, UNICAEN, Inserm U1086, ANTICIPE, 14000 Caen, France

²Univ. Bordeaux, Inserm U1219, EPICENE, Cancer et expositions environnementales, 33000 Bordeaux, France

³Espace régional d'éthique, CHU de Caen, ,14000 Caen, France

*** Auteur Correspondant : Pr Guy Launoy**

U1086 INSERM "ANTICIPE", Université Caen Normandie - UFR Santé, Pôle de Recherche CHU Caen, Centre François Baclesse, 3 Avenue du Général Louis Harris, 14000 CAEN, FRANCE

Tel : 02 31 45 86 01

e-mail : guy.launoy@unicaen.fr

Participation aux programmes organisés de dépistage des cancers : enjeu individuel, enjeu collectif

Participation to organized screening programs: individual and collective stakes

Résumé

L'évaluation de la balance bénéfices/risques en santé publique est une question éthique incontournable qui repose sur l'impératif premier de ne pas nuire aux personnes. Un des aspects fondamentaux du dépistage est d'être une démarche probabiliste, qui, pour rendre service à quelques-uns engage le plus grand nombre dans une démarche dans laquelle chacun partage les effets délétères potentiels. L'accumulation des connaissances scientifiques et l'ouverture du débat à l'ensemble de la société ont fait varier au cours du temps les relations entre les enjeux collectifs et les enjeux individuels. Cet article retrace l'évolution du discours autour des dépistages des cancers, en particulier suite à l'avènement de la controverse autour du dépistage du cancer du sein. Il décrit comment, dans le contexte français, le débat a permis de revisiter complètement les modalités d'information et de consentement amenant à passer d'une communication de type promotion du dépistage à une information plus équilibrée sur les bénéfices et les risques afin que les personnes décident de participer ou non sur un mode plus éclairé.

Mots-clés : cancer, dépistage, discours (ou controverse ou débat sociétal), éthique, balance bénéfices/risques, autonomie

Abstract

The evaluation of the risk-benefit balance in public health is an ethical commitment, based on the imperative of not harming people. Screening is a probabilistic approach, which, in order to serve the needs of a few, involves the largest number to share the potential harmful effects. Improvement of scientific knowledge and opening of the societal debate modified the relation between collective and individual stakes over time. This article traces the evolution of the discourse surrounding cancer screening, particularly following the controversy surrounding breast cancer screening. Within the framework of a health policy, screening leads in the first place to a collective benefit and second, to an individual benefit. It describes how, within the French context, the debate has induced a complete re-examination of the modalities of information and consent leading to a shift from the promotion of screening to more balanced information on benefits and risks, so that people can decide whether to participate in a more informed way.

Key words: cancer, screening, discourse (controversy, societal debate), ethics, risk-benefit balance, autonomy

L'évolution des connaissances sur la pertinence du dépistage du cancer du sein et l'évolution de la société ont profondément modifié le rôle des médecins dans l'organisation du dépistage des cancers

en France. Depuis plusieurs années, deux débats sont ainsi engagés dans notre pays, qui s'alimentent l'un l'autre : en premier lieu, un débat scientifique qui peine à trouver un consensus, tant est complexe l'estimation de l'impact du dépistage sur la baisse de la mortalité spécifique et celle des effets délétères avec les risques liés à l'exposition répétée à la mammographie, au surdiagnostic, et au surtraitement ; en deuxième lieu, le débat démocratique qui a entraîné l'irruption de la société civile dans un processus de prise de décision habituellement réservé aux seuls experts. Cet article propose une mise en perspective des enjeux du dépistage à la lumière de ces évolutions afin de mieux comprendre en quoi ils impactent l'organisation du dépistage des cancers dans le contexte français.

D'un aphorisme à l'autre

Le principe médical qui fonde le dépistage est relativement simple : il s'agit d'identifier un processus pathologique avant qu'il ne devienne symptomatique afin de faire bénéficier les individus porteurs de la maladie concernée d'une thérapeutique plus efficace que si la maladie avait été découverte plus tard au stade symptomatique. Aux premiers temps du dépistage du cancer du sein si bien décrit par Patrice Pinell (1), le message est plein de la certitude du modèle biomédical selon lequel le dépistage est forcément positif et s'impose à tous. Ceci se traduit à partir des années 1930 par des messages adressés au grand public par la Ligue contre le cancer et les autorités sanitaires tels que « tuez le cancer avant qu'il ne vous tue » (Figure 1), « aujourd'hui une femme a montré ses seins, elle a sauvé sa vie », autant de slogans que l'on retrouve dans les campagnes de communication. Ces messages dénués de toute nuance étaient relayés sur le terrain par les militantes du dépistage et les mouvements associatifs en faveur de la prévention et de l'accès au dépistage du cancer du sein qui s'étaient mobilisés dans les années 1990-2000. Par la suite, les dépistages organisés ont été mis en place par la puissance publique dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer, en 2003 pour le sein, en 2008 pour le colorectal. Le premier est basé sur la mammographie, le second sur la recherche du sang dans les selles (le test immunologique a remplacé le test au gaïac en 2015) suivi d'une coloscopie en cas de résultats positifs. Le dépistage organisé du cancer du col va être mis en place en 2018.

En mai 2001, le Monde titrait « La France généralise le dépistage systématique du cancer du sein. Dès cette année, il sera offert à toutes les Françaises de 50 à 74 ans pour détecter les cancers débutants et diminuer la mortalité de cette affection ». Plus tard en 2009, la presse se fera même l'écho de la revendication de voir ce dépistage proposé à une tranche d'âge élargie, dès l'âge de 40 ans (2). Le dépistage se développait sur le territoire national, accompagné d'une communication très positive qui pouvait s'appuyer sur des aphorismes simples et efficaces tel que : *Il vaut mieux prévenir que*

guérir. À cette époque, personne, ou presque, ne remettait en cause l'évidence des bienfaits du dépistage et il n'existait, de manière apparente, aucun questionnement sur les effets délétères potentiels.

Historiquement, le développement du dépistage des cancers a été, dans la plupart des pays, porté par des cliniciens, spécialistes des cancers, qui se fondant sur leur connaissance biologique (cinétique cellulaire du cancer) et leur expérience clinique (survie directement corrélée au stade d'extension au diagnostic) ont souvent pressé les autorités sanitaires pour l'organisation des dépistages. Le dépistage appartient ainsi au champ de l'exercice médical et, au même titre que n'importe quel autre acte médical, son développement sert à la fois des enjeux individuels et collectifs. D'ailleurs. En France, on a vu et on voit encore les sociétés savantes de sénologie, de gastro-entérologie, de gynécologie se mobiliser pour les dépistages du cancer du sein, du colon et du col de l'utérus. Pour autant, du fait de la nécessité fondamentale de s'adresser à une population asymptomatique, et donc échappant en partie à la consultation médicale, le dépistage devait s'organiser principalement en dehors du cabinet et de l'hôpital. La pratique du dépistage, promue par des cliniciens, devait se développer selon une pratique de santé communautaire avec ses propres logiques statistiques, organisationnelles, juridiques, économiques, faisant ainsi dépendre de manière structurelle l'intérêt clinique individuel de l'intérêt collectif. En effet de tels programmes peuvent être considérés comme faisant dépendre de manière structurelle un éventuel intérêt clinique individuel à un intérêt collectif recherché, entendu comme étant la baisse de la mortalité en population générale. Ainsi, envisagé dans le cadre d'une politique de santé, le dépistage conduit à un bénéfice collectif, d'abord, à un bénéfice individuel ensuite.

Afin d'être légitimement proposé à la population, un dépistage doit avoir fait la preuve d'une balance bénéfice/risque favorable et répondre aux critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3), notamment : la maladie doit présenter un problème majeur de santé publique, il doit exister un traitement dont la mise en œuvre à un stade précoce de la maladie doit donner des résultats supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé, le test de dépistage doit être acceptable pour la population, les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus.

L'efficacité du dépistage du cancer du sein en termes de réduction de la mortalité a été établie sur la base des résultats d'essais randomisés et a fait l'objet d'une recommandation européenne pour son déploiement (4). Des travaux de méta-analyses ont par la suite relativisé la notion de bénéfice et la pertinence du dispositif (5,6). À partir des années 2000, des études ont contesté l'ampleur des bénéfices revendiqués en termes de réduction de la mortalité due au cancer du sein (7,8). En 2012, une revue de la littérature estime que le surdiagnostic (le dépistage détecte un cancer qui ne serait

pas apparu cliniquement dans la vie de la femme si elle n'avait pas été diagnostiquée) dans le dépistage par mammographie en Europe se situe entre 1 % et 10 % (9). Une autre revue montre que le risque de faux positifs estimé chez les femmes de 50-69 ans varie de 8 % à 21 % en Europe (10). En 2013, Marmot *et al* (11) ont publié un rapport complet sur les avantages et les inconvénients du dépistage à partir des différents travaux des experts. La controverse autour du dépistage du cancer du sein a été jusqu'à remettre en question son organisation au niveau national comme en Suisse (12) et a proposé de nouvelles approches méthodologiques pour mieux mesurer la balance bénéfique/risque en intégrant non seulement les enjeux collectifs mais aussi individuels (13).

Ce débat autour de la pertinence du dépistage du cancer du sein a profondément modifié les relations entre les enjeux individuels et collectifs ou tout du moins, leur perception par les différents acteurs du débat. Pour la première fois, certains auteurs affirmaient qu'au-delà du bénéfice collectif, objectif annoncé d'un programme organisé en santé publique, le bénéfice réel individuel était incertain.

Un des aspects fondamentaux du dépistage est d'être une démarche probabiliste, qui, pour rendre service à quelques-uns engage le plus grand nombre dans une démarche dans laquelle chacun partage les effets délétères potentiels. Un nouvel aphorisme voyait le jour : *dans le dépistage les bénéfices sont collectifs, les risques sont individuels*, aphorisme qui disjoint les enjeux individuels des enjeux collectifs. En fait, tous les individus asymptomatiques avec le même niveau de risque de cancer partagent la même probabilité en regard des effets bénéfiques et des effets délétères liés au dépistage. Face à la non-connaissance d'être porteur ou non de la maladie, tous les individus qui font la démarche du dépistage piochent dans la même urne remplie de boules représentant les probabilités à venir de bénéfices ou d'effets délétères du dépistage, les proportions des boules de différentes couleurs pouvant varier selon les dépistages.

C'est dans ce contexte de débat autour du dépistage et où les taux de participation restent insuffisants que l'Institut National du Cancer (INCa) a souhaité que soient examinés les enjeux éthiques des dépistages organisés, en premier lieu pour le dépistage du cancer du sein (14).

Entrée promotion et information

L'évaluation de la balance bénéfices/risques est une question éthique incontournable qui repose sur l'impératif premier de ne pas nuire aux personnes. En effet, l'efficacité démontrée d'un dépistage doit intégrer la notion de non-malfaisance qui doit se traduire dans un équilibre acceptable des bénéfices et des risques (15). Le surdiagnostic, le faux diagnostic et le surtraitement sont des risques

largement documentés dans le dépistage du cancer du sein. Ces situations sont susceptibles d'entraîner des effets indésirables et une détresse pour les personnes.

Dans le cancer du côlon, même si les effets délétères existent (faux négatifs, perforation lors de la coloscopie), la balance bénéfices/risques est plus favorable et le débat est moins aigu, cependant la qualité de l'information à délivrer s'est également posée (16). Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, la balance est largement en faveur du bénéfice pour la personne (17) ce qui a amené la Haute Autorité de Santé (HAS) à recommander sa généralisation (18). La question dans ce cas se pose de comment construire l'information destinée des populations ciblées en fonction de leur niveau de risque (19).

Ce débat a amené à revisiter complètement les modalités d'information et de consentement amenant à passer d'une communication de type promotion du dépistage à une information plus équilibrée sur les bénéfices et les risques afin que les personnes puissent décider de leur participation ou non sur un mode plus éclairé. C'est le sens de l'avis du Comité consultatif national d'éthique rendu en 2010, qui fait de la notion de « consentement informé » une base fondamentale de l'éthique médicale (20). En cela, le consentement n'est valable que dans la mesure où l'information a été « complète, honnête, et compréhensible ». Cela impose donc que l'information médicale ait été diffusée, accessible, comprise, et ait abordé les zones d'incertitudes et les limites. En ce sens, la HAS recommande en 2011 de délivrer une information incluant les effets potentiellement délétères et aider à éviter un discours positif unilatéral (21). Et dès 2013, la campagne d'information sur le dépistage du cancer du sein de l'INCa comprend une nouvelle section décrivant limites et inconvénients potentiels (22).

L'inquiétude croissante au sujet des préjudices que pourrait causer le dépistage du cancer du sein a suscité l'émergence d'une information plus équilibrée et impartiale pour assurer le respect de l'autonomie et du principe du choix éclairé (23). Au cœur de la question du respect de la personne, figure le choix des modalités de présentation des données scientifiques auprès du citoyen. En effet, à partir de la même donnée scientifique, comme illustré par les outils développés par la *Canadian Task Force* (24), les deux messages centrés l'un sur les risques et les bénéfices relatifs : « le dépistage permet de diminuer votre risque de mourir d'un cancer du sein de 20 % » et l'autre sur les risques et bénéfices absolus : le dépistage diminue votre risque de mourir d'un cancer du sein de 0,13 % sont tout aussi vrais l'un que l'autre mais leur effet respectif sur la représentation du bénéfice attendu n'ont bien entendu rien à voir l'un avec l'autre. En effet, le risque relatif ne tient pas compte du risque de base de mourir d'un cancer du sein. La complexité des données scientifiques ne rend pas aisée la proposition d'une information à la fois simple et exacte.

La tendance à délivrer une information équilibrée est conforme à la position adoptée dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni où le service sanitaire national (*National Health Service*) a créé un site web dédié au choix éclairé sur le dépistage du cancer dont le contenu sur les avantages et les inconvénients connexes a été construit avec des citoyens (25,26). Ce site donne accès aux données scientifiques les plus récentes, propose une nouvelle approche pour développer l'information qui est un compromis entre le bénéfice d'un diagnostic précoce et les effets négatifs liés au dépistage.

En France, les questions de santé font désormais l'objet d'un débat public permanent et la question des dépistages des cancers est devenue un enjeu de démocratie sanitaire avec la mise en place d'une conférence citoyenne souhaitée par l'autorité publique (27). Ceci a amené l'INCa à reconsidérer l'ensemble de ses procédures d'information et à mettre en place de nouveaux outils sur son site web avec une rubrique intitulée « se faire dépister, comprendre, prévenir et dépister » (28) et un livret pour s'informer et décider (29).

Multiplicité des points de vue : entre confiance et défiance

La complexité de la problématique actuelle de la participation au dépistage des cancers est due en particulier à la multiplicité des points de vue entre chercheurs, cliniciens, citoyens et décideurs qui peuvent avoir des perceptions discordantes des effets bénéfiques et des effets délétères. À ces acteurs, il faut bien sûr ajouter les médias, dont le point de vue influence fortement la décision publique et individuelle.

Dès lors que la controverse scientifique sur l'efficacité du dépistage et ses effets délétères (dont en particulier le sur-diagnostic) respectivement surestimés et sous-estimés durant les premières années de promotion du dépistage, a fait débat public, le doute, qui fait structurellement partie du débat et des décisions en matière de dépistage, n'a pas été accepté de la même manière par le citoyen. Ce dernier n'a pas la même tolérance vis-à-vis du doute que le scientifique ou le clinicien qui l'ont définitivement approuvé dans leur pratique clinique. Pour certains même, échaudés par plusieurs dossiers précédents largement médiatisés dans lesquels des lobbies économiques ou politiques ont pris le pas un temps sur l'intérêt collectif, l'existence même d'un doute a pu éveiller la suspicion et disqualifier l'action publique (30).

De même que la vision objective d'un objet diffère selon la position relative d'un individu par rapport à l'objet, la représentation d'un événement, comme la maladie, et l'utilité espérée d'un acte thérapeutique ou préventif dépend fondamentalement du point de vue, des connaissances, des croyances et des expériences. Dans le domaine du dépistage, la représentation d'un phénomène comme le sur-diagnostic est considérablement différent entre les experts et le public. L'exemple du cancer de la prostate est frappant, où l'ampleur du sur-diagnostic disqualifie aux yeux des experts

l'organisation d'un dépistage fondé sur le dosage régulier de l'antigène spécifique de la prostate (PSA). Pour le public, le sur-diagnostic, quelle qu'en soit l'ampleur, influence peu, de manière paradoxale, la position d'un échantillon de population interrogé sur l'intérêt d'un tel dépistage au travers de scénarios fictifs ; de même, le faible impact du dépistage sur la létalité associée au cancer de la prostate n'a que peu d'influence sur la réalisation du dépistage (données soumises à publication).

Les progrès thérapeutiques considérables réalisés ces dernières années pour certains cancers ont modifié la perception qu'ont les cliniciens et les experts de la gravité de la maladie. Cette évolution ne s'opère pas à la même vitesse dans la population générale, surtout auprès des groupes sociaux les plus éloignés du monde médical, ou le mot « cancer » reste souvent associé à une mort prématurée certaine. Une publication de 2014 montre comment un panel de femmes américaines, interrogé sur la pertinence du dépistage, surestime de plus de 30 fois la probabilité de mourir d'un cancer du sein dans sa vie (12). De même, selon une enquête de la fondation ARC de 2015, les Français « restent très pessimistes sur la possibilité de guérir d'un cancer ». Une majorité (55 %) pense qu'on ne guérit qu'un cancer sur trois alors que dans la réalité on guérit aujourd'hui « plus d'un cancer sur deux ».

Pour le développement d'une éthique du dépistage

Comme le montrent les rapports successifs du GRED de l'INCa (14,16,19), cette tension permanente entre les logiques individuelles et les logiques collectives ne peuvent être bien comprises et bien traitées que par le développement d'une éthique du dépistage répondant à deux exigences, celle liée au respect des critères de qualité de la décision publique et ceux du respect de la liberté de la personne, et de sa décision, quels qu'en soient les fondements. Concernant les premiers, Le Conseil de l'Europe rappelle que « les aspects éthiques, juridiques, sociaux, médicaux, organisationnels, et économiques doivent être examinés avant que des décisions ne soient prises quant à la mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer » (31). En particulier, un programme de santé publique de dépistage du cancer doit être proposé que s'il est prouvé qu'il diminue la mortalité, que les avantages et les risques sont bien connus et que le rapport coût/efficacité du dépistage est acceptable. Les critères de qualité de la décision publique sont bien connus, les modalités optimales de respect de la personne sont sans doute encore à améliorer et passent par le choix des modalités de présentation des données scientifiques auprès du citoyen. La visite des sites des structures de gestion des centres en charge du dépistage montre bien la diversité des supports utilisés.

Les outils développés par la *Canadian Task Force* ont l'avantage de permettre une représentation visuelle des effets bénéfiques et des effets délétères dans un seul élément de communication (24). Elle donne une appréciation contemporaine des effets relatifs et absolus, et représente de manière objective et éclairante les éléments permettant à la femme de faire le choix ou non du dépistage. Au-delà des tensions actuelles autour du dépistage du cancer du sein, la réussite ou l'insuccès de la construction d'un débat collectif témoignera de la maturité de notre société pour la construction d'une démocratie sanitaire souhaitée par tous. Le décalage actuel considérable des représentations des termes médicaux et scientifiques du débat (risque de cancer, létalité, bénéfices du dépistage) entre les différents protagonistes du débat public témoigne à la fois de la complexité de la question et de la hauteur des enjeux. La qualité de l'information partagée avec le citoyen tient une place centrale dans la résolution de cette tension.

La compréhension des enjeux du dépistage et l'amélioration de son organisation et de ses pratiques, qui doivent être fondées sur la science et encadré par l'éthique convoquent de très nombreuses disciplines scientifiques de la biologie à la philosophie. Si les différents protagonistes du débat public ne prennent pas la bonne mesure des enjeux du dépistage, la société assistera impuissante à ses dérives potentielles. Les enjeux financiers sont considérables, déjà bien compris par l'industrie. Le centrage du débat sur les seules évolutions technologiques réduit le débat à l'acte de dépistage. Or on ne dépiste pas pour dépister, mais on dépiste pour mieux soigner et mieux vivre.

Remerciements

Nous remercions La ligue contre le cancer pour avoir autorisé la reproduction d'une de leurs affiches en figure 1.

Références

- 1- Pinell P. « Chapitre 9. Propagande, éducation, contrôle », dans Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), sous la direction de Pinell Patrice. Paris, Editions Métailié, « Leçons De Choses », 1992, p. 253-289.
- 2- INCa, 2010. Le cancer dans les médias, 1980-2007. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-cancer-dans-les-medias-1980-2007-novembre-2010>
- 3- Wilson, James Maxwell Glover, Jungner, Gunnar & World Health Organization (1970). Principes et pratique du dépistage des maladies / J. M. G. Wilson, G. Jungner. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <http://www.who.int/iris/handle/10665/41503>
- 4- Advisory Committee on Cancer Prevention: Recommendations on cancer screening in the European Union. Eur J Cancer. 2000, 36: 1473-1478.

- 5- Gøtzsche PC, Olsen O: Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000, 355: 129-134.
- 6- Olsen O, Gøtzsche PC: Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet*. 2001, 358: 1340-1342.
- 7- McPherson K: Should we screen for breast cancer? *BMJ*. 2010, 341 (7767): 233-235
- 8- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ: Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, 6: CD001877
- 9- Puliti D, Duffy SW, Miccinesi G, de Koning H, Lynge E: Overdiagnosis in mammographic screening for breast cancer in Europe: a literature review. *J Med Screen* 2012, 19(Suppl 1):42–56.
- 10- Hofvin S, Ponti A, Patnick J, Ascunce N, Njor S: False-positive results in mammographic screening for breast cancer in Europe: a literature review and survey of service screening programmes. *J Med Screen* 2012, 19:57–66.
- 11- Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG: The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013, 108: 2205-2240.
- 12- Biller-Andorno N, Jüni P: Abolishing mammography screening programs? À View from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med*. 2014, 370 (21): 1965-1967.
- 13- Salmi LR, Coureau G, Bailhache M, Mathoulin-Pélissier S. To Screen or Not to Screen: Reconciling Individual and Population Perspectives on Screening. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(11):1594-1605.
- 14- INCa, 2012. Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France - Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) - Collections Bilans d'activité et d'évaluation.
- 15- Beauchamp, TL et Childress, JF. Principes d'éthique biomédicale. 39e édition. Paris : Les belles lettres, 2008.
- 16- INCa, 2016. Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal : Analyse du dispositif français. Collection appui à la décision.
- 17- Isidean SD, Shinder GA. Changes on the horizon for cervical cancer screening. *Prev Med*. 2017;98:1-2.
- 18- HAS, 2010: État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Recommandations en santé publique. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
- 19- INCa, 2017. Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus: quel cadre éthique? Préconisations du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED), collection appui à la décision.
- 20- CCNE, 2010. Communication d'informations scientifiques et médicales, et société : enjeux éthiques. Avis n°109.
- 21- HAS, 2011. La Participation au Dépistage du Cancer du sein chez les Femmes de 50 à 74 ans en France: Situation Actuelle et Perspectives d'évolution. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf
- 22- INCa, 2013. Dépistage organisé du cancer du sein : Campagne Octobre rose de l'INCa - Point d'information. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Depistage-organise-du-cancer-du-sein-Campagne-Octoberose-de-l-INCa-Point-d-information>

- 23- Giordano L, Cogo C, Patnick J, Paci E: Communicating the balance sheet in breast cancer screening. *J Med Screen*. 2012, 19 (1): 67-71.
- 24- Canadian Task Force. Should I be screened with mammography for breast cancer? <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2011-breast-cancer-risks-and-benefits-age-50-69-en-1.pdf>
- 25- National Health Service (NHS): Informed Choice about Cancer Screening. Approach to Developing Information about NHS Cancer Screening Programmes. <http://www.informedchoiceaboutcancerscreening.org/wp-content/uploads/2012>
- 26- Hawkes N: Women “jurors” are asked how to present risk-benefit ratio of breast cancer screening. *BMJ*. 2012, 345: e7886-
- 27- INCa, 2015. Concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein. <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Democratie-sanitaire/Concertation-citoyenne-sur-le-depistage-du-cancer-du-sein>
- 28- INCa : Se faire dépister. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister>
- 29- INCa, 2017. Dépistages des cancers du sein. S’informer et décider. <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Dépistage-des-cancers-du-sein-s-informer-et-décider-L-Institut-national-du-cancer-publie-un-nouveau-livret-d-information-a-destination-des-femmes-de-50-ans-et-plus>
- 30- Gilbert, C. & Raphaël, L. (2011). Vers une gestion politique des crises sanitaires ?. *Les Tribunes de la santé*, 32(3), 55-60.
- 31- Conseil de l’Union Européenne. Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. *Journal officiel* n° L 327 du 16/12/2003 p. 0034 - 0038

Figure 1 – Affiche de la Ligue contre le Cancer en 1930

TUEZ LE

CANCER!

avant qu'il ne vous tue ...

SURVEILLENZ SES PREMIERS SIGNES

**MÉFIEZ-
VOUS**

- des indurations indolores du sein ;
- des ulcérations persistantes de la langue ou des lèvres ;
- des petites tumeurs cutanées qui augmentent et s'ulcèrent ;
- des troubles digestifs persistants, surtout quand ils s'accompagnent d'amaigrissement ;
- de l'apparition, après 40 ans, d'une paresse de l'intestin ;
- de toute perte anormale de sang.

CENTRES DE TRAITEMENT

PARIS | HOTEL-DIEU - NECKER - SALPETRIERE
TENON - FONDATION CURIE - INSTITUT DU CANCER

ANGERS - BORDEAUX - LILLE - LYON - MARSEILLE - MONTPELLIER
NANCY - NANTES - REIMS - RENNES - STRASBOURG - TOULOUSE

**LIGUE FRANÇAISE
CONTRE LE CANCER**

Reconnue d'utilité publique, 22 Nov. 1920, N°464

MINISTÈRE DE LA SANTÉ - OFFICE NATIONAL D'HYGIÈNE SOCIALE
26, Boulevard de Vaugirard - PARIS

