

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Avis portant sur le projet pilote d'invitation personnalisée pour le dépistage du cancer du col utérin

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Avis portant sur le projet pilote d'invitation personnalisée pour le dépistage du cancer du col utérin

Comité d'éthique de santé publique

Janvier 2011

AUTEUR

Comité d'éthique de santé publique

RÉDACTEURS

France Filiatrault
Comité d'éthique de santé publique
Secrétariat général et communications

Michel Désy
Comité d'éthique de santé publique
Secrétariat général et communications

MISE EN PAGES

Royse Henderson
Unité des communications
Secrétariat général et communications

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et du Comité d'éthique de santé publique au : <http://cesp.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-60882-0 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-60883-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

À PROPOS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Comité d'éthique de santé publique (CESP) est un comité formé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), conformément à sa loi constitutive (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) qui en précise notamment le mandat et la composition. Le comité relève du conseil d'administration qui nomme les membres et détermine les modalités de fonctionnement. Le CESP est toutefois seul responsable des avis qu'il produit et du processus d'examen éthique qu'il utilise.

Le Comité d'éthique de santé publique joue un rôle conseil auprès des instances de santé publique et son mandat comporte deux grands volets. Le volet général consiste à répondre aux demandes qui peuvent lui être adressées au regard de toute question éthique qui peut être soulevée par l'application de la Loi sur la santé publique, notamment les activités ou actions prévues par le programme national et les plans d'action régionaux et locaux de santé publique. Le volet particulier consiste en l'examen systématique des projets de plan de surveillance ou d'enquête sociosanitaire que doivent lui soumettre le ministre et les directeurs de santé publique dans le cadre de leurs responsabilités de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Le Comité procède à l'examen de la dimension éthique des questions ou projets soumis, par l'éclairage des valeurs et des normativités en présence dans le contexte particulier de ces projets. Il identifie les conflits ou tensions possibles entre différentes valeurs ou entre valeurs et normativités et soutient la prise de décision en accompagnant les responsables de projet et en proposant des pistes d'action.

Le Comité d'éthique de santé publique est composé des membres suivants :

- Éthicien (1) : André Lacroix, président
- Représentants de la population (3) : Nicole Girard, Laurent Lebel et Sally Phan
- Directeur de santé publique (1) : D^r Philippe Lessard
- Professionnels œuvrant en santé publique (2) : Jill E. Torrie et un siège vacant
- Avocat (1) : Yves Chabot

RÉSUMÉ

Le projet pilote soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique et faisant l'objet du présent avis vise à augmenter la participation au dépistage du cancer du col utérin des femmes n'ayant jamais subi de cytologie cervicale (ou test de Papanicolaou, aussi appelé test Pap) ou n'en ayant pas eu depuis trois ans ou plus. Le moyen privilégié est l'envoi d'une lettre personnalisée invitant les femmes à se faire dépister. Le caractère personnalisé de la lettre tient à ce qu'elle est adressée directement à la femme et qu'elle lui souligne sa situation à l'égard du dépistage, selon les dossiers consultés; cette situation ne répondant pas aux recommandations des experts. Une lettre de rappel est prévue 90 jours après la première lettre, si la femme n'a pas donné suite à l'invitation de passer un test de dépistage. À titre de projet pilote dans un territoire géographique circonscrit, le projet cherche à apprécier l'acceptabilité et l'efficacité de ce moyen de promotion du dépistage du cancer du col utérin.

La réalisation du projet pilote, tel que proposé, repose sur la création d'une banque de données permettant d'identifier les femmes appartenant au groupe cible. Cette banque serait créée à partir d'un croisement de renseignements de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) avec ceux recueillis par des laboratoires d'analyse de cytologie de la région ciblée. Dans un premier temps, on retiendrait du fichier des laboratoires les coordonnées des femmes dont les dossiers indiquent un test de dépistage datant de trois ans ou plus. Ensuite, par soustraction, on retiendrait le nom et les coordonnées des femmes possédant un dossier à la RAMQ, mais pas dans les laboratoires, l'hypothèse étant que ces femmes n'ont jamais passé de test de dépistage du cancer du col utérin.

Après avoir identifié différentes préoccupations éthiques, le Comité a choisi de centrer son examen sur la question de la légitimité de l'identification de ces femmes qui, peut-être volontairement, n'ont jamais eu de test Pap ou pas depuis au moins trois ans, pour les relancer et les inviter à se faire dépister.

Le Comité identifie trois principales valeurs en tension au regard de cette question : la bienfaisance, la vie privée et l'autonomie. Le cancer du col utérin est, à toute fin pratique, peu fréquent et les taux de mortalité associés sont faibles. Le taux de participation au dépistage était estimé à 74 % en 2008, en hausse de 3 % par rapport à 2003. Les données appuyant la stratégie de promotion du dépistage par invitation personnalisée montrent des gains modestes. L'impact populationnel attendu sur la santé des femmes – la bienfaisance – serait donc assez faible. Dans la mesure où tel est le cas, la méthode utilisée pour identifier les femmes ciblées par la lettre perd proportionnellement une partie de ses assises justificatives. La création de la banque de données proposée pour identifier des femmes au comportement non conforme, en dehors de tout mécanisme leur permettant de donner leur assentiment à une telle mesure, apparaît disproportionnée par rapport aux bénéfices populationnels de l'intervention proposée, au chapitre de la prévention du cancer du col utérin.

Pour le Comité, procéder à une invitation personnalisée sur la base proposée ici n'apparaît pas légitime, dans le contexte particulier du projet pilote. Dans cette perspective, le Comité recommande d'explorer des pistes plus soucieuses de la vie privée des femmes afin d'augmenter le dépistage du cancer du col utérin.

TABLE DES MATIÈRES

1	MISE EN SITUATION	1
1.1	Les institutions partenaires dans la réalisation du projet pilote	1
1.2	Description du projet pilote	1
1.2.1	Le but et les objectifs du projet pilote	1
1.2.2	Le déroulement du projet pilote	2
1.2.3	Les références normatives et les assises scientifiques du projet pilote	3
1.3	Impact du cancer du col utérin et mesures de prévention	5
2	LA RÉFLEXION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	8
2.1	Comprendre la situation	8
2.2	Formuler et analyser les préoccupations éthiques	9
2.2.1	La préoccupation éthique sur laquelle porte l'avis du Comité	11
2.2.2	L'identification et l'analyse des valeurs en présence.....	12
3	LA RECOMMANDATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	15
	RÉFÉRENCES	16

1 MISE EN SITUATION

Le présent avis du Comité d'éthique de santé publique (CESP) répond à une demande soumise par le directeur national de santé publique. Il porte sur un projet d'invitation personnalisée pour le dépistage du cancer du col utérin (cancer du col ou CCU, dans le texte), en vue d'augmenter la participation au dépistage chez les femmes qui n'ont jamais passé de test ou qui ne l'ont pas fait depuis au moins trois ans. Concrètement, il s'agit d'expérimenter une stratégie de lettre d'invitation personnalisée dans le territoire d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS). La stratégie proposée implique la création, sans le consentement des femmes concernées, d'une banque de données à partir de renseignements personnels médicaux couplés à d'autres renseignements personnels détenus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

À titre de projet pilote, l'expérimentation constitue un préalable au déploiement éventuel d'un programme d'invitation personnalisée au dépistage pour les femmes identifiées à risque dans toutes les régions du Québec. Il veut permettre d'apprécier l'acceptabilité de cette intervention auprès des femmes visées ainsi que son efficacité à accroître la participation au dépistage.

1.1 LES INSTITUTIONS PARTENAIRES DANS LA RÉALISATION DU PROJET PILOTE

Le projet pilote envisagé est conduit conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec (ASSS de la région 04) qui établit le lien entre le MSSS et les établissements. Les établissements concernés sont le CSSS de l'Énergie, territoire pilote du projet, et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, par son laboratoire de cytologie. Le choix du territoire pilote repose sur le fait qu'on y observe une faible participation des femmes au dépistage (taux de participation statistiquement inférieur à la moyenne québécoise) et qu'il y a une volonté affirmée du CSSS d'agir sur cette situation, notamment en offrant le dépistage par des infirmières. L'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) est associée au projet, ayant reçu le mandat de développer des outils permettant sa mise en œuvre et son évaluation.

1.2 DESCRIPTION DU PROJET PILOTE¹

1.2.1 Le but et les objectifs du projet pilote

La mise en place d'un système d'invitation personnalisée a pour finalité de contribuer, en conjonction avec d'autres actions, à l'atteinte de l'objectif de réduction de 10 % du taux de mortalité par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans². Comme le dépistage permettrait de réduire de 80 % l'incidence (apparition de nouveaux cas) et la mortalité liées au cancer du col, le projet vise à augmenter la participation au dépistage chez

¹ Cette section s'appuie sur les documents déposés au CESP et sur les échanges avec le responsable du projet.

² Objectif inscrit au programme national de santé publique (MSSS, 2008, p. 47).

les femmes, tout en limitant un effet appréhendé de surdépistage³. Compte tenu que 60 % des cas de cancer du col utérin (infiltrants) sont trouvés chez les femmes qui n'ont pas passé un test de dépistage dans les trois dernières années, celles-ci constituent la population cible du projet pilote d'invitation personnalisée au dépistage.

1.2.2 Le déroulement du projet pilote

Le CSSS de l'Énergie procéderait à l'envoi postal, au groupe cible des femmes habitant son territoire, d'une lettre personnalisée les invitant à passer la cytologie cervicale ou test de Papanicolaou, aussi appelé test Pap. Le groupe cible est constitué des femmes âgées de 21 à 69 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années, qui ne présentent pas d'antécédents du cancer du col utérin et qui n'ont pas subi d'hystérectomie. Une lettre de rappel serait envoyée aux femmes qui n'auraient pas donné suite à l'invitation dans les 90 jours suivants l'envoi de cette invite.

Pour identifier les femmes incluses dans le groupe cible, les responsables du projet prévoient la création d'une banque de données permettant de croiser les renseignements provenant des systèmes d'information des laboratoires de cytologie du CSSS de l'Énergie et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) (ce qui représente deux ou trois laboratoires) avec ceux de la RAMQ. Les systèmes d'information des laboratoires de cytologie permettent d'identifier le numéro d'assurance maladie des femmes du territoire du CSSS qui ont passé un test Pap ainsi que la date du test le plus récent. Quant à la banque de données de la RAMQ, elle permet d'identifier toutes les femmes résidant sur ce territoire en fonction des caractéristiques de la population ciblée. En comparant les renseignements de la RAMQ avec ceux des laboratoires, on peut identifier les femmes qui n'ont jamais passé de test Pap⁴ ainsi que leurs coordonnées postales (voir figure 1).

La nouvelle banque de données ainsi créée serait mise à jour annuellement. Les données seraient conservées uniquement pour la durée du projet pilote et seraient détruites par la suite. L'identification des femmes qu'on souhaite inviter au dépistage implique de faire une demande d'autorisation auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) pour l'accès et l'utilisation des renseignements nécessaires à cette fin.

³ Selon les études rapportées par les responsables du projet, la fréquence du dépistage devrait se situer dans un intervalle de deux à trois ans. En deçà de deux ans d'intervalle, on parle de surdépistage; au-delà de trois ans, de sous-dépistage. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008, on observe actuellement un sous-dépistage : 526 000 femmes (25 % de la population féminine âgée de 21 à 69 ans) n'auraient passé aucun test de dépistage dans les trois dernières années. De ce nombre, 273 500 n'en auraient jamais passé. D'un autre côté, pour certaines femmes, il y aurait surdépistage. Avec un dépistage aux trois ans, on s'attendrait à ce que 33 % des femmes déclarent avoir passé un test au cours de la dernière année; avec un dépistage aux deux ans, la proportion serait de 50 %. La proportion observée par l'ESCC en 2008 était de 53 % (INSPQ, 2009).

⁴ Un certain nombre de femmes pourraient ne pas être identifiées comme ayant passé un test s'il a été passé ailleurs et analysé par un laboratoire ne correspondant pas à ceux retenus par le projet pilote.

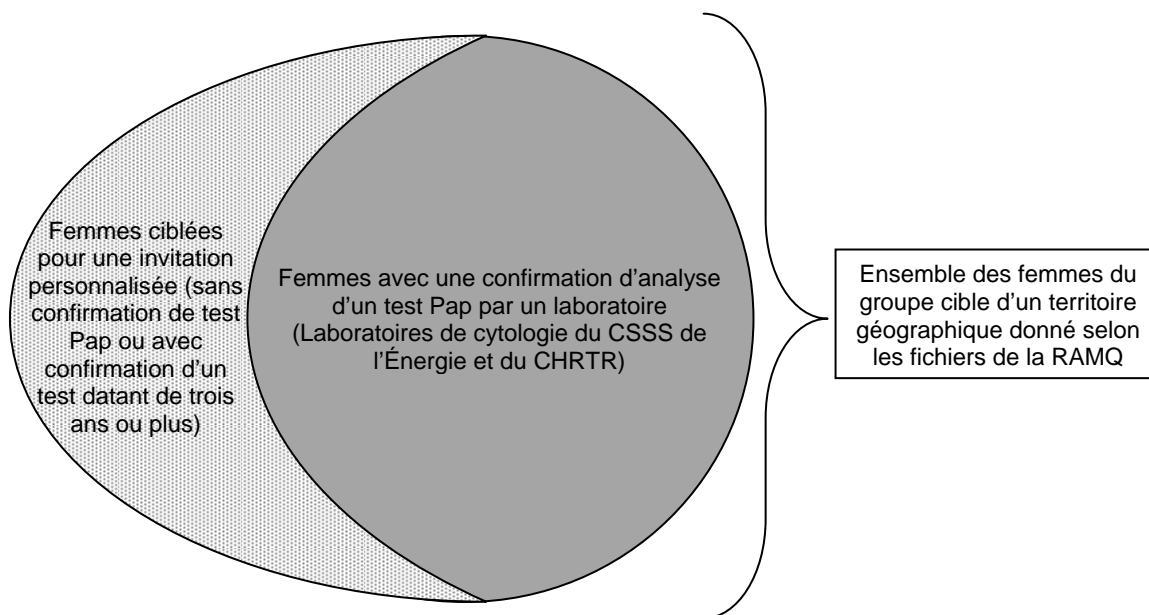


Figure 1 Identification des femmes ciblées par le projet pilote

Lorsqu'une femme reçoit l'invitation personnalisée au dépistage, deux scénarios sont envisagés, selon que la femme a un médecin ou non. Si elle a un médecin, elle contacterait ce dernier pour se prévaloir du test Pap et le laboratoire transmettrait les résultats à celui-ci. Si elle n'a pas de médecin, elle pourrait contacter le CSSS, qui lui offrirait le service; une infirmière procéderait au test et les résultats seraient transmis à un médecin désigné par le CSSS. Une femme qui a un médecin pourrait décider de passer le test au CSSS plutôt que chez son médecin. L'administration du test par une infirmière implique que soit adoptée une ordonnance collective⁵ à cette fin.

La lettre d'invitation personnalisée serait rédigée en fonction des caractéristiques suivantes : offrir l'information nécessaire pour soutenir une décision éclairée de passer ou non le test Pap; fournir des indications claires pour obtenir le service (ex. : le numéro de téléphone du CSSS si la femme n'a pas de médecin de famille); fournir l'information sur les sources de renseignements utilisées pour identifier les femmes et, enfin, offrir aux femmes la possibilité de faire retirer leur nom du système d'invitation (et de rappel).

Un plan de communication ciblant les professionnels et la population est prévu pour annoncer la mise en œuvre du projet.

1.2.3 Les références normatives et les assises scientifiques du projet pilote

Le projet pilote s'inscrit dans la mise en œuvre des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* (MSSS, 2007) où sont identifiées différentes actions prioritaires pour prévenir le cancer du col. Le projet pilote porte sur deux de ces

⁵ L'ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin ou par un groupe de médecins à des professionnels habilités à la recevoir. Par exemple : une ordonnance collective permet aux pharmaciens de prescrire la contraception orale d'urgence (la « pilule du lendemain »).

actions, soit : tester la mise en place d'un système d'invitation au dépistage et de rappel pour les femmes sans antécédents de cancer du col et sans hystérectomie et expérimenter l'ordonnance collective pour favoriser un meilleur accès au dépistage. Le projet pilote tient compte de l'*Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin*, produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en 2009. De manière complémentaire à la pratique médicale préventive recommandée par l'INSPQ (dépistage aux deux ans) et à titre de « filet de sécurité », le MSSS a choisi de mettre en place un programme systématique de dépistage auprès des femmes qui n'ont pas eu de test de dépistage depuis au moins trois ans, le risque de développer un cancer augmentant significativement dans un intervalle de trois ans ou plus entre les tests.

Il y a peu de données permettant de cerner les caractéristiques des femmes qui ne passent pas de test Pap ou qui ne le font pas au moins une fois au trois ans. « Au Québec, l'analyse détaillée des données de l'enquête canadienne de 2003 montre qu'un revenu faible du ménage, l'absence d'un médecin de famille, le fait d'avoir une barrière de langue (ne parler ni français ni anglais), une faible scolarité et le fait de vivre seule pour les femmes plus âgées sont les facteurs les plus corrélés à la probabilité d'être sous ou non dépistée. Par contre, la vaste majorité des femmes sous ou non dépistées n'avaient pas nécessairement ces caractéristiques et 70 % d'entre elles avaient un médecin de famille. » (INSPQ, 2009, p. 28).

Sur la base d'études apportant un haut niveau de preuve, une lettre personnalisée aux femmes n'ayant jamais participé au dépistage du CCU ou n'y participant pas selon une fréquence appropriée (pas plus de trois ans d'intervalle entre deux tests) est la mesure la plus significative pour une augmentation de la participation au dépistage. Selon les études, les taux d'augmentation observés varient entre 9 et 12 % ou entre 5 et 10 %. L'efficacité des projets dans lesquels la lettre d'invitation n'était pas signée par un médecin varie. Dans une étude, l'efficacité, même modeste, était significative. Dans une autre étude, seules les lettres d'invitation signées par le médecin se sont avérées efficaces.

Des études de moins haute qualité indiquent qu'une formation donnée aux médecins est associée à une augmentation absolue modeste (entre 4 et 5 %) et de courte durée. Une étude de moins haute qualité indique aussi qu'une campagne médiatique peut augmenter le taux de participation. Cette augmentation serait également de courte durée, le taux revenant au point de départ après la fin de la campagne. Certaines études rapportent que les campagnes de sensibilisation produisent un effet de renforcement du dépistage chez les femmes déjà sensibilisées (notamment chez les plus scolarisées), ce qui pourrait comporter un risque de surdépistage.

Des projets d'invitation personnalisée au dépistage du cancer du col sont réalisés dans différentes juridictions, notamment dans d'autres provinces canadiennes et dans différents pays d'Europe (Grande-Bretagne, France, etc.).

Les coûts relatifs à la mise en œuvre du projet n'ont pas encore été estimés. Les responsables font l'hypothèse que les coûts du projet pilote (et ceux d'un programme déployé à sa suite) seraient du même ordre que ceux du dépistage tel qu'il se pratique actuellement, si on associe au projet pilote les mesures visant à réduire le surdépistage

observé (réduire le nombre de femmes sans antécédents passant un test Pap chaque année)⁶.

1.3 IMPACT DU CANCER DU COL UTÉRIN ET MESURES DE PRÉVENTION

En 2008, l'Institut national du cancer du Canada estimait qu'environ 1 300 Canadiennes et 280 Québécoises recevraient un diagnostic de cancer du col utérin (INSPQ, 2009, p. 8). Ce cancer représentait alors 1,7 % des nouveaux cas de cancer chez les Canadiennes, occupant ainsi le 13^e rang parmi ces derniers. Durant la même année de référence, le nombre de décès relié à ce type de cancer était estimé à 70 pour le Québec. En comparaison, pour le cancer du sein, on estimait un nombre de 6 000 nouveaux cas et de 1 400 décès; pour le cancer colorectal, l'estimation était aussi de 6 000 nouveaux cas, mais de 2 600 décès. Le Québec présente une incidence et une mortalité par cancer du col de l'utérus parmi les plus faibles au Canada, lui-même présentant les taux les plus faibles au monde.

La plupart des cas (environ 67 %) de cancer du col utérin touchent des femmes âgées de 30 à 59 ans. Étant donné sa lente évolution, le risque est minime avant 30 ans; des signes précurseurs peuvent cependant être détectés. Un pic est aussi observé chez les femmes de 75 ans et plus. Les taux de survie relatifs sur une période de cinq ans s'élevaient à environ 74 % chez les femmes atteintes.

Au cours des dernières décennies, les taux d'incidence de ce type de cancer ainsi que le taux de mortalité normalisé selon l'âge ont chuté de façon constante. Cette diminution est probablement attribuable à l'utilisation accrue du test Pap pour le dépistage des lésions préinvasives (détection de signes précurseurs du cancer avec possibilité d'intervention pour empêcher l'évolution vers un cancer). Des lésions de différents grades peuvent survenir sur le col, codées en fonction de la proportion de la membrane épithéliale atteinte (le tiers pour le code CIN1, les deux tiers pour CIN2 et les trois tiers pour CIN3⁷). Lorsque la membrane basale est atteinte, on parle de cancer infiltrant avec des possibilités de métastases.

Au Québec, le taux de participation au dépistage du CCU, pour les femmes âgées de 21 à 69 ans, est passé de 71,2 % en 2003 à 74,1 % en 2008, selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Il suit la même tendance que le taux canadien même si ce dernier est meilleur : 75,7 % en 2003 et 78,5 % en 2008.

Le virus du papillome humain (VPH) est maintenant reconnu comme l'agent causal principal du cancer du col utérin; il est présent dans 99,7 % des cas. Deux des nombreux génotypes du VPH sont, à eux seuls, associés à environ 70 % des cas. Il existe un délai important entre une infection par le VPH et ses conséquences éventuelles sur la membrane du col utérin. « À l'automne 2007, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) la mise en place d'un programme

⁶ Une réserve pourrait être émise sur une éventuelle hypothèse de déploiement à l'intérieur des budgets actuels : il n'y a pas de communication entre les postes budgétaires visant la rémunération des médecins et ceux affectés aux établissements qui pourraient offrir le dépistage (les CSSS, par exemple). Réfléchir en termes d'autofinancement serait donc plus ou moins approprié.

⁷ Les lésions de code CIN1 sont dites de bas grade alors que celles de codes CIN2 ou CIN3 sont dites de haut grade. Dans tous les cas, seule la membrane épithéliale est touchée, la membrane basale étant respectée.

d'immunisation contre les VPH [...] Le principal objectif de ce programme est de réduire, à long terme, l'incidence et la mortalité reliées au cancer du col utérin. Un objectif à plus court terme est de prévenir les états précurseurs de ce cancer. » (INSPQ, 2009, p. 1). Comme le plein effet du vaccin sur l'incidence du cancer du col utérin prendra plusieurs années à se faire sentir, le CIQ a réitéré la nécessité de maintenir les activités de dépistage du cancer du col (test Pap).

Pour l'instant, il n'existe pas de recommandations spécifiquement québécoises pour le dépistage du CCU. Les activités de dépistage sont actuellement faites selon une approche opportuniste, « c'est-à-dire qu'un test de dépistage est offert aux personnes qui consultent un professionnel de la santé. La prise en charge est par la suite laissée à la discrétion du professionnel consulté » (INSPQ, 2009, p. 16). Dans son *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin*, l'INSPQ préconise un dépistage aux deux ans. Certaines recommandations, notamment en Europe, proposent généralement des intervalles de trois ans; elles peuvent parfois aller jusqu'à cinq ans⁸.

Les principales lacunes du dépistage, telles qu'identifiées dans l'avis de l'INSPQ, sont : une participation insuffisante de la population, la sensibilité sous-optimale du test de dépistage, des déficiences dans le suivi des cas anormaux et des préoccupations au regard de l'efficacité (INSPQ, 2009, chap. 4). En elle-même, l'administration du test Pap ne comporte pas de risques.

Tout en insistant sur l'importance de maintenir, voire de systématiser, le dépistage du cancer du col pour en prévenir l'apparition et réduire la mortalité associée, les responsables du projet en reconnaissent aussi certaines limites. Pour atteindre les résultats visés en termes de réduction du nombre de cas et de décès par cancer du col, l'ensemble des femmes doit être dépisté, et cela, même si, dans 97 % des cas, le résultat sera normal. La sensibilité du test variant considérablement, ces résultats incluent des tests dits normaux par défaut d'avoir pu détecter un signe précurseur.

Par ailleurs, les lésions qui seront détectées parmi les femmes ayant un résultat anormal pourraient régresser naturellement, sans aucune intervention particulière. Ce taux de régression varie de 57 %, 43 % et 32 % selon que la lésion est de code CIN1, CIN2 ou CIN3. Inversement, ces lésions évolueront vers un cancer dans environ 1 %, 5 % et 12 % des cas⁹. Toutes les femmes chez qui une lésion est détectée se verront proposer une biopsie pour une investigation plus poussée. Comme il n'est pas possible de savoir quelles lésions régresseront et lesquelles pourraient évoluer vers un cancer, on traite beaucoup de femmes qui n'auraient pas nécessairement eu besoin d'une intervention. Ces femmes sont donc exposées aux complications possibles des interventions.

⁸ « Ces pays [Finlande, Pays-Bas] sont particulièrement attentifs aux questions d'efficacité et à l'atteinte d'un juste équilibre entre les avantages et les inconvénients du dépistage au niveau populationnel, alors que dans les juridictions où le dépistage se fait de façon opportuniste (comme aux États-Unis et dans plusieurs provinces du Canada), les cliniciens ont souvent tendance à maintenir des intervalles rapprochés et à offrir le dépistage très tôt, même aux adolescentes, dans le but de détecter tous les cas, sans égard aux inconvénients. » (INSPQ, 2009, p. 12).

⁹ Certaines lésions peuvent être persistantes sans pour autant évoluer vers un cancer. À titre d'exemple, pour les lésions codées CIN3, on observe 32 % de régression, moins de 56 % de persistance (sans évolution vers un cancer) et plus de 12 % de progression vers un cancer infiltrant.

Dans le cas des lésions de haut grade (codes CIN2 et CIN3), il y a généralement une intervention chirurgicale faite pour retirer les cellules atteintes. Plus la membrane épithéliale est atteinte, plus la zone de cellules retirées est grande. Cette intervention, comme toute intervention médicale, n'est pas sans risque. Le risque le plus important touche les femmes en âge de procréer : l'intervention peut conduire à une incompetence du col et, en conséquence, provoquer des fausses couches ou des accouchements prématurés lorsque la femme sera enceinte.

2 LA RÉFLEXION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

2.1 COMPRENDRE LA SITUATION

L'appropriation du projet pilote par le CESP se fait principalement par la délibération et les clarifications apportées à la suite des allers-retours entre le comité et les responsables du projet et par les informations que la permanence tire de la littérature afférente au projet. Cette appropriation l'amène à comprendre, de la manière suivante, les éléments relatifs au problème de santé visé, à la stratégie de prévention proposée ainsi qu'aux conséquences possibles de cette stratégie.

D'un point de vue strictement statistique, **le cancer du col utérin est un problème peu fréquent** : le nombre de décès et le taux de mortalité associés au CCU sont faibles en eux-mêmes¹⁰; ils le sont aussi en comparaison à d'autres cancers chez les femmes et dans la population dans son ensemble comme ils le sont en comparaison à d'autres problèmes de santé. Nonobstant la fréquence peu élevée du CCU et le pronostic de survie, comme il s'agit d'un cancer, il est plausible, qu'à ce titre, il soit perçu par la population comme un problème de santé important¹¹.

La justification d'agir sur ce cancer, telle que la comprend le Comité, ne repose donc pas d'abord sur son ampleur, mais sur le fait que ce cancer est considéré comme **un problème de santé évitable**. Depuis l'introduction du dépistage par le test Pap, on a observé une chute très marquée de la mortalité associée à ce type de cancer. De plus, l'introduction du vaccin contre le VPH « aura pour effet de réduire davantage les taux d'incidence et de mortalité à plus long terme¹² ». Certains chercheurs évoquent même la possibilité d'éradiquer un jour ce cancer. S'il s'agit là d'une affirmation peut-être trop optimiste, elle souligne la possibilité d'intervenir avant la phase de cancer elle-même. De plus, elle exerce une force d'attraction importante autant sur le plan scientifique que symbolique.

Le dépistage par le test Pap fait partie des pratiques cliniques préventives depuis longtemps¹³. Au Québec, son accès repose sur l'offre du médecin de passer le test lors de la consultation médicale. Selon les données les plus récentes (ESCC 2008), le taux de participation des Québécoises à ce dépistage est de 74 %, en hausse de 3 % par rapport à 2003¹⁴. L'efficacité observée du dépistage a pour résultat que c'est chez les femmes non dépistées ou dépistées selon une fréquence trop faible qu'on observe le plus haut taux de cancer invasif.

¹⁰ En Grande-Bretagne, on dit que c'est un cancer rare.

¹¹ Sur le plan individuel et familial, un problème de santé, notamment un cancer, est toujours un problème important.

¹² Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*, p. 29.

¹³ Introduit au Canada en 1949, le dépistage du CCU par le test Pap a été appuyé par de nombreux travaux aux cours des années : en 1973, avant la Conférence des sous-ministres de la santé; par le Rapport Walton en 1976, etc. (*Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, 2009, <http://www.phac-aspc.gc.ca>).

¹⁴ À titre de comparaison, le *Rapport d'activité 2004-2005* du Programme québécois de dépistage du cancer du sein indique une participation de 47,9 % pour cette année-là.

Le dépistage comme tel ne présenterait pas de risque pour les femmes si ce n'est l'inquiétude qui peut être associée à tout examen de dépistage de cancer. Les lésions identifiées par le dépistage et qui donnent lieu à des interventions (colposcopie, biopsie, excision ou ablation des lésions à risque) n'évolueraient pas nécessairement vers un cancer. Un bon nombre de traitements sont donc administrés à titre préventif pour des lésions qui auraient régressé naturellement ou n'auraient pas évolué sous forme de cancer. Il n'est cependant pas possible de connaître quelles lésions régresseront et lesquelles évolueront vers un cancer.

Les interventions découlant du dépistage peuvent comporter des risques pour les femmes en âge de procréer. Le plus sérieux serait celui d'une incompétence du col pouvant causer des fausses couches ou des naissances prématurées lors d'une future grossesse. Une recension de la littérature portant sur ces problèmes n'est pas disponible, à ce moment-ci. Des articles consultés (Arbyn *et al.*, 2008; Jakobsson 2007) indiquent qu'il y aurait une association démontrée entre des interventions consécutives à l'identification de lésions précancéreuses et des difficultés lors de grossesses subséquentes (fausses couches ou accouchements prématurés).

La stratégie proposée pour améliorer la participation des femmes au dépistage est celle d'une lettre d'invitation personnalisée ciblant les femmes n'ayant jamais été dépistées ou ne l'ayant pas été depuis trois ans ou plus. Cette stratégie est celle qui a montré les meilleurs résultats selon une recension d'écrits réalisée par l'INSPQ. La conclusion rapportée est que les interventions avec lettres d'invitation sont appuyées par les preuves les plus fortes, mais les gains sont plutôt modestes.

Dans le projet soumis au CESP, **la réalisation de la stratégie d'invitation personnalisée repose sur la création d'une banque de données** impliquant de recourir à des renseignements personnels inscrits dans des dossiers médicaux et de croiser ces renseignements avec ceux de la RAMQ afin d'identifier la population cible. Celle-ci se compose des femmes de 21 à 69 ans, sans histoire d'hystérectomie, ni de cancer du col, résidant dans le territoire du projet pilote et qui, selon la banque de données créée, n'aurait pas passé de test Pap depuis trois ans ou plus ou n'en aurait peut-être jamais passé, ce comportement ne répondant pas aux recommandations des spécialistes.

Le CESP a noté que les responsables du projet étaient sensibles à l'acceptabilité du recours aux renseignements personnels pour identifier les femmes ciblées par le projet et à l'acceptabilité d'une lettre basée sur un tel croisement de données. Toutefois, il n'y a pas de définition claire de ce qu'on cherche à apprécier sous le terme d'acceptabilité. Certaines études semblent assimiler l'acceptabilité à l'effet recherché en termes d'augmentation de la participation, ce qui paraît questionnable.

2.2 FORMULER ET ANALYSER LES PRÉOCCUPATIONS ÉTHIQUES

Dès le dépôt du projet au CESP, les responsables du projet ont souligné les préoccupations éthiques se posant au regard du respect de la confidentialité des renseignements personnels et du respect de la vie privée : la réalisation du projet repose sur une invitation non sollicitée par les femmes et rendue possible par l'accès à des renseignements personnels obtenus en

croisant des informations faisant partie d'un dossier médical (les renseignements des laboratoires de cytologie) avec celles de la RAMQ. C'est sur cette préoccupation que le CESP a centré son attention, conscient que le projet pouvait soulever d'autres questionnements éthiques.

À titre d'exemple, sur un plan macroscopique, les problèmes d'allocation des ressources découlant du choix d'intervenir de manière particulière sur un problème de santé donné peuvent toujours soulever des questions relatives à l'équité et la justice. Dans le cas du projet pilote, le déploiement éventuel aura-t-il un effet négatif sur celui d'autres actions prioritaires retenues à l'égard du cancer du col? Le niveau de seuil optimal de la participation au dépistage n'est pas déterminé. Comment apprécier un tel seuil? Autrement dit, à partir de quel seuil de participation considère-t-on que toute action supplémentaire pour l'augmenter n'est plus rentable? Quelle est la place relative de ces actions par rapport à celles qui seraient envisagées pour des cancers présentant une mortalité et une incidence beaucoup plus élevées? La stratégie développée pour augmenter la participation au dépistage répond-elle à un problème d'accessibilité aux services de première ligne et, si oui, risque-t-on de voir se développer plusieurs projets en pièces détachées par rapport à une vision plus globale du problème d'accessibilité?

La capacité d'un projet ou d'un programme à atteindre les objectifs sanitaires visés repose sur la pertinence et l'efficacité des stratégies retenues. Or, il faut souligner que les objectifs visés et l'efficacité des actions retenues font partie de la dimension éthique des actions en santé publique et sont ainsi pertinents à l'évaluation éthique de celles-ci. En effet, plus l'action proposée apporte des bénéfices en termes d'amélioration de la santé des populations visées, plus d'éventuelles conséquences négatives seraient, en général, acceptables. Inversement, moins une action proposée comporte de conséquences négatives, plus nous devrions être disposés à accepter un impact moins important sur la santé. Cette recherche d'équilibre caractérise la réflexion en éthique de santé publique.

Selon les responsables du projet, l'efficacité est ici comprise comme la capacité à augmenter le taux de participation au test Pap pour les femmes de 21 à 69 ans, en fonction d'un intervalle optimal entre deux tests (ici, moins de trois ans; globalement, entre deux et trois ans). Dans le cadre précis de ce projet pilote, la pertinence d'une invitation personnalisée est associée à l'efficacité démontrée par cette mesure dans des études conduites ailleurs. L'organisation des services variant selon les juridictions, l'utilisation des informations tirées de ces expériences doit tenir compte des éléments de contexte propres à chacune avant d'être appliquées à notre réalité.

L'impact sur la santé découlant de l'augmentation du dépistage conséquent à l'envoi de la lettre est difficile à mesurer. Selon les informations fournies au CESP, le projet, s'il était appliqué à l'ensemble du Québec, pourrait permettre de détecter 3 cas supplémentaires de cancer du col par année et 170 cas de lésions de grade sévère (lésions présentant un risque plus élevé d'évoluer vers un CCU). Sur un plan populationnel, il s'agirait donc d'un impact limité.

La recevabilité de la stratégie de promotion du dépistage, la faisabilité et l'efficacité d'une banque de données permettant d'identifier la population cible, l'accès au test par le partage des responsabilités entre les différents professionnels de la santé appelés à effectuer le test Pap (médecins et infirmières qui agiraient sous une ordonnance collective) et les institutions regroupant ces professionnels (notamment les CSSS, pour les infirmières) sont autant de conditions d'efficacité du projet pilote et de son éventuel déploiement. Chacune de ces conditions peut soulever des préoccupations éthiques quant à l'efficacité et la cohérence des services et à l'autonomie des femmes.

Il faut aussi souligner que cette stratégie de promotion du dépistage s'inscrit parmi un ensemble d'activités qui composerait un véritable programme de lutte au cancer, à l'échelle du Québec. La pleine efficacité d'un tel programme et de ses composantes (dont le projet d'invitation personnalisée) reposent sur la mise en œuvre équilibrée de ces différentes activités : le développement de guides de pratique pour le dépistage au moyen de la cytologie et pour les examens de confirmation diagnostique et les activités de rehaussement des mécanismes d'assurance-qualité de la cytologie, par exemple¹⁵.

L'objectif de réduction du cancer du col, un bénéfice pour chacune des femmes visées, doit être évalué en fonction des risques possibles pour ces dernières, découlant d'une augmentation du dépistage, notamment pour celles en âge de procréer et qui pourraient souffrir d'une incompetence du col associée à un risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré. Des risques d'infection sont aussi possibles pour l'ensemble des femmes qui subiraient des interventions à la suite de la détection de lésions qui n'auraient pas forcément évolué vers un cancer.

2.2.1 La préoccupation éthique sur laquelle porte l'avis du Comité

Le CESP n'ayant pas la possibilité de s'attarder à chacune des questions pouvant être soulevées par les différentes composantes du projet pilote, il a ciblé celle lui paraissant la plus significative et lui permettant le mieux de répondre aux besoins des responsables du projet, à ce moment-ci de leur démarche.

L'examen du projet pilote par le CESP a été développé en fonction de la question suivante :

Serait-il légitime d'identifier les femmes n'ayant pas passé de test Pap, peut-être volontairement, en croisant de l'information médicale nominale détenue par des laboratoires médicaux et des renseignements nominaux figurant au dossier de la RAMQ pour relancer ces femmes afin de les inciter à se soumettre à ce test, dans le cadre d'une stratégie de promotion de dépistage du cancer du col de l'utérus?

¹⁵ La recommandation 9 de l'INSPQ est formulée de la manière suivante : « Mettre en place une procédure d'invitation par lettre selon une approche populationnelle dès que le système d'information sera en place pour identifier les femmes non participantes, que des lignes directrices seront entérinées et que les services seront disponibles pour accueillir les femmes n'ayant pas de médecin traitant. » (Goggin et Mayrand, 2009).

La question ne porte donc pas sur le fait d'utiliser une lettre d'invitation personnalisée pour inciter les femmes à se faire dépister, mais sur le fait de recourir à des informations personnelles habituellement comprises comme étant du domaine privé pour cibler un groupe de femmes en particulier afin de les encourager à se faire dépister.

2.2.2 L'identification et l'analyse des valeurs en présence

Trois valeurs se dégagent de la question sous examen : la vie privée, l'autonomie et la bienfaisance. La vie privée (formulée en termes de droit à la vie privée et à la confidentialité) et la bienfaisance étaient déjà identifiées comme valeurs et normes en tension dans le formulaire de présentation du projet au Comité. De manière condensée, le Comité a défini chacune des trois valeurs retenues de la manière suivante :

- Vie privée : aspects de la vie d'une personne ne concernant qu'elle-même.
- Autonomie : capacité de formuler et d'exercer ses choix personnels.
- Bienfaisance : action de faire du bien dans l'intérêt social et de la population.

Dans le cas du projet sous examen, l'aspect de la vie privée ne concernant que les femmes elles-mêmes serait celui des renseignements médicaux les touchant, plus précisément ceux sur leur recours à des tests de dépistage. L'autonomie des femmes se comprend dans cette situation comme leur capacité de choisir de passer ou non un test Pap et de choisir la fréquence qu'elles pensent appropriée. La bienfaisance se comprend par les actions de santé publique en vue de réduire les cas de cancer du col utérin et la mortalité associée à ce cancer chez les femmes.

Cette compréhension des valeurs en présence est une formulation simplifiée. La discussion a permis de nommer les limites et conditions de réalisation de ces valeurs. À titre d'exemple, la capacité d'une personne à formuler et à exercer ses choix – à être autonome – est influencée par l'information dont elle dispose, par sa capacité à la comprendre et à se l'approprier, par son environnement (son milieu socioculturel), ses capacités financières, etc. Voyons comment le CESP a compris ces valeurs.

Tout d'abord, la bienfaisance se traduit dans le projet par les bienfaits attendus de l'augmentation du dépistage du CCU. Or, comme il a été souligné ci-haut, les bénéfices attendus pour la santé de la population résultant de l'augmentation du dépistage sont minces. Dans l'analyse de la préoccupation éthique retenue par le CESP, le faible poids relatif de la bienfaisance résultant de l'augmentation du dépistage a été maintes fois souligné.

Le souci pour la vie privée des femmes ciblées par le projet s'est rapidement retrouvé au centre des délibérations du Comité. L'identification des femmes, à travers le croisement des données proposé, pose un problème de nature éthique au sens où, tout d'abord, elle identifie des comportements jugés non conformes à une norme quant au dépistage et, ensuite, permet de contacter les femmes sur la base de leur non-conformité à la norme visée.

Quelques facteurs renforcent le problème posé à la vie privée des femmes en question. Tout d'abord, il n'existe aucune manière d'atténuer le problème posé par le croisement des données. On pourrait affirmer que le consentement des femmes à un tel croisement de données pourrait offrir une porte de sortie intéressante. Or, il n'est pas possible de susciter le consentement préalable des femmes ainsi identifiées puisque le croisement est nécessaire à la dite identification. La possibilité de retrait du système d'invitation ne vaudrait que pour la lettre de rappel, n'atténuant pas l'ingérence initiale à la vie privée. Ensuite, l'évolution rapide des capacités techniques à effectuer ce type de croisement nous force à constater que les risques d'atteinte à la vie privée des personnes concernées ne peuvent que s'accroître et que le précédent constitué par le projet doit être pris au sérieux.

Si l'atteinte à la vie privée des femmes est importante dans le projet pilote, existe-t-il d'autres façons de personnaliser la lettre d'invitation au dépistage du CCU? À ce titre, au début des travaux du CESP sur l'examen du projet pilote, des clarifications ont été données aux membres du Comité pour répondre à leur besoin de distinguer le projet pilote du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), celui-ci fonctionnant aussi par le biais d'une invitation personnalisée au groupe cible de ce programme (femmes âgées de 50 à 69 ans). Dans les deux cas, l'objectif de l'invitation est de promouvoir le recours à un test préventif, la mammographie ou le test Pap. Dans le cas du PQDCS, cette invitation s'adresse à toutes les femmes du groupe d'âge ciblé¹⁶. Dans le cas du projet pilote, l'invitation s'adresse à celles qui, selon les informations obtenues, n'auraient pas passé de test Pap au cours des trois dernières années et n'auraient pas d'antécédent de cancer du col ou d'hystérectomie. Pour identifier ces femmes, le projet doit compter sur des renseignements personnels sur l'état de santé des femmes et leur recours à des services préventifs (test Pap). Il s'agit d'une différence des plus significatives entre les deux approches d'invitation au dépistage. Dans le cas du cancer du sein, seuls des renseignements de nature démographique sont requis : âge de la personne et adresse de résidence. L'existence de cette alternative ne présentant pas ou peu de problème à l'égard de la vie privée des personnes ciblées a été maintes fois soulignée dans le cadre des délibérations du CESP. Les responsables du projet ont exprimé des craintes de contribuer à une situation de surdépistage si la stratégie conduisait au renforcement du recours au dépistage pour les femmes ayant déjà subi un test Pap dans les trois dernières années. Toutefois, ces craintes demandent à être appuyées par des études sur la question.

Enfin, la question de l'autonomie des femmes visées a aussi été soulevée. Comme pour toute autre question concernant leur santé, les femmes ne pourront prendre une décision éclairée qu'à la condition d'avoir accès à une information pertinente, juste, complète et proportionnée. Il s'agit autant de l'information contenue dans la lettre d'invitation que de celle fournie par le professionnel ou la professionnelle de la santé si la femme consulte en vue du test. Il pourrait aussi s'agir d'information populationnelle développée dans le cadre de ce projet. Il serait donc en position de renforcer la capacité des femmes à faire des choix

¹⁶ La lettre comprend des informations pour le cas particulier où la femme invitée aurait déjà eu un cancer du sein. Autrement, et à moins d'indications cliniques que le médecin aurait pu identifier, on ne s'attend pas à ce que les femmes de moins de 50 ans aient déjà passé une mammographie; on veut les inciter à amorcer cette pratique.

éclairés quant à leur santé, dans la mesure où, par exemple, les intervenants reçoivent une formation appropriée et la lettre répond à des critères préétablis.

Par contre, le Comité souligne qu'il est plausible que certaines femmes aient choisi de ne pas se faire tester pour le CCU, pour toutes sortes de raisons. Dans ce cas, la lettre envoyée et, à fortiori, le rappel risquent de confronter l'autonomie de ces femmes : le message perçu – même si ce n'est pas celui voulu – pourrait être qu'elles ne font pas le bon choix, voire qu'elles n'ont pas la capacité réelle de faire un choix de cette nature. Il y a lieu d'être très attentif à ces éléments compte tenu du risque de pression toujours présent quand on cherche à influencer les choix dans une perspective de comportements favorables à la santé. Les experts en santé, incluant ceux en santé publique, font figure d'autorité en matière médicale. Quand le système de santé initie le dépistage ou, comme proposé ici, utilise une stratégie personnalisée de promotion du dépistage, il y a toujours une forme de pression en faveur d'une réponse positive à l'offre de dépistage. Plus la participation est prise pour acquise, plus la pression de participer sera perçue (Juth et Munthe, 2007).

3 LA RECOMMANDATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans leur examen du projet, les membres du Comité ont identifié trois principales valeurs en tension : d'une part, la bienfaisance et d'autre part, la vie privée et l'autonomie. Réaliser le projet pilote tel qu'il est actuellement défini implique de repousser les limites de l'utilisation des renseignements médicaux par les agents de l'État (santé publique) pour promouvoir le dépistage auprès des femmes qui, selon ces renseignements, n'ont jamais été dépistées ou ne l'ont pas été depuis au moins trois ans. Cette ingérence dans la vie privée des femmes apparaît déraisonnable par rapport aux bénéfices populationnels de l'intervention proposée, en termes de prévention du cancer du col utérin.

Ainsi, dans le contexte particulier du projet pilote et le contexte québécois de pratique médicale, le Comité recommande de donner préséance aux valeurs de vie privée et d'autonomie. Ce faisant, le CESP ne trouve pas légitime, dans une perspective éthique, d'identifier les femmes n'ayant pas passé de test Pap, peut-être volontairement, en procédant à la création de la banque de données envisagée dans le projet; procéder à une invitation personnalisée sur une telle base n'apparaît donc pas légitime.

Le CESP recommande aux responsables d'explorer des moyens moins invasifs, sur le plan de la vie privée, pour améliorer la participation au dépistage du cancer du col utérin. À partir des travaux soumis à son attention dans l'examen de ce projet pilote, le Comité suggère d'explorer la pertinence d'un programme organisé de dépistage, à l'image du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, où l'ensemble des femmes seraient sensibilisées ou invitées à participer au dépistage. Une approche d'ensemble pourrait éventuellement permettre les gains de participation visés, en réduisant à la fois le sous-dépistage et le surdépistage tout en respectant la vie privée des individus. Quelles que soient les pistes explorées, il semble important de mieux identifier les caractéristiques des femmes qui n'ont jamais passé de test Pap ou qui ne l'ont pas fait suffisamment et les raisons de ce comportement. Cette connaissance plus fine pourrait éventuellement mettre en lumière des pistes d'intervention qui n'exigeraient pas de recourir à des renseignements personnels.

RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009), *Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*, www.phac-aspc.gc.ca.

ARBYN, M., Kyrgiou, M., Martin-Hirsch, P., & Paraskevaidis, E. (s.d.). Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia:meta-analysis. *British Medical Journal* , *BMJ* 2008;337:a1284doi:10.1136/bmj.a1284.

JAKOBSSON, M. (2007). Preterm Delivery After Surgical Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstetrics & Gynecology* , 109 (Issue 2, Part1), p. 309-313.

JUTH, N., MUNTHE, C. (2007). Screening: Ethical Aspects. Dans R. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper, & J. McMillan (Éds.), *Principles of Health Care Ethics*, second edition. John Wiley & Sons, Ltd.

GOGGIN, Patricia et Marie-Hélène MAYRAND (2009), *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*, Institut national de santé publique du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007), *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, Direction de la lutte contre le cancer, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), *Rapport d'activité 2004-2005 du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, www.msss.gouv.qc.ca/PQDCS.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER et INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2008), *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*, Toronto, Canada, www.cancer.ca.

