

# Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France

## SYNTHÈSE DU RAPPORT

L'INCa a initié une réflexion éthique au niveau national sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein dans la mesure où des interrogations émergent depuis plusieurs années sur les bénéfices et les risques associés au dépistage du cancer du sein par mammographie.

L'objectif de ce rapport est de proposer un éclairage nouveau sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein qui comporte une multiplicité d'objectifs, directs ou secondaires, à court et long termes. Dans le cadre de ce travail, la réflexion éthique aborde les aspects pratiques tels que les modalités d'inclusion, d'information et de consentement, de même que des questions plus globales autour de la liberté individuelle en regard des devoirs collectifs et d'une organisation optimisée du système de santé.

Ce rapport repose les termes du débat à la lumière de la réflexion éthique en vue de contribuer à la réflexion collective. Ce document aborde des pistes de réflexion, ainsi que des propositions d'évolution.

### LES PRINCIPES ÉTHIQUES APPLICABLES AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

**1. La nécessaire conciliation entre intérêt particulier et intérêt général.** L'éthique du soin est orientée vers l'intérêt particulier de la personne tandis que l'éthique de prévention est orientée vers l'intérêt général. Il s'agit alors d'avoir en permanence à l'esprit qu'un moyen de prévention peut interférer, voire être en contradiction, avec d'autres champs

(priorités pour les personnes, représentations psychologiques, dimensions socioculturelles, conception philosophique de sa liberté...).

Plusieurs points doivent alors nous servir de vigies :

- la santé est une réalité éminemment variable selon les personnes, l'environnement socioculturel, les périodes de l'existence ;
- un dépistage s'adresse à des personnes en apparence en bonne santé ;
- l'action menée est de nature probabiliste ;
- l'équité dans l'application de la prévention doit viser à ne pas exclure du dispositif de prévention mais également à ne pas le proposer s'il entre en conflit avec d'autres réalités.

**2. Évolution de la démarche médicale dans le cadre du dépistage.** La nature de la relation médicale a évolué dans la mesure où la médecine devient de plus en plus préventive, voire prédictive. Dès lors, les acteurs du monde de la santé se trouvent face à des personnes, non plus souffrantes, mais bien-portantes. La relation médecin-patient ne peut, dans ces conditions, demeurer identique à ce qu'elle était. Le médecin ne peut compter que sur une libre adhésion à ses recommandations. Une telle évolution nécessite la prise en compte de la qualité de l'information et de l'éducation à la santé, de même que le respect de la volonté du patient et son droit de refus.

**3. Autonomie et responsabilité peuvent rentrer en tension l'une avec l'autre.** Cette tension s'exerce dès lors, qu'au nom d'une autonomie mal exercée, cela risque de mettre

en péril le bien public. *A contrario*, des questions se posent quand, au nom du bien public, notre société remettrait en question le droit à l'autonomie de chaque individu. Ainsi se pose souvent la question de savoir jusqu'où la règle collective peut et doit imposer des principes aux citoyens. La réponse à ces questions doit résulter d'une double démarche reposant d'une part, sur un débat et des choix démocratiques et d'autre part, sur la prise de conscience individuelle. À ces deux niveaux un juste équilibre doit être maintenu entre respect des libertés, des choix individuels et préservation de notre modèle social collectif. Cette démarche passe par l'éducation citoyenne.

**4. Évolution de la notion d'information vers celle d'appropriation du savoir et de codécision.** Aujourd'hui, l'information seule ne suffit pas si elle ne rejoint pas la question de l'éducation. L'objectif éthique devient alors, non pas de simplement informer, *a fortiori* de convaincre aveuglement, mais de permettre à chaque personne de comprendre sa situation et celle du groupe. Elle doit être à même de considérer la notion collective de la démarche et de décider ainsi d'un « choix d'action éclairé ». Une dérive serait de considérer l'information comme une simple formalité d'ordre administratif ou médical. Ceci atteste de l'évolution de la société dans laquelle le citoyen devient acteur dans le domaine de la santé. Dans ce contexte, la place de l'autonomie du patient dans la relation de soins se pose de plus en plus.

**5. La question de l'instruction publique.** Il convient de ne pas oublier qu'être citoyen ne commence pas au moment où le dépistage est concrètement proposé. Les réponses aux questions soulevées dans ce travail relèvent aussi de la qualité de

l'instruction publique. La médecine doit ici construire un discours pour trouver sa juste place. C'est à cette condition que les citoyens évolueront de l'état de consommateurs, attendant la satisfaction de leurs attentes et de leurs requêtes, à celui d'usagers responsables, capables de replacer les besoins en santé de chacun dans le cadre plus large de ceux de la collectivité. La valorisation du consentement en médecine devrait passer préalablement, par des actions visant à promouvoir l'éducation de la population et l'organisation du débat social, par une réelle politique de transparence, d'information, et par la prise en compte des mécanismes de compréhension, de désir ou de peur de l'opinion publique.

**6. Le dépistage selon les principes d'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp :**

- principe d'autonomie : l'autonomie renvoyant à la capacité de chaque être humain à soumettre son action à des principes moraux ;
- principe de bienfaisance : pour qu'un dépistage soit opérant, il faut qu'il présente suffisamment de bénéfices, c'est-à-dire que la détection et le pronostic des cancers soient améliorés. Il faut qu'il concoure également au bien-être des personnes, à la qualité de vie et pas uniquement à la diminution de la mortalité ;
- principe de non-malfaisance : il importe de minimiser les effets néfastes connus, en recherchant ces effets délétères potentiels par une analyse des pratiques et la mise en place d'un programme de qualité ;
- principe de justice sociale : il convient d'être actif sur la question des inégalités sociales et économiques et, dès lors qu'une action collective est mise en œuvre, s'interroger sur son impact au plus grand bénéfice des membres les moins avantagés de la société.

## LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN FRANCE

Le cancer du sein, cancer féminin le plus fréquent dans l'Union européenne et aux États-Unis, est également le cancer le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme en France. Toutefois, son incidence tend à diminuer, même s'il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Avec environ 53 000 nouveaux cas estimés en

2011, le cancer du sein représente 33 % de l'ensemble des cancers incidents féminins. La survie relative à 5 ans est très bonne, supérieure à 80 %. Environ 60 % des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'âge moyen au diagnostic était de 61 ans en 2005.

FIGURE 1. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ET DE L'INCIDENCE DES CANCERS DU SEIN EN FRANCE DE 1980 À 2005 (PROJECTION 2011)

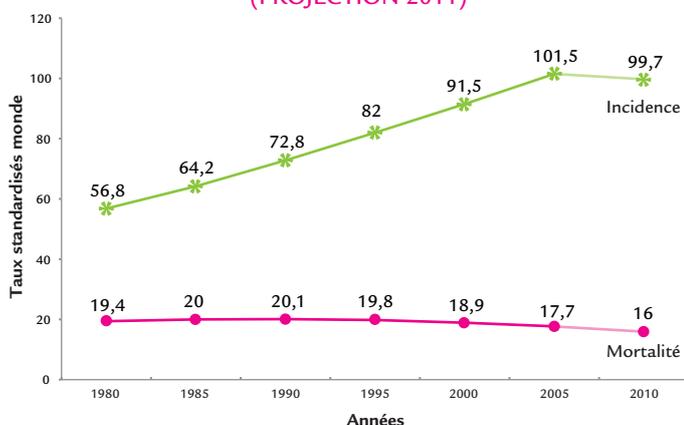
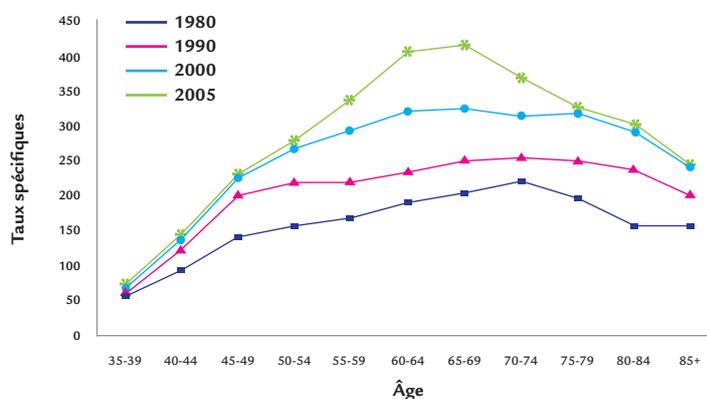


FIGURE 2. ÉVOLUTION DE 1980 À 2005 DE L'INCIDENCE DES CANCERS DU SEIN EN FRANCE SELON L'ÂGE



**1. La mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein en France (DO).** Le programme français de dépistage du cancer du sein cible la population des femmes âgées de 50 à 74 ans, soit près de 9 millions de femmes. Les femmes, identifiées à partir des fichiers des différents régimes d'assurance maladie, sont invitées tous les deux ans, par un courrier personnalisé envoyé par la structure de gestion, et par leur médecin traitant dans quelques départements, à pratiquer un dépistage. Celui-ci consiste à se rendre chez un radiologue agréé pour pratiquer une mammographie bilatérale prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. La lecture de la mammographie fait l'objet d'une interprétation donnant lieu pour chaque sein à une classification BI-RADS/ACR

de 1 à 5 permettant d'organiser et d'harmoniser les décisions de prise en charge. Toutes les mammographies classées comme *a priori* non pathologiques (ACR1 et ACR2) en première lecture sont relues par un second radiologue au sein de la structure de gestion à la recherche de faux négatifs de la première lecture. Les mammographies classées ACR3 ou plus ne donnent pas lieu à ce jour à une seconde lecture et entrent dans une démarche de suivi adapté à la classification. Les femmes à risque aggravé de cancer du sein ne sont pas invitées à participer au programme de dépistage organisé. Celles-ci doivent normalement être d'ores et déjà suivies dans une démarche spécifique avec leur médecin.

**Proposition :** le cas échéant, le DO doit pouvoir les réorien-



ter vers ce suivi adapté. Les femmes à risque aggravé de cancer du sein doivent être assurées de bénéficier d'un suivi adapté.

## 2. Le taux de participation des femmes au programme de DO du cancer du sein en France était de 52,7 % en 2011.

Toutefois, il existe de fortes disparités départementales. En cumulant les mammographies réalisées au titre de la démarche individuelle et le DO, on arriverait à un taux de couverture mammographique de 68 à 75 % selon différentes études. Il a été par ailleurs estimé qu'un tiers des femmes de la tranche d'âge 40-49 ans aurait eu recours, dans le cadre d'un choix individuel, à une démarche qui s'oppose aux règles collectives de santé publique même si, à ce jour, il n'existe pas de recommandation d'extension du DO aux femmes de 40 à 49 ans en raison du faible niveau de preuve d'une balance bénéfice/risque positive.

### LA PERSISTANCE D'UNE DÉMARCHÉ DE DÉTECTION INDIVIDUELLE EN DEHORS DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN (DO)

La persistance d'une pratique où les femmes réalisent, sur prescription médicale, une mammographie en dehors du DO, en l'absence de raison médicalement justifiée, interroge. Historiquement, ce dépistage opportuniste répondait à une attente des patientes et des professionnels faite d'organisation collective. Celle-ci aurait dû disparaître progressivement pour les femmes à risque moyen au décours de la mise en place du DO.

**Proposition :** l'absence de données précises sur cette pratique pose question puisqu'à ce jour il n'est pas possible d'identifier le nombre de ces actes et leur rythmicité. La traçabilité et l'évaluation de cette démarche individuelle, en dehors des indications, doit pouvoir être assurée.

**Proposition :** le terme de « dépistage » associé à cette démarche individuelle ne correspond pas à la définition de l'OMS qui

prévaut en santé publique. Ce terme risque d'entretenir une confusion dans l'esprit du public. Il serait plus proche de la réalité de qualifier cette pratique de « démarche de détection individuelle » dont l'acronyme pourrait être DDI.

**Proposition :** il conviendrait d'informer les femmes concernées de l'intérêt du DO et de leur rappeler que la DDI ne devrait être que pour les femmes à risque aggravé de développer un cancer du sein ou pour les femmes symptomatiques.

**Proposition :** il y aura toujours des femmes et des praticiens, une fois cette information délivrée, qui persisteront dans une pratique individuelle. Les raisons de ce maintien mériteraient d'être étudiées. Ce choix doit être accepté par respect de la liberté individuelle. Il s'agit également d'éviter que des femmes échappent à toute démarche. Il faudrait tendre vers une convergence entre DO et DDI en termes de qualité, de rythmicité, de traçabilité et d'évaluation, et d'implication du médecin traitant ou gynécologue.

**Proposition :** la réaffirmation du dépistage organisé comme programme de santé publique, et la détection individuelle comme démarche de détection précoce dans des indications précises permettront de sortir de cette opposition permanente propre à la France. Les deux pratiques seront ainsi bien dissociées.

### ACCEPTATION ET IMAGE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN (DO)

Plusieurs études font ressortir les éléments d'adhésion et de freins. Il est essentiel de les prendre en compte afin de ne pas porter un regard trop normatif sur les comportements et d'optimiser ainsi le programme de DO en tenant compte de critères à la fois sociologiques, culturels et comportementaux.

**Proposition :** il s'agit d'une limite d'une démarche trop globalisante et standardisée. Il y a peut-être nécessité d'adapter les outils et procédures.

De ces travaux ont été ressortis des facteurs explicatifs concordants :

- la coexistence entre DO et DDI : valorisation de la qualité de la démarche de détection individuelle, suivie d'une prescription médicale, habitude, image plus impersonnelle et « sociale » du DO, méconnaissance des femmes des différences, méconnaissance de l'entité émettrice de l'invitation, absence du lien avec un conseil médical averti, au moment de la décision de participer au dispositif ;
- le sentiment de ne pas se sentir concerné (pouvant être relié au sentiment de peur lié à la maladie) ;
- le manque de temps pour s'occuper de soi (pour des motifs sociaux, familiaux ou médicaux) ;
- les contraintes organisationnelles (notamment le manque de souplesse pour la prise de rendez-vous...).

**Proposition :** il serait intéressant d'approfondir les raisons pour lesquelles les femmes sont et restent suivies dans la DDI au lieu d'intégrer le DO et plus largement de mieux connaître les représentations qui sous-tendent les phénomènes d'acceptation ou de rejet de la démarche de DO. Ceci pourrait aider à mieux comprendre les comportements socioculturels ainsi que le comportement médical (médecins généralistes et gynécologues).

## ANALYSE ÉTHIQUE RELATIVE AUX PRINCIPES GÉNÉRAUX DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN (DO)

### 1. L'efficacité, les risques et les bénéfices du dépistage

**1.1 L'efficacité.** L'efficacité du dépistage du cancer du sein pour réduire la mortalité a été établie à partir des résultats d'essais randomisés montrant que le dépistage permet de réduire la mortalité par cancers du sein de 15 à 32 %. En 2000, une controverse est née suite à une analyse d'Olsen et Gøtzsche montrant la faiblesse méthodologique de certains de ces essais et remettant en cause l'importance du bénéfice obtenu en termes de réduction de la mortalité par cancer du sein. Pour autant, l'Anaes n'a pas remis en cause ses recommandations en faveur du dépistage en raison de preuves suffisantes d'une balance bénéfice/risque

favorable. Par la suite, la HAS a rappelé la nécessité de tout mettre en œuvre pour s'assurer du choix libre et éclairé de la femme à participer ou non à ce dépistage. Les derniers résultats d'études européennes ont conclu à des bénéfices du dépistage du cancer du sein par mammographie en termes de vies sauvées supérieurs aux effets délétères associés au surdiagnostic.

**Proposition :** il apparaît essentiel de s'assurer de l'efficacité du programme proposé aux femmes de la tranche d'âge concernée. En France, le programme de DO met en place un protocole d'évaluation du dispositif, mais il n'existe pas encore à ce jour de données consolidées pour confirmer ou infirmer les choix établis en termes de stratégie et de procédures. Il est important de poursuivre les évaluations et le suivi du programme.

**Proposition :** il relève d'une nécessité éthique de promouvoir un choix éclairé, prenant en compte des données actualisées et acceptant de parler des zones d'incertitudes. Des travaux ont montré que le fait de promouvoir une information plus complète n'a que peu d'incidence sur le taux de participation.

**Proposition :** l'ensemble des conséquences (médicales, sociales, psychologiques) doit être pris en compte dans le calcul de la balance bénéfice/risque du dépistage.

**1.2 Les risques.** Dans cette logique, l'évaluation de la balance entre les bénéfices et les risques du dépistage nécessite de connaître la fréquence du surdiagnostic de manière précise (cancers détectés et traités par le dépistage et qui auraient été latents ou n'auraient pas mis en cause la vie de la femme). Or le surdiagnostic est très difficile à évaluer dans la mesure où toutes les lésions sont opérées et aucune n'est surveillée pour déterminer son évolution (les estimations varient de moins de 5 % à plus de 35 %).

**Proposition :** pour permettre à l'avenir un choix plus éclairé, il conviendrait de mieux connaître l'histoire naturelle des cancers du sein et de mieux informer sur cette zone d'incertitudes.



Le risque de cancer de l'intervalle (cancer apparaissant dans l'intervalle entre deux mammographies) et de cancer manqué (cancer non repéré lors du dépistage pour des raisons techniques ou humaines) doit également être pris en compte en termes d'information (une étude a évalué le taux de cancer de l'intervalle à 1,5 ‰).

**Proposition :** l'existence des cancers de l'intervalle peut remettre en cause la perception que les personnes ont de l'efficacité du dépistage et nécessite une information spécifique. Il est essentiel que les registres poursuivent la collecte des données sur les cancers de l'intervalle.

Le risque de cancers radio-induits doit également être pris en compte. La quantification des cancers radio-induits en raison de la participation au dépistage du cancer du sein par mammographie est actuellement controversée et difficile à réaliser.

**Proposition :** l'évocation de ce sujet pourrait être utile à l'information des femmes invitées au dépistage.

## 2. La place du dépistage dans le parcours de santé

**2.1. Il existe un risque de confusion entre prévention primaire et dépistage** pouvant laisser penser que le dépistage des cancers du sein protège contre la maladie.

**Proposition :** il faut clairement informer les femmes sur le fait que le dépistage des cancers du sein ne permet en aucun cas d'empêcher leur apparition, ce qui renvoie à la nécessité de structurer une démarche collective d'éducation à la santé (cf. Les principes éthiques).

**2.2. L'organisation actuelle du dépistage est dissociée du parcours de soins habituel en privilégiant insuffisamment la relation médecin-patient.** Ceci peut ne pas mettre les femmes dans un climat de confiance suffisant, en faisant apparaître la proposition de dépistage comme intrusive ou encore comme ne prenant pas suffisamment en compte les besoins particuliers.

**Proposition :** il convient de poursuivre les initiatives visant à mieux associer le médecin traitant ou le gynécologue au dépistage organisé ainsi qu'au retour d'information lorsque la femme a renseigné le nom de son médecin.

## 3. L'égalité d'accès au dépistage

Des inégalités d'accès au dépistage existent mais semblent insuffisamment documentées.

**Proposition :** il apparaît important de recenser les populations exclues du dépistage en entendant le terme de vulnérabilité non pas uniquement sous le seul vocable de populations socialement exclues, mais de populations dont on sait qu'elles accèdent peu ou pas au dépistage (certains groupes sociaux, femmes du monde rural, femmes hospitalisées en milieu psychiatrique, femmes porteuses de handicaps, femmes incarcérées...).

**Proposition :** il est nécessaire de développer des études pour mieux connaître les besoins de ces populations. Le fait de s'occuper de sa santé peut apparaître comme secondaire, d'autant plus, si une telle démarche devient génératrice de nouveaux problèmes. Cela renvoie également à la question de l'accès aux savoirs, à la connaissance. Dès lors ce débat est indissociable d'un regard sociologique et socioéconomique pour mieux comprendre les enjeux et représentations. Ce n'est qu'en fonction de ces données que l'on pourra juger de la pertinence d'actions ciblées auprès de ces populations. La mise en œuvre de modalités spécifiques du programme nécessitera alors une vigilance particulière sur les questions d'information et de recueil du consentement libre et éclairé.

**Proposition :** l'égalité d'accès doit s'entendre comme l'égalité d'accès à l'information, notamment pour les populations immigrées. Cependant, la pertinence des versions multilingues est questionnée : ces supports sont-ils un facteur d'égalité et d'intégration ou ne renvoient-ils pas plutôt au communautarisme ? Ne renforcent-ils pas au contraire le sentiment d'exclusion ? Ne s'agit-il pas davantage d'un problème d'analphabétisation ?

**Proposition :** l'égalité d'accès renvoie à la situation des personnes à risque aggravé de cancer du sein, qui ne sont pas invitées à participer au DO. Ce tri de la population peut exposer à un paradoxe : qu'*in fine* les personnes les plus à risque soient en fait moins bien suivies que celles à risque moyen.

**Proposition :** la territorialisation de l'approche permettra de mieux identifier et répondre aux besoins des populations.

#### 4. La réalité de la gratuité du dépistage en question

Si la mammographie est gratuite pour les femmes dans le cadre du DO, la découverte d'une anomalie conduit à pratiquer d'autres examens complémentaires (échographie, ponction, biopsie...) pour lesquels les femmes auront potentiellement une avance de frais à réaliser et dans tous les cas, une absence de prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Cette question est importante à prendre en compte dans un contexte croissant de renoncement à ces complémentaires.

**Proposition :** il serait pertinent de prendre en considération l'ensemble du « parcours de dépistage » et non pas le seul « acte de dépistage ».

### ANALYSE ÉTHIQUE RELATIVE AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

#### 1. La place des professionnels de santé dans le programme : implication, information et accompagnement

**Proposition :** il apparaît souhaitable de rappeler et renforcer le rôle et l'implication des professionnels de santé concernés (médecin traitant, gynécologue et radiologue) comme vecteurs d'information et d'aide à la décision, notamment quand se pose la question de l'orientation en fonction des indications. Le renforcement de l'implication des professionnels de santé suppose qu'un temps dédié à l'information soit possible et pose la question de sa valorisation.

#### >>> LES ÉLÉMENTS D'INFORMATION À DÉLIVRER AUX PERSONNES INVITÉES AU DO

- bénéfices/risques/incertitudes
- indications sur le programme de dépistage organisé et la démarche de détection individuelle (facteurs de risques personnels)
- rythme/tranche d'âge/principe de l'engagement sur la durée/double lecture...
- notions de faux positif et de faux négatif
- cancer de l'intervalle
- surdiagnostic/surtraitement
- modalités de prise en charge et surcoût restant à la charge
- droit de refuser le dépistage

**Proposition :** le relais d'un professionnel de santé dans le processus de dépistage apparaît opportun, sans qu'un acteur en particulier soit privilégié entre médecin traitant et gynécologue. Ce rôle permettrait de répondre à la perception impersonnelle qui accompagne le DO, et de mieux accompagner les femmes dans l'attente et lors de l'annonce des résultats.

#### 2. Questionnements autour de l'organisation du programme

On ne sait pas aujourd'hui exactement combien de femmes sont dans une logique de fidélisation au programme de dépistage.

**Proposition :** il est important de mieux informer les femmes pour permettre une meilleure compréhension de l'engagement dans la logique de dépistage, notamment sur la répétition tous les deux ans des mammographies et de rappeler aux acteurs du dépistage que l'on engage les femmes dans une logique de doute et de stress répétés.

**Proposition :** il est important de bien informer sur le fait que la probabilité de trouver une image suspecte sur la période de DO est *de facto* importante. Les femmes doivent être informées que cet événement peut survenir et qu'une image suspecte ne signifie pas forcément un cancer.



### 3. La gestion des relances suite à un dépistage positif non suivi d'examen complémentaire

A été rappelé qu'il était de la liberté totale du patient de ne pas donner d'information concernant son suivi.

**Proposition :** une harmonisation des pratiques qui conduirait à définir un nombre de relances identique serait souhaitable.

**Proposition :** il est nécessaire d'informer les femmes sur l'importance de la collecte de ces données, dans leur propre intérêt afin de s'assurer de l'effectivité de la qualité de la prise en charge suite à leur participation à un DO, mais également dans une dimension scientifique et collective permettant la mesure de l'efficacité du dispositif. Cela renvoie à l'importance du lien d'information vis-à-vis du médecin traitant ou du gynécologue.

**Proposition :** il apparaît plus respectueux des droits des personnes de mettre en place une procédure de suivi spécifique, dans un délai qui reste à discuter, rappelant la nécessité de procéder à des examens complémentaires.

Il est rappelé que le système doit être organisé avec synergie entre dépistage et accès aux soins. Bien évidemment ce dispositif doit être articulé autour du médecin traitant et/ou gynécologue.

### 4. Le refus d'examens complémentaires

**Proposition :** il apparaît nécessaire de définir des conduites à tenir homogènes sur les modalités d'accompagnement, de motivation et de relances de ces femmes tout en respectant leur droit de refus.

**Proposition :** il serait important de clarifier le rôle et les responsabilités des différents intervenants (structure de gestion, radiologue, médecin traitant, gynécologue) dans la relance de la femme refusant les examens complémentaires.

**Proposition :** cela souligne la nécessité que les femmes soient informées en amont sur les conséquences qu'implique un dépistage positif.

### 5. La classification en ACR3

Les mammographies classées ACR3 sont celles pour lesquelles « il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée ». Actuellement, ces clichés sont considérés dès la première lecture après BDI comme nécessitant un suivi spécifique ; ils ne bénéficient pas de la seconde lecture au même titre que les clichés ACR4 et 5. Certains professionnels pourraient envisager de classer en ACR3 par excès de précaution au moindre doute, voire même par souci de se protéger.

**Proposition :** il conviendrait d'étudier les pratiques professionnelles pour mieux connaître les critères et les motivations pour les classifications en ACR3. Comme toute situation d'incertitude, elle devrait bénéficier d'une expertise accrue telle qu'une relecture par un pair. Il est préconisé qu'un groupe d'experts s'empare de la question. Il faudrait également évaluer l'impact financier de la prise en charge des clichés classés en ACR3 dans le circuit de seconde lecture en prenant en compte l'ensemble des facteurs mis en jeu (coûts médicaux, organisationnels, psychologiques, qualité de vie...).

## CONCLUSIONS/PERSPECTIVES

La plupart des constats aboutissent à la nécessité de renforcer la place et le rôle du médecin choisi par les patientes (médecins traitants ou gynécologues) comme partenaire à même d'améliorer l'information, le consentement, les questions de traçabilité et de prises en charge des populations dans leurs spécificités. Par ailleurs, la communication avec le public et la société devrait s'ouvrir davantage aux zones d'incertitudes en optimisant l'éducation à la santé en termes de bénéfices, de risques, de faux positifs, de faux négatifs, de cancers de l'intervalle. Enfin, l'axe de réflexion visant à rechercher une convergence entre les DO et DDI apparaît comme important, permettant de respecter le choix des femmes, sans contraindre, mais en visant à optimiser la traçabilité et l'évaluation de la démarche de santé publique.







52, avenue André Morizet  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél.: +33 (1) 41 10 50 00  
Fax: +33 (1) 41 10 50 20  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)



---

Édité par l'Institut National du Cancer  
Conception/Réalisation: Institut National du Cancer  
Tous droits réservés – Siren: 185 512 777

DÉPOT LÉGAL OCTOBRE 2012

Pour plus d'informations  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Toutes les informations  
sur le Plan cancer 2009-2013  
[www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)

RÉF : ETAETHDEPSEINSYN12

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tel. 01 41 10 50 00  
Fax 01 41 10 50 20  
[diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)