



HAL
open science

Motifs conduisant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie

Mathilde Lochmann

► **To cite this version:**

Mathilde Lochmann. Motifs conduisant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2021. Français. NNT : 2021TOU20082 . tel-04319576

HAL Id: tel-04319576

<https://theses.hal.science/tel-04319576>

Submitted on 3 Dec 2023

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.



THÈSE

En vue de l'obtention du DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par
Mathilde LOCHMANN

Le 2 décembre 2021

**Motifs conduisant les femmes à accepter ou à refuser la
réalisation d'une mammographie.**

Ecole doctorale : **CLESCO - Comportement, Langage, Education, Socialisation,
Cognition**

Spécialité : **Psychologie**

Unité de recherche :

**CERPPS -Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et
Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par

Maria Teresa MUNOZ SASTRE et Myriam GUEDJ

Jury

Mme Marie PRÉAU, Rapporteur

M. Bruno QUINTARD, Rapporteur

Mme Véronique CHRISTOPHE, Examinatrice

M. Lonozou KPANAKE, Examineur

Mme María Teresa MUÑOZ-SASTRE, Directrice de thèse

Mme Myriam GUEDJ, Co-directrice de thèse

RÉSUMÉ

Introduction : Cette recherche visait à examiner les motifs conduisant les femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie et à les regrouper autour de grands facteurs motivationnels facilitateurs et barrières caractéristiques. Il s'agissait ensuite d'explorer les liens entre les facteurs motivationnels identifiés, les variables sociodémographiques, les variables de personnalité, les variables émotionnelles à savoir l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété, et la fréquence de réalisation des mammographies.

Méthode : Trois études basées sur la Théorie du Renversement ont été réalisées sur des échantillons distincts. Dans la première étude, 16 participantes ont été invitées à prendre part à des entretiens semi-directifs. Des analyses de contenu thématique ont été menées ainsi que des analyses lexicométriques via le logiciel Iramuteq. Dans la seconde étude, 168 participantes ont répondu à deux questionnaires élaborés sur la base des entretiens et de la littérature. Ceux-ci inventoriaient les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie. Dans la troisième étude, 126 participantes ont – en plus d'avoir renseigné ces deux derniers questionnaires – répondu à l'EII, le QIPS, le GAD-7 et le BHI-24, évaluant respectivement l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété et les traits de personnalité. Des données relatives à l'âge, au nombre d'enfant(s) et à la fréquence de réalisation des mammographies ont également été récoltées. Des analyses en composantes principales (ACP), des analyses confirmatoires, des analyses de corrélations, des tests T de Student et des analyses de régressions ont été effectués à l'aide du logiciel Statistica 12.

Résultats : Sept facteurs motivationnels facilitateurs ont été mis en lumière : « Intérêt du diagnostic précoce », « Qualité de la prise en charge », « Habituation », « Perspective collectiviste », « Suivre l'avis du médecin », « Cancer(s) dans l'entourage », « Croyances hypocondriaques ». Six facteurs motivationnels barrières ont également été révélés : « Absence de cancer dans l'entourage », « Angoisses », « Douleur physique et morale », « Difficultés spatio-temporelles », « Manque d'informations », « Aspiration à la liberté ». Les facteurs « Manque d'informations » et « Douleur physique et morale » étaient liés négativement à la fréquence de réalisation des mammographies. L'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété et les traits de personnalité n'entretenaient aucune relation significative avec cette même variable. L'âge et le facteur « Habituation » avaient un effet prédictif positif sur la fréquence mammographique tandis que le facteur « Difficultés spatio-temporelles » avait un effet prédictif négatif.

Conclusion : Ces travaux offrent une meilleure compréhension des motifs à accepter ou à refuser de réaliser une mammographie et proposent des pistes de réflexion dans le champ de la santé publique. Cette recherche nous apprend notamment en quoi le dépistage de masse ne doit pas perdre de vue l'individu et ses singularités. Les résultats pourraient permettre d'améliorer la communication médecin/patiente.

Mots clés : Mammographie ; Cancer du sein ; Motifs ; Théorie du renversement

ABSTRACT

Introduction: This research aimed to examine the motives leading women to accept or refuse to perform a mammogram and to gather them around major characteristic facilitators and barriers motivational factors. Then, it was a question of to explore the links between identified motivational factors, socio-demographic variables, personality variables, emotional variables namely intolerance to uncertainty, worry, anxiety, and the mammogram's frequency.

Method: Three studies based on Reversal Theory are performed on separate samples. In the first study, 16 participants were invited to take part in semi-structured interviews. Thematic content analyzes were carried out as well as lexicometric analyzes using the Iramuteq software. In the second study, 168 participants answered two questionnaires developed on the basis of the interviews and the literature. These list the motives to accepting or refusing to perform a mammogram. In the third study, 126 participants - in addition to having completed these last two questionnaires - responded to the EII, QIPS, GAD-7 and BHI-24, respectively assessing intolerance to uncertainty, worry, anxiety and personality traits. Data relating to age, number of children and frequency of mammograms were also collected. Principal component analyzes (PCA), confirmatory analyzes, correlation analyzes, Student's T tests and regression analyzes, were performed using Statistica 12 software.

Results: Seven facilitator motivational factors have been highlighted: "Interest of early diagnosis", "Quality of care", "Habituation", "Collectivist perspective", "Follow doctor's advice", "Cancer(s) in entourage", "Hypochondriacs beliefs". Six motivational barrier factors have been also revealed : "Absence of cancer in entourage", "Apprehension", "Physical and moral pain", "Spatiotemporal difficulties", "Lack of information", "Aspiration for freedom". The factors "Lack of information" and "Physical and mental pain" were negatively related to mammogram's frequency. Intolerance of uncertainty, worry, anxiety and personality traits had not any significant relationship with this same variable. The age and the "Habituation" factor had a positive predictive effect on the mammogram's frequency, while the "Spatiotemporal difficulties" factor had a negative predictive effect.

Conclusion: This work gives a better understanding of the motives to accept or refuse to perform a mammogram and offer multiples area of reflection in the field of public health. This research learns us, in particular, how mass screening shouldn't lose sight of the individual and his singularities. The results could improve doctor/patient communication.

Keywords: Mammography; Breast Cancer; Motives; Reversal Theory

REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier Madame María-Teresa Muñoz-Sastre pour avoir accepté d'être la directrice de cette thèse et pour ses conseils avisés. Je souhaite également remercier chaleureusement la co-directrice de cette thèse, Madame Myriam Guedj, pour ses grandes qualités humaines, sa disponibilité, sa confiance, sa pédagogie et ses encouragements.

J'exprime également toute ma reconnaissance à Madame Véronique Christophe, Monsieur Lonozou Kpanake, Madame Marie Préau et Monsieur Bruno Quintard qui ont accepté d'être les membres du jury de cette thèse.

Je remercie sincèrement Madame Nicole Cantisano et Monsieur Éric Fruchart, membres du comité de suivi de cette thèse, pour leurs suggestions constructives et leur bienveillance.

J'adresse toute ma gratitude à Monsieur Étienne Mullet pour le temps accordé et les savoirs transmis.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement toutes les femmes qui ont offert de leur temps en participant à cette recherche.

Bien sûr, je remercie ma famille pour leur douce présence. Mes sœurs Clémentine et Clarisse, mon frère Étienne qui sont des bouffées d'oxygène. Na nièce Nina, ma mère, mon père, Aurore, pour leur affection. Merci à mes grands-parents, Françoise, Gilberte et Camille pour leur écoute et réconfort. À Brigitte et Pascal pour leur support qui m'est précieux. À Bertrand, Catherine, Vincent, Anne, Markus, Martin, Manon, Hugo, Arthur, Léo, Anna, Fiona, Magali, Matthias, Cécile, leur existence me fait du bien. J'envoie toutes mes pensées à Hubert, Blandine et Dominique.

Merci à Sarah, à Nancy et à Marion pour leurs sincères amitiés.

Enfin, j'adresse une tendresse éternelle à Thomas qui a cru en moi avant que je croie en moi-même, qui m'a soutenu plus que quiconque, qui m'a vu grandir.

ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

Publications

- Lochmann, M., Guedj, M., Mullet, E., & Muñoz Sastre, M. T. (Soumis). Perform a mammography or not : Motives' inventory. *Journal of Health Psychology*.
- Lochmann, M., & Guedj, M. (In press). Approche qualitative des motifs à consentir ou à refuser de réaliser une mammographie : L'apport de la théorie du renversement. *Psycho-oncologie*.
- Lochmann, M. (2021). La douleur, composante punitive dans l'organisation obsessionnelle? À propos d'une patiente fibromyalgique. *Douleur et Analgésie*, 1-3.
<http://doi.org/10.3166/dea-2021-0166>
- Lochmann, M., & Guedj, M. (2020). Under what conditions do lay persons and health professionals accept a breach of doctor-patient confidentiality regarding a patient with signs of terrorist radicalization? *European Review of Applied Psychology*, 75(5), 1-9.
<http://doi.org/10.1016/j.erap.2020.100558>

Communications

- Lochmann, M., Guedj, M., & Muñoz Sastre, M. T. (2021). Motivations des femmes à consentir ou à refuser la réalisation d'une mammographie : une démarche qualitative. [Congrès]. 11^e congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé. Paris, France.
- Lochmann, M., & Guedj, M. (2019). Under what conditions do French lay persons and health professionals accept a breach of doctor-patient confidentiality regarding a patient with signs of terrorist radicalization? [Conference]. 7th International Conference of Information Integration Theory & Functional Measurement. Port-Barcarès, France.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	15
I. PARTIE THÉORIQUE :.....	18
CHAPITRE 1. La mammographie au service du dépistage du cancer du sein	18
1. Épidémiologie du cancer du sein.....	18
2. Contexte d'apparition du dépistage : une nouvelle façon de conceptualiser la médecine	18
3. Le dépistage organisé du cancer du sein :	20
3.1. Dans le monde et en France	20
3.2. Ses enjeux et objectifs.....	21
3.2.1. Déclin du taux de mortalité spécifique au cancer du sein.....	21
3.2.2. Déclin de l'incidence du cancer du sein de stade avancé	21
3.2.3. Déclin des traitements chirurgicaux	22
4. Pratique de la mammographie en dehors du dépistage organisé : Pour qui ? Pour quoi ? Quand ?	22
CHAPITRE 2. La mammographie, examen controversé ?.....	24
1. Les risques/inconvénients inhérents à la mammographie	24
1.1. Le surdiagnostic	24
1.2. Le faux positif	25
1.3. Les rayons ionisants	26
1.4. Le surtraitement	26
2. Des conflits d'intérêts ?	27
3. Le rôle des informations données	29
3.1. Manque d'équilibre dans la balance informative bénéfiques/risques	29
3.2. Les perceptions des femmes quant à la mammographie.....	30
CHAPITRE 3. Variables sociodémographiques et médicales influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie	32
1. Niveau socio-économique et mammographie	32
2. Âge, nombre d'enfant(s) et mammographie.....	34
3. Antécédents familiaux de cancer du sein et mammographie	36
CHAPITRE 4. Variables de personnalité influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie	37

1. Les traits de personnalité	37
2. Personnalité et mammographie	40
CHAPITRE 5. Variables émotionnelles influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie	42
1. Anxiété, inquiétude et intolérance à l'incertitude.....	42
2. Angoisses et mammographie.....	43
2.1.angoisses liées à la peur de la maladie.....	43
2.2.angoisses liées à la douleur.....	44
2.3.angoisses liées aux conséquences de la maladie.....	45
CHAPITRE 6. Influence de la norme sur l'acceptation ou le refus de réalisation d'une mammographie	46
1. La notion de norme.....	46
2. Normes et mammographie.....	47
CHAPITRE 7. Influence de la relation patient-médecin sur l'acceptation ou le refus de réalisation d'une mammographie	48
1. La relation patient-médecin	48
CHAPITRE 8. Influence des motivations sur la réalisation d'une mammographie.....	50
1. Études qualitatives.....	51
2. Études quantitatives.....	52
CHAPITRE 9. Accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie : approche motivationnelle	54
3. La Théorie du Renversement.....	54
3.1. Présentation générale	54
3.2. Approfondissement.....	56
3.2.1. États psychologiques et niveau d'activation	56
3.2.2. Description des états motivationnels.....	57
4. Intérêts du modèle	59
4.1. La Théorie du Renversement en psychologie de la santé : Applications	59
4.2. Le modèle du renversement : Une théorie centralisatrice et structurante	62
4.3. La Théorie du Renversement à l'épreuve des théories de la motivation	64
4.3.1. La théorie Existence Relatedness Growth (ERG).....	64
4.3.2. La Théorie des Besoins motivationnels.....	65
4.3.3. La Théorie de l'Autodétermination (TAD).....	66
4.3.4. La plus-value de la Théorie du Renversement	67
II. PARTIE EMPIRIQUE	70
ÉTUDE 1	70

Objectifs	70
Hypothèses et questions de recherche.....	70
Méthode.....	71
Participantés	71
Matériel	72
Procédure	73
Résultats	74
1. Analyse de contenu.....	74
1.1. Motifs facilitateurs	78
1.2. Motifs barrières	80
2. Analyse lexicométrique	82
Discussion	85
ÉTUDE 2.....	87
Objectifs	87
Hypothèses et questions de recherche.....	87
Méthode.....	88
Participantés.....	88
Matériel.....	89
1. Les échelles des motifs à accepter et à refuser la réalisation d’une mammographie	89
2. Le questionnaire descriptif	90
Procédure	91
Résultats	91
1. Analyses factorielles exploratoires	91
1.1. Analyse factorielle exploratoire des motifs à accepter la réalisation d’une	
mammographie	92
1.2. Analyse factorielle exploratoire des motifs à refuser la réalisation d’une	
mammographie	96
Discussion	100
ÉTUDE 3.....	105
Objectifs	105
Hypothèses et questions de recherche.....	107
Méthode.....	109
Participantés.....	109
Matériel.....	110
1. Les échelles des motifs à accepter et des motifs à refuser la réalisation d’une	
mammographie	110

2. Le 24-items Brief HEXACO Inventory.....	111
3. Le General Anxiety Disorder	112
4. Le Questionnaire sur les Inquiétudes.....	113
5. L'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude.....	115
6. Le questionnaire descriptif	116
Procédure	116
Résultats	116
1. Analyses factorielles confirmatoires	116
1. 1. Analyse factorielle confirmatoire des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie	117
1. 2. Analyse factorielle confirmatoire des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie	120
2. Analyses corrélationnelles	122
2. 1. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie	123
2. 2. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables émotionnelles	125
2. 3. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables de personnalité	127
2. 4. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables sociodémographiques.....	128
2. 5. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, les variables émotionnelles, les variables de personnalité, les variables sociodémographiques et la fréquence de réalisation des mammographies	129
3. Analyse discriminant le groupe de femmes ayant accepté systématiquement la réalisation d'une mammographie du groupe de celles l'ayant déjà refusé	131
3. 1. Comparaison des moyennes en fonction des groupes Acceptantes et Refusantes..	131
4. Analyses de régression multiple	133
4. 1. Analyse de régression sur la variable « Fréquence de réalisation des mammographies »	134
Discussion	135
DISCUSSION GÉNÉRALE	140
CONCLUSION GÉNÉRALE	145
RÉFÉRENCES	148
ANNEXES	168
ANNEXE A : Notice d'informations et formulaire de consentement éclairé (Étude 1)	168
ANNEXE B : Grille d'entretien	170
ANNEXE C : Dendrogramme spécifique à l'analyse lexicométrique (Étude 1)	172

ANNEXE D : Notice d'informations (Étude 2)	173
ANNEXE E : Échelle des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie.....	175
ANNEXE F : Échelle des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie	184
ANNEXE G : Notice d'informations (Étude 3)	194
ANNEXE H : Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII)	196
ANNEXE I : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS).....	198
ANNEXE J : General Anxiety Disorder (GAD)	200
ANNEXE K: Brief HEXACO Inventory (BHI-24)	201
ANNEXE L : Renseignements sociodémographiques	203

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Exemples théoriques de motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, interprétés selon la Théorie du Renversement	62
Tableau 2. Points communs entre les états motivationnels de la Théorie du Renversement (Apter, 2001), de la Théorie de Besoins motivationnels (McClelland, 1961) et de la Théorie de l'Autodétermination (Deci & Ryan, 1985) d'après Mullet et al. (2014).....	68
Tableau 3. Description de l'échantillon de l'étude 1	72
Tableau 4. Thématiques issues de l'analyse de contenu secondaire, pour chaque état motivationnel de la TR.....	76
Tableau 5. Classification de Reinert : arbre thématique	82
Tableau 6. Résultats de l'analyse factorielle exploratoire concernant les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	95
Tableau 7. Résultats de l'analyse factorielle exploratoire concernant les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	98
Tableau 8. Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire concernant les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	119
Tableau 9. Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire concernant les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	121
Tableau 10. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie	123
Tableau 11. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété.....	126
Tableau 12. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les traits de personnalité (HEXACO)	127
Tableau 13. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et l'âge, le nombre d'enfant(s).....	129
Tableau 14. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, les variables émotionnelles, les variables de personnalité, les variables sociodémographiques et la fréquence de réalisation des mammographies	130
Tableau 15. Motifs facilitateurs et barrières, variables émotionnelles, variables de personnalité et variables sociodémographiques. Moyennes, écarts-types et T de Student des Acceptantes et des Refusantes.....	132
Tableau 16. Synthèse de régression sur la variable dépendante « Fréquence de réalisation des mammographies »	135

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le renversement psychologique selon Apter (1982) (d'après Loonis & Fernandez, 2004)	56
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP : Analyse en Composante Principale

BAI : Beck Anxiety Inventory

BDI : Beck Depression Inventory

BRCA : BReast CAncer

BHI : Brief Hexaco Inventory

CER : Comité d'Éthique sur les Recherches

CFI : bentler Comparative Fit Index

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DI : Dépistage Individuel

DO : Dépistage Organisé

DPO : Délégué à la Protection des données

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

EII : Échelle d'Intolérance à l'Incertitude

ERG : Existence Relatedness Growth theory

GAD : General Anxiety Disorder

GFI : Goodness of Fit Index

HAS : Haute Autorité de la Santé

HEXACO : Honnêteté/Humilité, Émotivité, eXtraversion, Agréabilité, Conscience, Ouverture

HEXACO-PI : HEXACO Personality Inventory

HEXACO-PI-R : HEXACO Personality Inventory Revised

HEXACO-SPI : HEXACO Simplified Personality Inventory

HSPT : loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire

INCa : Institut National du Cancer

IPIP : International Personality Item Pool

IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire

mSv : milliSievert

NDDI-E : Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy

NEO-FFI : NEO Five Factor Inventory

NEO-PI : NEO Personality Inventory

NEO-PI-R : NEO Personality Inventory Revised

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

ONP : échelle d'Orientation Négative au Problème

PHQ : Patient Health Questionnaire depression

PSWQ : Penn State Worry Questionnaire

QDI : Questionnaire des Domaines d'Inquiétudes

QEC : Questionnaire d'Évitement Cognitif

QIASom : Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété, échelle somatique

QIPS : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RMSAE : Root Mean Square Error of Approximation

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SCL-90 : Symptom Checklist-90

TAD : Théorie de l'AutoDétermination

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TR : Théorie du Renversement

UFC - Que choisir : Union Fédérale des Consommateurs - Que choisir

INTRODUCTION

Depuis l'émergence des politiques de santé publique à la fin du 18^e siècle, des normes inédites en matière de santé ont vu le jour. L'idée était d'améliorer l'état de santé général des populations, en luttant notamment contre des maladies telles que la tuberculose. La mise en place de dispensaires et de sanatoriums, la création de vaccins, le développement de dispositifs de santé collectifs ont participé à l'organisation de la santé publique (Bourdelaïs & Faure, 2005). La médecine prédictive a fait son apparition à la fin des années 1900 et avec elle a émergé le concept de dépistage. Le dépistage vise à diagnostiquer précocement des maladies telles que le cancer, avant même que des symptômes n'apparaissent. Il s'inscrit ainsi dans le champ de la prévention et intervient dans des programmes de santé nationaux initiés par les pouvoirs publics. Le dépistage organisé du cancer du sein s'est développé dans le monde à la fin du 20^e siècle. L'objectif pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021), en promouvant l'importance d'une détection rapide du cancer du sein, serait de contribuer à ce que la mortalité liée à cette pathologie diminue de 2,5% par an dans le monde, afin qu'en 2030, 25% des décès soient évités chez les femmes ayant moins de 70 ans, et qu'en 2040, ce taux ait atteint les 40%.

Malgré cela, l'opinion publique apparaît divisée vis-à-vis des interventions de santé collectivistes (Dawidowicz et al., 2020). L'adhésion à ces programmes semble de plus en plus problématique. D'autant plus que la question du dépistage par mammographie apparaît controversée dans la littérature (Gelly et al., 2012). En France, le niveau de participation au dépistage organisé du cancer du sein n'est jamais parvenu à atteindre le taux de couverture de 70% souhaité par le plan cancer (Institut National du Cancer [INCa], 2014). Celui-ci a même diminué depuis quelques années. Le taux de participation est passé de 52,7% (pic en 2012) à 50,3% en 2018 (Santé Publique France, 2019), tandis que ceux d'autres pays sont bien plus élevés. En 2013, la Suède recensait le taux de participation le plus important (90.4%), suivi par le Portugal (84.2%), le Danemark (83.9%), la Finlande (82.7), l'Espagne (79.8%), les Pays-Bas

(79.4%), les États-Unis (79.5%), mais aussi l'Irlande (74.7%), l'Autriche (72.7%), Israël (70.8%) et bien d'autres encore (contre 51.9% en France) (Organisation de Coopération et de Développement Économique [OCDE], 2017). Depuis plusieurs années, de nombreuses études se sont intéressées à mieux comprendre l'attitude des femmes à l'égard du dépistage par mammographie. Cela étant, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en France stagne toujours autour de 50%.

Dans la partie théorique de ce travail, un état des lieux de la recherche actuelle en ce qui concerne la pratique de la mammographie sera présenté. Nous exposerons dans quel contexte le dépistage organisé du cancer du sein est apparu, comment il s'organise en France et dans le monde, quels en sont les enjeux et objectifs, et dans quelles circonstances la mammographie se pratique en dehors de ce cadre. Nous reviendrons également sur la controverse dont cet examen fait l'objet. Nous expliciterons ce qu'y ont à voir le surdiagnostic, les faux positifs, les rayons ionisants et le surtraitement, et en quoi la présence de conflits d'intérêts et le manque d'informations délivrées participe à la nourrir. Par la suite, nous recenserons dans les travaux publiés, les variables qui poussent les femmes à accepter ou à refuser la réalisation de la mammographie. Nous étudierons en quoi les caractéristiques sociodémographiques et médicales, les variables de personnalité, les variables émotionnelles, les normes ou encore la relation patient-médecin, peuvent influencer les femmes à accepter ou à refuser la réalisation de cet examen. Nous nous demanderons par exemple : le fait d'accepter ou de refuser la réalisation d'une mammographie est-il influencé par l'âge des femmes ? Être parent modifie-t-il la façon dont l'examen est appréhendé ? Quels impacts les traits de personnalité, les angoisses, ou encore les normes sociales en matière de santé, ont-ils sur l'attitude des femmes à l'égard de cet examen ? La relation patient-médecin influencent-elles leurs comportements ? Pour finir, nous présenterons les quelques travaux ayant déjà traité des motifs à accepter ou à

refuser la réalisation d'une mammographie et décrivons le modèle théorique motivationnel sur lequel nous prendrons appui tout au long de ce travail.

Dans la partie empirique, nous conduirons plusieurs études qui viseront à répondre aux différents questionnements précédemment avancés au sujet de la mammographie. L'idée centrale consistera à établir quels sont les facteurs motivationnels facilitateurs et barrières les plus prégnants dans un échantillon de femmes de tous âges issues du grand public, et lesquels sont potentiellement prédictifs de la fréquence mammographique. Pour cela, nous utiliserons une méthodologie mixte. En premier lieu, nous opterons pour une approche qualitative (entretiens semi-directifs) car l'effet « zoom » sur un échantillon réduit apportera des précisions sur des éléments motivationnels peu étudiés dans la littérature. Grâce à l'élaboration de questionnaires, nous quantifierons par la suite nos résultats. Les liens et/ou effets entre les motifs facilitateurs et barrières, les variables émotionnelles, les variables de personnalité, les variables sociodémographiques et la fréquence mammographique seront ensuite mis en évidence.

Cette recherche se voudrait ainsi être à la fois centralisatrice, originale et structurante. Centralisatrice dans la mesure où la littérature portant sur cet objet d'étude est extrêmement dense et qu'un recensement exhaustif des variables et motifs liés à la réalisation et à la non-réalisation de la mammographie permettrait de regrouper les données scientifiques dont nous disposons. Nous espérons également contribuer à enrichir les recherches existantes en identifiant de nouveaux motifs. Cette recherche se voudrait également originale et structurante dans la mesure où les motifs issus de la littérature comme de nos travaux seront appréhendés, de façon inédite, à travers la Théorie du Renversement et se structureront autour des états motivationnels qui la caractérisent.

I. PARTIE THÉORIQUE :

CHAPITRE 1. La mammographie au service du dépistage du cancer du sein

1. Épidémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein touche tous les pays du monde. En France, en Europe ainsi qu'aux États-Unis, il est le cancer le plus fréquent chez la femme (Jehannin-Ligier et al., 2017). C'est aussi celui dont le taux de mortalité est le plus conséquent (17.9% des décès par cancer féminin en France) (Jehannin-Ligier et al., 2017). En 2017, 11 883 décès par cancer du sein étaient recensés en France, tandis que 58 968 nouveaux cas étaient diagnostiqués. En 2008, la prévalence partielle à 5 ans en France s'élevait à 219 756 femmes (INCa, 2017a). Le taux de survie à 5 ans dépendrait en partie du niveau de revenu du pays : plus il serait élevé, meilleures seraient les chances de survie (OMS, 2021). Le cancer du sein se développe, dans 80% des cas, après 50 ans (et plus particulièrement à partir de 65 ans) (Jehannin-Ligier et al., 2017). Néanmoins, un cancer du sein peut se déclarer plus tôt, notamment chez les jeunes femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein chez des parents au premier ou second degré atteints à un jeune âge, ou présentant une mutation des gènes BRCA 1/2 (INCa, 2017b). Cela étant, dans l'étude du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC, 2018), la consommation d'alcool était responsable de 15.1% des cancers du sein chez les femmes âgées de plus de 30 ans et la consommation de tabac de 4.4%. Le surpoids était la cause de 10.6% des cancers du sein chez les femmes ayant plus de 50 ans. Identifier les facteurs risques et réduire la mortalité liée à cette pathologie demeure l'un des objectifs majeurs de l'OMS (2021).

2. Contexte d'apparition du dépistage : une nouvelle façon de conceptualiser la médecine

À la fin des années 1930, les médecins ont imaginé différentes stratégies pour combattre le cancer du sein. La première consistait à réaliser des examens cliniques de palpations pour

surveiller la présence de nodules. À la fin des années 1940, l'autopalpation est préconisée aux États-Unis. Cette pratique s'est diffusée bien plus tard en France (Lecompte, 2018). La médecine prédictive, introduite par Jean Dausset, a fait son apparition dans le courant des années 1970 : elle visait à identifier les prédispositions biologiques d'un individu à diverses pathologies afin de prévenir leurs apparitions. Dans les années 1980, l'imagerie radiographique mammaire, utilisée jusqu'alors comme examen diagnostique, a été « détournée de son emploi premier pour prendre un rôle de dépistage » (Jacques & Penchaud, 2011, p. 210). Suivant cette logique prédictive, la médecine personnalisée s'est généralisée dans les années 1990. Elle visait à intervenir auprès d'individus en fonction de leurs marqueurs biologiques propres (voire à les traiter) avant qu'une anomalie ne se déclare. Ainsi, elle se voulait à la fois curative et préventive (Lecompte, 2018). En 1999, pour lutter contre le cancer, le Conseil de l'Europe recommandait de tester des personnes bien portantes (via le dépistage) afin de repérer des pathologies jusqu'à présent asymptomatiques. Depuis, la médecine préventive a pris une place conséquente au sein de la société contemporaine. L'article L. 4130-1 de la loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire (HPST) du 22 juillet 2009 définit les différentes missions du médecin généraliste de premier recours. Il lui est, entre autres, prescrit de « Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ».

Il existe trois types de prévention caractéristiques. La prévention primaire a pour objectif d'agir en amont de la maladie pour éviter que celle-ci n'apparaisse : la vaccination en est un bon exemple. La prévention secondaire a pour objectif d'agir dès l'apparition d'une maladie ; elle permet d'intervenir très précocement afin d'en améliorer l'évolution : le dépistage du cancer du sein en fait partie. La prévention tertiaire a pour objectif d'agir en aval, pour réduire les complications, risques et aggravations de la maladie : la rééducation post-traumatique illustre bien cela (Coniassé-Brioude, 2011).

3. Le dépistage organisé du cancer du sein :

3.1. Dans le monde et en France

Les premières expériences de Dépistage Organisé (DO) dans le monde ont été initiées à la fin des années 80/90 (De Wolf et al., 2006). En 1986, le programme « Europe contre le cancer » a facilité la mise en place et l'expansion du DO du cancer du sein sur l'ensemble du territoire européen. Actuellement, l'organisation de ces dépistages varie d'un pays à un autre. Certains systèmes sont centralisés quand d'autres sont régionaux, voire locaux. Les tranches d'âge de dépistage fluctuent également. Pour exemple, en France, au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni ou encore en Écosse, entre 1998 et 2012, le dépistage par mammographie était majoritairement recommandé tous les deux à trois ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans. Il était recommandé entre 40 et 49 ans uniquement aux États-Unis. Enfin, à partir de 70 ans et au-delà, les préconisations variaient davantage d'un pays à l'autre (Gelly et al., 2012). À noter qu'aux États-Unis, ce sont des sociétés de santé qui préconisent ce dépistage mais aucun programme n'est organisé par les pouvoirs publics (De Wolf et al., 2006).

Pour ce qui est de la France, le DO du cancer du sein s'est généralisé en 2004. Ce dispositif collectif recommande à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans de réaliser une mammographie tous les deux ans. La gestion de ce dépistage est effectuée par des structures régionales. Les femmes en âge de participer et n'ayant jamais eu de cancers du sein reçoivent bisannuellement une invitation par voie postale. Dans le cadre du DO, la mammographie est prise en charge à 100% par la sécurité sociale et est soumise à une double lecture (i.e., deux radiologues différents interprètent les clichés radiographiques d'une même patiente). Selon Duijm et al. (2009), la double lecture augmenterait la sensibilité du test mammographique (c'est-à-dire le nombre de cancers détectés pour 1000 femmes) de 7.3% comparé à une lecture unique.

3.2. Ses enjeux et objectifs

Le DO du cancer du sein a été pensé dans la perspective : 1) d'abaisser le taux de mortalité spécifique au cancer du sein, 2) de faire disparaître les cancers de formes évoluées, 3) de diminuer le recours à la mastectomie (Foca et al., 2013 ; Fracheboud et al., 2004 ; Lousdal et al., 2016 ; Simbrich et al., 2016 ; Tabár et al., 2014).

3.2.1. Déclin du taux de mortalité spécifique au cancer du sein

Depuis les travaux d'Halsted (1894), il est souvent admis que plus un cancer du sein est petit et pris en charge précocement plus il est curable (Miller et al., 2014). La notion de « survie » est associée au stade de prise en charge du cancer : plus un cancer est traité précocement, plus son traitement est efficace (Sant et al., 2003 ; Walters et al., 2013). À la fin du 20^e siècle, un lien entre la réduction de la mortalité spécifique au cancer du sein et son dépistage organisé a été mis en évidence par deux études réalisées aux États-Unis et en Suède (Shapiro, 1997 ; Tabár et al., 1989). Une réduction de la mortalité de 20% en moyenne a été observée chez les femmes réalisant un dépistage mammographique annuel depuis leurs 40 ans (Berrington de Gonzalez & Reeves, 2005 ; Moss et al., 2006). Selon Tabár et al. (2003), le dépistage par mammographie a permis de réduire de 40 à 50% le taux de mortalité par cancer du sein en Suisse chez les femmes âgées de 40 à 69 ans. Une autre étude a fait des constats similaires (Smith et al., 2004). Selon l'INCa (2013), le DO a permis de diminuer la mortalité spécifique du cancer du sein de 15 à 21 % dans le monde. Cela étant, il apparaît ardu d'évaluer quel poids les progrès thérapeutiques d'une part et la précocité du diagnostic de l'autre, ont dans la diminution du taux de mortalité par cancer du sein (Autier et al., 2011).

3.2.2. Déclin de l'incidence du cancer du sein de stade avancé

Un autre objectif du programme de dépistage organisé du cancer du sein consistait à réduire l'incidence des cancers du sein avancés et par voie de conséquence le taux de mortalité

spécifique à ce cancer. Simbrich et al. (2016) ont observé une diminution significative du taux d'incidence des cancers du sein de stade avancé chez les femmes de 55 à 69 ans après l'introduction d'un programme de dépistage dans le nord de l'Allemagne, et une augmentation significative du taux d'incidence des cancers du sein de stade précoce. Cet état de fait a été observé dans de nombreuses études (Foca et al., 2013 ; Fracheboud et al., 2004 ; Gangnon et al., 2015 ; Helvie et al., 2014 ; Holvind et al., 2012). Le déclin de ce taux est considéré comme l'un des meilleurs indicateurs pour évaluer l'efficacité de tels programmes (Day et al., 1989 ; Simbrich et al., 2016 ; Tabár et al., 2015).

3.2.3. Déclin des traitements chirurgicaux

La notion de curabilité du cancer du sein est souvent associée à la découverte précoce de la tumeur. D'après de Koning et al. (1994), le dépistage du cancer du sein a réduit le recours à la mastectomie et a augmenté les chirurgies mammaires conservatrices (i.e., ablation ne ciblant que la tumeur, non l'intégralité du sein). L'étude de Tabár et al. (2014) a montré que le dépistage mammographique diminuait le taux de mastectomies et le recours à des thérapeutiques lourdes tandis qu'il augmentait le taux de survie et de chirurgies conservatrices. Des résultats similaires ont été observés par Paci et al. (2002). Les messages de santé publique préventifs ont souvent mis en exergue ce bénéfice (Jørgensen & Gøtzsche, 2006). Kalecinski et al. (2015), restituant les propos de Perry et al. (2007), ont rappelé dans leur étude que « le dépistage par mammographie permet de détecter les cancers à un stade précoce et rend possible la mise en place d'un traitement plus efficace » (p. 214).

4. Pratique de la mammographie en dehors du dépistage organisé : Pour qui ? Pour quoi ? Quand ?

Le recours à la mammographie n'est pas limité en France aux campagnes préventives. Cet examen peut être prescrit par des médecins en dehors du DO. On parle alors soit de dépistage

individuel (DI), soit d'examen diagnostique. La mammographie de diagnostic se réalise sur la base d'une symptomatologie inquiétante (par exemple, si le médecin suspecte la présence d'une tumeur mammaire). Elle se distingue d'un examen de dépistage. Le DI a une visée semblable à celle du DO sauf que le circuit de prise en charge est individualisé (prescription émise par le médecin – non par une structure de dépistage régionale).

Si les femmes de 50 à 70 ans (c'est-à-dire en âge de participer au DO) semblent effectuer davantage de mammographies (Amsellem et al., 2012), la pratique du DI apparaît usuelle dès 40 ans en France (Haute Autorité de la Santé [HAS], 2013). Certaines femmes, même en deçà de 40 ans, expérimenteraient la mammographie notamment lorsqu'elles craignent d'avoir un cancer du sein ou présentent des antécédents familiaux (Aquaviva et al., 2005). L'INCa (2017a) recommande aux femmes présentant des risques élevés de développer un cancer du sein (i.e., antécédents familiaux chez des parents au premier ou second degré ayant été atteints jeunes), voire très élevés (i.e., mutation des gènes BRCA 1/2) de réaliser une mammographie annuelle, via le DI, à partir de trente ans.

Dans l'étude de Duport et al. (2005), sur un panel français de 5 638 femmes en âge de participer au DO, seulement 1 480 prenaient part au DO, 3 537 pratiquaient le DI, et 621 ne réalisaient pas de dépistage. Selon Belot (2008), entre 1980 et 2005, le DI français a couvert environ 10 à 15% des mammographies réalisées dans la tranche d'âge 50-74 ans. Ce double système de dépistage est parfois critiqué car il apparaît inégalitaire (Ouédraogo et al., 2015). Inspiré des techniques de gestion anglo-saxonnes, les dispositifs tels que le DO visent une « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (Bloy & Rigal, 2012, p. 1). Le fait que le système médical français tolère la pratique du DI impacterait négativement le rapport coût-efficacité du DO (de Gelder et al., 2009 ; Jensen et al., 2004).

CHAPITRE 2. La mammographie, examen controversé ?

Dans ce chapitre, nous proposons de passer en revue les principales critiques ciblant le dépistage du cancer du sein par mammographie.

1. Les risques/inconvénients inhérents à la mammographie

De nombreuses études reprochent au DO de ne pas remplir les trois objectifs principaux qu'il s'était fixé et qui légitimaient son opérationnalisation. Premièrement, une stabilisation des stades avancés a été observée (non une diminution) (Autier & Boniol, 2018). Deuxièmement, les régions où le dépistage est le plus intense ne sont pas associées à un faible taux de mortalité spécifique au cancer du sein (Autier & Boniol, 2018 ; Bleyer et al., 2016). Au Canada, le dépistage annuel par mammographie chez des femmes âgées de 40 à 59 ans n'a pas réduit la mortalité spécifique au cancer du sein plus qu'un examen clinique (Miller et al., 2014). Enfin, troisièmement certaines études soutiennent que le dépistage par mammographie a participé non pas au déclin de traitements chirurgicaux, mais à la mise en place de traitements et/ou de gestes invasifs inutiles (Gelly et al., 2012 ; Gøtzsche & Jørgensen, 2013 ; Harding et al., 2015 ; Robert et al., 2017 ; Suhrke et al., 2011 ; Welch & Passow, 2014).

1.1. Le surdiagnostic

Le surdiagnostic fait référence à la pose d'un diagnostic relatif à une pathologie sans signes cliniques apparents (Biller-Andorno & Jüni, 2014 ; Hersch et al., 2016) dont la présence ne génère pas nécessairement de conséquences délétères sur la « qualité et durée de vie » du patient (Moynihan et al., 2018). En revanche, un surdiagnostic peut impacter négativement un individu lorsque des traitements invasifs sont mis en place, que des angoisses se déploient, qu'une stigmatisation est induite.

Dans une de leurs études, Miller et al. (2014) ont constaté que parmi les participantes recevant un diagnostic de cancer invasif, 22% étaient surdiagnostiquées. Selon eux, il est

nécessaire de réexaminer la valeur de la mammographie (Miller et al., 2014). Néanmoins, les données sur ce sujet sont très hétérogènes : certains travaux ont évalué le taux de surdiagnostic à 30% (Gøtzsche & Jørgensen, 2013), quand d'autres l'ont estimé entre 1 et 10% (Puliti et al., 2012). Selon Lund et al. (2018), le taux de surdiagnostic déclaré par le conseil de recherche norvégien, oscillant entre 15 à 25%, est trop élevé au regard de la réalité du terrain.

L'impossibilité à déterminer si une lésion cancéreuse est surdiagnostiquée ou non, complique l'étude de ce phénomène médical et accroît les angoisses et questionnements gravitant autour (Cases et al., 2016). Hoffman et al. (2012) ont qualifié le surdiagnostic « d'épidémie moderne ». Pour lutter contre ce problème sociétal, l'Australie a élaboré un plan d'action national visant « à identifier les causes de trop de médecine, l'étendue du problème et à développer des réponses pour le résoudre » (Moynihan et al., 2018, p. 333).

1.2. Le faux positif

Le faux positif peut être défini comme un diagnostic dont on s'aperçoit qu'il est erroné après de plus amples investigations (Singh et al., 2018). Il peut impliquer la mise en place de surtraitements ou de gestes invasifs inutiles tels qu'une biopsie (Smith-Bindman et al., 2003), et générer des angoisses (Bull & Campbell, 1991 ; Gram et al., 1990).

Dans une étude rétrospective, sur 2 400 femmes âgées de 40 à 69 ans, 23.8% déclaraient avoir déjà été confronté à un faux positif lié à la réalisation d'une mammographie au cours de leur vie : parmi elles, 188 avaient subi une biopsie inutilement (Elmore et al., 1998). Les femmes de 50-69 ans réalisant un dépistage mammographique biennal auraient 20.8% de risque d'être concernées par un faux positif un jour (Hofvind et al., 2004). Le fait d'avoir déjà réalisé une mammographie ayant entraîné un faux positif constituerait un facteur prédicteur d'une non-participation (ou d'une participation partielle) au DO du cancer du sein, mais aussi au DO du cancer colorectal ainsi qu'au DO du cancer du col de l'utérus (Dawidowicz et al., 2020).

1.3. Les rayons ionisants

Parmi les critiques fréquemment recensées dans la littérature, figure l'impact cancérigène des rayonnements ionisants sur la poitrine des femmes (Ronckers et al., 2008). Les français en reçoivent en moyenne 4,5 mSv par an (dont 1,6 concernent le domaine médical) (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire [IRSN], 2015). La réalisation d'une mammographie correspond approximativement à 20 jours de rayonnements naturels, soit environ 0.15 mSv (ce chiffre peut être plus élevé si plusieurs clichés sont pris sur chaque sein) (IRSN, 2012).

Il est ardu de quantifier l'implication des rayons ionisants dans l'apparition d'un cancer du sein. Les études s'étant penchées sur la question analysent généralement les résultats de travaux dans lesquels la population est exposée à de tels rayons et s'appuient sur des modèles d'estimation du risque comme celui de Preston et al. (2002). Yaffe & Mainprize (2011) ont considéré ce dernier modèle pour évaluer le risque de développer un cancer du sein radio-induit en participant à un programme de dépistage : pour 100 000 femmes dépistées annuellement par mammographie entre 40 et 55 ans et biennalement entre 55 et 74 ans, 86 cancers induits par radiation et 11 décès liés à un cancer du sein radio-induit ont été relevés. Le fait de réaliser annuellement une mammographie dès 20 ou 30 ans pourrait causer plus de décès par cancer radio-induit que cela n'en préviendrait (Berrington de Gonzalez & Reeves, 2005). Dans l'étude de Berrington de Gonzalez et al., 2009, chez les femmes présentant une mutation des gènes BRCA, le risque de mort par cancer du sein radio-induit dépendait de l'âge de réalisation des premières mammographies : avant 35-39 ans, les bénéfices étaient faibles.

1.4. Le surtraitement

Une étude menée par Robert et al. (2017) a investigué l'influence de l'introduction du DO en France sur la réduction des interventions mutilantes. Aucune diminution des mastectomies totales n'en était ressortie. En revanche, une augmentation des mastectomies partielles avait été

observée. Selon eux, elle était la conséquence d'interventions sur de petites lésions cancéreuses asymptomatiques et peu évolutives traitées par mastectomie partielle (Robert et al., 2017). Ces résultats ont rejoint ceux de la littérature scientifique mondiale.

Une étude menée aux États-Unis sur un panel de 16 millions de femmes n'a pas mis non plus en évidence un déclin des mastectomies partielles et totales (Harding et al., 2015). Au Canada, une association de professionnels de santé a rapporté que l'augmentation des mastectomies et des tumorectomies faisait partie des risques associés au dépistage du cancer du sein (The Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2011). Des chercheurs danois ont analysé les données de huit essais randomisés dans le monde, et ont évalué une augmentation de mastectomies de 20% dans le groupe de femmes se faisant dépister (Gøtzsche & Jørgensen, 2013). Dans leur étude, le groupe de femmes dépistées recevait également davantage de radiothérapie (Gøtzsche & Jørgensen, 2013). En Norvège, le DO pour les femmes âgées de 50 à 69 ans augmenterait également le taux de mastectomies (Suhrke et al., 2011).

Selon Welch & Passow (2014), sur 1 000 femmes de 50 ans se faisant dépister chaque année, seuls 0.3 à 3.2 cancers du sein mortels ont été prévenus tandis que 490 à 670 examens ont été faussement positifs, que 70 à 100 biopsies ont été réalisées et que 3 à 14 surdiagnostics ont été délivrés. La revue de littérature de Gelly et al. (2012) a montré que pour 2 000 femmes invitées à se faire dépister durant 10 ans, 1 décès lié au cancer du sein était évité, 10 traitements agressifs étaient reçus inutilement (du fait d'un surdiagnostic), 200 faux positifs induisaient un stress psychologique conséquent.

2. Des conflits d'intérêts ?

Le conflit d'intérêts désigne une situation dans laquelle des liens d'intérêts individuels (financier, égotique, professionnel...) entrent en concurrence avec des intérêts collectifs, ou tout le moins, nuisent à la neutralité du jugement porté. Les conflits d'intérêts – dans le secteur de la recherche, de la médecine et de campagnes promotionnelles – semblent alimenter la

controverse inhérente à la mammographie.

Dans la sphère de la recherche, il a été reproché à plusieurs auteurs de ne pas déclarer leurs conflits d'intérêts aux revues scientifiques dans lesquelles ils publient, ce qui peut induire des biais de confirmation dans leurs articles (Gøtzsche & Jørgensen, 2012 ; Riva et al., 2012 ; Thornton, 2012). En effet, les propos d'auteurs impliqués dans la parution d'articles visant à promouvoir le dépistage mammographique, dont les activités professionnelles dépendent intrinsèquement du bon maintien de cet examen, peuvent être discrédités. Selon Thornton (2012), le fait que les acteurs qui encouragent ce dépistage soient rémunérés pour le faire, constitue un réel conflit d'intérêts. Les médecins interrogés dans l'étude de Lecompte (2018) ont d'ailleurs réclamé la mise en place d'études de cohorte indépendantes en France, afin d'évaluer les réels bénéfices du DO sur le long terme. Ce n'est pas la première fois que cette requête était manifestée (Bewley, 2011). Raichand et al. (2017) ont observé que les auteurs de revue systématique ne présentant aucun conflit d'intérêts ou n'étant pas cliniciens étaient moins en faveur du dépistage mammographique que les autres.

Au-delà du secteur de la recherche, les associations caritatives participent elles aussi grandement à promouvoir le dépistage mammographique (Woloshin & Schwartz, 2012). Selon Woloshin et al. (2012), aux États-Unis, les incitations au dépistage du cancer du sein usent de techniques marketing qui visent à percuter le consommateur en lui faisant peur, tout en lui proposant des alternatives de dépistage et de soin servant des intérêts particuliers. Le cas des États-Unis où le système de santé est placé sous un régime privé est singulier. Néanmoins, en France, des reproches similaires ont été verbalisés lors de la dernière concertation citoyenne : les femmes ne sont pas informées sur le fait que les opérations de sensibilisation comme « Octobre rose » ne sont pas initiées par les pouvoirs publics, et que les fonds récoltés ne servent pas seulement la recherche contre le cancer du sein mais également des entreprises engagées financièrement dans ces campagnes ayant des motivations commerciales (Cases et al., 2016).

Enfin, depuis 2011, une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) a été mise en place par la convention nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Elle constitue une rémunération à la performance visant à faciliter l'atteinte d'objectifs de santé publique. La ROSP repose sur vingt-neuf indicateurs dont douze concernent la prévention. Pour l'année 2019, 50 662 médecins traitants pour adulte ont reçu, en moyenne, une rémunération de 5 021 €, tous indicateurs confondus (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie [CNAM], 2020). Ce dispositif donne à certains médecins le sentiment de perdre leur indépendance, notamment lorsqu'ils considèrent être aux prises avec des conflits d'intérêts (Lecompte, 2018). Informer les femmes des risques associés à la mammographie permettrait aux médecins de se « défaire d'une responsabilisation morale » et de « conserver une posture éthique et déontologique acceptable » (Lecompte, 2018). Ainsi, Jean-Claude Ameisen propose que la ROSP soit fonction du temps accordé à la délivrance d'informations honnêtes et qu'un rendez-vous dédié et pris en charge par la sécurité sociale soit alloué aux femmes dans cette perspective (Cases et al., 2016).

3. Le rôle des informations données

3.1. Manque d'équilibre dans la balance informative bénéfices/risques

Un fréquent reproche proféré à l'égard du dépistage par mammographie pointe le manque de transparence vis-à-vis des risques qui y sont associés. L'UFC-Que choisir (2012) accuse différentes institutions (Assurance Maladie, INCa, Ligue contre le cancer, presse) de passer sous silence les méfaits potentiels de ce dépistage et plus généralement, de faire abstraction des études critiques à l'égard du DO. Peu de brochures informatives évoquent les risques inhérents au dépistage par mammographie (Domenighetti et al., 2003 ; Saalasti-Koskinen et al., 2009 ; Zapka, et al., 2006).

Dans une de leurs études, Hersch et al. (2015) ont examiné si délivrer aux femmes des informations sur le surdiagnostic les aidait à effectuer un choix « éclairé ». Les résultats ont

révélé que cela n'avait aucun effet délétère sur ces dernières (i.e., absence de conflits décisionnels, d'anxiété ou de peur) (Hersch et al., 2015). Au contraire, les participantes issues du groupe interventionnel prenaient des décisions davantage en harmonie avec leurs valeurs personnelles. Prendre part à des sessions d'informations réduisait le niveau d'anxiété des femmes vis-à-vis de ce dépistage, facilitait la prise de décisions éclairées et favorisait l'autonomie (Lee et al., 2015). Sasieni et al. (2015) ont été très critiques à l'égard de cet outil d'aide à la décision. Ils ont considéré que cela générerait au contraire de la confusion et accentuerait un sentiment d'incertitude vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. En effet, certains acteurs de santé redoutent qu'en informant les femmes des risques liés à ce dépistage, elles ne consentent plus à y participer (Duffy et al., 2006).

Selon Biller-Andorno & Jüni (2014) – membres du Conseil Médical Suisse, qui préconisent de ne pas introduire de nouveaux programmes faisant la promotion du dépistage par mammographie dans les régions suisses qui n'en sont pas pourvues – il est impossible de ne pas perturber les femmes lorsque des informations relatives aux risques leur sont délivrées. Sélectionner certaines informations pour accroître la participation à ce dépistage ne semble pas être une réponse adaptée (Raffle, 2001). L'OMS (2014) elle-même préconise, au vu des récentes publications sur les risques inhérents à la mammographie, que le dépistage organisé soit conditionné par la prise d'une décision éclairée. Les femmes, elles aussi, plaident en faveur de la diffusion d'informations loyales (Cases et al., 2016 ; Hersch et al., 2013 ; Waller et al., 2013).

3.2. Les perceptions des femmes quant à la mammographie

La notion de perception renvoie à l'ensemble des processus via lesquels un être humain appréhende le monde. Les perceptions témoignent de la façon dont un individu traite les informations reçues à travers des représentations conceptuelles qui lui sont propres.

Une étude s'est intéressée à la perception qu'ont les femmes des bénéfices associés au dépistage du cancer du sein (Domenighetti et al., 2003). Chez 4 140 femmes italiennes, anglaises, suisses et américaines, de nombreuses fausses croyances ont été relevées : 68% considéraient que le dépistage par mammographie permettait de prévenir le cancer du sein – ou de diminuer les risques d'en développer un – alors qu'il ne permet pas d'éviter l'apparition d'un cancer ; 45% considéraient qu'en réalisant une mammographie tous les deux ans pendant dix ans, entre 80 et 100 morts pour 1 000 femmes étaient évitées (pourtant, la réponse attendue était fixée à 5 morts évitées pour 1 000 femmes). De la même manière, Webster & Austoker (2006) ont observé au sein de leur échantillon composé de 1 000 femmes anglaises âgées de 49 à 64 ans, que pour 45% d'entre-elles, effectuer un dépistage par mammographie permettait de prévenir le développement d'un cancer du sein.

Ainsi, le fait de délivrer des informations uniquement focalisées sur les bénéfices favoriserait l'établissement de fausses croyances (Raffle, 2001). Certains médecins expliqueraient aux patientes sceptiques, que la non-réalisation de cet examen équivaut à mettre en péril leur vie : ce type de discours génèrerait un sentiment de culpabilité et participerait à la construction de croyances erronées (Cases et al., 2016). D'après le rapport du comité citoyen, le terme prévention ne peut être associé à celui de dépistage dans la mesure où il ne s'agit pas de prévenir le cancer (Cases et al., 2016). En réalité, un amalgame entre prévention primaire et prévention secondaire semble être la source de cette confusion. De nombreuses femmes semblent se ranger derrière la croyance selon laquelle « plus on réalise de tests et on reçoit de traitements, mieux c'est » (Moynihan et al., 2018, p. 332). Afin de trouver des solutions à la problématique du surdiagnostic il faut sans doute comprendre les causes d'une surutilisation de la médecine (Moynihan et al., 2018).

Aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée à l'influence d'un apport informatif uniquement basé sur les risques dans la construction de fausses croyances mais on

peut envisager que les résultats seraient identiques. En revanche, il a été observé que les femmes qui participaient au dépistage conservaient une attitude positive à l'égard de la mammographie même lorsqu'elles étaient informées du surdiagnostic : elles relataient préférer subir un surdiagnostic plutôt qu'un sous-diagnostic (Waller et al., 2013). Le surdiagnostic semblait davantage engager une problématique relative à l'utilité du traitement en cas de détection d'une tumeur, plutôt que de remettre en cause le dépistage en lui-même (Hersch et al., 2013 ; Waller et al., 2013).

Depuis quelques années, l'Angleterre a choisi de réajuster le contenu des informations communiquées aux femmes en se basant sur l'avis d'experts et du grand public : les bénéfices comme les risques (surdiagnostic inclus) sont abordés et il est précisé aux femmes que certaines données scientifiques restent incertaines (par exemple, qu'il existe toujours des débats sur le nombre de vies sauvées grâce au dépistage et sur le nombre de surdiagnostics générés par le dépistage) (Forbes & Ramirez, 2014).

CHAPITRE 3. Variables sociodémographiques et médicales influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie

Dans ce chapitre, nous présentons les caractéristiques sociodémographiques et médicales en lien avec l'attitude des femmes à l'égard de la mammographie.

1. Niveau socio-économique et mammographie

Dans la littérature, certains facteurs sociodémographiques semblent grandement influencer la décision d'accepter ou de refuser la réalisation d'une mammographie. Le niveau socio-économique apparaît être un élément clé dans la façon dont les femmes se positionnent vis-à-vis de cet examen (Bertolloto et al., 2003 ; Duport et al., 2005 ; Kalecinski et al., 2015) : les femmes ayant un faible niveau socio-économique se feraient vraisemblablement moins dépister, car elles n'auraient pas les mêmes préoccupations que les femmes ayant un niveau

socio-économique élevé. Celles qui font face à la précarité focaliseraient principalement leur attention sur les moyens leur permettant de subvenir à des besoins primaires tels que s'alimenter ou se loger, non sur des problématiques de santé (Lecompte, 2018 ; Observatoire Régional de la Santé [ORS], 2001 ; Ouédraogo, et al., 2014b). Se rendre à un tel examen impliquerait un coût dit « d'opportunité » : pour certaines femmes s'absenter de son travail pour réaliser des examens de santé engagerait une diminution du revenu mensuel (Cases, et al., 2016 ; Püschel, et al., 2009). Les femmes ne réalisant aucun dépistage mammographique ont souvent déclaré que cela était dû à un manque de temps (Aquaviva et al., 2005 ; Dupont et al., 2005).

D'autre part, les femmes présentant un faible niveau socio-économique ou vivant en zone rurale participeraient davantage au DO qu'au DI. La gratuité de l'examen (Kalecinski et al., 2015) et le fait que certains départements français soient en pénurie de gynécologues expliqueraient en partie cela. Par exemple, pour l'année 2018, 259 gynécologues ont été recensés en Île-de-France contre 44 dans les Pays de la Loire (Conseil National de l'Ordre des Médecins [CNOM], 2019). En Île-de-France, où le pourcentage de gynécologues est massif, le recours au DI est bien plus élevé que le recours au DO (Cases et al., 2016 ; Rogel et al., 2016). Toutefois, il est intéressant de relever que dans certaines régions comme en Corse, l'adhésion au DO est quasi nulle tandis que le taux de DI est très important malgré un faible quota de gynécologues sur le territoire.

Par conséquent, les facteurs impliqués dans la réalisation ou la non-réalisation du dépistage par mammographie ne seraient pas les mêmes si le dépistage est individuel ou s'il est organisé (Kalecinski et al., 2015). Les femmes ayant recours au DI seraient généralement suivies par un gynécologue de façon régulière, mèneraient une activité professionnelle (Ouédraogo et al., 2014a ; Ouédraogo et al., 2015), posséderaient un niveau d'étude supérieur au BAC + 2 et résideraient dans des zones dites « favorisées » (Dawidowicz et al., 2020 ; Kalecinski et al., 2015). En privilégiant le DI, les femmes les plus favorisées auraient le

sentiment de choisir, donc de conserver une certaine autonomie, la liberté de pouvoir contrôler par elles-mêmes leur santé (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018). Cette aspiration à vouloir maîtriser sa santé pour préserver un sentiment de liberté en résistant à l'injonction de faire, serait « une stratégie assez typique des individus des classes supérieures » (Lecompte, 2018, p. 20). En ce sens, avoir recours au DI permettrait d'affirmer une position socio-économique supérieure : dans les représentations des femmes aisées, le DO serait davantage destiné aux femmes ayant de faibles revenus (Kalecinski et al., 2015). Celles issues de milieux favorisés préféreraient le DI « par souci de qualité » (Bertolloto et al., 2003). Ces dernières jugeraient le DO comme moins efficace car, selon elles, l'examen serait moins poussé (e.g., prise de clichés radiographiques inférieure dans le cadre du DO comparé au DI) (Cases et al., 2016) et donc de moins bonne qualité (Ferrat et al., 2013).

On comprend ainsi que les pratiques relatives au dépistage par mammographie sont inégales, tant du fait de disparités socio-économiques que géographiques (Cases et al., 2016).

2. Âge, nombre d'enfant(s) et mammographie

Au-delà de la dimension socio-économique et géographique, il semble également que l'âge et la composition familiale influencent la décision de réaliser ou non une mammographie.

Savabi-Esfahani et al. (2018) ont remarqué qu'en Iran les femmes avaient tendance à adopter une attitude altruiste à l'égard de leurs enfants et de leur mari. Les femmes iraniennes auraient assimilé une norme familiale consistant à définir prioritaires les besoins et la santé des membres de la famille. Ainsi, le temps disponible et les dépenses effectuées seraient répartis à la faveur des enfants et du conjoint, non à celle de la santé de la mère (Savabi-Esfahani et al., 2018). Des résultats similaires ont été observés dans une étude portant sur les comportements de dépistage du cancer du sein chez les immigrées somaliennes résidant aux États-Unis (Raymond et al., 2014). De par leurs fonctions de mère, ces femmes feraient passer leur santé au second plan.

Cependant, dans les pays où des discriminations de genre étaient encore très prégnantes il y a peu d'années, comme au Chili par exemple, la mammographie peut être perçue comme un moyen de prendre soin de soi et de décider par soi-même (Püschel et al., 2009). En ce sens, elle relève quasiment d'un acte politique permettant d'affirmer son indépendance. Les attitudes vis-à-vis de la mammographie varieraient donc d'une culture à une autre (Dein, 2004).

À notre connaissance, aucune étude sur un panel français n'a démontré le lien entre la réalisation d'une mammographie et le fait d'avoir des enfants. En revanche, le Baromètre santé 2010 a affirmé, au contraire, que les parents français étaient plus enclins à réaliser un dépistage du cancer colorectal que ceux ne l'étant pas (Amsellem et al., 2012).

Par ailleurs, l'âge semble également associé à la réalisation ou non de la mammographie. La fréquence des mammographies augmenterait entre 50 et 70 ans (Aquaviva et al., 2005). Toutefois nous avons remarqué que la plupart des études internationales ont examiné les variables et motifs en lien avec la réalisation d'une mammographie uniquement chez les femmes en âge de participer au DO, c'est-à-dire ayant entre 50 et 74 ans. Quelques-unes portaient sur la tranche d'âge 40-50 ans, mais elles prospectaient surtout l'utilité d'abaisser l'âge minimal du DO à 40 ans (Hellquist et al., 2010).

Pourtant, on l'a vu précédemment, les françaises de moins de 50 ans réalisent aussi des mammographies. Dans le Baromètre santé 2005, les femmes âgées de 18 à 49 ans effectuant des mammographies à leur demande, le faisaient notamment parce qu'un programme de DO s'était mis en place dans la région ou parce qu'elles avaient peur du cancer du sein (Aquaviva et al., 2005). Des études portant sur les variables ou motifs liés à la réalisation d'une mammographie, menées sur des échantillons où l'intervalle d'âge est large sont rares. Pourtant, en 2005, la prévalence de la mammographie s'élevait tout de même à 30.7% chez les 18-39 ans et à 77.6% chez les 40-49 ans (Aquaviva et al., 2005). À notre connaissance, seules trois recherches – que nous présenterons ultérieurement – ont étudié les motifs de jeunes femmes à

réaliser ou non un dépistage mammographique (Labrie et al., 2017 ; Nekhlyudov et al., 2003 ; Rakowski et al., 1992). Selon Labrie et al. (2017), les jeunes femmes seraient elles aussi impactées par les campagnes préventives de dépistage et leurs opinions à son égard pourraient grandement être influencées par la peur.

3. Antécédents familiaux de cancer du sein et mammographie

Les facteurs génétiques sont généralement associés au risque de déclarer un cancer ou non. Dans le Baromètre santé 2010, 52% des répondants issus du grand public ont estimé que le cancer est une maladie héréditaire (Amsellem et al., 2012).

Les représentations des femmes à l'égard des risques génétiques impliqués dans le cancer du sein dépendraient, en grande partie, des expériences traversées dans leur famille en lien avec cette pathologie (Heiniger et al., 2015). Les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein se feraient davantage dépister par mammographie et ce, avant leurs cinquante ans (Amsellem et al., 2012 ; Ferrat et al., 2013). Lorsqu'un membre d'une famille est touché par cette maladie, les risques individuels perçus par les autres membres reposeraient principalement sur cette expérience familiale plutôt que sur la délivrance d'informations objectives (Heiniger et al., 2015).

Au-delà de la famille, les individus ayant eu un proche atteint par un cancer associeraient davantage la dimension héréditaire de cette pathologie à la pratique du dépistage, comparés aux individus n'ayant pas eu de proche atteint (Amsellem et al., 2012). Mais alors, les connaissances relatives à l'hérédité familiale n'auraient pas toujours les effets escomptés sur la population. Par exemple, considérer que seules les femmes présentant une hérédité familiale de cancer du sein sont susceptibles de développer cette pathologie réduirait la pratique du dépistage par mammographie (Amsellem et al., 2012). Dans l'étude de Duport et al. (2005), les femmes qui ne réalisaient aucune mammographie déclaraient souvent que cela était dû à une absence d'antécédents familiaux de cancer du sein et au fait qu'elles n'en avaient pas besoin.

Savabi-Esfahani et al. (2018) ont aussi expliqué qu'avoir des antécédents familiaux de cancer du sein pouvait être un facilitateur comme une barrière au dépistage. En effet, pour lutter contre les angoisses se rapportant à leurs antécédents, certaines femmes useraient de la mammographie quand d'autres refuseraient ne serait-ce que d'en entendre parler.

CHAPITRE 4. Variables de personnalité influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie

Dans cette partie, nous présentons la notion de personnalité sous le prisme du modèle théorique que nous utilisons dans ces travaux, à savoir l'HEXACO. Par la suite, nous évoquons les résultats de quelques études ayant traité du lien entre la personnalité et la pratique de la mammographie.

1. Les traits de personnalité

En 1937, Allport était le premier à décrire la personnalité en termes de « traits » qu'il préférait à la notion de « caractère ». Cattell (1943) considérait que ces traits prédisposaient à certains comportements humains. En somme, que notre personnalité prédisait nos attitudes. Cherchant à étayer sa théorie en définissant des traits qui soient stables, Cattell (1943) a eu recours aux analyses factorielles. Il a réduit un ensemble de variables observées dans des études lexicales investiguant la structure de personnalité, en des variables latentes non observables.

À compter des années 1980, une modélisation de la personnalité en cinq facteurs a fait consensus pour nombre de chercheurs (Costa & Mc Crae, 1985 ; Digman & Takemoto-Chock, 1981 ; Goldberg, 1990). Goldberg (1993) les a désignés ainsi : 1) Extraversion, 2) Agréabilité, 3) Conscience, 4) Stabilité Émotionnelle et 5) Intellect/Imagination. Tandis que la théorie dite du « Big-Five » émergeait et tendait à s'imposer de plus en plus, différentes échelles ont vu le jour telles que le NEO Personality Inventory (NEO-PI) mis au point par Costa & Mc Crae (1985).

En 2004, dans une vaste étude lexicale dans sept langues différentes, six facteurs représentatifs de la structuration profonde de la personnalité ont été observés : Honnêteté/Humilité, Émotivité, eXtraversion, Agréabilité, Conscience, Ouverture (Lee et al., 2004). Lee et al. (2004) ont alors créé le modèle HEXACO rejoignant certains grands axes du Big Five mais différant néanmoins sur quelques points : variation du nom de certains facteurs (e.g., le terme Émotivité était préféré à celui de Stabilité Émotionnelle) ; variation du contenu de certains facteurs (e.g., un contenu relatif à l'humeur égale, l'irritabilité s'ajoutait au contenu traditionnel du facteur Agréabilité) ; apparition d'un sixième facteur original nommé Honnêteté-Humilité (Lee et al., 2004).

L'Honnêteté/Humilité peut être caractérisée par la tendance à éviter de manipuler autrui pour ses propres intérêts, à suivre les règles établies, à ne pas rechercher à tout prix à vivre dans le luxe et à obtenir un statut social élevé. Les individus présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à flatter autrui pour servir des intérêts personnels, à s'affranchir des règles établies, à être attirés par le gain, et à vouloir se sentir important aux yeux de la société. Cette dimension est constituée de quatre facettes : la sincérité, l'équité/la justice, l'évitement de la cupidité et la modestie.

L'Émotivité peut être caractérisée par la tendance à craindre d'être confronté à la souffrance physique, à éprouver de l'anxiété face à des épreuves, à ressentir de l'empathie, voire à être lié aux émotions d'autrui. Les individus présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à ressentir de moindres craintes vis-à-vis de la souffrance physique, sont moins anxieux face à des situations stressantes, sont moins dans le partage de leurs émotions et moins connectés à celles d'autrui. Cette dimension est constituée de quatre facettes : la peur, l'anxiété, la dépendance et la sentimentalité.

L'eXtraversion peut être caractérisée par la tendance à apprécier les interactions sociales, à se sentir à l'aise avec les autres, à être énergique ainsi qu'enthousiaste. Les individus

présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à être mal à l'aise en situation sociale, considèrent être peu appréciés par les autres et faiblement reliés aux émotions de ces derniers. Cette dimension est constituée de quatre facettes : l'estime de soi sociale, l'audace sociale, la sociabilité et la gaieté.

L'Agréabilité peut être caractérisée par la tendance à pardonner les offenses reçues, à accepter les compromis et à coopérer, à contrôler aisément son humeur, à être tolérant dans les jugements portés. Les individus présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à être rancunier, à formuler des critiques en direction d'autrui, à verbaliser leurs humeurs et leurs points de vue. Cette dimension est constituée de quatre facettes : le pardon, la délicatesse, la flexibilité et la patience.

La Conscience peut être caractérisée par la tendance à exécuter des tâches de manière rigoureuse, exacte et organisée, à être autodiscipliné pour atteindre un but, à réfléchir attentivement avant de prendre une décision. Les individus présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à moins organiser leur temps, à moins anticiper, à éviter les tâches complexes, à peu concevoir qu'un objectif a un effet stimulant, à se satisfaire d'un travail approximatif et à moins réfléchir pour prendre une décision. Cette dimension est constituée de quatre facettes : l'organisation, l'assiduité, le perfectionnisme et la prudence.

L'Ouverture à l'expérience peut être caractérisée par la tendance à apprécier l'art et/ou la nature, à aspirer connaître de nouvelles choses, à être imaginatif au quotidien, à être sensible aux idées originales, non conventionnelles. Les individus présentant un faible score à ce trait ont, à l'inverse, tendance à être moins attirés par l'art, à être peu curieux au plan de la vie intellectuelle, à contourner les procédés créatifs, à être moins sensibles aux idées anticonformistes. Cette dimension est constituée de quatre facettes : le goût pour l'esthétique, la curiosité, la créativité et l'anticonformisme.

2. Personnalité et mammographie

Depuis plusieurs décennies, le concept de personnalité (et plus particulièrement des traits de personnalité) est de plus en plus exploité pour prédire les attitudes de santé des individus (Booth-Kewley & Vickers, 1994). On peut envisager que les écarts de comportements des femmes vis-à-vis de la mammographie puissent être liés à la personnalité singulière de chacune d'entre elles. Par exemple, Weller & Tikir (2011) ont démontré qu'un faible score à la dimension Honnêteté-Humilité de l'HEXACO était davantage lié à une plus grande prise de risque en santé.

Peu d'études se sont intéressées aux relations entre les traits de personnalité et la mammographie. Siegler & Costa (1994) ont néanmoins remarqué que les femmes ayant recours à cet examen avaient des scores aux facettes Compétence et Autodiscipline du facteur Conscience, plus élevés que celles n'en réalisant pas. Pour mesurer les traits de personnalité, ils ont utilisé le NEO-PI. Selon le modèle du Big Five, l'Autodiscipline renvoie – comme dans le modèle HEXACO – à la capacité d'entreprendre puis de finaliser une besogne malgré son caractère ennuyeux et/ou d'éventuelles distractions (Costa & McCrae, 1992). La facette Compétence renvoie, quant à elle, au sentiment d'être efficace et capable d'affronter une problématique (Costa & McCrae, 1992). La compétence est corrélée au contrôle interne perçu (Costa et al., 1991). Ainsi, le rapport qu'entretiennent les femmes avec la notion de « contrôle », la façon dont elles pensent pouvoir influencer (ou non) sur leur santé, semble impacter leur relation à la mammographie. Divers travaux ont, en effet, constaté qu'avoir des croyances fatalistes modifiait l'attitude des femmes à l'égard du dépistage par mammographie. Avoir des croyances fatalistes, c'est considérer que des événements (tel qu'une maladie) surviennent sans qu'on ne puisse rien y faire, par le fait de « puissances » qui échappent à notre contrôle et à notre volonté (Akhigbe & Akhigbe, 2011). Plus les femmes auraient des croyances fatalistes vis-à-vis de la

maladie moins elles seraient enclines à effectuer une mammographie (Dein, 2004 ; Drew & Schoenberg, 2011 ; Liang et al., 2007 ; Molaie-Zardanjani et al., 2019 ; Püschel et al., 2009).

D'autre part, les femmes ayant des traits de personnalité de type A – traits associés à la Conscience (Ramanaiah et al., 1997) et aux stratégies de coping centrées sur le problème (Hart, 1988) – auraient davantage recours au dépistage par mammographie (Lemogne et al., 2018). La mammographie serait alors un moyen utiliser pour prévenir la source problème, à savoir le cancer pouvant entraver le développement professionnel par exemple (Lemogne et al., 2018).

Par ailleurs, Siegler & Costa (1994) ont également observé que les femmes qui n'avaient pas recours à la mammographie présentaient des scores plus élevés à l'Ouverture aux idées que les femmes y ayant recours. Dans le modèle Big Five cette dimension est marquée par un intérêt singulier pour les idées non-conventionnelles, anticonformistes, les sujets controversés (Costa & McCrae, 1992). Elle évoque, comme dans le modèle HEXACO, la curiosité en ce qui concerne la vie intellectuelle.

L'émotivité influencerait, elle aussi, le choix des femmes à l'égard de la mammographie (Consedine et al., 2004 ; Savabi-Esfahani et al., 2018). L'inquiétude vis-à-vis du cancer en général (sur laquelle nous reviendrons plus en détail ultérieurement), ainsi que la répression émotionnelle (i.e., mécanisme visant à éviter délibérément de penser à des problématiques ou à des expériences psychiquement menaçantes mais néanmoins reconnues) seraient associées à la réalisation de la mammographie, tandis que l'embarras généré par l'examen, serait, quant à lui, associé à la non-réalisation de cet examen (Consedine et al., 2004). Des résultats quasiment similaires ont été observés par Savabi-Esfahani et al. (2018). Cependant, pour ces derniers l'écho émotionnel induit par la peur du cancer du sein pourrait agir à la fois en tant que facilitateur et en tant que barrière. Selon eux, ce point mériterait d'être approfondi. Du reste, dans l'étude de Weller et Tikir (2011), la dimension Émotivité de l'HEXACO était associée à un renforcement de la perception des risques.

CHAPITRE 5. Variables émotionnelles influençant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie

Dans cette partie, nous présentons les notions d'anxiété, d'inquiétude et d'intolérance à l'incertitude, car nous étudions ces variables dans notre recherche. Suite à cela, nous évoquons les résultats de nombreuses études qui se sont intéressées à la question demeurant ténue, de l'angoisse spécifique à la pratique mammographique.

1. Anxiété, inquiétude et intolérance à l'incertitude

L'anxiété désigne un état psychique marqué par une agitation, un sentiment d'insécurité et de peur sans objet déterminé. Parmi les troubles anxieux les plus prévalents, on retrouve le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) (Wittchen et al., 1994). Dans la 5^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V), les critères du TAG sont : une anxiété excessive au cours des six derniers mois qui ne parvient pas à être contrôlée par le sujet et qui génère une souffrance significative ou qui a un impact négatif sur les activités sociales, familiales, affectives, et/ou professionnelles. Le TAG peut induire des symptômes tels qu'une agitation, une fatigabilité, des difficultés à se concentrer, une irritabilité, une tension musculaire ou encore des troubles du sommeil (American Psychiatric Association, 2015). Les liens entre l'anxiété et la dépression sont assez connus (Wittchen et al., 1994).

D'après le DSM V, l'inquiétude est l'une des composantes principales du TAG. Selon Freeston et al. (1994) les inquiétudes seraient marquées par une tendance à éprouver de l'hypervigilance (Mathews, 1990), à évaluer des situations équivoques/ambivalentes comme dangereuses (Russell & Davey, 1993), à surestimer des risques subjectifs (Vasey & Borkovec, 1992), à accroître la probabilité d'apparition de scénarios négatifs (Tallis et al., 1991). Les sujets ressentant de l'inquiétude auraient plus de difficultés à prendre une décision lorsque les tenants et les aboutissants de celle-ci sont ambigus ou que la meilleure réponse n'est pas évidente et manifeste (Metzger et al., 1990 ; Tallis et al., 1991).

L'intolérance à l'incertitude serait impliquée dans l'apparition des inquiétudes et, par conséquent, dans l'apparition de l'anxiété. La tolérance ou non à l'incertitude correspondrait à la façon dont un individu réagit cognitivement, émotionnellement et comportementalement à l'incertitude au quotidien (Freeston et al., 1994). Un individu tolérant peu l'incertitude et faisant face à une situation complexe percevrait des risques et difficultés là où ni problème, ni menace n'existent réellement, ce qui faciliterait la survenue d'inquiétudes non réalistes (Freeston et al., 1994).

Il est d'usage de considérer que l'inquiétude et l'intolérance à l'incertitude appauvrissent la façon dont les problématiques de la vie quotidienne sont gérées. Toutefois, il semble que l'inquiétude puisse être renforcée positivement lorsqu'elle permet de « résoudre » le problème source – non pas grâce aux moyens mis en place, mais davantage grâce à la réduction de l'incertitude y étant associée. Elle conférerait ainsi un sentiment de maîtrise au sujet (Freeston et al., 1994).

2.angoisses et mammographie

2.1.angoisses liées à la peur de la maladie

Plusieurs études (Ferrat et al., 2013 ; Kalecinski et al., 2015 ; Lemogne et al., 2018 ; Lostao et al., 2001 ; Savabi-Esfahani et al., 2018) ont déterminé que les angoisses liées à la mammographie, pouvaient agir à la fois en tant que facilitateur mais aussi en tant que barrière au dépistage.

Pour certaines femmes, la stratégie consisterait à mener « une politique de l'autruche » (Lecompte, 2018). Autrement dit, des mécanismes dénégatifs œuvreraient de façon à lutter contre les angoisses (ORS, 2001). Dans ce cas, le risque perçu d'être confronté à un diagnostic de cancer du sein surpasse les bénéfices perçus du dépistage (Püschel et al., 2009). Il arrive que certaines femmes désirent rester dans l'ignorance (Siegler & Costa, 1994), même si elles savent

pertinemment être en mauvaise santé : elles adoptent une attitude fataliste vis-à-vis de cela (ORS, 2001).

Néanmoins, les motifs des femmes à ce propos restent ambivalents. En effet, une étude a établi que plus les femmes auraient des croyances hypocondriaques ou une phobie de la maladie moins elles se feraient dépister (Lostao et al., 2001), tandis qu'une autre étude rapporte que les femmes peu inquiètes à l'idée de recevoir un diagnostic de cancer du sein réaliseraient également moins de mammographie (Duport et al., 2005). Pour d'autres femmes encore, à l'inverse, le fait de craindre la maladie et la mort, et de considérer la possibilité d'être atteinte d'un cancer du sein constituerait un motif facilitant la réalisation d'une mammographie (Fink et al., 1972 ; Kalecinski et al., 2015). Angoissées à l'idée d'être malade, la mammographie leur permettrait de se rassurer vis-à-vis de leur état de santé, et en cas de dépistage positif, renforcerait un sentiment de contrôle sur l'évolution du cancer (Kalecinski et al., 2015).

Par ailleurs, il a été démontré qu'un dépistage par mammographie n'était accompli que si le risque perçu d'avoir un cancer du sein était modéré, c'est-à-dire ni trop élevé, ni trop faible (Ferrat et al., 2013). Ne pas se sentir concerné et rejeter totalement l'idée de pouvoir être la cible d'un cancer pouvait, à contrario, constituer un frein au dépistage (Aquaviva et al., 2005 ; Ferrat et al., 2013). Labrie et al. (2017) ont montré que, chez les jeunes femmes âgées de 30 à 49 ans, une importante peur du cancer du sein pouvait entraîner une pratique du dépistage mammographique précoce.

2.2.angoisses liées à la douleur

Hormis l'angoisse de se projeter dans une pathologie lourde, d'autres facteurs inhérents à l'examen en lui-même semblent influencer les femmes à accepter ou à refuser de réaliser une mammographie. La peur de la douleur et de la forme de l'examen sont deux sources d'angoisses qui reviennent souvent dans la littérature (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018 ; Trigoni et al., 2008). L'angoisse spécifique à la mammographie serait due à l'anticipation de la douleur

(Lee et al., 2015).

Par ailleurs, les soins de la poitrine peuvent être difficilement vécus s'ils entravent l'intimité du sujet et dépassent les limites qui sont les siennes. Si la mammographie semble faire souffrir de multiples femmes dans leurs chaires, elle semble également leur faire endurer une souffrance psychique : l'ensemble de la procédure mammographique engendrerait parfois un sentiment de honte (Püschel et al., 2009). Dans certains pays, ce sentiment de honte serait d'autant plus prégnant (Savabi-Esfahani et al., 2018 ; Vu et al., 2016). L'embarras dans lequel la mammographie met certaines femmes interviendrait comme une barrière à la réalisation de l'examen (Trigoni et al., 2008). Pour beaucoup de femmes l'examen serait impersonnel, déshumanisant, leur ôterait toute dignité (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018 ; Püschel et al., 2009). Ainsi, quand les femmes abordent l'aspect douloureux de la mammographie, il semble qu'elles invoquent également une douleur morale.

2.3. Angoisses liées aux conséquences de la maladie

Le grand public français considère le cancer comme l'une des trois maladies les plus graves au monde (Amsellem et al., 2012). Dans les représentations communes des femmes, le cancer est vecteur de souffrances, entraîne la mort (Ferrat et al., 2013), est incurable (ORS, 2001). Ainsi, son issue est perçue comme fatale et douloureuse.

Se faire dépister du cancer du sein c'est risquer de voir son statut de santé se modifier. En ce sens, la mammographie a « le pouvoir de rendre malade » (Lecompte, 2018, p. 21). Ainsi, si certaines femmes se représentent le dépistage comme un moyen de rester en bonne santé en prévenant le développement d'un cancer du sein (Domenighetti et al., 2003 ; Webster & Austoker, 2006), pour d'autres, le dépistage « parle le langage de la maladie » (ORS, 2001, p. 4). Il est le médiateur du violent passage de la santé à la maladie, et de toutes les conséquences que cela implique.

Dans la mesure où le corps fait l'objet d'investissements collectifs, qu'il est « pris dans le miroir du social » (Le Breton, 1992, p. 95), le malade est souvent mis à l'écart, isolé socialement (Amsellem et al., 2012). Ce dernier n'est plus considéré comme un individu à part entière mais comme l'incarnation du cancer avec toute la symbolique inhérente au « désordre » que ce mot renvoie (Amsellem et al., 2012). L'homme n'est plus homme mais malade. C'est son identité toute entière qui est alors ébranlée. Du reste, réaliser une mammographie peut réveiller l'angoisse profonde de mettre en péril son identité féminine dans la mesure où cet examen peut, in fine, amener à ablatir la poitrine (ORS, 2001). La peur d'être relégué au rang de malade peut constituer un facteur d'angoisse freinant les femmes à réaliser une mammographie.

CHAPITRE 6. Influence de la norme sur l'acceptation ou le refus de réalisation d'une mammographie

Dans cette partie, nous commençons par définir ce qu'est une norme (empruntant parfois la terminologie de « règle »). Nous exposons ensuite la réflexion nous ayant mené à traiter cette notion dans le cadre de la mammographie.

1. La notion de norme

La norme constitue une règle comportementale majoritairement acceptée (Cerclé & Somat, 2002). Dans un de ses ouvrages, Apter (2005) définit les règles comme des contraintes « qui orientent une personne et délimitent ce qu'il ou elle doit faire dans une situation donnée » (p. 9). Cette définition est très proche de celle de la norme injonctive. Une norme injonctive établit ce qui doit être réalisé par un individu ou non (Cialdini, 2003).

Selon Boissonnat (2004) reprenant Boudon & Bourricaud (1986) les normes correspondent à des « manières de faire ou de penser socialement définies et sanctionnées » (p. 152). En d'autres termes, « la norme désigne toujours une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle » (Otero, 2005, p. 67). Cette dernière se situe entre « ce qui pose problème

et ce qui ne pose pas problème », entre « l'adapté et l'inadapté, le conforme et le non conforme » (Otero, 2005, p. 67). En ce sens, les comportements dits anormaux ne sont pas véritablement bannis, mais distribués autour de la norme qui participe à instituer un langage commun (Otero, 2005). Elle est assimilée par les individus grâce aux trois processus suivants : la normalisation, le conformisme et la soumission à l'autorité (Blanchet & Trognon, 1994).

Le conformisme résulte d'un mécanisme d'identification à la norme, correspondant à l'assimilation volontaire des normes d'un groupe parce qu'on en apprécie les membres et souhaite y appartenir (Kelman, 1958). Le conformisme découle aussi d'un mécanisme d'intériorisation de la norme correspondant à l'adoption inconsciente d'une norme, parce qu'on accorde une crédibilité conséquente aux acteurs la diffusant (Kelman, 1958).

Selon Milgram (1963) la soumission à l'autorité s'explique 1) par l'intériorisation de la soumission, faisant référence à l'intellectualisation de l'obéissance en tant que valeur morale positive depuis l'enfance ; 2) par un « état agentique », reflétant une disposition psychologique ponctuelle dans laquelle le sujet devient davantage réceptif à l'autorité, grâce à un phénomène naturel de syntonisation. Ainsi, face à une figure d'autorité, un individu peut ne plus tout à fait être acteur, mais davantage un agent appliquant la règle.

2. Normes et mammographie

La prévention ainsi que les recommandations émises en matière de santé diffusent toujours une norme (Cazal & Génolini, 2013 ; Girard, 2017). Peu d'études semblent avoir examiné l'incidence de la norme dans le contexte du dépistage mammographique. Or, effectuer un dépistage mammographique est devenu « une nouvelle norme de conduite, la sujétion périodique au dépistage radiologique » (Boissonnat, 2004, p. 152).

Pour que les femmes prennent part au dispositif collectif de dépistage du cancer du sein, certains messages de santé publique visent à induire un sentiment de peur et de culpabilité (Woloshin et al., 2012) pouvant être à l'origine d'un malaise dans la confiance. Les messages

à visée persuasive reposent généralement sur des « normes injonctives » (Cialdini, 2003). Girard (2017) a expliqué à propos d'une campagne préventive contre le sida (AIDES) que « ce qui irrite (et qui semble fonctionner), c'est que la norme est imposée sans nuance, mettant la logique préventive à nu » (p. 6). Selon lui, cette technique de communication fonctionne dans la mesure où elle suscite une réaction chez le grand public.

Cela étant, on peut se demander si certains individus ne réagissent pas défensivement à cela en développant une attitude méfiante. Dans ses travaux, Girard (2017) a rapporté que les critiques émises à l'encontre de la campagne AIDES ciblaient la forme caricaturale, réductrice et injonctive du message. Toutefois, il peut être « déconcertant d'être invité à « prendre part ou quitter » un programme de dépistage que le gouvernement, sur l'avis d'experts, a décidé de financer » (Forbes & Ramirez, 2014, p. 195). Selon Sherif (1936) le processus de normalisation participerait à réduire l'incertitude générée par des situations complexes. En somme, la normalisation permet de mieux évaluer le monde qui nous entoure. Elle permet parfois aussi d'éviter d'éventuels conflits interpersonnels (Allport, 1924). En ce sens, un individu peut préférer un comportement de santé à un autre afin de s'aligner à ceux d'autrui (Godin, 2012). Selon Godin (2012), « les comportements liés à la santé sont avant tout des comportements sociaux » (p. 7).

CHAPITRE 7. Influence de la relation patient-médecin sur l'acceptation ou le refus de réalisation d'une mammographie

Dans ce chapitre, nous évoquons en quoi la relation patient-médecin peut influencer les femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie.

1. La relation patient-médecin

Il semble parfois difficile pour une femme de porter seule la décision de consentir ou de s'opposer à la réalisation d'un acte de santé majeur telle qu'un dépistage par mammographie.

L'analyse de la balance bénéfices/risques peut être complexe. Avant de réaliser une mammographie, les femmes auraient tendance à demander conseil à des personnes tierces ou à solliciter l'avis de médecins à qui elles octroient leur confiance (Ferrat et al., 2013 ; Forbes & Ramirez, 2014).

Selon l'ORS (2001), nombre de femmes « confient totalement leur santé à leur médecin » (p. 4). La valeur symbolique qui lui est conférée peut être conséquente : par exemple, certaines femmes fidèles à une religion considéreraient que, pour traiter un cancer du sein, Dieu interviendrait à travers le médecin lui-même (Mitchell et al., 2002). Le rôle de ce professionnel de santé se révèle majeur dans l'adhésion des femmes au dépistage du cancer du sein (Domenighetti et al., 2003 ; Duport et al., 2005). Le fait de pouvoir s'appuyer sur lui pour prendre une telle décision est un facteur prédisant une meilleure acceptation des recommandations relatives à ce dépistage (Drake et al., 2015). L'engagement des femmes dans le DI ou dans le DO dépendrait d'ailleurs du positionnement personnel du généraliste sur ce point (ORS, 2001). Du reste, notons que les femmes n'ayant pas recours au dépistage de manière générale auraient un suivi médical plus irrégulier (Duport et al., 2005).

Si la notion de confiance apparaît centrale dans la décision de réaliser ou de refuser de réaliser un dépistage par mammographie, le rôle de l'humain dans le soin est un point qui revient également de façon récurrente dans la littérature. Les femmes ayant eu de mauvaises expériences en centre de radiologie auraient tendance à moins renouveler l'expérience (Lecompte, 2018). L'aspect « déshumanisant » de l'examen est souvent incriminé (Lecompte, 2018).

Selon Caillé (2003), l'humanisme inhérent à la profession médicale se désagrège du fait de la libéralisation de la médecine. La dimension financière (à savoir, les gains perçus) module ce que le médecin considère devoir apporter à ses patients : des « compétences techniques et scientifiques », non un « don de soi » (Caillé, 2003, p. 335). Ainsi, le médecin peut devenir le

technicien et le corps du patient l'instrument. Or, les femmes exprimeraient avoir besoin de faire confiance au personnel les prenant en charge et que l'examen soit effectué « dignement » (Püschel et al., 2009). Une relation patient-médecin froide, c'est-à-dire établie au travers de comportements jugés « insensibles » constituerait une barrière au dépistage (Ferrat et al., 2013).

Certaines femmes préféreraient recourir au DI plutôt qu'au DO car « elles n'ont pas confiance en un système dans lequel elles ont le sentiment d'être un numéro » (Kalecinski et al., 2015, p. 217). D'ailleurs, avoir un suivi gynécologique serait davantage associé à la pratique du DI plutôt qu'à celle du DO (Domenighetti et al., 2003). Les femmes revendiquent vouloir une prise en charge personnalisée, c'est-à-dire adaptée à leurs problématiques individuelles. En ce sens, il leur est difficile d'expérimenter une approche collectiviste de la santé : le DO leur paraît relever de « l'anonyme » et posséder un caractère impersonnel (Kalecinski et al., 2015). L'offre de soin qui leur est proposée semble incohérente dans la mesure où elles se sentent en parfaite santé. Ceci constituerait d'ailleurs un motif freinant la réalisation d'un dépistage par mammographie (ORS, 2001), tandis que la présence de symptômes alarmants serait un motif facilitateur (Püschel et al., 2009).

Les dispositifs de prévention de la santé ciblent des individus asymptomatiques selon des « facteurs risques » définis par des indicateurs statistiques (Marzano, 2011). Ces indicateurs confèrent à la mammographie un caractère aléatoire. Cet examen est souvent représenté comme une « procédure impersonnelle » quand l'autopalpation est perçue comme plus « concrète, intime et personnelle » (Püschel et al., 2009, p. 90).

CHAPITRE 8. Influence des motivations sur la réalisation d'une mammographie

On l'a vu, le rapport qu'entretiennent les femmes avec la mammographie semble dépendre d'une multitude de variables. Quelques études se sont intéressées particulièrement aux motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'un dépistage par mammographie.

1. Études qualitatives

Ferrat et al. (2013) ont réalisé une étude qualitative visant à identifier les freins à la participation au DO du cancer du sein en France. Elle a pris la forme de focus groups incluant au total 73 participantes âgées de 50 à 74 ans. Les raisons pour lesquelles les femmes réalisaient une mammographie via le DI étaient de préserver leur santé en étant proactive et assidue dans leur suivi gynécologique. Elles pouvaient refuser le DO parce que l'invitation à y participer était envoyée trop rapidement après leur dernier examen. Les femmes s'opposant à la fois au DI et au DO évoquaient les raisons suivantes : « peur », « santé estimée non-prioritaire », « expérience de mammographie traumatisante », « inquiétude vis-à-vis des rayonnements ionisants », « attitude insensible des radiologues ».

L'étude qualitative de Kalecinski et al. (2015) réalisée en France par le biais d'entretiens semi-directifs s'est aussi intéressée à explorer les motivations à l'égard du dépistage mammographique chez des femmes âgées de 51 à 74 ans ($n = 48$). La peur des maladies et la recherche de maîtrise sur la santé constituaient les motifs centraux des femmes concernant la réalisation de cet examen. Plus précisément, les femmes qui choisissaient de pratiquer le DO le faisaient en raison de la double lecture proposée par ce programme et en raison de sa prise en charge intégrale par la sécurité sociale. Celles qui favorisaient le DI le faisaient parce qu'elles estimaient cette pratique comme « plus fiable, moins anonyme » et que cela leur donnait davantage le sentiment de gérer elles-mêmes leur santé.

Nekhlyudov et al. (2003) ont réalisé une étude qualitative auprès de 16 participantes âgées de 38 à 45 ans en Nouvelle-Angleterre (États-Unis), dont l'objectif principal était d'identifier les facteurs motivationnels impliqués dans la décision de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie, par le biais d'entretiens semi-directifs. Les principaux motifs invoqués par les femmes étaient : 1) vouloir suivre les recommandations selon lesquelles le dépistage systématique par mammographie doit débiter à 40 ans, 2) l'influence des

recommandations et des informations délivrées par les médias, 3) l'influence des expériences de cancer du sein chez autrui, 4) l'influence des recommandations et des informations délivrées par les professionnels de santé (et par leurs caractéristiques personnelles), 4) l'influence de facteurs psychosociaux tels que l'auto-efficacité, le sens des responsabilités ou encore l'adoption d'une attitude proactive, 5) des facteurs variés tels qu'avoir déjà eu des symptômes alarmants.

2. Études quantitatives

Duport et al. (2005) ont réalisé une étude quantitative transversale en France, dans laquelle les participantes âgées de 50 à 74 ans ($n = 5638$) ont répondu à un questionnaire explorant entre autres, les raisons à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie dans le cadre du DO. Les résultats ont montré que les femmes pratiquaient le DO généralement pour des raisons liées à la volonté de prendre soin de sa santé (e.g., « conscience d'être à un âge où il est conseillé de réaliser une mammographie fréquemment » [60%] ou encore « faire attention à sa santé » [52%]). Celles qui pratiquaient le DI le faisaient pour des raisons davantage médicales (e.g., « Ma dernière mammographie date de moins de deux ans » [65.9%] ou encore « Un médecin m'a déconseillé de le faire » [6.2%]). Enfin, celles qui refusaient de réaliser une mammographie évoquaient des raisons personnelles (e.g., « Je manquais de temps, j'ai oublié » [23.8%], « Je n'ai pas de cancer du sein dans ma famille » [20.1%], « Je n'ai pas envie de me faire examiner les seins » [10.3%]).

Dans leur recherche transversale quantitative menée en Suisse, Labrie et al. (2017) ont étudié les motifs de femmes âgées de 30 à 49 ans ($n = 918$) à réaliser un dépistage mammographique précocement. Ils ont remarqué qu'avoir une peur élevée du cancer du sein, une perception surestimée du risque d'être confronté à ce type de cancer et une forte implication (en termes d'attitudes) vis-à-vis de cette pratique de dépistage constituaient des motifs prédisant la réalisation précoce de cet examen (tandis que les connaissances à l'égard du dépistage

mammographique ne représentaient pas un motif prédicteur). Ils en ont conclu que les motifs de ces jeunes femmes étaient plus émotionnels que rationnels.

La plus ancienne recherche recensée est celle de Rakowski et al. (1992) ayant étudié les raisons engagées dans la décision de réaliser une mammographie. Elle a été menée dans l'état de Rhode Island (États-Unis). Ses auteurs ont créé un questionnaire composé de 41 items en s'appuyant sur le modèle transthéorique (considérant que les changements de comportements s'effectueraient grâce aux franchissements de différents stades, par le biais de processus cognitifs tels que la perception des aspects positifs et négatifs du comportement ciblé). Les participantes ($n = 142$) avaient entre 40 et 75 ans. Sept raisons pour réaliser une mammographie ont été mises en exergue grâce à une analyse factorielle : « Les mammographies sont plus utiles lorsqu'on en fait une tous les ans » ($r = 0.43$), « Je ne ferais probablement pas de mammographie si mon docteur exprimait ne serait-ce qu'un petit doute quant à savoir si j'en avais vraiment besoin » ($r = -0.65$), « Je serais davantage d'accord pour réaliser une mammographie si mon médecin me disait à quel point cela est important » ($r = 0.66$), « Faire une mammographie annuellement me donnerait le sentiment de contrôler ma santé » ($r = 0.82$), « Si mon médecin me fait un examen de la poitrine à son cabinet, je n'ai pas besoin d'avoir une mammographie » ($r = -0.69$), « La mammographie est désormais un test médical habituel » ($r = 0.68$), « Ma famille en bénéficiera si je fais une mammographie » ($r = 0.72$). Six raisons à ne pas réaliser une mammographie ont également été identifiées : « Si je mange bien, je diminuerais assez les risques de cancer pour ne pas avoir besoin de réaliser une mammographie » ($r = 0.75$), « Les mammographies augmentent les risques conduisant à des chirurgies invasives » ($r = 0.74$), « Je ne voudrais probablement pas avoir de mammographie si le centre de mammographies se trouve à plus de quelques minutes en voiture de chez moi » ($r = 0.77$), « Je ne voudrais probablement pas faire de mammographies à moins que j'aie des symptômes ou une gêne » ($r = 0.69$), « Si la mammographie décèle quelque chose, alors

quoiqu'il en soit, ce serait trop tard pour y changer quelque chose de toute manière » ($r = 0.77$), « Une fois que vous avez fait une mammographie dont le résultat est négatif, vous n'avez pas besoin d'en faire d'autres » ($r = 0.69$).

Globalement, toutes ces recherches ont listé divers motifs à réaliser ou à refuser de réaliser une mammographie, mais elles n'ont pas réellement proposé d'en faire un inventaire le plus complet possible, ni de déterminer de grands facteurs motivationnels permettant de structurer ces diverses données entre elles. D'autre part, ces études ne s'ancrent pas systématiquement dans un modèle théorique motivationnel clairement défini. Enfin, la plupart de ces travaux n'ont pas été réalisés sur un échantillon de femmes de tous âges. De ces études, on peut tout de même retenir qu'accepter la réalisation d'une mammographie impliquerait essentiellement le fait de vouloir contrôler sa santé et constituerait un moyen de combattre la peur du cancer du sein. Refuser la réalisation d'une mammographie engagerait essentiellement le fait de ne pas avoir assez de temps à y consacrer, d'estimer sa santé comme étant non-prioritaire, de craindre l'examen en lui-même et l'attitude peu attentive des professionnels de santé.

CHAPITRE 9. Accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie : approche motivationnelle

Cette recherche repose sur l'examen des motifs conduisant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie. Elle s'ancre donc dans une approche motivationnelle et, plus précisément, prend appui sur la Théorie du Renversement d'Apter (2001). Nous présentons dans ce chapitre en quoi consiste cette théorie et l'intérêt qu'elle peut apporter à nos travaux.

3. La Théorie du Renversement

3.1. Présentation générale

La Théorie du Renversement (TR) est une théorie générale des comportements humains,

considérant que les motivations sont des entités dynamiques et fluctuantes influençant la façon dont l'homme s'engage au sein de son environnement. Cette théorie est phénoménologique dans la mesure où elle s'intéresse aux expériences psychologiques subjectives vécues par l'être humain au quotidien. Elle est également structurale puisqu'elle a pour principe de rassembler ces mêmes expériences autour d'états motivationnels présentant des propriétés universelles (Loonis & Fernandez, 2004).

Dans les années 1970, deux psychiatres K. C. P. Smith et M. J. Apter ont émis certaines idées qui participeront à fonder les bases de la TR. Ensemble, ils ont mené une étude visant à comprendre les fluctuations de comportements chez les enfants (Smith & Apter, 1975). Par la suite, Apter approfondira la question et développera la TR (Apter, 1982 ; 1989 ; 2001). Celle-ci s'étendra rapidement à l'international grâce à l'implication de nombreux chercheurs. Elle fait aujourd'hui l'objet de multiples publications scientifiques dans pas moins de neuf axes de recherche différents (Loonis & Fernandez, 2004).

La TR est aussi une théorie de la personnalité. Elle bouleverse un concept psychologique majeur, celui des « traits de personnalité » (Loonis & Fernandez, 2004) considérés immuables (Allport, 1937 ; Cattell, 1943). D'après Apter (2001), la personnalité s'exprime de façon dynamique au travers d'états motivationnels. Apter recense huit états motivationnels répartis par paire dans quatre grands domaines. Ainsi dans chaque grand domaine, on retrouve systématiquement deux états motivationnels opposés ne pouvant être actifs simultanément. Cette spécificité est appelée « bistabilité ». Au quotidien, sous l'influence de divers facteurs (environnementaux, psychologiques, organiques) (Apter, 2005 ; Loonis & Fernandez, 2004), l'état motivationnel actif dans un domaine peut se renverser vers l'état motivationnel opposé de sa paire qui devient ainsi le nouvel état motivationnel actif. Ces basculements constants d'un état à un autre, constituent ce qu'Apter appelle des « renversements ». Ils sont vraisemblablement dus à une inconsistance naturelle propre à l'être humain, elle-même

contrebalancée par une consistance individuelle. La consistance individuelle peut entraîner la dominance d'un des états d'une paire sur l'autre. Cette dominance peut être influencée par les stratégies érigées par un individu – stratégies relativement semblables aux mécanismes défensifs et aux stratégies de coping (Loonis, 2001) – mais aussi par des facteurs physiologiques et/ou des facteurs de personnalité (Sveback & Murgatroyd, 1985).

3.2. Approfondissement

3.2.1. États psychologiques et niveau d'activation

La TR est aussi une théorie de l'émotion (Cardénalet al., 2007 ; Loonis & Fernandez, 2004). Elle s'inspire des deux axes orthogonaux développés par Eysenck et ses collaborateurs, à savoir l'axe de l'hédonie (plaisir/déplaisir) et l'axe d'activation (bas/haut niveaux) (Eysenck, 1982 ; Russel, 1980 ; Russel & Mehrabian, 1975 ; Thayer, 1989 ; Watson & Tellegen, 1985). Apter (1982) postule que, tout au long d'une journée, les états motivationnels varient – parfois brutalement – et que ces évolutions ne s'expérimentent pas de façon continue via un unique état psychologique fondamental, mais plutôt de façon discontinue via deux états psychologiques universels, à savoir : un état d'évitement de l'activation et un état de recherche de l'activation (Cardénalet al., 2007 ; Loonis & Fernandez, 2004). La figure 1 illustre les courbes théoriques de la TR.

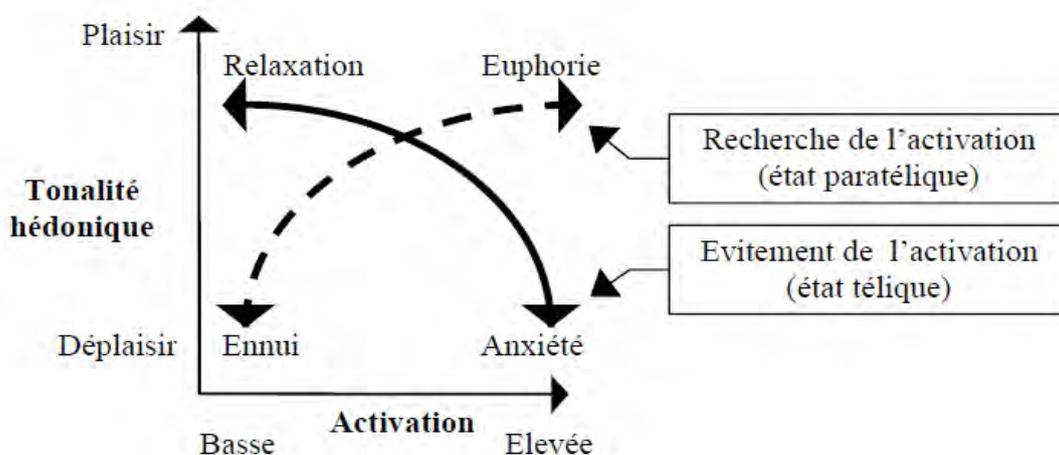


Figure 1 : Le renversement psychologique selon Apter (1982) (d'après Loonis & Fernandez, 2004)

La courbe de l'état d'évitement d'activation débute à un haut niveau d'activation – associé à un état d'anxiété/de déplaisir – et croît jusqu'à atteindre un bas niveau d'activation – associé à un état de relaxation, de plaisir.

La courbe de l'état de recherche d'activation débute à un bas niveau d'activation – associé à un état d'ennui, de déplaisir – et croît jusqu'à atteindre un haut niveau d'activation – associé à un état d'euphorie, de plaisir.

3.2.2. Description des états motivationnels

Apter recense huit états motivationnels répartis par paire dans quatre grands domaines (Apter, 1989 ; Apter et al., 1998 ; Cardénalet al., 2007 ; Loonis & Fernandez, 2004 ; Lunacek & Rambaud, 2014) :

1) *Télique* et *Paratélique* dans le domaine *Moyens-But*. L'état Télique est attentif aux moyens fixés pour atteindre un but (état dit « Sérieux ») tandis que l'état Paratélique est attentif au comportement plaisant adopté dans le moment présent et aux moyens permettant d'en faciliter l'expérience (état dit « Enjoué »). Cette paire renvoie à la notion de désir (e.g., plaisir lié à l'atteinte d'un but, versus, plaisir lié à l'activité dans l'instant présent).

2) *Conformiste* et *Négativiste* dans le domaine *Règles*. Dans l'état Conformiste, les règles conditionnent la façon dont les comportements sont ordonnés (état dit « Conforme ») tandis que l'état Négativiste vit les règles comme des restrictions et aspire à s'y opposer (état dit « Transgressif »). Cette paire renvoie à la notion de loi (e.g., plaisir lié au sentiment d'être intégré en adoptant une attitude conventionnelle, versus, plaisir lié au sentiment d'être libre en adoptant une attitude non conventionnelle).

3) *Maîtrise* et *Sympathie* dans le domaine *Transactions*. L'état Maîtrise envisage la transaction comme un moyen de prendre ou à l'inverse de laisser, tandis que l'état Sympathie envisage la transaction comme un moyen de donner ou de recevoir. Cette paire renvoie à la

notion de pouvoir (e.g., plaisir lié au contrôle et à la domination d'individus, de choses, d'événements, versus, plaisir de prendre soin ou de ressentir de l'affection pour soi ou les autres).

4) *Autique et Alloïque* dans le domaine *Relations*. L'état Autique conçoit autrui bien distinctement de soi et est attentif à préserver ses intérêts personnels (état lié à « Soi ») tandis que l'état Alloïque conçoit autrui comme une substitution de soi et est attentif à servir l'intérêt de l'autre (état lié à « Autrui »). Cette paire renvoie à la notion du lien (e.g., plaisir d'exister en tant que tel, d'être reconnu pour ce que l'on est, versus, plaisir d'être membre d'une équipe ou de s'identifier à une personne que l'on admire).

Par ailleurs, le domaine des Relations peut se subdiviser en quatre catégories, à savoir : *Autocentrique, Intra-autique, Allocentrique, Pro-autique* (Mullet et al., 2014 ; O'Connell, 1993 ; O'Connell & Apter, 1993). L'état Autocentrique aspire à être le centre d'intérêt et des préoccupations d'autrui. L'état Intra-autique est attentif à ses propres intérêts et préoccupations. L'état Allocentrique est attentif aux besoins et intérêts d'autrui, voire s'y identifie. Enfin, l'état Pro-autique aspire à vivre les expériences d'autrui par procuration.

Les huit états motivationnels initiaux sont également regroupés selon deux grandes orientations :

1) *L'orientation somatique* dans laquelle on recense les états motivationnels Téléique, Paratélique, Conformiste et Négativiste. Cette orientation se caractérise par les rapports qu'entretient un individu avec ses ressentis internes, notamment en fonction du niveau d'activation (bas/haut) et/ou de l'hédonie (plaisir/déplaisir).

2) *L'orientation transactionnelle* dans laquelle on recense les états motivationnels Maîtrise, Sympathie, Autique et Alloïque. Cette orientation se caractérise par les rapports qu'entretient un individu avec les autres, et évoque la problématique du pouvoir et du lien.

Par ailleurs, s'il existe une bistabilité entre les deux paires d'un grand domaine, il existe

également une multistabilité entre les paires de domaines issues d'une même orientation. Pour en rendre compte, à ce jour, seize combinaisons des états motivationnels pouvant être actif simultanément ont été envisagées par la TR (Loonis & Fernandez, 2004). Seules huit d'entre elles sont référencées dans la littérature. Parmi celles-ci, on relève quatre fréquentes combinaisons d'états, à savoir : Maîtrise-Autique ; Maîtrise-Alloïque ; Sympathie-Autique ; Sympathie-Alloïque (Apter, 2001 ; Apter, 2007 ; Mullet et al., 2014).

4. Intérêts du modèle

4.1. La Théorie du Renversement en psychologie de la santé : Applications

La TR est une théorie générale dont le modèle peut s'appliquer à différentes disciplines et axes de recherche (Loonis & Fernandez, 2004). Elle est largement utilisée dans le champ de la psychologie, notamment en psychopathologie (Cardéal et al., 2007 ; O'Connell et al., 2004), en psychologie clinique (Martin et al., 1987), en psychologie du sport (Fruchart et al., 2018 ; Kerr & Males, 2011) ou encore dans le champ de la personnalité (Apter & Apter-Desselles, 1993 ; Lafreniere & Cramer, 2006). La psychologie de la santé tire également très souvent profit de la TR (Alinon et al., 2013 ; Apter & Spirn, 1997 ; Bonin-Scaon et al., 2009 ; Cottencin et al., 2006 ; Guedj et al., 2011 ; Guedj et al., 2013 ; Kpanake et al., 2009 ; Kpanake et al., 2010 ; Mullet et al., 2014).

Cette théorie facilite la mise en sens de certaines attitudes humaines parfois qualifiées d'irrationnelles. Il arrive que les êtres humains soient à la recherche de hauts niveaux d'activation même si cela implique l'adoption de comportements à risques (Apter, 1992 ; Zuckerman, 1994). Par exemple, pourquoi persévérons-nous à maintenir des attitudes de santé que nous savons délétères ? Pourquoi les sujets fumeurs consomment du tabac alors qu'ils connaissent les effets néfastes que cela peut avoir sur leur santé ? Les messages de prévention délivrés par les pouvoirs publics ou par les médecins ne suffisent-ils pas ?

Selon Apter (1989), face à des situations plus ou moins dangereuses, l'homme est capable d'établir des « cadres psychologiques protecteurs ». Autrement dit, un individu peut manipuler ses propres états psychologiques en érigeant des stratégies particulières et en manœuvrant le contexte, de façon à mieux supporter des situations à risques. Les stratégies mises en place et la modulation du contexte lui permettent d'entretenir un cadre protecteur. Loonis (2001) considère que ces stratégies sont similaires aux mécanismes de défense et aux stratégies de coping.

Prenons l'exemple de la mammographie. L'état motivationnel dans lequel une femme se trouve au décours d'une consultation gynécologique abordant les bénéfices du dépistage par mammographie (e.g., état Télique) peut se voir transformé le jour même lorsque celle-ci se rappelle avoir prévu de passer l'après-midi avec des ami(e)s (e.g., état Paratélique). Dans le contexte de la consultation médicale, les informations données par le médecin telles que le risque de mort lié au cancer du sein génèrent de l'anxiété. L'état motivationnel Télique correspond à l'évitement d'un haut niveau d'activation. L'individu détermine les moyens lui permettant de réduire son niveau d'anxiété, en l'occurrence : programmer de réaliser un dépistage par mammographie le plus rapidement possible. Mais soudain, avoir pour objectif de passer l'après-midi avec des amies génère de l'euphorie, de la joie. L'état motivationnel Paratélique correspond à la recherche d'un haut niveau d'activation, initiant une sensation de plaisir dans l'instant présent. Passer l'après-midi avec des amies plutôt que de réaliser une mammographie peut aussi devenir un symbole de liberté (état Négativiste), voire un symbole de partage (état Sympathie). Du reste, en discutant avec des amies en excellente santé, n'ayant jamais été confrontées à des cas de cancer dans leurs entourages, un processus d'identification peut s'opérer – ce qui vient conforter le choix réalisé (état Alloïque). En ce sens, le contexte du groupe produit un cadre protecteur permettant de transformer l'anxiété en euphorie.

Le renversement d'un état motivationnel à un autre vient, en quelque sorte, effacer le message de prévention délivré lors de la consultation médicale (Loonis & Fernandez, 2004). Cela signifie que le problème ne réside pas exclusivement dans la conduite en elle-même et que la solution ne saurait se réduire aux messages préventifs. En ce sens, la TR révèle les limites des réponses apportées en matière de santé publique (Loonis & Fernandez, 2004). Peterson et al. (2000) ont observé, dans leur étude longitudinale portant sur une action préventive liée à la consommation de tabac, que la prévalence du tabagisme restait la même, que les participants aient pris part ou non à un programme de prévention durant quinze ans. Les contextes psychologiques, physiologiques, environnementaux peuvent induire des écarts majeurs entre l'intention comportementale et le comportement effectif. Il faut comprendre que l'individu n'est pas directement responsable du renversement d'un état motivationnel à un autre. En revanche, les stratégies que ce dernier met en place, en modifiant les conditions environnementales ou cognitives, peuvent provoquer un renversement (Loonis & Fernandez, 2004).

Ainsi, la TR permet d'appréhender certaines problématiques liées aux comportements de santé sous un autre angle. Les états qui la caractérisent sont qualifiés de métamotivationnels « au sens où ils sont reliés à nos motivations, mais ils ne sont pas nos motivations, ils n'en sont que l'interprétation phénoménologique » (Loonis & Fernandez, 2004, p. 71). Pour exemple, souhaiter réaliser une mammographie pour tenter de contrôler le cancer du sein constitue un motif en soi. Lorsque ce motif est examiné au regard de l'état psychologique qu'il implique (état Maîtrise), ce dernier est envisagé à un tout autre niveau : à un niveau métamotivationnel. C'est en tenant compte de ce niveau qu'il est possible d'observer des basculements motivationnels, et ainsi de mieux saisir et interpréter certains paradoxes comportementaux (Loonis & Fernandez, 2004). Le tableau 1 illustre à l'aide d'exemples théoriques en lien avec la mammographie les états motivationnels de la TR.

Tableau 1

Exemples théoriques de motifs à accepter ou à refuser de réaliser une mammographie, interprétés selon la Théorie du Renversement

Exemple de motif possible		
État motivationnel	<i>À accepter de réaliser une mammographie</i>	<i>À refuser de réaliser une mammographie</i>
Télique	Je sens une boule au niveau de la poitrine.	Les rayons ionisants sont nocifs pour la santé.
Paratélique	Cela me rassure de faire une mammographie car je suis angoissée à l'idée d'avoir un cancer du sein.	Le jour où j'aurais pris rendez-vous, j'aurais envie de faire autre chose.
Conformiste	Je me suis pliée à l'avis du médecin.	Plusieurs de mes amies ne réalisent pas cet examen.
Négativiste	Il y a plus dangereux dans la vie que de faire une mammographie.	Je ne supporte pas cette injonction à faire la mammographie.
Maîtrise	Je préfère savoir si j'ai un cancer du sein et éliminer tout risque possible.	Les techniciens qui font la mammographie sont désagréables.
Sympathie	C'est difficile de refuser de faire une mammographie car c'est un cadeau que l'on nous fait.	Je préfère laisser ma place à d'autres qui en auraient plus besoin.
Autocentrique	Cela me fait du bien d'obtenir toute l'attention des soignants.	En refusant de faire la mammographie, j'attire l'attention de mes proches.
Intra-autique	L'examen ne prend pas de temps à réaliser.	Cet examen génère trop d'anxiété.
Allocentrique	Pour réduire le coût que ce serait pour la société si on me dépistait un cancer du sein tardivement.	Je ne veux pas augmenter le déficit de la sécurité sociale.
Pro-autique	Des proches ont eu un cancer du sein et, de fait, je veille à ce que ça ne m'arrive pas.	Personne n'a de cancers dans ma famille, je ne me sens pas concernée.

4.2. Le modèle du renversement : Une théorie centralisatrice et structurante

La TR permet de mieux saisir la complexité des basculements entre motivation et anti-motivation que Loonis (1997) associe à une forme de « dialectique comportementale ». En 2014, Mullet et al. ont réalisé une méta-analyse portant sur dix études en psychologie de la santé

s'appuyant sur la TR, et ayant toutes pour but conjoint de repérer les motifs poussant les individus d'une part à accepter de réaliser certains comportements de santé et d'autre part à refuser de les réaliser. Ces dix études investiguaient diverses problématiques sociétales relatives à la santé (e.g., la question du don d'organes). Selon les auteurs de cette méta-analyse, ce sont des objets d'étude larges allouant aux chercheurs une « position confortable » pour observer et décrypter des structures motivationnelles complexes (Mullet et al., 2014). La TR présente un avantage majeur lorsque la littérature de l'objet étudié est riche et diversifiée comme celle portant sur la mammographie : elle permet aux chercheurs d'inclure dans leur étude tous les motifs répertoriés scientifiquement et de les structurer autour de grands facteurs intelligibles (Kpanake et al., 2009 ; Kpanake et al., 2010 ; Makris & Mullet, 2009). En prenant appui sur la TR, il est possible d'élaborer un matériel sur-mesure, entièrement adapté à la problématique de recherche. Pour concevoir ledit matériel, l'expérimentateur se fonde sur les états motivationnels de la TR. Par là même, il prend du recul sur sa façon de percevoir et de traiter la question. Ainsi, il peut ressortir de ses travaux des éléments qui ne sont probablement pas apparus dans d'autres recherches (Mullet et al., 2014).

Du reste, étudier des problématiques de société implique, bien souvent, une participation du grand public (Alinon et al., 2013 ; Bonin-Scaon et al., 2009 ; Guedj et al., 2011 ; Kpanake et al., 2009 ; Lakhdar et al., 2007). Lorsque les participants d'un échantillon sont tout-venant, il est plus facile de les recruter et donc de recueillir un nombre de données conséquent. Cela permet d'effectuer des procédures statistiques rigoureuses. Généralement, lorsqu'un questionnaire d'inventaire de motifs est mis au point, dans un premier temps, une analyse factorielle exploratoire est menée : toutes les réponses sont explorées afin d'en dégager une structure stable. Dans un second temps, une analyse confirmatoire est effectuée sur un échantillon de données distinct. Cette seconde analyse permet de mettre à l'épreuve la robustesse de la structure factorielle préalablement identifiée (Mullet et al., 2014).

4.3. La Théorie du Renversement à l'épreuve des théories de la motivation

En psychologie, il existe de nombreuses théories de la motivation. Parmi celles-ci, on relève : la Théorie d'Alderfer (1969), la Théorie des Besoins motivationnels de McClelland (1985) ou encore la Théorie de l'Autodétermination de Ryan & Deci (2000). Ces trois théories engagent des états motivationnels plus ou moins similaires à ceux de la TR. Nous les présentons ici succinctement, dans la perspective d'éclairer notre choix.

4.3.1. La théorie Existence Relatedness Growth (ERG)

Inspiré des travaux de Maslow (1943), Alderfer (1969) envisage que les motivations d'un individu sont intimement liées à la volonté de satisfaire certains besoins élémentaires. Il prétend qu'il existe trois catégories de besoins : les besoins d'existence, les besoins de rapports sociaux et les besoins de développement.

Les besoins d'existence (E) font référence à des nécessités d'ordre primaire, à savoir : les besoins physiologiques (e.g., se nourrir, boire, dormir, ...), les besoins de sécurité (e.g., se protéger de divers dangers et menaces), et les besoins matériels (e.g., s'acheter des vêtements, de la nourriture, ...). Finalement, cette catégorie regroupe les besoins indispensables à la survie d'un homme.

Les besoins de rapports sociaux (R) équivalent à la nécessité d'entretenir des relations interpersonnelles. Les relations peuvent impliquer des niveaux d'affectivité et d'affinité plus ou moins forts et intervenir au sein de groupes aux typologies variées. Cette catégorie regroupe les besoins faisant appel à un sentiment de sécurité (e.g., confiance en l'humanité), à un sentiment d'appartenance (e.g., donner de l'amour à autrui, être membre d'un groupe, lutter contre la solitude et l'isolement), et à un sentiment de respect (e.g., être respecté d'autrui de par son statut social).

Les besoins de développement (G) renvoient à la nécessité de créer et de se réaliser. Pour répondre aux besoins de développement, l'individu sollicite ses compétences personnelles et tente de les accroître. Cette catégorie regroupe les besoins d'estime de soi (e.g., être capable de poursuivre un but, d'accomplir des choses, de se sentir compétent, ...) et les besoins de réaliser son potentiel (e.g., parvenir à atteindre un objectif personnel).

Selon Alderfer (1969), ces besoins sont innés et à l'origine des comportements. Il soutient que les motivations sont influencées par l'intensité des besoins : moins un besoin est satisfait, plus l'intensité du besoin est élevée (et donc plus il faut de motivations pour atteindre un niveau de satisfaction adéquate).

4.3.2. La Théorie des Besoins motivationnels

McClelland (1961) considère que la motivation est largement influencée par le désir de répondre à trois grands besoins : le besoin d'accomplissement, le besoin de pouvoir, et le besoin d'appartenance.

Le besoin d'accomplissement peut être défini comme la tendance à vouloir atteindre des buts et à relever des défis. Il est associé au désir de s'améliorer pour se rapprocher d'un standard de réussite.

Le besoin de pouvoir est marqué par la volonté d'être reconnu d'autrui, notamment en acquérant un statut prestigieux ou en se positionnant dans le rôle de leader. Il est associé au désir d'influencer ou de contrôler les autres.

Le besoin d'appartenance est relatif à la volonté d'expérimenter des activités collaboratives. La priorité principale consiste à passer du temps avec d'autres individus. Ce besoin est associé au désir de faire partie d'un groupe et de partager des relations proches avec autrui.

Selon McClelland (1961), tous les hommes sont habités par ces besoins, toutefois leurs niveaux varient d'un individu à un autre. En ce sens, il considère que les besoins sont spécifiques à chaque sujet.

4.3.3. La Théorie de l'Autodétermination (TAD)

Ryan & Deci (1985) ont élaboré une théorie de la motivation reposant sur deux formes de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La TAD distingue la notion de motivation (intrinsèque et extrinsèque) à l'amotivation (absence de motivation).

La motivation intrinsèque renvoie à l'investissement volontaire d'un individu dans une activité de par le plaisir et la satisfaction que celle-ci lui procure, sans que des récompenses extérieures n'en soient à l'origine.

La motivation extrinsèque renvoie à l'engagement d'un sujet dans une activité, non pour l'activité en elle-même, mais pour les bénéfices qui y sont associés ou pour éviter des contraintes extérieures telles qu'une punition (Deci & Ryan, 1985 ; Deci & Ryan, 2008 ; Gillet & Vallerand, 2014). Deci & Ryan (1985) ont recensé trois types de motivation extrinsèque : la régulation externe, la régulation introjetée et la régulation identifiée. La régulation externe correspondrait à l'absence d'intériorisation des facteurs externes (les comportements de l'individu sont non-autodéterminés). La régulation introjetée correspondrait à une intériorisation partielle des facteurs externes (les comportements de l'individu sont non-autodéterminés). La régulation identifiée correspondrait à une intériorisation complète des facteurs externes (les comportements de l'individu sont autodéterminés).

Les motivations de la TAD sont considérées comme étant soit 1) autonome ; 2) contrôlé. La motivation intrinsèque et la régulation identifiée équivalent à des motivations autonomes. Tandis que la régulation externe et la régulation introjetée équivalent à des motivations contrôlées.

Deci & Ryan (1985) ont postulé que les comportements étaient mieux intégrés si les besoins psychologiques suivants étaient satisfaits : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance. Ils soutiennent que la performance et le bien-être entretiennent des liens positifs plus forts avec la motivation autonome qu'avec la motivation contrôlée.

4.3.4. La plus-value de la Théorie du Renversement

La TR combine plusieurs notions issues de différentes théories de la motivation (Cramer, 2013). Néanmoins, elle est qualifiée de théorie parcimonieuse (Cramer, 2013). Autrement dit, elle n'accumule pas les notions complexes pouvant rendre son approche ardue (Cramer, 2013). Cet outil prend appui sur un nombre de concepts raisonnable, c'est-à-dire suffisant pour expliquer les phénomènes analysés.

Dans la TR, huit à dix états motivationnels permettent de donner du sens et d'interpréter la variété des comportements humains. Les théories d'Alderfer (1969) et de McClelland (1961) sont constituées, quant à elles, de trois facteurs motivationnels, et la théorie de Deci & Ryan (1985) en inventorie deux. Selon Mullet et al. (2014), la théorie de McClelland (1961) et de Deci & Ryan (1985) ont les points communs suivants avec la TR :

1) Les facteurs « besoin d'accomplissement » (McClelland, 1961) et « motivation extrinsèque » (Deci & Ryan, 1985) sont à rapprocher de l'état Télélique (Apter, 2001).

2) Le facteur « motivation intrinsèque » (Deci & Ryan, 1985) est à rapprocher de l'état Paratélique (Apter, 2001).

4) Le facteur « besoin de pouvoir » (McClelland, 1961) est à rapprocher de la combinaison des états Autique/Maîtrise (Apter, 2001).

5) Le facteur « besoin d'appartenance (McClelland, 1961) est à rapprocher de la combinaison des états Autique/Sympathie et éventuellement de la combinaison des états Alloïque/Sympathie (Apter, 2001).

Tableau 2

Points communs entre les états motivationnels de la Théorie du Renversement (Apter, 2001), de la Théorie de Besoins motivationnels (McClelland, 1961) et de la Théorie de l'Autodétermination (Deci & Ryan, 1985) d'après Mullet et al. (2014)

Théorie du Renversement (Apter, 2001)	Théorie des Besoins (McClelland, 1961)	Théorie de l'Autodétermination (Deci & Ryan, 1985)
État Télique	Besoin d'accomplissement	Motivation extrinsèque
État Paratélique		Motivation intrinsèque
État Conformiste		
État Négativiste		
État Maîtrise		
État Sympathie		
État Autique		
État Alloïque		
État Autique/Maîtrise	Besoin de pouvoir	
État Alloïque/Maîtrise		
État Autique/Sympathie	Besoin d'appartenance	
État Alloïque/Sympathie	Besoin d'appartenance	

La TAD est une théorie utilisée dans des protocoles de recherche variés impliquant des analyses statistiques diversifiées. Elle présente une bonne validité interne et externe (Gillet & Vallerand, 2014 ; Vallerand et al., 2008). Toutefois en user revient à réduire le champ des phénomènes étudiés, dans la mesure où seuls les motifs correspondant aux états Télique et Paratélique de la TR sont considérés (cf. tableau 2). Il en va de même pour la théorie de McClelland. Prendre appui sur ce modèle signifie réduire le prisme des phénomènes étudiés. D'autant plus que

Mullet et al. (2014) ont constaté que tous les états motivationnels de la TR apparaissaient dans les analyses factorielles des dix études sur laquelle leur méta-analyse porte. Ils en ont conclu que la TR « dépasse et surpasse » les théories de McClelland (1985) et de Ryan & Deci (2000).

II. PARTIE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1

Objectifs

Le premier objectif de cette étude qualitative exploratoire et transversale consistait à identifier les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, mais de façon inédite, en les analysant selon l'approche dimensionnelle de la TR. Nous avons considéré que cet ancrage théorique, au large spectre d'exploration, pouvait contribuer à enrichir les recherches existantes grâce à son potentiel compréhensif et explicatif (Cramer, 2013), tout comme il pouvait faciliter l'émergence de nouvelles pistes de recherche.

Le second objectif de cette étude visait à examiner les états motivationnels de la TR les plus impliqués dans le discours de chacune des femmes, individuellement. Il s'agissait de comparer les états motivationnels que les participantes ont traversé au cours des entretiens, et de repérer certaines similitudes ou différences selon leurs avis personnels à l'égard du dépistage mammographique.

Le troisième objectif de cette étude visait, quant à lui, à examiner les états motivationnels de la TR les plus impliqués dans le discours de toutes les femmes réunies. Nous souhaitons observer si certains d'entre eux émergeaient de manière plus prégnante dans ce contexte spécifique.

Hypothèses et questions de recherche

Concernant notre premier objectif, puisqu'à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux motifs liés au consentement ou au refus de la mammographie sous le prisme de la TR, nous posons les questions de recherches suivantes :

- Quels motifs à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie sont identifiés dans le discours des femmes ?

- Les motifs à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie s'organisent-ils autour des états Télique, Paratélique, Conformisme, Négativiste, Maîtrise, Sympathie, Autocentrique, Intra-autique, Allocentrique et Pro-autique de la TR ?

Les autres objectifs de cette étude sont également pressentis sous la forme de question de recherche :

- Quels états motivationnels de la TR sont les plus impliqués dans le discours de chacune des femmes individuellement ?
- Quels états motivationnels de la TR sont les plus impliqués dans le discours de l'ensemble des femmes ?

Méthode

Participant

La volonté d'interroger des femmes aux expériences variées vis-à-vis de la mammographie a guidé la construction de notre échantillon. L'âge, les antécédents familiaux de cancer du sein, le type de dépistage utilisé, le nombre de mammographies réalisées, l'avis personnel quant à ce dépistage, l'absence de cancer du sein ou de rémission de cancer du sein (constituant le seul critère d'exclusion de l'étude) ont été considérés. Vingt femmes de tous âges ont été recrutées en France grâce à un effet boule de neige. Autrement dit, nous nous sommes appuyées sur des médecins, des associations, ou encore des étudiants pour identifier des participantes aux profils diversifiés afin de répondre au critère d'hétérogénéité voulu (échantillon dirigé). Douze des vingt femmes recrutées ($M = 42.2$ ans, intervalle d'âge : 25-61) ont accepté de participer librement à l'étude (taux de refus de 40%). Par ailleurs, dans une perspective de triangulation des sources de données, quatre professionnels de santé (une gynécologue, une généraliste, une radiologue et une ostéopathe) ont également participé à cette étude. D'autres travaux ont déjà procédé de la sorte (Flick et al., 2012 ; Le Bonniec, 2018). Ainsi, nous souhaitons interroger

d'une part des professionnels de santé et d'autre part des femmes du grand public réalisant ou refusant de réaliser une mammographie, de façon à obtenir un inventaire des motifs le plus large et consistant possible. Il peut être intéressant de considérer les points de vue de professionnels pratiquant une médecine traditionnelle et ceux de professionnels pratiquant une médecine douce puisque leurs patients n'ont pas toujours les mêmes profils (Astin, 1998 ; Buck et al., 2005). L'échantillon est décrit en détail dans le tableau 3.

Tableau 3

Description de l'échantillon de l'étude 1

	Sujet	<i>n</i>	%
Grand public		12	100
ATCD cancer du sein			
<i>Oui</i>	G, H, I, J	4	33.3
<i>Non</i>	A, B, C, D, E, F, K, L	8	66.7
Type de dépistage			
<i>Dépistage organisé (DO)</i>	A, B, C	3	25
<i>Dépistage individuel (DI)</i>	E, F, G, H	4	33.3
\emptyset	D, I, J, K, L	5	41.7
Nombre mammographie(s) réalisée(s)			
\geq à 5	C, D, E	3	25
$<$ à 5	A, B, G, H, F	5	41.7
\emptyset	I, J, K, L	4	33.3
Avis/position dépistage cancer sein			
<i>Plutôt pour</i>	A, B, D, G, H, I, J	7	58.33
<i>Plutôt contre</i>	C, E, K, L	4	33.33
<i>Ni pour, ni contre</i>	F	1	8.33
Professionnel de santé		4	100
	Gynécologue	1	25
	Généraliste	1	25
	Radiologue	1	25
	Ostéopathe	1	25

Matériel

La méthode des entretiens semi-directifs nous a semblé pouvoir enrichir la lecture de résultats obtenus par d'autres voies. Une grille d'entretien a été élaborée (cf. annexe B) au regard de la littérature scientifique (Cases et al., 2016 ; Hersch et al., 2016 ; Lecompte, 2018) et des

dimensions de la TR. Elle comportait des questions du type :

Seriez-vous favorable à la réalisation d'une mammographie ? Pourquoi ? Quelles seraient (ou quelles ont été) les motivations qui vous pousseraient (ou vous ont poussé) à accepter/à refuser de réaliser cet examen ? Que pensez-vous des informations délivrées au sujet du dépistage par mammographie ?

Cette grille d'entretien a servi de base au déroulement des entretiens. Notre intention principale consistait à faciliter une verbalisation libérée autour de la mammographie. Nous n'avons pas incité les participantes à aborder systématiquement l'intégralité des dix états de la TR mais avons plutôt observé le recours spontané à certains d'entre eux. La grille d'entretien a été adaptée aux entretiens avec les professionnels de santé de façon à ce que ces derniers retranscrivent non pas leurs motivations propres, mais celles de leurs patientes.

Procédure

Les participantes ont été contactées par téléphone ou e-mail. Ces échanges ont permis de présenter succinctement l'objectif de la recherche (à savoir, étudier les motifs des femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie). Avant de réaliser les entretiens, les participantes ont été invitées à prendre connaissance de la notice d'information conçue spécialement pour cette recherche puis à signer un formulaire de consentement éclairé (cf. annexe A). Une fois cela effectué, les entretiens ont eu lieu dans un endroit calme et ont duré 25 à 40 minutes. Ils ont été enregistrés, retranscrits puis analysés.

Notons que cette présente recherche a reçu un avis favorable (N°2018-119) du Comité d'Éthique sur les Recherches (CER) de Toulouse. Étant soumise au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), elle est enregistrée sous le N°20190930-1428 auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'université Toulouse Jean-Jaurès, depuis le 26/09/2019.

Résultats

Des analyses de contenu thématiques de type papier/crayon ont été effectuées sur l'ensemble du corpus. Les états motivationnels de la TR ont constitué les thèmes du contenu exploré. Le modèle théorique a donc orienté la façon dont les données ont été codées (regroupement des motifs recensés en fonction des états de la TR). Cette façon de procéder a encouragé la prise de recul du chercheur puisque les critères de structuration de corpus étaient non définis par des observations subjectives. Une analyse de contenu secondaire a été mise en œuvre à l'intérieur de ces groupements thématiques afin d'en dégager les sous-thématiques les plus saillantes. Le nombre de sujets associé à chaque sous-thématique (grand public d'un côté et professionnel de santé de l'autre) a été comptabilisé. Cette semi-quantification des données a permis de mettre en avant les états motivationnels les plus impliqués dans le discours des femmes. Pour chaque participante, les occurrences des états motivationnels activés au cours de l'entretien ont été comptabilisées, ceci afin de comparer les dynamiques de renversement selon l'avis personnel des femmes sur la question du dépistage mammographique. En second lieu et afin de limiter les biais de subjectivité, une analyse lexicométrique a également été menée via Iramuteq©. Le corpus des textes a été formaté en fonction des variables thématiques (c'est-à-dire des états motivationnels de la TR). Le logiciel Iramuteq, grâce à la méthode Reinert, a repéré la cohérence d'un monde lexical par opposition à d'autres mondes lexicaux. Une analyse de contenu secondaire a ensuite été mise en œuvre à l'intérieur des classes identifiées par ce logiciel, au regard de la valeur du χ^2 et de la valeur p de chaque unité lexicale.

1. Analyse de contenu

À l'analyse de contenu, 28 sous-thématiques représentant des motifs facilitateurs se sont dégagées telles que l'importance du diagnostic précoce, le besoin d'être rassurée, le phénomène d'habitude, les influences sociales, la volonté de prévenir ou de vérifier, la volonté de prendre

soin de soi ou de rassurer l'entourage, la peur du cancer, ou encore l'identification à des proches étant malades. D'autre part, 26 sous-thématiques représentant des motifs barrières se sont dégagées telles que le manque d'informations, la défiance, l'opposition à la médecine ou à l'injonction à faire, la déshumanisation du soin, l'aspect douloureux de l'examen, la perspective collectiviste ou encore l'identification à des proches en bonne santé. Le tableau 4 présente l'ensemble des sous-thématiques répertoriées pour chaque domaine de la TR et le nombre de sujets y étant associés (grand public et professionnel de santé séparés). Les propos des professionnels de santé rejoignaient 42 des 54 sous-thématiques ayant émergé du discours des participantes grand public (soit 78%).

De manière individuelle, il a été observé, qu'au sein d'un domaine de la TR, un état motivationnel dominait parfois fondamentalement son(ses) état(s) opposé(s). Pour exemple, le discours de A et D – participantes favorables au dépistage par mammographie – n'était associé qu'à l'état Conformisme du domaine Règles, jamais à l'état Négativiste (leurs occurrences respectives étaient de $O = 6$ et de $O = 11$). Chez B, I ou encore J, participantes favorables à cet examen, une dominance partielle de l'état Conformisme (respectivement, $O = 12$; $O = 6$; $O = 4$) sur l'état Négativiste (respectivement, $O = 5$; $O = 3$; $O = 1$) a été observée. À l'inverse, chez C opposée au dépistage par mammographie et chez H en faveur du dépistage mais ayant recours au DI plutôt qu'au DO, une domination complète de l'état Négativiste (respectivement, $O = 14$; $O = 2$) sur l'état Conformisme a été observée. Il a aussi été relevé une dominance partielle de l'état Négativiste ($O = 22$) sur l'état Conformisme ($O = 3$) chez E, participante défavorable au dépistage par mammographie.

Par ailleurs, chez E et C opposées à la mammographie et chez B, J et L favorables à la mammographie, une dominance complète de l'état Télique du domaine Moyen-Buts sur l'état Paratélique (respectivement, $O = 17$; $O = 6$; $O = 11$; $O = 9$; $O = 15$) a été observée. Notons que, chez toutes les participantes issues du grand public (hormis D), l'état motivationnel Intra-

autique s'est activé à minima une fois lors de l'entretien, et ce principalement lorsque ces dernières arguaient des motifs impliquant le refus de la mammographie. Du reste, l'état Maîtrise n'a été activé que lorsque les participantes évoquaient des motifs facilitateurs tandis que l'état Négativiste n'a été activé qu'en cas d'évocation de motifs barrières. La participante F ayant un positionnement ambivalent vis-à-vis de la mammographie, a été la seule à traverser tous les états motivationnels de la TR durant l'entretien.

De manière plus globale, les motifs facilitateurs les plus fréquemment cités par toutes les participantes réunies étaient associés aux états Télique et Conformisme. Les motifs barrières les plus fréquemment cités par toutes les participantes réunies étaient associés aux états Télique, Négativiste, Autocentrique et Intra-autique.

Tableau 4

Thématiques issues de l'analyse de contenu secondaire, pour chaque état motivationnel de la TR

Thématique (état motivationnel)	Accepter la réalisation d'une mammographie		Refuser la réalisation d'une mammographie		
	Sous-thématique :	Sujet :	Sous-thématique :	Sujet :	
		Grand public	Pro santé	Grand public	Pro santé
Télique	Importance d'un dépistage précoce (notion de curabilité)	(11)	(2)	Risques pour la santé liés à l'examen	(8) (3)
	Incidence et prévalence	(7)	(3)	Manque d'informations	(7) (1)
	Présence d'anomalies cliniques	(7)	(2)	Absence d'antécédents familiaux	(2) (2)
	Antécédents familiaux	(6)	(3)	Absence d'anomalies cliniques	(2) (1)
	Insuffisance de la palpation ou de l'autopalpation	(3)	(3)		
Paratélique	Être rassurée	(5)	(2)	Privilégier l'instant présent	(1) (0)
	Plaisir de voir le technicien	(1)	(0)		
	Activités sociales plaisantes liées à l'examen	(0)	(1)		

Conformiste	Suivre recommandations médicales	(10)	(4)	Influence sociale	(4)	(3)
	Absence de questionnements, de critiques	(6)	(2)	Influence des études scientifiques critiques	(1)	(3)
	Habitude	(7)	(1)			
	Influence sociale	(5)	(3)			
	Confiance	(7)	(1)			
	Conscienciosité	(5)	(1)			
Négativiste				Refus de penser au cancer du sein	(6)	(3)
				Défiance	(5)	(4)
				Opposition à la médecine	(6)	(2)
				Circonspection	(6)	(1)
				Opposition à l'injonction à faire	(4)	(2)
				Nature, mode de vie sain	(4)	(2)
Maîtrise	Par prévention	(6)	(0)			
	Vérification, volonté de savoir	(4)	(1)			
Sympathie	Pour rassurer l'entourage	(2)	(2)	Attitude désagréable du technicien	(5)	(1)
	Prendre soin de soi	(4)	(0)	Atteinte à l'identité féminine	(2)	(1)
	L'examen est un don que l'on fait aux femmes	(2)	(0)	Prendre soin de soi	(2)	(0)
Autocentrique	Prise en charge personnalisée	(3)	(2)	Recherche d'alternative pour ma santé	(5)	(1)
	Humanisation du soin	(3)	(1)	Déshumanisation du soin	(3)	(2)
				Choisir pour ma santé	(3)	(1)
				Prise en charge impersonnelle	(3)	(1)
Intra-autique	Absence d'angoisses	(5)	(0)	Examen désagréable, douloureux	(9)	(3)
	Peur du cancer, de la mort	(2)	(1)	Examen angoissant	(6)	(2)
	Par culpabilité en cas de diagnostic de cancer du sein	(2)	(1)	Contraintes spatio-temporelles ou financières	(3)	(1)
				Pudeur	(2)	(0)
Allocentrique	Réduire le coût financier pour la société	(2)	(0)	Réduire le coût financier pour la société	(2)	(0)

	Perspective collectiviste	(1)	(1)			
Pro-autique	Identification à des proches ayant eu un cancer	(8)	(2)	Identification à des proches en bonne santé	(2)	(0)
	Identification à des proches ayant survécu à un cancer	(2)	(0)			

1.1. Motifs facilitateurs

Les motifs facilitateurs associés à l'état Télique impliquaient le déploiement d'arguments tels que l'importance d'un dépistage précoce, qui légitimaient l'objectif final (n [femmes] = 11 ; n [professionnels] = 2). B, participante issue du grand public, rapportait à propos du dépistage du cancer du sein, que « Plus c'est pris tôt et plus les chances de guérison sont fortes ». Le médecin gynécologue expliquait que pour beaucoup de femmes « le dépistage du cancer du sein c'est une course contre la montre. Plus on arrive tôt, plus on vit ».

Les motifs facilitateurs associés à l'état Paratélique laissent présager que la mammographie peut être assimilée à un moment plaisant notamment parce qu'elle diminue les angoisses (n [femmes] = 5 ; n [professionnels] = 2). D, participante grand-public rapportait : « Je voyais plutôt le bénéfice parce que c'est vrai que j'étais un peu inquiète parce que j'avais mal ».

Les motifs facilitateurs liés à l'état Conformisme soulignent en quoi l'acceptation de la mammographie dépend des recommandations du médecin (n [femmes] = 10 ; n [professionnels] = 4). Par exemple, A, participante grand public, expliquait en quoi l'examen peut être effectué dans la perspective de se plier à l'autorité médicale : « Je suis quand même souvent l'autorité. Si mon médecin me dit de faire un truc, je vais le faire ». Le médecin généraliste ajoutait : « Il y a des femmes, ce que leur dit de faire leur médecin, la sécurité sociale, ça les motive. Pour elles, c'est une convocation ».

Les motifs associés à l'état Maîtrise ne renvoyaient qu'au consentement de réalisation de la mammographie. Ils précisaient en quoi la mammographie peut être appréhendée comme

un moyen de vérification qu'il faut saisir pour contrôler le cancer du sein (n [femmes] = 4 ; n [professionnels] = 1). D révélait : « Je préfère savoir et je préfère éliminer tout risque possible ».

Les motifs facilitateurs associés à l'état Sympathie répondaient à une aspiration profonde à prendre soin de soi et/ou des autres, pouvant pousser les femmes à accepter la réalisation de l'examen pour rassurer leur entourage (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 2). D témoignait : « J'avais très mal donc pour elle [ma mère], il fallait qu'on sache ce que c'était ».

Les motifs facilitateurs associés à l'état Autocentrique expliquaient comment la présence de personnalisation du soin dans l'acte de dépistage (n [femmes] = 3 ; n [professionnels] = 2) influait sur l'acceptation de la mammographie. A précisait : « Le plus important, plutôt que de balancer des examens systématiquement c'est quand même qu'il y ait des médecins informés qui aient le temps avec le patient ».

Les motifs facilitateurs associés à l'état Intra-autique dévoilaient que certaines préoccupations personnelles telles que la peur du cancer ou de la mort (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 1) peuvent faciliter la réalisation de cet examen. D'après B, « c'est un peu la peur de mourir quand même qui fait que tu préviens ».

Les motifs facilitateurs associés à l'état Allocentrique exposaient en quoi l'acceptation de l'examen peut impliquer l'intérêt de l'autre, par exemple en réduisant un coût financier collectif (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 0). B estimait : « Même pour la société. Je veux dire, il vaut mieux enlever un petit truc anodin que de faire des rayons, des machins. La santé est gratuite en France autant prendre les choses en amont ».

Les motifs facilitateur associés à l'état Pro-autique révélaient le rôle de l'identification à des proches ayant eu un cancer dans la décision de réaliser une mammographie (n [femmes] = 8 ; n [professionnels] = 2). E expliquait : « Quand il y a des cas qu'on connaît, des gens autour de soi qui l'on vécu, peut-être que du coup ça fait un petit peu peur et qu'on se dit « je vais le faire » ».

1.2. Motifs barrières

Les motifs barrières associés à l'état Télique impliquaient le déploiement d'arguments qui mettaient en doute l'objectif final tels que le manque d'informations délivrées (n [femmes] = 7 ; n [professionnels] = 1). C, participante grand public, expliquait : « Je ne suis pas sûre qu'on ait une vraie information, je pense plutôt qu'on est désinformé ». L'ostéopathe précisait : « Je trouve que les médecins ne remplissent pas forcément leur devoir d'informations envers les patients. Et c'est pour ça aussi qu'il y a des défiances. C'est comme pour le vaccin ».

Les motifs barrières associés à l'état Paratélique montraient en quoi la mammographie peut être jugée déplaisante si l'on considère que l'anticipation liée à l'organisation de cet examen restreint l'expérience d'un plaisir spécifique à l'instant présent (n [femmes] = 1 ; n [professionnels] = 0). B précisait : « Je me dis le jour où tu vas avoir pris rendez-vous t'auras envie de faire autre chose ».

Les motifs barrières liés à l'état Conformisme illustraient en quoi refuser de réaliser une mammographie pouvait également revenir à se conformer à l'avis de l'environnement social (n [femmes] = 4 ; n [professionnels] = 3). D expliquait : « Si mon entourage m'avait dit de ne pas le faire, je ne l'aurais pas fait ».

Les motifs associés à l'état Négativiste ne renvoyaient qu'au refus de réalisation de la mammographie. Ils dévoilaient que l'injonction à réaliser une mammographie pouvait être vécue comme une contrainte restreignant les libertés (n [femmes] = 4 ; n [professionnels] = 2). E, participante grand public, révélait : « Ce n'est pas parce que vous allez faire la grosse information en disant attention, il faut y aller c'est grave, que je vais y aller. Je vais plutôt avoir tendance à me dire oh là ». L'ostéopathe ajoutait : « Pour que les femmes aient envie de le faire, il faut qu'elles aient confiance. Et la confiance, elle ne vient pas en imposant des trucs ». Soulignons que lorsque deux participantes grand public évoquaient leurs incertitudes, elles minimisaient concomitamment leurs propos et semblaient craindre d'être assimilées à une

idéologie complotiste. C expliquait : « Les dérives médicales, les lobbies pharmaceutiques m'arrêtent et me font penser que ce n'est pas juste de l'altruisme ou de la santé publique mais qu'il y a forcément – mais là j'ai peut-être un mauvais esprit – un intérêt privé derrière ». Les commentaires de quatre autres participantes (une issue du grand public et trois professionnels de santé) confirmaient cette tendance à la stigmatisation. I précisait que « Ce sont des choses organisées et il y a toujours des gens qui sont un peu théorie du complot avec les labos ». Il apparaissait aussi une forme de répulsion pour ce qui ne provenait pas de la nature (n [femmes] = 4 ; n [professionnels] = 2). E considérait que : « Ce n'est pas bon, naturel, sain, d'ingérer du chimique ou d'aller faire des rayons, donc je ne veux pas le faire ». Le médecin radiologue ajoutait : « Vous avez des femmes qui sont un peu dans une mouvance écolo, qui rejettent un petit peu tout. La contraception orale parce qu'elle est chimique et que c'est carcinogène. Alors on les prend un peu pour des illuminées mais elles n'ont pas tort ».

Les motifs barrières associés à l'état Sympathie pouvaient pousser les femmes à refuser la réalisation d'une mammographie dans la perspective de prendre soin d'elles (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 0). C expliquait : « Je n'ai pas envie qu'on aille traumatiser mon corps ».

Les motifs barrières associés à l'état Autocentrique expliquaient également comment l'absence de personnalisation du soin (n [femmes] = 3 ; n [professionnels] = 1) pouvait influencer sur son refus :

Ce qui me gêne c'est que c'est gratuit, que ça sort de nulle part. Je refuse si c'est quelqu'un qui ne me connaît pas, qui ne m'a pas ausculté. Si ça ne repose que sur une tranche d'âge, si c'est quelque chose d'impersonnel. (K)

L'ostéopathe ajoutait que pour beaucoup de femmes « c'est un peu trop global parce que si tu fais juste une mammographie mais que tu ne vois jamais de médecin, tu vas faire ta mammo mais tu n'es pas suivi du tout ».

Les motifs barrières associés à l'état Intra-autique dévoilaient que certaines préoccupations personnelles telles que l'aspect désagréable et douloureux de l'examen (n

[femmes] = 9 ; n [professionnels] = 3) pouvaient freiner la réalisation de l'examen. I, participante grand public, précisait qu'un motif de refus « pourrait être que ce soit douloureux et assez pénible ». Le médecin généraliste expliquait : « Il y a des femmes dont les pathologies mammaires rendent les seins douloureux, et donc elles expriment beaucoup le fait que la mammographie fait mal physiquement. Très mal ».

Les motifs barrières associés à l'état Allocentrique pouvaient être liés au désir de réduire le coût financier pour la société (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 0). F rapportait :

Je pourrais refuser pour des raisons financières, enfin pour ne pas augmenter le déficit de la sécurité sociale. J'y pense à chaque fois que je vais faire quelque chose de préventif. Je me dis « bon j'y vais on m'a dit d'y aller » mais j'ai quand même toujours ce truc de : ça va coûter à la sécurité sociale, est-ce bien utile que j'y aille ?

Les motifs barrières associés à l'état Pro-autique révélait quant à eux le rôle de l'identification à des proches bien-portants (n [femmes] = 2 ; n [professionnels] = 0). F témoignait : « La maladie, ce n'est pas quelque chose qui fait partie de mon environnement proche. [...] Il n'y en a pas du tout moi dans ma famille, des gens qui ont des cancers ».

2. *Analyse lexicométrique*

Le logiciel Iramuteq a regroupé des unités lexicales sous la forme de trois classes d'énoncés caractéristiques. Les résultats observés cette fois par voie inductive, ont confirmé le fait que les motifs associés aux états Télique, Conformisme, Négativiste et Intra-autique étaient les plus cités par les participantes. En revanche l'état Autocentrique ne ressortait pas des résultats. La constitution des classes est présentée dans le tableau 5 et un dendrogramme est proposé en annexe C.

Tableau 5

Classification de Reinert : arbre thématique

Classe 1 (39,4%) : Attitude conventionnelle versus dissidente

NÉGATIVISTE :

INFORMATION : 6 sujets :
Problématique liée à l'information donnée Grand public (5) ; Pro santé (1)

BESOIN : 4 sujets :
Je n'ai pas besoin (de ce circuit, d'être rassurée, de l'avis du médecin...) Grand public (4)

CONFORMISME :

CONFIANCE : 7 sujets :
Confiance en son médecin Grand public (6) ; Pro santé (1)

SUIVRE : 7 sujets :
Être suivie par son médecin Grand public (3) ; Pro santé (1)
Suivre l'avis du médecin Grand public (3)

PRESSION : 3 sujets :
Je le fais par pression Grand public (2) ; Pro santé (1)

Classe 2 (31,4%) : Réflexion sérieuse quant à l'objectif mammographie

TÉLIQUE :

CANCER : 15 sujets :
La mammographie dépiste le cancer Grand public (9) ; Pro santé (2)
La mammographie induit le cancer Grand public (2) ; Pro santé (2)

RISQUE : 10 sujets :
Risque de cancer du sein Grand public (4) ; Pro santé (2)
Risque(s) lié(s) à l'examen Grand public (3) ; Pro santé (1)

DEPISTER : 10 sujets :
Permet de dépister Grand public (5) ; Pro santé (2)
Dépiste inutilement Grand public (2) ; Pro santé (1)

AGE : 8 sujets :
C'est une question d'âge Grand public (4)
Ce n'est pas une question d'âge Grand public (2) ; Pro santé (2)

RAYON : 5 sujets :
Méfaits des rayons Grand public (2) ; Pro santé (3)

Classe 3 (29,2%) : Préoccupations personnelles

INTRA-AUTIQUE :

PEUR : 10 sujets :
Peur d'avoir un cancer, de la mort, de l'examen, de l'ablation, ... Grand public (8) ; Pro santé (2)

STRESS : 6 sujets :
Examen source de stress Grand public (5) ; Pro santé (1)

DOULEUR : 4 sujets :
Examen douloureux Grand public (2) ; Pro santé (2)

DÉSAGRÉABLE : 2 sujets :
C'est un examen désagréable Grand public (2)

La classe 1 (39,4 %) engageait le domaine des Règles de la TR. Il s'y déployait des motifs liés à l'état Conformisme agissant principalement comme des facilitateurs : « Je suivrai toujours le médecin ou le gynéco s'ils me le proposent » (A) ; « Parce que je m'en remets à lui [mon médecin], que j'ai confiance en lui » (J). On y recensait également des motifs liés à l'état Négativiste agissant uniquement comme des barrières : « Je n'ai pas besoin de ce circuit-là [du DO] » (H) ; « Je n'ai pas besoin de l'avis de mon médecin pour savoir si je dois me faire vacciner ou pas, donc peut-être que je laisserais passer » (K) ; « Parce que je trouve l'information culpabilisante » (C).

La classe 2 (31,4 %) engageait le domaine des Moyen-Buts de la TR. Il s'y déployait des motifs liés à l'état Télique opérant comme facilitateurs : « Plus c'est pris tôt et plus les chances de guérisons sont fortes. À partir de 40 ans, il faut te dépister tous les deux ans, du moins l'évolution du cancer ça devient presque irréversible au bout de deux ans » (B). Mais on y recensait également des motifs liés à l'état Télique pouvant agir en tant que barrières : « Ça dépiste aujourd'hui qu'il n'y a rien mais ça pourrait engendrer un traumatisme physique et psychique qui provoque le développement d'un cancer » (C) ; « On pense tout de suite au fait que ça peut nous créer un cancer du sein ou autre, qu'on est exposé à des rayons » (D).

La classe 3 (29,2 %) engageait le domaine Relations de la TR. Il s'y déployait des motifs liés à l'état Intra-autique agissant comme facilitateurs : « Le cancer me fait peur » (J) ; « La seule chose qui me ferait y retourner ce serait la peur d'avoir une ablation » (E). Mais on y recensait également des motifs liés à l'état Intra-autique agissant comme barrières : « C'est source d'un gros stress, c'est un examen qui est très désagréable » (A) ; « Ça crée beaucoup de stress et j'ai entendu dire que c'était douloureux » (K).

Discussion

Cette étude qualitative visait à examiner, sous le prisme d'une approche dimensionnelle, les motifs poussant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie. Nous pouvons dire que le discours des participantes engageait l'ensemble des états motivationnels de la TR, mais que les états Télique, Conformisme, Négativiste et Intra-autique ont particulièrement été investis. L'état Autocentrique était, quant à lui, modérément impliqué.

Concernant l'état Télique, il a été observé que les données informatives valorisant la mammographie stimulaient le désir d'effectuer l'examen tandis que le manque d'informations intervenait en tant que barrière. Les acteurs de la dernière concertation citoyenne de 2016 revendiquaient vouloir bénéficier d'une information complète et de qualité (Cases et al., 2016). De plus en plus d'outils d'aide à la décision ont été mis au point depuis quelques années (DuBenske et al., 2018 ; Hersch et al., 2021). La délivrance d'informations loyales (surdiagnostic inclus) ne semble pas modifier le taux de participation au dépistage par mammographie (Hersch et al., 2021).

Par ailleurs, on a vu que l'activation de l'état motivationnel Intra-autique intervenait principalement lorsque les femmes invoquaient un refus de réaliser une mammographie. La honte ressentie à l'examen (ici qualifiée de pudeur) (Püschel et al., 2009 ; Trigoni et al., 2008) et la peur de la douleur (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018 ; Lee et al., 2015 ; Trigoni et al., 2008) sont des motifs barrières que l'on retrouve dans la littérature. Dans cette étude, la peur des maladies (et plus spécifiquement du cancer et de la mort) ne constituait pas un motif barrière comme l'a constaté Lostao et al. (2001), mais davantage un motif facilitateur. Nos résultats suggèrent que s'opposer à l'examen fait en partie appel à une réflexion où la femme se concentre sur ses préoccupations personnelles : elle focalise son attention sur elle, sur ses contraintes et ses angoisses, ce qui apparaît logique puisqu'in fine elle reste la seule décisionnaire.

Il a également été remarqué que la volonté de s'aligner aux recommandations du médecin (état Conformisme) opérait en tant que facilitateur. Cet état de fait est déjà ressorti d'autres travaux (Domenighetti et al., 2003 ; Duport et al., 2005 ; Ferrat et al., 2013 ; Lecompte, 2018). À l'inverse, la tendance à percevoir la règle mammographique comme une contrainte restreignant les libertés individuelles semblait être impliquée dans le refus de réaliser un dépistage mammographique (état Négativiste). Nous avons vu que les motifs se rapportant à l'état Conformisme étaient davantage engagés dans l'acceptation de la mammographie et étaient prédominants chez des femmes lui étant favorables, tandis que les motifs se rapportant à l'état Négativiste étaient davantage engagés dans le refus de réaliser une mammographie et étaient prédominants chez des femmes lui étant défavorables. Ainsi, ces deux états ont souligné l'expression d'un clivage majeur dans ce contexte spécifique. Les femmes dont l'état Conformisme était fortement activé semblaient intérioriser la norme mammographique par le biais des médecins assimilés à des figures de prestiges, et se soumettre à leurs autorités. À l'inverse, celles dont l'état Négativiste était fortement activé semblaient se soumettre à d'autres formes d'autorité comme celle que symbolise la Nature : elles intériorisaient alors une norme différente vis-à-vis de la mammographie. La dominance d'un état motivationnel de la TR sur l'autre peut s'expliquer, entre autres, par l'influence de facteurs de personnalité (Sveback & Murgatroyd, 1985). Les résultats de Siegler & Costa (1994) ont rapporté que les femmes ayant recours à la mammographie avaient des scores élevés au facteur Conscience, tandis que celles qui n'y avaient pas recours présentaient des scores élevés à la facette Ouverture aux Idées. Ceci mériterait certainement d'être davantage exploré. Selon Lemogne et al. (2018), on sait peu de choses sur le rôle de la personnalité dans la réalisation des mammographies.

Finalement, ce n'est pas en raffermissant la norme injonctive que les femmes les plus réfractaires ne s'y opposeront plus. Cette étude tend plutôt à démontrer le contraire. Tout comme elle fait le constat que les femmes qui sont davantage rétives au DO du cancer du sein

plutôt qu'au DI, persisteront à privilégier la prescription du médecin afin de se sentir moins contraintes ou plus humainement considérées (comme l'ont indiqué les motifs se rapportant à l'état Autocentrique dans nos résultats). Le rejet de la dépersonnalisation du soin nous éclaire sur les attentes des femmes de manière générale. Ces dernières semblent vouloir une prise en charge plus « individualisée », « empathique » et « humaine » (Cases et al., 2016).

ÉTUDE 2

Objectifs

Dans l'étude précédente, nous avons examiné les motifs des femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie sur un petit échantillon. Les participantes les ont évoqués de manière libre et spontanée, afin que nous puissions les apprécier qualitativement. Dans la présente étude quantitative exploratoire et transversale, nous souhaitons créer, à partir des données de l'étude 1, des questionnaires permettant d'appréhender la question à une plus grande échelle. Cette démarche nous a permis de condenser et de hiérarchiser les informations dont nous disposions. Le premier objectif de cette recherche visait alors à dégager une structure factorielle spécifique aux motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Le second objectif de cette recherche visait à dégager une structure factorielle spécifique aux motifs à refuser la réalisation d'une mammographie.

Hypothèses et questions de recherche

Puisque les résultats de la première étude nous ont permis de déceler les états motivationnels de la TR les plus engagés dans la décision de réaliser ou non une mammographie, les objectifs de cette seconde étude ont pu être pressentis sous la forme d'hypothèses :

- Il est attendu que les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie se structurent principalement autour des états Télique et Conformisme de la TR.

- Il est attendu que les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie se structurent principalement autour des états Télique, Négativiste, Intra-autique et Autocentrique de la TR.

Méthode

Participant

Deux cent trente femmes ont été recrutées en France par le biais du bouche-à-oreille, d'associations, des réseaux sociaux et d'un dispositif d'appel à volontaire au sein de l'Université Toulouse Jean-Jaurès. Il existait un critère d'inclusion : les femmes se situant en dehors de la tranche 50-74 ans ciblée par le DO, devaient avoir déjà effectué ou refusé d'effectuer à minima une mammographie. Il existait également un critère d'exclusion : avoir un cancer du sein ou être en rémission. L'échantillon final était composé de 168 participantes issues du grand-public (taux de refus de 27%). L'intervalle d'âge se situait entre 19 et 90 ans ($M = 47.32$; $ET = 14.33$). Plus précisément, les effectifs par tranche d'âge étaient répartis comme suit : 18 participantes avaient 18 à 29 ans (11%), 29 participantes avaient 30 à 40 ans (17%), 49 participantes avaient 41 à 50 ans (29%), 48 participantes avaient 51 à 63 ans (29%), 22 participantes avaient 64 à 74 ans (13%), 2 participantes avaient 75 à 90 ans (1%). Par ailleurs, dans notre échantillon, 66% des participantes présentaient des antécédents familiaux de cancer du sein ($n = 111$) et 68% des participantes ont déclaré avoir des enfants ($n = 115$) : 20% en avaient 1 ($n = 34$) ; 32% en avaient 2 ($n = 54$) ; 16% en avaient 3 et plus ($n = 27$) ; 18% n'en avaient pas ($n = 30$) ; 14% n'ont pas mentionné cette information ($n = 23$). D'autre part, 77% des participantes avaient déjà réalisé au moins une mammographie ($n = 129$) tandis que 23% n'en avaient jamais réalisé ($n = 39$). Vingt-quatre pour cent des participantes avaient déjà refusé d'en réaliser une ($n = 41$), 68% n'avaient jamais refusé d'en réaliser une ($n = 114$) et 8% n'avaient pas mentionné cette information ($n = 13$).

Matériel

Le matériel s'est articulé autour de trois questionnaires élaborés à l'occasion de cette recherche. Le premier visait à évaluer les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Le second visait à évaluer les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie. Le troisième et dernier permettait le recueil de données sociodémographiques et médicales.

1. Les échelles des motifs à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie

Deux questionnaires ont été construits en prenant appui sur les motifs recensés dans la littérature et dans l'étude 1. Les motifs inventoriés ont été interprétés au regard des dimensions de la TR puis ont été transposés en items afin d'élaborer les questionnaires. Par ailleurs, afin que soient représentés les états motivationnels peu recensés dans la littérature et dans l'étude 1, certains items ont été directement imaginés à partir des dimensions de la TR. Le premier questionnaire répertoriait 105 motifs facilitateurs et le second 115 motifs barrières (cf. annexes G et H). Chaque item débutait de la même manière : « Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que... » ou « Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que... ». Cette mécanique de répétition rendait possible le renversement d'un état motivationnel à un autre durant la passation. Voici quelques exemples d'items facilitateurs : Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que : « ...j'estime que cet examen se base sur des indicateurs scientifiques » (i.e., état Télique), « ...j'apprécie tout ce qui est technologie médicale » (état Paratélique), « ...mon entourage m'incite à le faire » (état Conformisme), « ...je me fiche de la douleur » (état Négativiste), « ...ça me donne l'impression de tenir la mort à distance » (état Maîtrise), « ...c'est un moyen de prendre soin de moi » (état Sympathie), « ...j'aime qu'on s'occupe de moi » (état Autocentrique), « ...ma préoccupation majeure est ma santé » (état Intra-autique), « ...je souhaite rassurer mes proches, ma famille » (état Allocentrique), « ...des proches ont eu un

cancer du sein » (état Pro-autique). Voici quelques exemples d'items barrières : Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que : « ...je crains que le traumatisme physique de l'examen puisse induire un cancer » (i.e., état Télique), « ...cet examen ne me rassurera pas psychologiquement » (état Paratélique), « ...des spécialistes me déconseillent de le faire » (état Conformisme), « ...je ne supporte pas qu'on me dise ce que je dois faire » (état Négativiste), « ...je veux rester indépendante et choisir moi-même pour ma santé » (état Maîtrise), « ...je ne veux pas infliger cet examen à mon corps » (état Sympathie), « ...je ne supporte pas le côté examen fait à la chaîne » (état Autocentrique), « ...je ne veux pas me retrouver à moitié nue pour cet examen » (état Intra-autique), « ...cela permettrait d'économiser de l'argent public » (état Allocentrique), « ...aucun de mes proches n'a eu de cancer du sein » (état Pro-autique). Notons que les quatre items suivants ont été directement inspirés du Illness Attitude Scales (IAS) (Kellner et al., 1986) : Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que « ... la possibilité d'avoir un cancer du sein me fait régulièrement peur » ; « ... j'ai souvent l'impression que je vais tomber malade » ; « ... même si mon médecin pense que je n'ai rien, j'ai quand même un doute » ; « ... je suis persuadée qu'un jour je vais avoir un cancer du sein ». Ces propositions correspondaient à des croyances hypocondriaques.

Ainsi, tous les états motivationnels de la TR ont été représentés dans chacun des deux questionnaires. Pour répondre à chaque item les participantes se reportaient à une échelle de réponse en 8 points (1-8) allant de « pas du tout d'accord » à gauche, à « tout à fait d'accord » à droite.

2. Le questionnaire descriptif

Un questionnaire descriptif a été mis au point afin de récolter certaines informations sociodémographiques et médicales. Ce dernier nous renseignait notamment sur l'âge, le nombre d'enfant(s) ainsi que la présence ou non d'antécédents familiaux de cancer du sein chez les

participantes. Deux questions investiguaient également les comportements mammographiques : « Avez-vous déjà réalisé une mammographie ? » et « Avez-vous déjà refusé de réaliser une mammographie ? », avec un choix de réponse dichotomique de type oui/non.

Procédure

Cette recherche a reçu un avis favorable (N°2018-119) du CER de Toulouse. L'étude étant entièrement anonyme, il a été décrété par le DPO de l'université Toulouse Jean Jaurès que le RGPD ne s'appliquait pas. Par conséquent, pour la passation des questionnaires, aucun formulaire de consentement n'a été élaboré, seulement une notice d'information. Les participantes étaient invitées à en prendre connaissance puis à répondre aux questionnaires dans un lieu public calme ou à leur domicile. Il a été mis à leurs dispositions une version papier des questionnaires ainsi qu'une version en ligne (sur une interface dévolue exclusivement aux enquêtes de l'Université Toulouse Jean-Jaurès, <https://enquetes.univ-tlse2.fr/>). Les passations duraient en moyenne 45 minutes chacune (avec des temps de pauses possibles). Afin de limiter l'effet d'ordre, la moitié des participantes de l'échantillon a répondu, dans un premier temps, au questionnaire répertoriant les motifs facilitateurs puis au questionnaire répertoriant les motifs barrières. La seconde moitié de l'échantillon a répondu dans l'ordre inverse. Le questionnaire descriptif, quant à lui, était systématiquement rempli en dernier lieu.

Résultats

1. Analyses factorielles exploratoires

L'objectif de cette recherche visait à examiner la manière dont l'ensemble des motifs facilitateurs et barrières recueillis dans la littérature et dans l'étude 1 s'organisaient entre eux, et à réduire ces informations en de grands facteurs. Suivant les réponses des participantes, l'analyse factorielle a rassemblé les motifs qui saturaient sur une même dimension. Elle nous a

permis de comprendre la structure d'un ensemble de variables et d'en réduire le nombre en regroupant les plus prégnantes autour de grands facteurs. Ici, le but consistait à dégager une structure factorielle spécifique aux motifs à accepter la réalisation d'une mammographie, et une structure factorielle spécifique aux motifs à refuser sa réalisation. Pour ce faire, la méthode d'Analyse d'extraction en Composantes Principales (ACP) a été utilisée. Une rotation orthogonale Varimax normalisé a été employée car nous souhaitons que les facteurs soient appréhendés indépendamment les uns des autres, de façon à ce qu'ils ne délivrent que des informations singulières. Le logiciel Statistica 12 a été utilisé.

1. 1. Analyse factorielle exploratoire des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie

En premier lieu, une ACP a été menée sur les 105 motifs facilitateurs. Sur la courbe des valeurs propres (aussi appelée Scree Test), sept facteurs présentant des valeurs comprises entre 5.75 et 1.19 et expliquant 65% de la variance totale ont été conservés. Le point d'inflexion de cette courbe a révélé une faible pertinence à ajouter des facteurs supplémentaires à cette solution. Ainsi, cette modélisation a été retenue et a fait l'objet d'une rotation Varimax normalisé. Les items complexes ou ayant de trop faibles saturations ont été progressivement supprimés jusqu'à l'obtention du modèle final. Les résultats de cette analyse factorielle exploratoire sont présentés dans le tableau 6.

Le premier facteur appelé « Intérêt du diagnostic précoce » expliquait 10% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 7.18$ ($ET = 1.25$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Un diagnostic précoce pourrait permettre une meilleure prise en charge » ($M = 7.30$; $ET = 1.47$). L'item au score moyen le plus faible était « Un diagnostic précoce pourrait permettre de bénéficier d'un traitement moins lourd » ($M = 7.08$; $ET = 1.61$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient les conséquences positives liées à la précocité du diagnostic. Il renvoyait à l'état motivationnel Télique de la TR.

Le second facteur appelé « Qualité de la prise en charge radiographique » expliquait 10% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 5.38$ ($ET = 1.92$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Le radiologue que je consulte est compétent pour lire ce type spécifique de cliché radiographique » ($M = 6.27$; $ET = 2.24$). L'item au score moyen le plus faible était « Je suis toujours suivie par le même radiologue » ($M = 4.35$; $ET = 2.60$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient l'importance pour les femmes que les radiologues aient des habiletés techniques mais aussi relationnelles (en prêtant, par exemple, attention au besoin d'être au centre du soin de la patiente). Il renvoyait à la combinaison des états motivationnels Autocentrique/Sympathie de la TR.

Le troisième facteur appelé « Habitude » expliquait 11% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 4.41$ ($ET = 2.12$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « En tant que femme je suis habituée aux examens mammaires. » ($M = 4.71$; $ET = 2.68$). L'item au score moyen le plus faible était « Je tolère bien la douleur générée par l'examen » ($M = 4.22$; $ET = 2.63$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient en quoi la mammographie peut devenir, au fil du temps, une habitude de santé à part entière. Il renvoyait à l'état Conformisme de la TR.

Le quatrième facteur appelé « Perspective collectiviste » expliquait 9% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 2.50$ ($ET = 1.63$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Je culpabiliserais de refuser ce que la sécurité sociale m'offre. » ($M = 2.95$; $ET = 2.43$). L'item au score moyen le plus faible était « Je veux obtenir la sympathie de mes proches qui me disent de le faire » ($M = 1.88$; $ET = 1.65$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient une aspiration à réaliser une mammographie liée à l'intérêt collectif. Il renvoyait à l'état Conformisme de la TR.

Le cinquième facteur appelé « Suivre l'avis du médecin » expliquait 9% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 6.20$ ($ET = 1.52$). L'item au score moyen

le plus élevé de ce facteur était « Je fais confiance au gynécologue qui me l'a recommandé. » ($M = 6.84$; $ET = 1.66$). L'item au score moyen le plus faible était « Je me laisse porter par les recommandations du médecin » ($M = 5.41$; $ET = 2.17$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient l'influence du discours du médecin sur l'attitude des femmes à l'égard de la mammographie. Il renvoyait à l'état Conformisme de la TR.

Le sixième facteur appelé « Cancer(s) dans l'entourage » expliquait 7% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 5.13$ ($ET = 2.65$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Je présente des antécédents familiaux de cancer du sein » ($M = 5.19$; $ET = 2.97$). L'item au score moyen le plus faible était « Des proches ont eu un cancer du sein » ($M = 5.08$; $ET = 2.92$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient le fait que les expériences de cancer dans l'environnement proche peuvent être vécues par procuration. Il renvoyait à l'état Pro-autique de la TR.

Enfin, le septième facteur appelé « Croyances hypocondriaques » expliquait 9% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 4.13$ ($ET = 1.83$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Je crains de mourir et de laisser mes enfants, ma famille » ($M = 4.99$; $ET = 2.68$). L'item au score moyen le plus faible était « J'ai souvent l'impression que je vais tomber malade » ($M = 2.61$; $ET = 2.121$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que trois des quatre items le saturant exprimaient des craintes hypocondriaques inspirées du Illness Attitude Scale (IAS). Il renvoyait à l'état Intra-autique de la TR.

De manière générale, les réponses des participantes concernant les motifs d'acceptation se rapprochent du pôle « Tout à fait d'accord » sur l'échelle de réponse en 8 points (mis à part pour le facteur « Intérêt collectif » dont les réponses sont plus modérées).

Globalement, les écarts-types observés étaient faibles à modérés. Ils s'échelonnaient de 1.24 à 2.97. Cela signifie que les valeurs étaient peu dispersées autour de la moyenne. Il semble donc y avoir eu un consensus relatif dans les réponses obtenues. L'écart-type le plus élevé

concernait l'item « Je présente des antécédents familiaux de cancer du sein » ($ET = 2.97$). L'écart-type le plus faible concernait l'item « Un diagnostic précoce pourrait augmenter les chances de guérison » ($ET = 1.24$). De plus, il a été remarqué que les écarts-types les plus faibles concernaient les items du facteur « Intérêt du diagnostic précoce » ayant obtenu les plus fortes réponses. Ainsi, les femmes considéraient de manière similaire qu'un diagnostic précoce était utile.

Tableau 6

Résultats de l'analyse factorielle exploratoire concernant les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach

	Facteurs							M	ET
	I	II	III	IV	V	VI	VII		
Une des raisons qui me pousserait à accepter la réalisation d'une mammographie est que...									
... un diagnostic précoce pourrait augmenter les chances de guérison.	0.80							7.29	1.24
... un diagnostic précoce pourrait permettre de bénéficier d'un traitement moins lourd.	0.76							7.08	1.61
... un diagnostic précoce pourrait permettre une meilleure prise en charge.	0.75							7.30	1.47
... je veux qu'on puisse dépister une tumeur le plus tôt possible.	0.74							7.14	1.71
... l'équipe du centre de radiologie soit sympathique.		0.85						4.92	2.56
... l'équipe du centre de radiologie soit humaine.		0.81						5.93	2.39
... le radiologue que je consulte est compétent pour lire ce type spécifique de cliché radiographique.		0.71						6.27	2.24
... je sois toujours suivie par le même radiologue.		0.67						4.35	2.60
... j'ai pris l'habitude de faire cet examen.			0.78					4.39	2.94
... je tolère bien la douleur générée par l'examen.			0.76					4.22	2.63
... c'est un examen banal pour moi.			0.72					4.23	2.54
... en tant que femme je suis habituée aux examens mammaires.			0.66				0.31	4.71	2.68
... je culpabiliserais vis-à-vis de l'argent public qui serait dépensé si on me diagnostiquait un cancer tardivement.				0.76				2.39	2.22
... je participe à l'examen dans un intérêt collectif, par devoir citoyen.				0.71				2.84	2.24
... je veux obtenir la sympathie de mes proches qui me disent de le faire.				0.69				1.88	1.65
... je culpabiliserais de refuser ce que la sécurité sociale m'offre.			0.31	0.62				2.95	2.43
... mon médecin m'a convaincue.					0.81			5.93	2.06
... ma gynécologue m'ait encouragé à le faire.					0.73			6.58	2.05
... je fais confiance au gynécologue qui me l'a recommandé.					0.67			6.84	1.66

... je me laisse porter par les recommandations du médecin.					0.31	0.66		5.41	2.17	
... je présente des antécédents familiaux de cancer du sein.							0.90	5.19	2.97	
... des proches ont eu un cancer du sein.							0.83	5.08	2.92	
... la possibilité d'avoir un cancer du sein me fait régulièrement peur.							0.77	4.58	2.67	
... j'ai souvent l'impression que je vais tomber malade.							0.67	2.61	2.12	
... même si mon médecin pense que je n'ai rien, j'ai quand même un doute.							0.62	4.37	2.55	
... je crains de mourir et de laisser mes enfants, ma famille.						0.30		0.61	4.99	2.68
<i>M</i>	7.18	5.38	4.41	2.50	6.20	5.13	4.13			
<i>ET</i>	1.25	1.92	2.12	1.63	1.52	2.65	1.83			
Alpha de Cronbach	0.81	0.79	0.79	0.76	0.76	0.76	0.70			

Note. I, Intérêt du diagnostic précoce ; II, Qualité de la prise en charge ; III, Habituation ; IV, Perspective collectiviste ; V, Suivre l'avis du médecin ; VI, Cancer(s) dans l'entourage ; VII, Croyances hypocondriaques

1. 2. Analyse factorielle exploratoire des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie

La même procédure a été appliquée sur les 115 motifs barrières. Une solution en six facteurs présentant des valeurs propres comprises entre 6.87 et 1.12 et expliquant 70% de la variance a été retenue. Les résultats de cette analyse factorielle exploratoire sont présentés dans le tableau 7.

Le premier facteur appelé « Absence de cancer dans l'entourage » expliquait 13% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 1.91$ ($ET = 1.45$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Je n'ai pas d'antécédents familiaux de cancer du sein. » ($M = 2.20$; $ET = 2.12$). L'item au score moyen le plus faible était « Personne ne fait cet examen dans ma famille » ($M = 1.61$; $ET = 1.43$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient une immersion dans un environnement où cette pathologie n'existe pas (identification à un entourage bien portant). Il renvoyait à l'état Pro-autique de la TR.

Le second facteur appelé «angoisses» expliquait 14% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 2.99$ ($ET = 2.03$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « J'ai peur de ne pas savoir gérer si j'apprends que j'ai un cancer. » ($M = 3.39$;

$ET = 2.46$). L'item au score moyen le plus faible était « Je ne veux pas que l'on me décèle un cancer du sein car je ne pourrai plus vivre normalement » ($M = 2.56$; $ET = 2.15$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient une appréhension spécifique à la découverte d'un cancer du sein et au manque de maîtrise sur ses conséquences. Il renvoyait à la combinaison des états motivationnels Intra-autique/Maîtrise de la TR.

Le troisième facteur appelé « Douleur physique et morale » expliquait 13% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 3.17$ ($ET = 1.94$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « Les radiologues n'ont aucun égard vis-à-vis de la douleur ressentie pendant l'examen » ($M = 3.62$; $ET = 2.52$). L'item au score moyen le plus faible était « Je trouve l'examen déshumanisant (perte de dignité) » ($M = 2.68$; $ET = 2.16$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient l'impact physiologique et psychologique que l'examen peut avoir sur les femmes. Il renvoyait à la combinaison des états motivationnels Allocentrique/Maîtrise de la TR.

Le quatrième facteur appelé « Difficultés spatio-temporelles » expliquait 10% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 2.46$ ($ET = 1.76$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « J'ai beaucoup de difficultés à prendre un rendez-vous (médical ou autre). » ($M = 2.74$; $ET = 2.34$). L'item au score moyen le plus faible était « Je ne supporte pas de devoir planifier un rendez-vous » ($M = 1.99$; $ET = 1.66$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient des contraintes d'ordre pratique telles que le manque de temps ou d'accessibilité. Il renvoyait à l'état motivationnel Intra-autique de la TR.

Le cinquième facteur appelé « Manque d'informations » expliquait 11% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 3.46$ ($ET = 1.90$). L'item au score moyen le plus élevé de ce facteur était « On manque d'informations pour prendre une décision en connaissance de cause. » ($M = 3.56$; $ET = 2.52$). L'item au score moyen le plus faible était « On ne nous donne des informations que sur pourquoi le faire, et pas sur pourquoi ne pas le

faire » ($M = 3.45$; $ET = 2.40$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que les ses items exprimaient la problématique de l'insuffisance des informations délivrées mettant en doute la pratique mammographique. Il renvoyait à l'état motivationnel Paratélique de la TR.

Enfin, le sixième et dernier facteur appelé « Aspiration à la liberté » expliquait 9% de la variance. Le score moyen des items le composant était de $M = 1.74$ ($ET = 1.09$). L'item au score moyen le plus élevé dans ce facteur était « Je ne supporte pas qu'on me dise ce que je dois faire. » ($M = 2.05$; $ET = 1.69$). L'item au score moyen le plus faible était « Je ne veux pas inciter d'autres personnes à réaliser cet examen en le faisant moi-même » ($M = 1.30$; $ET = 0.77$). Ce facteur a été nommé ainsi parce que ses items exprimaient une opposition à l'idée d'être contrainte à réaliser un examen de santé. Il renvoyait à l'état Négativiste de la TR.

Globalement, les réponses des participantes sur l'échelle de réponse en 8 points sont plus modérées aux motifs de refus qu'aux motifs d'acceptation. Elles se situent entre les pôles « Pas du tout d'accord » et « Tout à fait d'accord ».

De manière générale, les écarts-types recensés étaient faibles à modérés. Ils s'échelonnaient de 0.77 à 2.63. Cela signifie que les valeurs étaient peu dispersées autour de la moyenne. Il semble donc y avoir eu un relatif consensus dans les réponses obtenues. L'écart-type le plus élevé concernait l'item « L'attente des résultats de l'examen m'angoisse » ($ET = 2.63$). L'écart-type le plus faible concernait l'item « Je ne veux pas inciter d'autres personnes à faire cet examen en le faisant moi-même » ($ET = 0.77$).

Tableau 7

Résultats de l'analyse factorielle exploratoire concernant les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach

Une des raisons qui me pousserait à refuser la réalisation d'une mammographie est que...	Facteurs						M	ET
	I	II	III	IV	V	VI		
... personne ne fait cet examen dans ma famille.	0.82						1.61	1.43
... je n'ai pas d'antécédents familiaux de cancer du sein.	0.81						2.20	2.12
... on ne parle jamais de cancer dans mon environnement proche.	0.78						2.14	1.86
... aucun de mes proches n'a eu de cancer du sein.	0.73						1.68	1.57
... je ne veux pas que l'on me décèle un cancer car je ne pourrai plus vivre normalement.		0.83					2.56	2.15
... l'attente des résultats de l'examen m'angoisse.		0.81					3.36	2.63
... j'ai peur de ne pas savoir gérer si j'apprends que j'ai un cancer.		0.81					3.39	2.46
... cet examen me renvoie à ma propre mort.		0.77					2.58	2.27
... je trouve l'examen violent.			0.83				3.35	2.40
... j'ai peur de souffrir durant l'examen, peur de la douleur.			0.79				3.08	2.33
... je trouve l'examen déshumanisant (perte de dignité).			0.76				2.68	2.16
... les radiologues n'ont aucun égard vis-à-vis de la douleur ressentie pendant l'examen.			0.72				3.62	2.52
... je ne supporte pas devoir planifier un rendez-vous.				0.81			1.99	1.66
... je n'ai pas le temps.				0.80			2.64	2.22
... j'ai beaucoup de difficultés à prendre un rendez-vous (médical ou autre).				0.74			2.74	2.34
... certains chercheurs scientifiques contestent cet examen.						0.84	3.52	2.24
... on manque d'informations pour prendre une décision en connaissance de cause.						0.69	3.56	2.52
... on ne nous donne des informations que sur pourquoi le faire, et pas sur pourquoi ne pas le faire.		0.33				0.68	3.45	2.40
... on manque d'informations chiffrées sur les bénéfices du dépistage.			0.37			0.63	3.52	2.41
... je suis satisfaite de moi lorsque je résiste à « l'injonction de faire ».						0.82	1.86	1.57
... je ne veux pas inciter d'autres personnes à faire cet examen en le faisant moi-même.						0.69	1.30	0.77
... je ne supporte pas qu'on me dise ce que je dois faire.				0.37		0.68	2.05	1.69
M	1.91	2.99	3.17	2.46	3.46	1.74		
ET	1.45	2.03	1.94	1.76	1.90	1.09		
Alpha de Cronbach	0.83	0.86	0.85	0.78	0.80	0.66		

Note. I, Absence de cancer dans l'entourage ; II, Angoisses ; III, Douleur physique et morale ; IV, Difficultés spatio-temporelles ; V, Manque d'informations ; VI, Aspiration à la liberté

Discussion

Le premier objectif de cette étude consistait à inventorier les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et à en dégager deux structures factorielles caractéristiques d'après les dimensions de la TR.

Les résultats de notre étude ont permis de comprendre que certains états motivationnels sont plus engagés que d'autres. Les motifs d'acceptation font appel, par ordre d'importance accordée par les femmes sur l'échelle de réponse, à l'état Télique (« Intérêt du diagnostic précoce »), l'état Conformisme (« Suivre l'avis du médecin »), l'état Sympathie/Autocentrique (« Qualité de la prise en charge radiographique »), l'état Pro-autique (« Cancer dans l'entourage »), l'état Conformisme pour la seconde fois (« Habituation »), l'état Intra-autique (« Croyances hypocondriaques ») et l'état Conformisme pour la troisième fois (« Perspective collectiviste »). Les motifs de refus font appel, par ordre d'importance accordée par les femmes sur l'échelle de réponse, à l'état Paratélique (« Manque d'informations »), l'état Allocentrique/Maîtrise (« Douleur physique et morale »), l'état Intra-autique/Maîtrise (« Angoisses »), l'état Intra-autique (« Difficultés spatio-temporelles »), l'état Pro-autique (« Absence de cancer dans l'entourage ») et l'état Négativiste (« Aspiration à la liberté »).

Comme nous l'avons envisagé, les motifs facilitateurs considérés par les femmes engageaient bien les états Télique et Conformisme de la TR. Les motifs barrières engageaient bien les états Négativiste et Intra-autique de la TR. En revanche, l'état Intra-autique n'a pas émergé uniquement en tant que facteur barrière mais aussi en tant que facteur facilitateur, et l'état Autocentrique est apparu en tant que motif facilitateur non en tant que motif barrière (et combiné à l'état Sympathie). Notons également, que les états invoqués dans nos hypothèses, n'ont pas été les seuls états investis par les participantes. Les états Paratélique, Maîtrise, Sympathie, Allocentrique et Pro-autique l'ont été aussi.

La plupart des motifs recensés dans cette recherche rejoignent les données de la littérature, mais leur lecture par le biais de la TR nous a permis d'en approfondir la compréhension. Les facteurs « Suivre l'avis du médecin » et « Qualité de la prise en charge » ont déjà été mis en exergue dans la littérature (Domenighetti et al., 2003 ; Duport et al., 2005 ; Ferrat et al., 2013; Lecompte, 2018). Les femmes considèrent généralement le médecin comme omnipotent et lui attribuent toute leur confiance. À ce titre, ses recommandations à l'égard de la mammographie ne sont nullement contestées. À travers le médecin, elles se déchargent du fardeau décisionnel. Néanmoins, elles revendiquent vouloir une prise en charge de qualité. Grâce à la relation au médecin, la perte d'humanité vécue lors de la mammographie est restaurée. En ce sens, il apparaît logique que l'aspect froid et impersonnel de la mammographie constitue un frein à sa réalisation (Lecompte, 2018 ; Püschel et al., 2009). L'accompagnement autour de l'examen (être suivie, avoir confiance, pouvoir discuter, bénéficier d'un examen clinique) semble lui donner du sens et permettre aux femmes de préserver leur sentiment de singularité. Ainsi, ces deux facteurs respectifs nous indiquent que les femmes préfèrent généralement que ce soit le médecin qui ait le contrôle sur leur santé, en revanche elles aspirent à maîtriser les comportements du technicien réalisant l'examen et notamment que celui-ci soit sympathique et humain.

Le facteur « Cancer(s) dans l'entourage » a lui aussi été évoqué dans la littérature (Amsellem et al., 2012 ; Duport et al., 2005 ; Ferrat et al., 2013 ; Savabi-Esfahani et al., 2018). Le fait que des proches aient eu un cancer du sein ou qu'il y ait des cas dans la famille est un motif facilitant la réalisation de l'examen. Les expériences d'autrui sont vécues par procurations – ou tout le moins un processus d'identification se met en place.

Le facteur « Croyances hypocondriaques » a émergé dans notre recherche (comme dans l'étude 1) en tant que facilitateur tandis qu'il est ressorti des travaux de Lostao et al. (2001) qu'avoir des croyances hypocondriaques serait associé à une diminution de la pratique

mammographique. Il est vrai que chez les individus présentant une forme d'hypocondrie, il existe une complaisance vis-à-vis de l'exploration médicale, du fait d'un masochisme primaire défaillant qui « entraîne une inflation de la plainte : pour l'hypocondriaque la moindre manifestation de déplaisir est signe de quelque chose qui ne va pas, qu'il est malade » (Lionet & Tiberghien, 2018, p. 4).

Le facteur « Intérêt du diagnostic précoce » est l'un des arguments principaux déployés par les acteurs de santé (Perry et al., 2007). D'après la littérature, les femmes fatalistes (Ferrat et al., 2013) et les femmes ayant un lieu de contrôle externe (et notamment les afro-américaines et les immigrées d'Europe de l'Est (Andreeva & Pokhrel, 2013 ; Barroso et al., 2000)) seraient plus enclines à remettre en cause l'intérêt du diagnostic précoce. Ceci n'est pas ressorti dans notre étude (sans doute en raison de marqueurs socioculturels différents). « L'intérêt du diagnostic précoce » y rejaille en tant que motif facilitateur. Et au contraire, nous avons plutôt observé un consensus des réponses autour de ce facteur. Le but à atteindre en réalisant une mammographie est ainsi d'être dépistée le plus tôt possible afin de bénéficier des meilleurs soins.

Enfin, les facteurs « Habitude » et « Perspective collectiviste », ont très peu été évoqués dans la littérature traitant de la mammographie. Ils ont néanmoins, tous deux, été repérés dans le discours des femmes lors de l'étude 1. Concernant le facteur « Habitude », il semble qu'au fil du temps, la mammographie devienne un comportement mécanique dont la mise en pratique se fait naturellement, sans que cela implique d'efforts particuliers. Autrement dit, il évolue en une habitude de santé. Dans ce cas, ce sont alors les règles vis-à-vis des normes de santé et le désir de s'y conformer qui conditionnent la façon dont les comportements sont ordonnés. Concernant le facteur « Perspective collectiviste », il semble que cet examen soit assimilé à un devoir citoyen, car il réduit le coût collectif qu'un cancer diagnostiqué tardivement peut causer à la société. La prise en charge à 100% de la mammographie par

l'Assurance Maladie renforce certainement l'idée selon laquelle cet examen est un don offert par la solidarité nationale afin de servir l'intérêt commun – ce qui oriente sans doute les femmes vers un positionnement plus collectiviste qu'individuel. Cela est concordant avec les résultats de l'étude de Domenighetti et al. (2003) relatant que les femmes résidant en Angleterre et en Italie (pays où le service de santé est public) surévaluent davantage les bénéfices liés au dépistage comparé aux femmes résidant en Suisse et en Angleterre (pays où le service de santé est privé).

Parmi les six facteurs motivationnels barrières identifiés, tous ont déjà été invoqués dans la littérature. Notons que peu d'entre eux font état d'un rejet total de la mammographie et que d'après les moyennes de réponses des participantes, les motifs de refus présentent une force très inférieure aux motifs d'acceptation. Le facteur « Absence de cancer dans l'entourage » fait référence à l'identification aux expériences et aux comportements d'autrui dans ce cadre spécifique. Comme d'autres études le démontrent, le fait de ne pas côtoyer de femmes atteintes de cancer du sein induit vraisemblablement un sentiment de vulnérabilité moindre (Amsellem et al., 2012 ; Duport et al., 2005 ; Ferrat et al., 2013 ; Savabi-Esfahani et al., 2018).

Le facteur «angoisses» a aussi été abordé dans la littérature (Consedine et al., 2004 ; Ferrat et al., 2013 ; Lemogne et al., 2018). Dans cette étude, il apparaît être un motif barrière ce qui contredit les résultats de Consedine et al. (2004) stipulant que l'inquiétude vis-à-vis du cancer est associée positivement à la fréquence des mammographies. La compréhension que l'on a des motifs liés à la réalisation de mammographie, gravitant autour de la peur de la maladie et des angoisses inhérentes au cancer semble ambivalente. Ici, la TR nous explique que l'angoisse en tant que barrière se réfère à une insécurité psychique liée à l'absence de maîtrise sur le cancer du sein et ses conséquences. Cela rejoint les données stipulant que les femmes se sentant capables d'affronter/contrôler une problématique, ont davantage recours à la mammographie que les autres (Costa & McCrae, 1992). Ici, les préoccupations du sujet sont

centrées sur lui-même et sur l'impossibilité à contrôler les événements désagréables à venir en cas de communication d'une mauvaise nouvelle.

Le facteur « Douleur physique et morale » a lui aussi été mis en exergue dans de précédentes études (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018 ; Lee et al. 2015 ; Trigoni et al., 2008). Cela étant, la TR vient enrichir ces savoirs en précisant que la difficulté inhérente à la douleur physique et morale est, en parti, due au fait de ne pouvoir contrôler l'intérêt porté par les professionnels de santé à la patiente durant l'examen. Aucune maîtrise sur la situation pénible que génère la mammographie au plan physiologique, psychique, humain n'est possible. Notons qu'il est admis que la douleur, par phénomène de réactualisations, fasse ressurgir des affects traumatiques anciens (Duplan, 2015 ; McCall-Hosenfeld et al., 2014). Ainsi, pour les femmes ayant une histoire de vie complexe et douloureuse, l'examen peut réenclencher des affects traumatiques profonds. Symboliquement, il devient alors la source qui réactualise des affects négatifs.

Le facteur « Difficultés spatio-temporelles » a déjà été relevé dans plusieurs travaux (Duport et al., 2005 ; Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018 ; ORS, 2001 ; Ouédraogo et al., 2014b). Il renvoie essentiellement à la problématique de la gestion du temps ou aux difficultés inhérentes à la prise de rendez-vous. Ces préoccupations sont d'ordre personnel.

Le facteur « Manque d'informations » est souvent déploré dans la littérature (Cases et al., 2016 ; Hersch et al., 2016 ; Raffle, 2001) comme dans les entretiens de l'étude 1. Lorsque les informations délivrées par les médecins ne coïncident pas avec les données recueillies par le biais d'autres sources (e.g., internet, environnement proche, ...), les femmes font face à un paradoxe pouvant occasionner de la méfiance. Alors, l'incertitude quant à la réalisation de la mammographie se voit augmenter et la prise de décision s'avère plus laborieuse (Lecompte, 2018). Les généralistes réclament eux-mêmes de meilleures formations sur la balance bénéfiques/risques et déclarent être démunis face à cette controverse (Lecompte, 2018). Le but à

atteindre pour les femmes en refusant la réalisation d'une mammographie est ainsi de se protéger d'un examen qui entraîne chez elles de la suspicion en raison d'un flou informationnel.

Le facteur « Aspiration à la liberté » a lui aussi été mentionné dans la littérature, mais très succinctement et dans très peu d'études (Kalecinski et al., 2015 ; Lecompte, 2018). Il recoupe la thématique « Opposition à l'injonction à faire » identifiée dans le discours des femmes à l'étude 1. Il mériterait que l'on s'y intéresse davantage si l'on souhaite accompagner le besoin de souveraineté des femmes vis-à-vis de leur santé. Dans ce facteur, la règle est vécue comme une restriction contre laquelle les femmes cherchent à s'opposer en adoptant une attitude non-conventionnelle afin de se sentir libre.

ÉTUDE 3

Objectifs

Dans l'étude précédente, des questionnaires répertoriant les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie ont été administrés à un large échantillon de femmes. Les analyses menées ont permis de déceler de quelle façon les motifs les plus fondamentaux se structuraient autour de grands facteurs intelligibles. Sept facteurs motivationnels facilitateurs et six facteurs motivationnels barrières en sont ressortis. Dans cette présente étude quantitative exploratoire et transversale, nous souhaitons approfondir nos investigations, en tentant notamment de repérer les éventuels liens entre les facteurs motivationnels identifiés, des variables émotionnelles, des variables de personnalité et des variables sociodémographiques qui nous apparaissaient clés, et la fréquence de réalisation des mammographies.

Le premier objectif de cette recherche visait à vérifier que les structures factorielles de l'étude 2 étaient bien ajustées.

Le second objectif de cette recherche visait à explorer les relations entre les différents facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, des variables sociodémographiques, des variables de personnalité, des variables émotionnelles, et

la fréquence de réalisation des mammographies. Nous avons plus particulièrement identifié les variables susceptibles d'intervenir dans ce contexte, à savoir : l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété, les traits de personnalité, l'âge et le nombre d'enfant(s). L'angoisse est un motif qui a beaucoup été étudié (Consedine et al., 2004 ; Ferrat et al., 2013 ; Kalecinski et al., 2015; Lemogne et al., 2018 ; Lostao et al., 2001 ; Püschel et al., 2009). Cependant, les travaux menés à ce sujet ont arboré des résultats parfois ambivalents. Les terminologies employées pour désigner l'angoisse liée à la mammographie variaient d'une étude à une autre, ce qui a sans doute participé à entretenir ces antagonismes. Par ailleurs, la notion d'angoisse a souvent été invoquée dans le contexte de la maladie, mais elle n'a jamais été mesurée en tant que variable individuelle à part entière. Par conséquent, nous souhaitons identifier si le niveau général d'intolérance à l'incertitude, d'inquiétude ou d'anxiété influençait les facteurs motivationnels et la fréquence de réalisation des mammographies. D'autre part, si quelques travaux se sont intéressés à l'impact de la personnalité sur la pratique mammographique, son incidence restait équivoque et méritait que l'on s'y attarde davantage (Lemogne et al., 2018 ; Savabi-Esfahani et al., 2018; Siegler & Costa, 1994). Il y a 36 ans les rapports entre les comportements mammographiques et la personnalité ont été examinés par le biais du NEO-PI, mais selon Ashton & Lee (2007), le modèle HEXACO a l'avantage d'expliquer des phénomènes de la personnalité que le Big Five n'explore pas. Nous souhaitons donc réévaluer le rôle des traits de personnalité sur la pratique mammographique à travers ce nouvel outil original. Selon Makris & Mullet (2009), il peut être constructif d'observer les relations entre des traits de personnalité stables et des motifs pouvant, eux, grandement varier dans le temps. En outre, l'étude qualitative de Savabi-Esfahani et al. (2018) a évoqué un potentiel lien entre le fait d'avoir des enfants et la réalisation de mammographies. Les femmes iraniennes ayant des enfants réaliseraient moins de mammographies que les autres (Savabi-Esfahani et al., 2018). Pourtant une enquête française sur le cancer colorectal a montré au contraire que les individus

ayant des enfants étaient plus enclins à réaliser des examens de dépistage (Amsellem et al., 2012). L'âge apparaîtrait également associé à la pratique mammographique (Amsellem et al., 2012). Les motifs impliqués semblent différer selon l'âge (Labrie et al, 2017). Peu d'études se sont intéressées à observer cette influence – et plus particulièrement le lien entre l'âge et les motifs facilitateurs et barrières – sur un échantillon de femmes dont l'intervalle d'âge est conséquent.

Enfin, le troisième et dernier objectif de cette recherche visait à examiner s'il existait des caractéristiques distinctes entre les femmes qui consentent systématiquement à réaliser une mammographie et celles qui s'y sont déjà refusées. Nous souhaitons repérer si les motifs facilitateurs et les motifs barrières, le niveau général d'intolérance à l'incertitude, d'inquiétude, d'anxiété, les traits de personnalité, l'âge et le nombre d'enfant(s) permettaient de distinguer les femmes acceptant systématiquement de réaliser une mammographie de celles s'y étant déjà opposées.

Hypothèses et questions de recherche

Le premier objectif de cette étude ne pouvait être envisagé qu'en termes de question de recherche puisqu'aucune étude a estimé la robustesse des structures factorielles décelées dans l'étude 2. Ainsi, la question de recherche suivante a été émise :

- Les structures factorielles des motifs à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie sont-elles bien ajustées ?

Le second objectif de cette étude pouvait être pressenti à la fois sous la forme de questions de recherche et d'hypothèses. Étant donné, qu'aucune étude n'a évalué les relations entre l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété, les traits de personnalité HEXACO, l'âge, le nombre d'enfant(s) et les facteurs motivationnels à accepter ou refuser la réalisation de la mammographie (identifiés sous le prisme de la TR), les questions de recherche suivantes ont été posées :

- Existe-t-il des relations entre les facteurs motivationnels à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie ?
- Existe-t-il des relations entre l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété, les traits de la personnalité, l'âge, le nombre d'enfant(s) et les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie ?
- Existe-t-il des relations entre les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété et la fréquence de réalisation de l'examen ?
- Existe-t-il des effets des motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, de l'intolérance à l'incertitude, de l'inquiétude, de l'anxiété sur la fréquence de réalisation de l'examen ?

Par ailleurs, les données de la littérature nous ont permis de poser l'hypothèse opérationnelle suivante :

- Il est attendu que les femmes réalisant plus fréquemment des mammographies présentent un haut score au trait de personnalité Conscience (Lemogne et al., 2018 ; Siegler & Costa, 1994), présentent un faible score au trait de personnalité Ouverture (Siegler & Costa, 1994), aient moins d'enfants (Savabi-Esfahani et al., 2018), soient plus âgées (Amsellem et al., 2012).

Le troisième objectif de cette étude pouvait être pressenti à la fois sous la forme de questions de recherche et d'hypothèses. En premier lieu, la question de recherche suivante a été dressée :

- L'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude et l'anxiété caractérisent-elles le groupe de femmes acceptant systématiquement la réalisation d'une mammographie du groupe de celles l'ayant déjà refusée ?

En outre, les données de la littérature ont permis de poser l'hypothèse opérationnelle suivante :

- Il est attendu que les femmes acceptant systématiquement de réaliser une mammographie, comparé aux femmes s'y étant déjà opposées présentent un score plus élevé au trait de personnalité Conscience (Lemogne et al., 2018 ; Siegler & Costa, 1994), présentent un score plus faible au trait de personnalité Ouverture (Siegler & Costa, 1994), aient moins d'enfants (Savabi-Esfahani et al., 2018), soient plus âgées (Amsellem et al., 2012).

Méthode

Participant

L'échantillon a été construit de la même manière que dans l'étude 2. Deux cents femmes ont été recrutées en France par le biais du bouche-à-oreille, d'associations, des réseaux sociaux et d'un dispositif d'appel à volontaire au sein de l'Université Toulouse Jean-Jaurès. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes que dans l'étude 2. L'échantillon final était composé de 126 participantes issues du grand public (taux de refus de 37%). L'intervalle d'âge se situait entre 18 et 92 ans ($M = 51.70$; $ET = 13.10$). Plus précisément, les effectifs par tranche d'âge se répartissaient comme suit : 7 participantes avaient 18 à 29 ans (6%), 17 participantes avaient 30 à 40 ans (13%), 23 participantes avaient 41 à 50 ans (18%), 60 participantes avaient 51 à 63 ans (48%), 14 participantes avaient 64 à 74 ans (11%), 5 participantes avaient 75 à 90 ans (4%). Notons qu'au sein de l'échantillon, 71% des participantes présentaient des antécédents familiaux de cancer du sein ($n = 90$) et que 74% des participantes ont déclaré avoir des enfants ($n = 94$) : 26% en avaient 1 ($n = 33$) ; 33% en avaient 2 ($n = 42$) ; 15% en avaient 3 et plus ($n = 18$) ; 19% n'en avaient pas ($n = 24$) ; 7% n'avaient pas mentionné cette information ($n = 9$). Quarante-huit pour cent des participantes avaient déjà réalisé au moins une mammographie ($n = 111$) tandis que 12% n'en avaient jamais réalisé ($n = 15$). Seize pour cent des participantes avaient déjà refusé d'en réaliser une ($n = 20$), 75% n'avaient jamais refusé

d'en réaliser une ($n = 95$) et 9% n'avaient pas mentionné cette information ($n = 11$).

Matériel

Le matériel s'est articulé autour de sept échelles et questionnaires. Les deux premières échelles visaient à évaluer les motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie (cf. étude 2). Quatre outils supplémentaires ont été employés afin d'évaluer l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété et les traits de personnalité : l'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (Freeston et al., 1994), le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (Gosselin et al., 2001 ; Meyer et al., 1990), le General Anxiety Disorder 7 (Micoulaud-Franchi et al., 2016 ; Spitzer et al., 2006), et le 24-items Brief HEXACO Inventory (de Vries, 2013). Ces quatre outils ont été choisis car ils répondaient aux objectifs visés par nos travaux, qu'ils possédaient de bonnes qualités psychométriques, et que leurs formats n'alourdissaient pas notre matériel de recherche. Enfin, le questionnaire descriptif visant à recueillir des données sociodémographiques et médicales (cf. étude 2) a également été intégré au protocole de recherche de l'étude 3.

1. Les échelles des motifs à accepter et des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie

Les échelles des motifs à accepter et des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie, élaborées lors de l'étude 2, ont été intégrées au protocole de recherche de la présente étude. Elles demeuraient strictement identiques. Pour rappel, la première échelle répertoriait 105 motifs facilitateurs et la seconde 115 motifs barrières. Les items débutaient tous de la même manière : « Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que... » ou « Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que... ». Pour y répondre les participantes se reportaient à une échelle de réponse en 8 points (1-8) allant de « pas du tout d'accord » à gauche, à « tout à fait d'accord » à droite.

2. Le 24-items Brief HEXACO Inventory

Afin d'évaluer les traits de personnalité, le 24-items Brief HEXACO Inventory (BHI) (de Vries, 2013) a été employé. Conceptuellement, le BHI prend appui sur un modèle de personnalité en six facteurs, aussi appelé modèle HEXACO (Ashton & Lee, 2001). La première échelle originale s'inspirant de ce modèle a été mise au point par Lee & Ashton (2004) (HEXACO Personality Inventory [HEXACO-PI]). Elle combinait 200 à 100 items et reposait sur 24 facettes. Il en existe une version révisée, le HEXACO Personality Inventory Revised (HEXACO-PI-R) (de Vries et al., 2009). En 2013, les items de l'HEXACO-PI-R ont été reformulés de façon à être plus courts et intelligibles : l'HEXACO Simplified Personality Inventory (HEXACO-SPI) a alors été conçu (de Vries & Born, 2013). Le BHI, composé de 24 items, est dérivé de l'HEXACO-SPI : chaque item incarne l'une de ses 24 facettes. Les 24 items du BHI se répartissent quatre par quatre autour des six facteurs de personnalité comme suit : H (Honnêteté-Humilité) : 6, 12, 18, 24 ; E (Émotivité) : 5, 11, 17, 23 ; X (eXtraversion) : 4, 10, 16, 22 ; A (Agréabilité) : 3, 9, 15, 21 ; C (Conscience) : 2, 8, 14, 20 ; O (Ouverture à l'expérience) : 1, 7, 13, 19. Pour répondre à chaque proposition, les participants se positionnent sur une échelle de Likert en cinq points allant de « Entièrement en désaccord » à « Entièrement d'accord ». Douze items sont inversés. Le BHI a été construit sur la base de deux études. Dans la première, l'HEXACO-PI-R a été administré à un échantillon grand public ($N = 525$) ; dans la seconde, à un échantillon d'étudiants ($N = 309$). Pour construire cette échelle, l'auteur a favorisé délibérément les indicateurs de validité convergente plutôt que ceux liés à la fiabilité des alphas afin d'éviter que les items ne soient tautologiques. La validité interne du BHI demeurait modeste : les coefficients de Cronbach étaient faibles (respectivement pour chaque dimension de l'HEXACO à l'étude 1, $\alpha = 0.57, 0.46, 0.72, 0.44, 0.53, 0.57$; à l'étude 2, $\alpha = 0.55, 0.54, 0.69, 0.53, 0.61, 0.60$). En revanche, la fiabilité test-retest à deux mois d'intervalle était satisfaisante. La validité convergente et la validité discriminante entre le BHI et

l'HEXACO-PI-R à la première et à la seconde étude étaient également bonnes. Les scores moyens à l'étude 1 étaient les suivants : au trait Honnêteté-Humilité, $M = 3.85$ ($ET = 0.58$), au trait Émotivité, $M = 3.00$ ($ET = 0.57$), au trait eXtraversion $M = 3.84$ ($ET = 0.59$), au trait Agréabilité, $M = 2.95$ ($ET = 0.53$), au trait Conscience $M = 3.51$ ($ET = 0.56$), au trait Ouverture, $M = 3.31$ ($ET = 0.64$).

Notons, qu'aucune adaptation française du BHI n'existe à ce jour. Dans le cadre de ces travaux, l'ensemble des items a été traduit de l'anglais au français par deux chercheurs. Leurs versions ont été confrontées et un consensus entre eux a été établi. Les recommandations de précédentes études portant sur la validation d'échelles de personnalité ont été suivies : il s'agissait de conserver autant que possible les unités lexicales des énoncés initiaux ainsi que leurs significations psychologiques (Plaisant et al., 2005 ; Plaisant et al., 2010).

3. Le General Anxiety Disorder

Afin d'évaluer le niveau d'anxiété, la version française (Micoulaud-Franchi et al., 2016) du General Anxiety Disorder (GAD) (Spitzer et al., 2006) a été employée. Cette échelle brève a pour but de repérer un probable Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Ses auteurs l'ont élaboré sur la base de 13 items s'inspirant d'échelles d'anxiété préexistantes et des critères de la 4^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM IV). Pour ce faire, ils ont sollicité 2 740 sujets afin de répondre à une batterie de questionnaires, ainsi qu'aux 13 items considérés pour le GAD-7. La première phase ($N = 2\ 149$) a concouru à établir lesquels de ces 13 items permettaient de dépister un trouble anxieux généralisé. Notons que pour 965 des participants, des professionnels de la santé mentale ont réalisé, par le biais d'entretiens, un diagnostic indépendant en se basant sur les 13 items critères ; pour les autres, le format était un questionnaire autoadministré. Dans l'échelle définitive, 7 sur 13 items ont été conservés. Pour répondre à chaque proposition, les participants indiquaient la fréquence de leurs gênes au cours des deux dernières semaines, en se positionnant sur une échelle de Likert en quatre points allant

de « Jamais » à « Tous les jours ». La seconde phase ($N = 591$) a permis de tester la fiabilité test-retest ($r = 0.83$) et la consistance interne ($\alpha = 0.92$) qui étaient excellentes. La validité convergente avec deux échelles d'anxiété (à savoir, la Beck Anxiety Inventory [IAB] et la Symptom Checklist-90 [SCL-90]) était également bonne (respectivement, $r = 0.72$ et $r = 0.74$). En revanche, la validité divergente avec une échelle de dépression (Patient Health Questionnaire [PHQ-8]) était décevante ($r = 0.75$) mais elle soulignait les liens entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux. Cependant, les domaines de la dépression du PHQ-8 et ceux de l'anxiété du GAD-7 étaient bien dissemblables puisqu'à l'analyse factorielle, ils saturaient dans deux facteurs indépendants. Enfin, une bonne concordance entre les scores au GAD-7 autoadministré et les scores au GAD-7 hétéroadministré ($r = 0.83$) a été observée.

La version française de cette échelle a fait l'objet d'une publication (Micoulaud-Franchi et al., 2016). Les auteurs ont réalisé les passations sur un échantillon de 145 patients épileptiques. La consistance interne était bonne ($\alpha = 0.90$) tout comme la validité convergente entre le GAD-7 et le Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) ($r = 0.55$). Une analyse factorielle a démontré que les dimensions du GAD-7 étaient bien distinctes de celles du Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) puisque deux facteurs singuliers s'en dégagent. Le score moyen des patients présentant un TAG était de $M = 13.22$ ($ET = 3.99$), tandis que celui des patients ne présentant pas de TAG était de $M = 5.17$ ($ET = 4.66$).

4. Le Questionnaire sur les Inquiétudes

L'inquiétude est l'une des caractéristiques centrales du TAG. Afin d'évaluer le niveau d'inquiétude, le Questionnaire des Inquiétudes de Penn State (QIPS) (Gosselin et al., 2001), version française du PSWQ (Meyer et al., 1990) a été employé. Ce questionnaire permet de considérer l'inquiétude en tant que dimension à part entière, c'est à dire pouvant exister chez

des individus « non-cliniques » qui ne souffrent pas de TAG. Elle est composée de 16 items. Pour répondre à chacun d'entre eux, les participants se positionnent sur une échelle de Likert en cinq points allant de « Pas du tout correspond » à « Extrêmement correspondant ». Cinq items sont inversés. Sa version originale, le PSWQ, présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0.93$) et une excellente fiabilité test-retest à 4 semaines ($r = 0.93$). Les validités convergentes et discriminantes ont été éprouvées dans huit études différentes et étaient tout à fait acceptables (Meyer et al., 1990).

Sa validation française (le QIPS) a été effectuée par le biais de trois études. Dans la première, 352 participants issus du grand public ont répondu à une batterie de questionnaire, QIPS inclus. La cohérence interne du QIPS était excellente ($\alpha = 0.92$). Les validités convergentes avec l'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII) ($r = 0.68$), avec le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC) ($r = 0.53$), avec le Questionnaire Pourquoi S'inquiéter (PSI-II) ($r = 0.46$) et l'échelle d'Orientation Négative au Problème (ONP) ($r = 0.63$) étaient bonnes à modérées. Dans la seconde étude ($N = 95$), le QIPS présentait une bonne stabilité temporelle au test-retest ($r = 0.86$) ainsi qu'une bonne validité convergente avec le temps passé à s'inquiéter dans une journée ($r = 0.65$) et l'interférence des inquiétudes ($r = 0.65$). Enfin, la troisième étude recensait 77 participants présentant un TAG (échantillon clinique) : une bonne consistance interne a été observée ($\alpha = 0.82$). Les validités convergentes avec le Questionnaire des Domaines d'Inquiétudes (QDI) ($r = 0.38$), avec le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété, échelle somatique (QIASom) ($r = 0.46$), avec l'EII ($r = 0.35$) étaient significatives mais, somme toute, modérées. De bonnes validités discriminantes avec l'IAB ($r = 0.22$) et la Beck Depression Inventory (BDI) ont été révélées ($r = 0.20$). Notons que le score moyen des participants ne présentant pas de TAG (échantillon non clinique) était de $M = 44.52$ ($ET = 11.97$).

5. L'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude

Afin d'évaluer le niveau d'intolérance à l'incertitude, l'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII) (Freeston et al., 1994) a été employée. L'incertitude semble avoir un effet sur les inquiétudes, qui représentent elles-mêmes l'une des composantes centrales du TAG (Gosselin et al., 2001).

L'EII a été construite sur la base de 74 items s'inspirant de dimensions représentatives de l'intolérance à l'incertitude. Deux études ont permis de mettre au point cette échelle. Dans la première, les réponses des participants ($N = 110$) ont été réparties en trois groupes d'après : 1) la présence des critères du TAG (cognitifs et somatiques selon le Manuel Diagnostique et Statistique de la 3^e édition révisée [DSM-III-R]), 2) la présence des critères du TAG (uniquement somatiques), 3) l'absence des critères du TAG. En définitive, 27 items ont été conservés pour l'échelle finale : 23 remplissaient un critère du TAG et 4 étaient corrélés au PSWQ. Pour répondre à chaque item, les participants se positionnaient sur une échelle de Likert en cinq points allant de « Pas du tout correspond » à « Tout à fait correspondant ». La consistance interne de l'EII était de bonne qualité ($\alpha = 0.91$). Des analyses ANOVA ont montré que le groupe possédant les critères somatiques et cognitifs du TAG détenaient un score à l'EII plus élevé que le groupe avec uniquement les critères somatiques du TAG, ($F(2, 107) = 9.3 p < 0.003$), et que celui sans critère du TAG ($F(2, 107) = 28.5 p < 0.001$). Dans la seconde étude ($N = 154$), une bonne validité convergente entre l'EII et le PSWQ a été observée ($r = 0.63$). L'EII était également corrélée au BDI ($r = 0.52$) et au BAI ($r = 0.57$), ce qui n'a pas surpris les auteurs qui précisait que les symptômes dépressifs et anxieux allaient souvent de pair avec l'incertitude et l'inquiétude chronique. La consistance interne de l'EII était toujours excellente ($\alpha = 0.91$). À l'analyse factorielle, une structure en cinq facteurs était apparue. Toutefois, leurs valeurs propres suggéraient que l'ensemble des items pouvaient être additionnés conjointement pour obtenir un score global. Le score moyen des sujets présentant les critères du TAG

(somatiques et cognitifs) était de $M = 63.3$ ($ET = 18.3$), celui des sujets présentant uniquement les critères somatiques du TAG était de $M = 54.6$ ($ET = 11.5$), et celui des sujets sans TAG était de $M = 44.3$ ($ET = 10.5$).

6. Le questionnaire descriptif

Le questionnaire descriptif utilisé était analogue à celui de l'étude 2. En revanche, une variable additionnelle a été évaluée dans cette étude 3 : « À quelle fréquence réalisez-vous une mammographie ? ». Les participantes y répondaient en se positionnant sur une échelle ordinale de 7 points (« jamais », « tous les 8 à 10 ans et plus », « tous les 5 à 7 ans », « tous les 4 ans », « tous les 3 ans », « tous les 2 ans », « une fois par an »).

Procédure

La procédure singulière décrite dans l'étude 2 était strictement identique dans l'étude 3 puisqu'il a été réemployé les mêmes échelles de motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie. En revanche, quatre outils supplémentaires (BHI, GAD, QIPS, EII) ont enrichi le protocole de l'étude 2. Ceux-ci étaient complétés par les participantes à la suite des échelles de motifs à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie. Le questionnaire descriptif était, quant à lui, systématiquement renseigné en dernier. Les passations duraient en moyenne 55 minutes et ont été effectuées dans des lieux publics calmes ou au domicile des participantes.

Résultats

1. Analyses factorielles confirmatoires

Le premier objectif de cette recherche consistait à confirmer la robustesse des deux structures factorielles à accepter et à refuser la réalisation des mammographies mises en exergue dans

l'étude 2. Puisque les analyses de cette troisième étude prenaient appui sur les facteurs de ces structures, il apparaissait nécessaire de vérifier, avant toute chose, si celles-ci présentaient de bons critères d'ajustement sur un échantillon distinct. Le but alors n'était plus de déceler les variables latentes hiérarchisant un ensemble de motifs, mais de tester l'adéquation des modèles érigés. Par conséquent, deux analyses factorielles confirmatoires ont été réalisées grâce au logiciel Statistica 12. Pour effectuer l'analyse confirmatoire sur les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie, la majorité des items s'étant dégagée de l'analyse exploratoire dans l'étude 2 a été conservée. Seuls quatre items ont été retirés parce qu'ils saturaient plus faiblement sur leurs facteurs respectifs. Pour effectuer l'analyse confirmatoire sur les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie, tous les items s'étant dégagés de l'analyse exploratoire dans l'étude 2 ont été conservés.

1. 1. Analyse factorielle confirmatoire des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie

La première analyse factorielle confirmatoire a été menée sur les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie (cf. tableau 8). La valeur GFI (indiquant la part de covariance que le modèle explique) était de 0.84 : elle s'avérait non significative mais se rapprochait le plus possible de la valeur seuil fixée à 0.90. La valeur CFI (qui est un indice incrémentiel) était de 0.91 : elle s'avérait significative car supérieure à la valeur seuil fixée à 0.90. La valeur RMSAE (qui est un indice de non-centralité) était de 0.05 : elle s'avérait significative car comprise dans l'intervalle seuil (entre 0.00 et 0.05 pour un modèle acceptable et entre 0.06 et 0.08 pour un modèle moyennement acceptable). Le ratio χ^2/ddl (265.55/188) était de 1.41 : il s'avérait significatif car inférieur à la valeur seuil fixée à 5. Enfin, la valeur de probabilité était significative ($p < 0.001$). Les indices d'ajustement des données au modèle attestaient que cette solution des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie en sept facteurs était satisfaisante. La consistance interne des sept motifs retenus était globalement bonne

(respectivement de I à VII, $\alpha = 0.80, 0.76, 0.78, 0.74, 0.70, 0.69, 0.70$). Seul l'alpha de cronbach du facteur VI ($\alpha = 0.69$) s'est montré légèrement décevant car inférieur au seuil de significativité fixé à 0.70. Les scores moyens spécifiques à chaque facteur étaient très semblables à ceux de l'analyse factorielle exploratoire (cf. étude 2). La réponse moyenne au facteur « Intérêt du diagnostic précoce » était de $M = 7.36$ ($ET = 1.52$) à l'étude 3 contre $M = 7.18$ ($ET = 1.25$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Qualité de la prise en charge » était de $M = 5.44$ ($ET = 2.14$) à l'étude 3 contre $M = 5.38$ ($ET = 1.92$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Habitude » était de $M = 4.92$ ($ET = 2.01$) à l'étude 3 contre $M = 4.41$ ($ET = 2.12$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Perspective collectiviste » était de $M = 2.56$ ($ET = 1.57$) à l'étude 3 contre $M = 2.50$ ($ET = 1.63$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Suivre l'avis du médecin » était de $M = 6.36$ ($ET = 1.76$) à l'étude 3 contre $M = 6.20$ ($ET = 1.52$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Cancer(s) dans l'entourage » était de $M = 5.92$ ($ET = 2.42$) à l'étude 3 contre $M = 5.13$ ($ET = 2.65$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Croyances hypocondriaques » était de $M = 4.38$ ($ET = 1.73$) à l'étude 3 contre $M = 4.13$ ($ET = 1.83$) à l'étude 2. Globalement, les écarts-types observés étaient faibles à modérés. Ils s'échelonnaient de 1.32 à 2.88. Cela signifie que les valeurs étaient peu dispersées autour de la moyenne. Ainsi, il y a eu un relatif consensus dans les réponses obtenues. L'écart-type le plus élevé concernait l'item « Je présente des antécédents familiaux de cancer du sein » ($ET = 2.88$). L'écart type le plus faible concernait l'item « Un diagnostic précoce pourrait permettre une meilleure prise en charge » ($ET = 1.32$). De la même manière que dans l'étude 2, il a été observé que les écarts-types des items du facteur « Intérêt du diagnostic précoce » étaient les plus faibles tandis que leurs scores moyens étaient les plus élevés. Cela confirmait donc que les femmes ont considéré à niveau égal l'utilité d'un diagnostic précoce.

Tableau 8

Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire concernant les motifs à accepter la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach

Une des raisons qui me pousserait à accepter la réalisation d'une mammographie est que...	Facteurs							M	ET
	I	II	III	IV	V	VI	VII		
... un diagnostic précoce pourrait augmenter les chances de guérison.	0.83							7.36	1.52
... un diagnostic précoce pourrait permettre une meilleure prise en charge.	0.78							7.49	1.32
... je veux qu'on puisse dépister une tumeur le plus tôt possible.	0.73							7.35	1.62
... un diagnostic précoce pourrait permettre de bénéficier d'un traitement moins lourd.	0.69							7.22	1.42
... l'équipe du centre de radiologie soit sympathique.		0.87						4.75	2.51
... l'équipe du centre de radiologie soit humaine.		0.79						6.13	2.23
... j'ai pris l'habitude de faire cet examen.			0.83					5.33	2.81
... en tant que femme je suis habituée aux examens mammaires.			0.76					5.58	2.38
... c'est un examen banal pour moi.			0.73					4.57	2.58
... je tolère bien la douleur générée par l'examen.			0.64					4.23	2.66
... je culpabiliserais vis-à-vis de l'argent public qui serait dépensé si on me diagnostiquait un cancer tardivement.				0.76				2.31	2.01
... je culpabiliserais de refuser ce que la sécurité sociale m'offre.				0.75				2.82	2.31
... je veux obtenir la sympathie de mes proches qui me disent de le faire.				0.71				2.08	1.72
... je participe à l'examen dans un intérêt collectif, par devoir citoyen.				0.60	0.32			3.06	2.23
... ma gynécologue m'a encouragé à le faire.	0.30				0.79			6.74	1.82
... mon médecin m'a convaincue.					0.77			5.99	2.19
... je présente des antécédents familiaux de cancer du sein.						0.85		5.91	2.88
... des proches ont eu un cancer du sein.						0.81		5.93	2.65
... la possibilité d'avoir un cancer du sein me fait régulièrement peur.							0.77	4.99	2.45
... j'ai souvent l'impression que je vais tomber malade.		0.35					0.67	2.67	1.88
... même si mon médecin pense que je n'ai rien, j'ai quand même un doute.					0.41		0.63	5.15	2.67
... je crains de mourir et de laisser mes enfants, ma famille.				0.36			0.56	4.76	2.44
M	7.34	5.44	4.92	2.56	6.36	5.92	4.38		
ET	1.23	2.14	2.01	1.57	1.76	2.42	1.73		
Alpha de Cronbach	0.80	0.76	0.78	0.74	0.70	0.69	0.70		

Note. I, Intérêt du diagnostic précoce ; II, Qualité de la prise en charge ; III, Habitude ; IV, Perspective collectiviste ; V, Suivre l'avis du médecin ; VI, Cancer(s) dans l'entourage ; VII, Croyances hypocondriaques

1. 2. Analyse factorielle confirmatoire des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie

La seconde analyse confirmatoire a été menée sur les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie (cf. tableau 9). La valeur GFI était de 0.80 : elle s'avérait non significative mais se rapprochait le plus possible de la valeur seuil fixée à 0.90. La valeur CFI était de 0.87 elle s'avérait non significative mais se rapprochait le plus possible de la valeur seuil fixée à 0.90. La valeur RMSAE était de 0.08 : elle s'avérait significative car comprise dans l'intervalle seuil (entre 0.00 et 0.05 pour un modèle acceptable et entre 0.06 et 0.08 pour un modèle moyennement acceptable). Le ratio χ^2/ddl (406.81/194) était de 2.10 : il s'avérait significatif car inférieur à la valeur seuil fixée à 5. La valeur de probabilité était significative ($p < 0.001$). Les indices d'ajustement des données au modèle retenu attestaient que cette solution des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie en six facteurs était moyennement satisfaisante. Néanmoins, ce modèle restait tout de même acceptable puisque les valeurs des indices avoisinaient les seuils de significativité et que la consistance interne des facteurs le composant était excellente (respectivement de I à VI, $\alpha = 0.87, 0.86, 0.90, 0.75, 0.87, 0.81$). Les scores moyens spécifiques à chaque facteur étaient très semblables à ceux de l'analyse factorielle exploratoire (cf. étude 2).

Tableau 9

Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire concernant les motifs à refuser la réalisation d'une mammographie. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach

Une des raisons qui me pousserait à refuser la réalisation d'une mammographie est que...	Facteurs						M	ET
	I	II	III	IV	V	VI		
... on ne parle jamais de cancer dans mon environnement proche.	0.79						1.68	1.57
... aucun de mes proches n'a eu de cancer du sein.	0.79						1.43	1.39
... personne ne fait cet examen dans ma famille.	0.78						1.41	1.33
... je n'ai pas d'antécédents familiaux de cancer du sein.	0.78					0.31	1.71	1.72
... l'attente des résultats de l'examen m'angoisse.		0.79					2.96	2.43
... cet examen me renvoie à ma propre mort.		0.78					2.46	2.25
... j'ai peur de ne pas savoir gérer si j'apprends que j'ai un cancer.		0.77					3.04	2.44
... je ne veux pas que l'on me décèle un cancer car je ne pourrai plus vivre normalement.		0.59	0.33				2.16	2.08
... je trouve l'examen violent.			0.88				3.28	2.45
... j'ai peur de souffrir durant l'examen, peur de la douleur.			0.84				2.88	2.46
... je trouve l'examen deshumanisant (perte de dignité).			0.74				2.52	2.22
... les radiologues n'ont aucun égard vis-à-vis de la douleur ressentie pendant l'examen.			0.71	0.31			3.48	2.22
... j'ai beaucoup de difficultés à prendre un rendez-vous (médical ou autre).				0.82			2.11	1.94
... je n'ai pas le temps.				0.75			2.46	2.22
... je ne supporte pas devoir planifier un rendez-vous.				0.70		0.39	2.06	1.90
... on ne nous donne des informations que sur pourquoi le faire, et pas sur pourquoi ne pas le faire						0.78	3.40	2.54
... on manque d'informations pour prendre une décision en connaissance de cause.			0.35		0.76		3.14	2.50
... certains chercheurs scientifiques contestent cet examen.					0.75	0.35	3.38	2.35
... on manque d'informations chiffrées sur les bénéfices du dépistage.		0.38			0.68		3.43	2.40
... je suis satisfaite de moi lorsque je résiste à « l'injonction de faire ».						0.79	1.71	1.63
... je ne veux pas inciter d'autres personnes à faire cet examen en le faisant moi-même.	0.38					0.74	1.42	1.23
... je ne supporte pas qu'on me dise ce que je dois faire.						0.70	1.90	1.74
M	1.57	2.65	3.04	2.21	3.34	1.69		
ET	1.34	1.93	2.12	1.65	2.07	1.38		
Alpha de Cronbach	0.87	0.86	0.90	0.75	0.87	0.81		

Note. I, Absence de cancer dans l'entourage ; II, Angoisses ; III, Douleur physique et morale ; IV, Difficultés spatio-temporelles ; V, Manque d'informations ; VI, Aspiration à la liberté

La réponse moyenne au facteur « Absence de cancer dans l'entourage » était de $M = 1.57$ ($ET = 1.34$) à l'étude 3 contre $M = 1.91$ ($ET = 1.45$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur «angoisses» était de $M = 2.65$ ($ET = 1.93$) à l'étude 3 contre $M = 2.99$ ($ET = 2.03$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Douleur physique et morale » était de $M = 3.04$ ($ET = 2.12$) à l'étude 3 contre $M = 3.17$ ($ET = 1.94$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Difficultés spatio-temporelles » était de $M = 2.21$ ($ET = 1.65$) à l'étude 3 contre $M = 2.46$ ($ET = 1.76$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Manque d'informations » était de $M = 3.34$ ($ET = 2.07$) à l'étude 3 contre $M = 3.46$ ($ET = 1.90$) à l'étude 2. La réponse moyenne au facteur « Aspiration à la liberté » était de $M = 1.69$ ($ET = 1.38$) à l'étude 3 contre $M = 1.74$ ($ET = 1.09$) à l'étude 2. Globalement, les écarts-types observés étaient faibles à modérés. Ils s'échelonnaient de 1.23 à 2.54. Autrement dit, les valeurs étaient peu dispersées autour de la moyenne. Ainsi, il a semblé avoir eu un consensus dans les réponses obtenues. L'écart-type le plus élevé concernait l'item « On ne nous donne des informations que sur pourquoi le faire, et pas sur pourquoi ne pas le faire » ($ET = 2.54$). L'écart type le plus faible concernait l'item « Je ne veux pas inciter d'autres personnes à faire cet examen en le faisant moi-même. » ($ET = 1.23$).

2. Analyses corrélationnelles

Le deuxième objectif de cette étude visait à explorer les relations entre les facteurs motivationnels, les variables émotionnelles (intolérance à l'incertitude, inquiétude, anxiété), les variables de personnalité, les variables sociodémographiques (âge, nombre d'enfant(s)) et la fréquence de réalisation de cet examen. Des analyses de corrélations bivariées ont été réalisées entre l'intégralité de ces variables, ceci afin d'en apprécier les relations et les intensités de relation. Le seuil de significativité était systématiquement fixé à $p < 0.01$.

2. 1. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie

De nombreuses corrélations ont été observées entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie (cf. tableau 11). Leurs intensités s'échelonnaient de 0.21 à 0.62.

Tableau 10

Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter et à refuser la réalisation d'une mammographie

	I.A	II.A	III.A	IV.A	V.A	VI.A	VII.A	I.R	II.R	III.R	IV.R	V.R	VI.R
I.A	-												
II.A	.32	-											
III.A	.33	.10	-										
IV.A	.10	.40	.24	-									
V.A	.52	.36	.28	.29	-								
VI.A	.32	.18	.14	.07	.23	-							
VII.A	.21	.33	.30	.41	.41	.11	-						
I.R	-.53	.05	-.23	.15	-.32	-.23	-.04	-					
II.R	-.28	.15	-.16	.17	-.17	-.06	.29	.49	-				
III.R	-.40	.14	-.48	-.03	-.30	-.07	-.10	.46	.47	-			
IV.R	-.14	.14	-.26	-.08	-.06	.01	.12	.21	.51	.44	-		
V.R	-.37	.12	-.39	.05	-.23	-.14	.01	.43	.56	.52	.39	-	
VI.R	-.62	-.05	-.12	.24	-.37	-.22	-.02	.61	.49	.49	.26	.53	-

Note. I.A, Intérêt du diagnostic précoce ; II.A, Qualité de la prise en charge ; III.A, Habitude ; IV.A, Perspective collectiviste ; V.A, Suivre l'avis du médecin ; VI.A, Cancer(s) dans l'entourage ; VII.A, Croyances hypocondriaques ; I.R, Absence de cancer dans l'entourage ; II.R, Angoisses ; III.R, Douleur physique et morale ; IV.R, Difficultés spatio-temporelles ; V.R, Manque d'informations ; VI.R, Aspiration à la liberté

^a *Note spécifique.* Significativité à $p < 0.01$

Des relations ont été mises en exergue entre le facteur « Habitude » et les facteurs « Douleur physique et morale » ($r = -0.48, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = -0.39, p < 0.01$), « Intérêt du diagnostic précoce » ($r = 0.33, p < 0.01$), « Croyances hypocondriaques » ($r = 0.30, p < 0.01$), « Suivre l'avis du médecin » ($r = 0.28, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles »

($r = -0.26, p < 0.01$), « Perspective collectiviste » ($r = 0.24, p < 0.01$). Cela démontrait que plus une femme considérait le fait d'être habitué à la mammographie et plus elle était sensible à des motifs tels que l'utilité du diagnostic précoce, les croyances hypocondriaques, l'avis du médecin, l'intérêt du dépistage pour la collectivité, et moins elle était sensible à des motifs tels que la douleur physique et morale induite par l'examen, le sentiment de manquer d'information, les contraintes spatio-temporelles.

D'autre part, il existait des relations entre le facteur « Douleur physique et morale » et les facteurs « Manque d'informations » ($r = 0.52, p < 0.01$), « Habituation » ($r = -0.48, p < 0.01$), « Angoisses » ($r = 0.47, p < 0.01$), « Absence de cancer dans l'entourage » ($r = 0.46, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles » ($r = 0.44, p < 0.01$), « Intérêt du diagnostic précoce » ($r = -0.40, p < 0.01$), et « Suivre l'avis du médecin » ($r = -0.30, p < 0.01$). Autrement dit, plus une femme considérait la douleur physique et morale induite par l'examen, et plus elle était sensible à des motifs tels que le manque d'informations, les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, l'absence de cancer dans son entourage, les difficultés spatio-temporelles, et moins elle était sensible à des motifs tels que le fait d'être habitué à la mammographie, l'utilité du diagnostic précoce, l'avis du médecin.

Par ailleurs, le facteur « Difficultés spatio-temporelles » était associé aux facteurs « Angoisses » ($r = 0.51, p < 0.01$), « Douleur physique et morale » ($r = 0.44, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = 0.39, p < 0.01$), « Aspiration à la liberté » ($r = 0.26, p < 0.01$), « Habituation » ($r = -0.26, p < 0.01$). Cela signifie que plus une femme considérait les difficultés spatio-temporelles inhérentes à l'examen, et plus elle était sensible à des motifs tels que les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, la douleur physique et morale induite par l'examen, le manque d'informations, l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique, et moins elle était sensible à des motifs tels que le fait d'être habitué à la mammographie.

Enfin, il existait également des liens entre le facteur « Manque d'informations » et les facteurs « Angoisses » ($r = 0.56, p < 0.01$), « Aspiration à la liberté » ($r = 0.53, p < 0.01$), « Douleur physique et morale » ($r = 0.52, p < 0.01$), « Absence de cancer dans l'entourage » ($r = 0.43, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles » ($r = 0.39, p < 0.01$), « Habituation » ($r = -0.39, p < 0.01$), « Intérêt du diagnostic précoce » ($r = -0.37, p < 0.01$), « Suivre l'avis du médecin » ($r = -0.23, p < 0.01$). Ainsi, plus une femme considérait le manque d'informations, et plus elle était sensible à des motifs tels que les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique, la douleur physique et morale induite par l'examen, l'absence de cancer dans son entourage, les difficultés spatio-temporelles, et moins elle était sensible à des motifs tels que le fait d'être habitué à la mammographie, l'intérêt du diagnostic précoce, l'avis du médecin.

2. 2. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables émotionnelles

De nombreuses corrélations ont été mises en avant entre les facteurs motivationnels et l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété (cf. tableau 12). Leurs intensités évoluaient de 0.24 à 0.45.

Des liens positifs entre la variable « Intolérance à l'incertitude » et les facteurs « Croyances hypocondriaques » ($r = 0.45, p < 0.01$), « Angoisses » ($r = 0.41, p < 0.01$), « Perspective collectiviste » ($r = 0.27, p < 0.01$), « Qualité de la prise en charge » ($r = 0.24, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles » ($r = 0.24, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = 0.23, p < 0.01$) ont été identifiés. En d'autres termes, plus une femme considérait les motifs tels que les croyances hypocondriaques, les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, l'intérêt pour la collectivité, la façon d'être prise en charge, les difficultés spatio-temporelles, le manque d'informations, et plus elle tolérait difficilement l'incertitude.

Tableau 11

Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété

	Intolérance à l'incertitude	Inquiétude	Anxiété
Intérêt du diagnostic précoce	-0.03	-0.21	-0.20
Qualité de la prise en charge	0.24	0.08	0.07
Habitude	0.01	-0.10	-0.19
Perspective collectiviste	0.27	0.12	0.09
Suivre l'avis du médecin	0.09	-0.07	-0.15
Cancer(s) dans l'entourage	0.09	0.06	0.03
Croyances hypocondriaques	0.45	0.30	0.24
Absence de cancer dans l'entourage	0.22	0.15	0.32
Angoisses	0.41	0.29	0.44
Douleur physique et morale	0.17	0.20	0.35
Difficultés spatio-temporelles	0.24	0.24	0.32
Manque d'informations	0.23	0.24	0.25
Aspiration à la liberté	0.20	0.25	0.24

Note. Significativité à $p < 0.01$

Des liens positifs entre la variable « Inquiétudes » et les facteurs « Croyances hypocondriaques » ($r = 0.30, p < 0.01$), «angoisses» ($r = 0.29, p < 0.01$), « Aspiration à la liberté » ($r = 0.25, p < 0.01$) « Difficultés spatio-temporelles » ($r = 0.24, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = 0.24, p < 0.01$) ont été repérés. Ainsi, plus une femme considérait les motifs tels que les croyances hypocondriaques, les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique, les difficultés spatiotemporelles, le manque d'informations, et plus elle était inquiète.

Des liens positifs entre la variable « Anxiété » et les facteurs «angoisses» ($r = 0.44, p < 0.01$) « Douleur physique et morale » ($r = 0.35, p < 0.01$), « Absence de cancer dans l'entourage » ($r = 0.32, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles » ($r = 0.32, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = 0.25, p < 0.01$), « Croyances hypocondriaques » ($r = 0.24, p <$

0.01), « Aspiration à la liberté » ($r = 0.24, p < 0.01$) ont été décelés. Cela signifiait que plus une femme considérait les motifs tels que les angoisses liées au cancer et à ses conséquences, la douleur physique et morale induite par l'examen, l'absence de cancer dans son entourage, les difficultés spatio-temporelles, le manque d'informations, les croyances hypocondriaques, l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique, et plus elle était anxieuse.

2. 3. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables de personnalité

Peu de corrélations ont été observées entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les traits de personnalité (cf. tableau 13). Les rares relations qui ont été observées étaient plutôt faibles (leurs intensités évoluant de 0.24 à 0.34).

Tableau 12

Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les traits de personnalité (HEXACO)

	H	E	X	A	C	O
Intérêt du diagnostic précoce	0.29	0.17	0.13	0.01	-0.04	0.01
Qualité de la prise en charge	0.01	0.04	0.01	0.06	-0.03	0.07
Habitude	0.15	0.01	0.01	-0.02	-0.14	-0.17
Perspective collectiviste	-0.10	-0.10	-0.07	0.09	0.13	-0.19
Suivre l'avis du médecin	0.23	0.06	0.16	-0.01	0.03	-0.06
Cancer(s) dans l'entourage	0.07	0.17	0.03	0.03	0.15	0.01
Croyances hypocondriaques	-0.04	0.14	-0.02	-0.13	0.02	-0.17
Absence de cancer dans l'entourage	-0.29	-0.20	-0.08	0.13	0.03	-0.09
Angoisses	-0.19	0.02	-0.05	0.09	0.12	-0.09
Douleur physique et morale	-0.28	-0.03	-0.20	0.02	0.16	0.02
Difficultés spatio-temporelles	-0.15	0.08	-0.18	-0.02	0.06	-0.08
Manque d'informations	-0.11	-0.10	0.10	-0.04	0.07	-0.01
Aspiration à la liberté	-0.34	-0.18	-0.28	-0.22	-0.06	-0.24

Note. HEXACO correspond aux traits de personnalité Honnêteté-Humilité (H), Émotivité (E), eXtraversion (X), Agréabilité (A), Conscience (C), Ouverture (O)

^a Note spécifique. Significativité à $p < 0.01$

Le trait de personnalité le plus associé à des facteurs motivationnels était l'Honnêteté-Humilié. Il entrait positivement en relation avec le facteur « Intérêt du diagnostic précoce » ($r = 0.29, p < 0.01$), et négativement avec les facteurs « Aspiration à la liberté » ($r = 0.34, p < 0.01$), « Absence de cancer dans l'entourage » ($r = -0.29, p < 0.01$) et « Douleur physique et morale » ($r = -0.28, p < 0.01$). Ainsi, plus une femme était honnête et/ou humble, plus elle était sensible à des motifs tels que l'utilité du diagnostic précoce, et moins elle était sensible à des motifs tels que l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique, l'absence de cancer dans l'entourage, la douleur physique et psychique induite par l'examen.

Notons qu'au-delà de l'influence du trait de personnalité Honnêteté-Humilité, seules l'Extraversion et l'Ouverture entretenaient des relations avec un autre facteur, en l'occurrence « Aspiration à la liberté » (respectivement, $r = -0.28, p < 0.01$ et $r = -0.24, p < 0.01$). En somme, plus une femme était extravertie et ouverte et moins elle était sensible à des motifs tels que l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique.

2. 4. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et les variables sociodémographiques

Des corrélations dont l'intensité oscillait entre 0.26 et 0.42 ont été mises en évidence entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, l'âge et le nombre d'enfant(s) (cf. tableau 14).

La relation la plus forte concernait la variable « Âge » et le facteur « Habituation » ($r = 0.42, p < 0.01$). Ainsi, plus une femme était âgée, plus elle considérait le motif selon lequel la mammographie devient peu à peu une habitude. Un lien négatif a également été établi entre la variable « Âge » et le facteur « Difficultés spatio-temporelles » ($r = -0.26, p < 0.01$). Autrement dit, plus une femme était âgée, moins elle considérait les contraintes d'ordre pratique. Par ailleurs, la variable « Nombre d'enfant(s) » était associée négativement aux facteurs « Absence de cancer dans l'entourage » ($r = -0.30, p < 0.01$) et « Aspiration à la liberté » ($r = -0.26, p <$

0.01). Autrement dit, plus une femme avait d'enfants, moins elle était sensible à des motifs tels que l'absence de cancer dans son entourage et l'aspiration à être libre vis-à-vis de la pratique mammographique.

Tableau 13

Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie et l'âge, le nombre d'enfant(s)

	Âge	Nombre d'enfant(s)
Intérêt du diagnostic précoce	0.05	0.18
Qualité de la prise en charge	-0.01	-0.10
Habitude	0.42	-0.11
Perspective collectiviste	0.20	0.20
Suivre l'avis du médecin	0.01	0.08
Cancer(s) dans l'entourage	0.02	-0.01
Croyances hypocondriaques	0.04	-0.07
Absence de cancer dans l'entourage	-0.05	-0.30
Angoisses	-0.10	-0.16
Douleur physique et morale	-0.19	-0.19
Difficultés spatio-temporelles	-0.26	-0.22
Manque d'informations	-0.09	-0.14
Aspiration à la liberté	0.21	-0.26

Note. Significativité à $p < 0.01$

2. 5. Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, les variables émotionnelles, les variables de personnalité, les variables sociodémographiques et la fréquence de réalisation des mammographies

Des corrélations ont été menées entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété, les traits de personnalité, l'âge, le nombre d'enfant(s) et la fréquence de réalisation des mammographies. Nous souhaitons identifier quelles variables étaient liées au comportement mammographique en lui-même et plus précisément à sa fréquence de réalisation. Six corrélations significatives sont apparues (cf. tableau 15). Leurs intensités s'échelonnaient de 0.25 à 0.64.

Tableau 14

Corrélations entre les facteurs motivationnels à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie, les variables émotionnelles, les variables de personnalité, les variables sociodémographiques et la fréquence de réalisation des mammographies

		Fréquence de réalisation des mammographies
Facteurs motivationnels	Intérêt du diagnostic précoce	0.17
	Qualité de la prise en charge	0.02
	Habitude	0.55
	Perspective collectiviste	0.16
	Suivre l'avis du médecin	0.08
	Cancer(s) dans l'entourage	0.09
	Croyances hypocondriaques	0.15
	Absence de cancer dans l'entourage	-0.14
	Angoisses	-0.15
	Douleur physique et morale	-0.31
	Difficultés spatio-temporelles	-0.40
	Manque d'informations	-0.25
Aspiration à la liberté	-0.04	
Variables émotionnelles	Incertitude	-0.07
	Inquiétude	-0.19
	Anxiété	-0.15
Variables de personnalité	Honnêteté-Humilité	0.13
	Émotivité	-0.07
	eXtraversion	-0.04
	Agréabilité	0.05
	Conscience	-0.23
	Ouverture	-0.15
Variables socio-démographiques	Âge	0.64
	Nombre d'enfant(s)	0.25

Note. Significativité à $p < 0.01$

La variable « Fréquence de réalisation des mammographies » était fortement associée à la variable « Âge » ($r = 0.64, p < 0.01$), ainsi qu'au facteur « Habitude » ($r = 0.55, p < 0.01$), et plus modestement aux facteurs « Difficultés spatio-temporelles » ($r = -0.40, p < 0.01$),

« Douleur physique et morale ($r = -0.31, p < 0.01$), « Manque d'informations » ($r = -0.25, p < 0.01$), et à la variable « Nombre d'enfant(s) » ($r = 0.25, p < 0.01$). Autrement dit, plus une femme était âgée, avait des enfants, était sensible au motif selon lequel la mammographie devient au fil du temps une habitude, était peu sensible à des motifs tels que les difficultés spatio-temporelles, la douleur physique et morale induite par l'examen, le manque d'informations, et plus elle réalisait fréquemment des mammographies.

3. Analyse discriminant le groupe de femmes ayant accepté systématiquement la réalisation d'une mammographie du groupe de celles l'ayant déjà refusé

Le troisième objectif de cette étude consistait à déterminer si les facteurs motivationnels facilitateurs et barrières, les variables émotionnelles, les variables de personnalité et les variables sociodémographiques permettaient de caractériser, d'une part, les femmes acceptant systématiquement la réalisation d'une mammographie ($n = 95$), et d'autre part celles ayant déjà refusé de réaliser cet examen ($n = 20$). Pour ce faire, des analyses descriptives ont été réalisées afin de dévoiler les moyennes et écarts-types des facteurs et variables considérés. Pour compléter ces résultats, des test T pour groupes indépendants ont été effectués. Ces analyses ont permis de comparer les moyennes obtenues pour le groupe de femmes ayant accepté systématiquement la réalisation d'une mammographie et pour le groupe de celles l'ayant déjà refusé. Pour faciliter la lisibilité de ces résultats, nous désignerons le premier groupe par le terme « Acceptantes » et le second par le terme « Refusantes ».

3. 1. Comparaison des moyennes en fonction des groupes Acceptantes et Refusantes

Premièrement, les Acceptantes étaient en moyenne plus âgées ($M = 53.04$) que les Refusantes ($M = 43.25$). Une différence significative en rapport avec l'âge a été constatée entre ces deux groupes ($t(113) = 3.16, p < 0.01$). Les moyennes, écarts-types et T de Student des Acceptantes et des Refusantes sont présentés dans le tableau 16.

Tableau 15

Motifs facilitateurs et barrières, variables émotionnelles, variables de personnalité et variables sociodémographiques. Moyennes, écarts-types et T de Student des Acceptantes et des Refusantes

Dimension	ACCEPTANTES		REFUSANTES		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>		
Intérêt du diagnostic précoce	7.59	0.66	6.05	2.29	5.59	0.01
Qualité de la prise en charge	5.33	1.69	5.52	2.20	-0.44	0.66
Habitude	5.40	1.75	2.56	1.18	6.75	0.01
Perspective collectiviste	2.61	1.47	2.40	2.13	0.54	0.59
Suivre l'avis du médecin	6.49	1.24	5.15	2.35	3.65	0.01
Cancer(s) dans l'entourage	6.08	2.25	5.00	3.02	1.84	0.07
Croyances hypocondriaques	4.44	1.71	3.67	1.91	1.78	0.08
Absence de cancer dans l'entourage	1.30	0.67	2.80	2.65	-4.89	0.01
Angoisses	2.38	1.79	3.56	2.32	-2.54	0.01
Douleur physique et morale	2.50	1.80	5.31	2.13	-6.13	0.01
Difficultés spatio-temporelles	1.96	1.50	2.73	1.95	-1.99	0.04
Manque d'informations	2.85	1.81	5.01	2.12	-4.70	0.01
Aspiration à la liberté	1.45	0.85	2.58	2.44	-3.65	0.01
Intolérance incertitude	53.87	17.73	56.60	17.90	-0.62	0.53
Inquiétude	43.87	11.63	51.65	13.96	-2.62	0.01
Anxiété	5.33	4.15	9.05	6.12	-3.32	0.01
Honnêteté-Humilité	3.44	0.37	3.11	0.58	3.24	0.01
Émotivité	2.49	0.42	3.17	0.65	0.64	0.52
eXtraversion	3.27	0.50	2.42	0.53	0.80	0.42
Agréabilité	2.13	0.48	2.19	0.62	-0.46	0.65
Conscience	2.90	0.45	3.17	0.52	-2.38	0.01
Ouverture	2.84	0.45	3.10	0.57	-2.25	0.02
Âge	53.04	11.75	43.25	16.18	3.16	0.01
Nombre d'enfant(s)	1.57	1.04	1.17	1.03	1.28	0.20

Deuxièmement, une différence significative liée aux traits de personnalité entre ces deux groupes a été mise en exergue concernant l'Honnêteté-Humilité ($t(113) = 3.24, p < 0.01$), la Conscience ($t(113) = -2.38, p < 0.01$) et l'Ouverture ($t(113) = -2.25, p < 0.02$). Les Acceptantes

présentaient des scores à l'Honnêteté/Humilité plus élevés ($M = 3.44$) que les Refusantes ($M = 3.11$). Par ailleurs, les Acceptantes présentaient des scores à la Conscience plus faibles ($M = 2.90$) que les Refusantes ($M = 3.17$). Enfin, les Acceptantes présentaient des scores à l'Ouverture plus faibles ($M = 2.84$) que les Refusantes ($M = 3.10$).

Troisièmement, il a été observé une différence significative inhérente à l'inquiétude ($t(113) = -2.62, p < 0.01$) et à l'anxiété ($t(112) = -3.32, p < 0.01$) entre ces deux groupes. Plus précisément, les Acceptantes étaient moins inquiètes ($M = 43.87$) que les Refusantes ($M = 51.65$). D'autre part, les Acceptantes étaient moins anxieuses ($M = 5.33$) que les Refusantes ($M = 9.05$).

Quatrièmement, il a été décelé une différence significative entre ces deux groupes concernant les facteurs motivationnels facilitateurs « Intérêt du diagnostic précoce » ($t(113) = 5.59, p < 0.01$), « Habituation » ($t(113) = 6.75, p < 0.01$), « Suivre l'avis du médecin » ($t(113) = 3.65, p < 0.01$), « Absence de cancer dans l'entourage » ($t(113) = -4.89, p < 0.01$), et les facteurs motivationnels barrières «angoisses» ($t(113) = -2.54, p < 0.01$), « Douleur physique et morale » ($t(113) = -6.13, p < 0.01$), « Difficultés spatio-temporelles » ($t(113) = -1.99, p < 0.04$), « Manque d'informations » ($t(113) = -4.70, p < 0.01$), « Aspiration à la liberté » ($t(113) = -3.65, p < 0.01$). Les Acceptantes présentaient des scores plus élevés aux facteurs facilitateurs (respectivement, $M = 7.59 ; 5.40 ; 6.49$) que les Refusantes (respectivement, $M = 6.05 ; 2.56 ; 5.15$). Les Refusantes présentaient des scores plus élevés aux facteurs barrières (respectivement, $M = 2.80 ; 3.56 ; 5.31 ; 2.73 ; 5.01 ; 2.58$) que les Acceptantes (respectivement, $M = 1.30 ; 2.38 ; 2.50 ; 1.96 ; 2.85 ; 1.45$).

4. Analyses de régression multiple

Des analyses de régressions linéaires multiples ont été menées à l'aide du logiciel Statistica 12, sur la variable « Fréquence de réalisation des mammographies » qui constituait notre variable dépendante. Nous souhaitons distinguer si l'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété,

les traits de personnalité, l'âge, le nombre d'enfant(s) ainsi que les motifs facilitateurs et barrières (qui constituaient nos variables indépendantes), agissaient en tant que prédicteurs sur la fréquence mammographique. Autrement dit, nous voulions observer quelles variables indépendantes expliquaient le mieux (ou avaient le plus d'effet sur) la variable dépendante. Une méthode de régression ascendante a été utilisée afin d'intégrer graduellement au modèle les variables indépendantes les plus corrélées à la variable dépendante. Cette analyse pas à pas a cessé lorsque les variables indépendantes non-intégrées n'apportaient plus d'explication supplémentaire au modèle.

4. 1. Analyse de régression sur la variable « Fréquence de réalisation des mammographies »

Une série d'analyses de régression a été menée sur la variable « Fréquence de réalisation des mammographies ». L'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude et l'anxiété ont été testées en premier et expliquaient 4% de la variance ($F(1,114) = 4.24, p = 0.04$) : seule l'inquiétude était significative ($\beta = -0.19$). Les traits de personnalité ont été testés en second et expliquaient 7% de variance ($F(2,113) = 4.21, p = 0.01$) : seul le trait Conscience était significatif ($\beta = -0.23$). Les caractéristiques sociodémographiques ont été testées en troisième et expliquaient 42% de la variance ($F(2,113) = 40.34, p < 0.01$) : seul l'âge était significatif ($\beta = 0.61$). Les facteurs motivationnels ont été testés en quatrième et expliquaient 38% de la variance ($F(3, 112) = 23.01, p < 0.01$) : les facteurs « Habituation » ($\beta = 0.48$) et « Difficulté spatio-temporelles » ($\beta = -0.31$) étaient les seuls significatifs. Une dernière analyse de régression pas à pas a été menée sur les prédicteurs intégrés simultanément. L'âge ($\beta = 0.46$) ainsi que les facteurs « Habituation » ($\beta = 0.30$) et « Difficulté spatio-temporelles » ($\beta = -0.21$) étaient liés à la fréquence de réalisation des mammographies. Ces variables expliquaient 54% de la variance ($F(3, 112) = 43,66, p < 0.01$). Leurs fortes intensités ont neutralisé le faible poids des prédicteurs « Inquiétudes » et « Conscience » ayant émergé lors des premières analyses de régression.

Ainsi, être plus âgée, être plus sensible au motif selon lequel la pratique mammographique est habituelle et être moins sensible au motif inhérent aux contraintes spatio-temporelles, prédisait une fréquence régulière de réalisation de cet examen.

Tableau 16

Synthèse de la régression sur la variable dépendante « Fréquence de réalisation des mammographies »

R = 0.73		R ² = 0.54		R ² ajusté = 0.53		
F (3, 112) = 43.66		p < 0.001		Erreur-type d'estimation = 1.37		
	BETA	Erreur- type de BETA	B	Erreur- type de B	t (112)	p value
Prédicteur			-0.82	0.63	-1.30	0.19
Âge	0.46	0.07	0.07	0.01	6.34	0.001
Habitude	0.30	0.07	0.30	0.07	4.16	0.001
Difficultés spatio-temporelles	-0.21	0.07	-0.25	0.08	-3.08	0.002

Discussion

Le premier objectif de cette recherche visait à confirmer que les structures factorielles de l'étude 2 étaient bien ajustées. Les indices d'ajustement du modèle factoriel des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie étaient satisfaisants. Ceux du modèle factoriel des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie étaient légèrement plus décevants mais tout de même acceptables. Le second objectif de cette étude consistait à examiner les relations entre les variables motivationnelles, psychologiques, sociodémographiques et la fréquence de réalisation des mammographies.

L'intolérance à l'incertitude, l'inquiétude et l'anxiété ne prédisent pas la fréquence de réalisation des mammographies (les facteurs motivationnels «angoisses» et «croyances hypocondriaques» non plus). Ainsi, si la littérature s'est beaucoup intéressée aux poids de ce

genre de variables dans ce contexte particulier (Consedine et al., 2004 ; Ferrat et al., 2013 ; Lemogne et al., 2018 ; Lostao et al., 2001 ; Fink et al., 1972 ; Kalecinski et al., 2015), leurs impacts sur la fréquence mammographique demeurent non significatifs dans notre étude. En revanche, les résultats ont montré que les femmes qui tolèrent moins bien l'incertitude adhèrent davantage à des croyances hypocondriaques, et que ces mêmes croyances influencent leurs habitudes à explorer leur poitrine. Et puisque l'habitude a un effet sur la fréquence mammographique, on peut supposer que les femmes les plus habituées à cette pratique réalisent plus fréquemment cet examen car il fait office de stratégie de coping centré sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984) : ce comportement permet d'instaurer un cadre protecteur (Apter, 1989) de façon à lutter contre des craintes hypocondriaques en réduisant les incertitudes (Freeston et al., 1994). Tandis que, – et cela répond au troisième objectif de notre étude – l'inquiétude et l'anxiété sont plus marquées chez les femmes ayant déjà refusé de réaliser l'examen.

Les traits de personnalité n'influencent pas non plus la fréquence de réalisation des mammographies. Les observations de Siegler & Costa (1994) au sujet d'un effet positif du facteur Conscience et d'un effet négatif du facteur Ouverture sur la réalisation de mammographie ne sont pas vérifiées ici. Toutefois, l'Honnête-Humilité impacte négativement trois facteurs motivationnels barrières et positivement un facteur facilitateur. Par ailleurs, d'autres de nos résultats (répondant au troisième objectif de cette étude) stipulent que le groupe des Refusantes est plus ouvert, plus consciencieux, et moins honnête/humble que le groupe des Acceptantes, ce qui rejoint alors les données de Siegler & Costa (1994) concernant l'Ouverture, mais les contredit concernant la Conscience. Il apparaît assez logique que les femmes ayant déjà refusé de réaliser une mammographie soient plus ouvertes et moins honnêtes/humbles si l'on conçoit qu'elles sont davantage sensibles aux idées non conventionnelles ou opposées à la conformité sociale (Costa & McCrae, 1992) et qu'elles outrepassent plus facilement certaines

règles pour répondre à des intérêts personnels (Lee et al., 2010). En revanche, le fait que le groupe Refusantes soit plus consciencieux que le groupe Acceptantes est davantage surprenant. Pour expliquer cela on peut aborder la conscienciosité selon deux angles différents. D'un côté, celle-ci peut stimuler la propension à l'autodiscipline en lien avec ce que les femmes perçoivent être l'autorité : la tâche mammographique ordonnée est alors effectuée de manière rigoureuse et organisée (ce qui n'est pas sans rappeler l'état Conformisme de la TR). D'un autre côté, nous savons aussi que la conscienciosité peut stimuler la tendance à délibérer avec précaution et à analyser méticuleusement chaque déterminant d'une situation. Ceci n'est pas sans rappeler l'état Télique de la TR. Ainsi on peut envisager que la conscienciosité associée à l'état Conformisme agit en tant que facilitateur (si l'avis du médecin a de l'importance) (Siegler & Costa, 1994), mais qu'associée à l'état Télique, elle agit en tant que barrière (si les informations données sont jugées insuffisantes ou peu claires).

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, nous observons que plus les femmes ont d'enfants, plus la fréquence de réalisation des mammographies est élevée. Or, nous nous attendions davantage à ce que les femmes ayant des enfants réalisent moins cet examen (Savabi-Esfahani et al., 2018). On peut supposer, à l'inverse, que celles-ci cherchent davantage à préserver leur santé dans l'intérêt de leur famille. Ces dernières aspirent moins à être libres vis-à-vis de cet examen. La réalisation d'une mammographie est alors probablement motivée par l'attention portée aux besoins des proches. En effet, on remarque également que les femmes ayant des enfants considèrent significativement moins le motif barrière « Absence de cancer dans l'entourage ». L'identification à l'environnement proche en matière de santé semble s'effectuer différemment lorsque l'on est parent. En outre, nous observons aussi que plus les femmes vieillissent et plus elles ont tendance à réaliser cet examen fréquemment. Dans la même lignée, le groupe d'Acceptantes est en moyenne plus âgé que le groupe de Refusantes. Ainsi,

les comportements mammographiques des femmes apparaissent cohérents par rapport aux tranches d'âge ciblées par le dépistage du cancer du sein.

Enfin, seuls les facteurs motivationnels « Habituation », « Douleur physique et morale », « Difficultés spatio-temporelles » et « Manque d'informations » entretiennent une relation avec la fréquence de réalisation des mammographies. Précisons donc que les neuf autres facteurs motivationnels identifiés dans cette étude ne sont pas reliés à cette dernière variable. Par conséquent, s'ils peuvent être considérés par les femmes, ils n'impactent pas la fréquence comportementale effective. En revanche, les quatre facteurs affiliés à la fréquence mammographique s'alimentent mutuellement puisqu'ils entrent tous en relation les uns avec les autres. Nous remarquons que plus une femme perçoit l'examen comme douloureux physiquement et moralement, a le sentiment de manquer d'informations, considère les contraintes spatio-temporelles, et plus elle prend en compte des motifs barrières et très peu de motifs facilitateurs. Tandis que lorsque les femmes considèrent que la mammographie est un examen habituel, l'effet inverse se produit. Des données similaires sont relevées dans l'étude de Duport et al. (2005) : les femmes qui ne réalisent pas de dépistage du cancer du sein évaluent la mammographie comme étant plus douloureuse et plus embarrassante que les femmes qui en réalisent. En termes de prédiction comportementale, seuls l'âge, l'« Habituation » et les « Difficultés spatio-temporelles » exercent un effet sur la fréquence mammographique. Plus les femmes vieillissent, plus elles s'habituent à la pratique mammographique et plus elles ont tendance à réaliser cet examen fréquemment. On peut supposer que les habitudes mammographiques sont acquises au cours de l'existence, en parti en adoptant une attitude conventionnelle en matière de santé (c'est-à-dire en intégrant et en adhérant à certaines normes comportementales). Le fait que les femmes soient habituées aux examens mammaires depuis le début de l'âge adulte les conditionne à réaliser une mammographie plus tard. Dans le domaine

de la prévention contre le sida, il est considéré que les habitudes facilitent le maintien du comportement recherché (Lanfranchi, 2000).

D'autre part, les résultats montrent que les femmes qui tolèrent moins bien l'incertitude, qui sont plus inquiètes et anxieuses sont davantage angoissées par le cancer du sein et ses conséquences, et que cette même angoisse les pousse à davantage percevoir l'examen comme une contrainte qui leur ôte du temps, les oblige à planifier une tâche et à effectuer des démarches pour y parvenir. Les femmes doivent gérer et tolérer ces contraintes alors que celles-ci entravent leur besoin de liberté et servent la cause d'un examen perçu comme douloureux physiquement et moralement. Soulignons que les femmes qui aspirent le plus à être libres sont davantage exigeantes sur la manière dont elles sont traitées et dont elles traitent leurs corps, ainsi que sur la qualité des informations qui leur sont données. Précisons également que ce sont les femmes les plus jeunes qui prennent le plus en compte les difficultés spatio-temporelles. On peut alléguer que les jeunes femmes qui considèrent davantage ce facteur réalisent moins fréquemment cet examen de façon à éviter/fuir la situation source de préoccupations multiples (préoccupations renforcées par l'incertitude, l'inquiétude, l'anxiété), ce qui de nouveau équivaut à la mise en place d'un cadre protecteur (Apter, 1989) qui peut être assimilé à une stratégie de coping centrée sur les émotions (Lazarus & Folkman, 1984 ; Loonis, 2001). Cela rejoint les données de Labrie et al. (2017) stipulant que les raisons invoquées par les femmes plus jeunes sont plus émotionnelles que rationnelles. L'attention est centrée sur ce qui compte le plus pour ces femmes selon le temps qu'elles possèdent. Elles priorisent certainement d'autres éléments au sein de leur environnement. Par exemple, elles font peut-être face à des contraintes économiques les poussant à consacrer tout leur temps à leur travail, comme cela est mis en avant dans la littérature (Cases et al., 2016 ; Lecompte, 2018 ; ORS, 2001 ; Ouédraogo et al., 2014b ; Püschel et al., 2009).

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ces travaux nous ont permis d'inventorier et d'examiner les motifs conduisant les femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie. Ceux-ci ont été interprétés au regard de la TR. Dans l'étude 1, nous avons vu que les informations mettant en valeur la mammographie stimulent la réalisation de cet examen et que leur absence la réfrène. Nous avons également compris que nourrir des croyances hypocondriaques constitue un motif facilitateur tandis que les angoisses liées à l'examen représentent un frein. Enfin, nous avons observé que si pour certaines femmes, se plier à l'autorité médicale participe à intégrer la norme communément admise en matière de mammographie et à s'y conformer, pour d'autres, le médecin (ou l'État) ne fait nullement figure d'autorité : la norme commune est alors rejetée au profit de normes alternatives dans lesquelles la Nature peut faire office d'autorité. Dans l'étude 2, nous avons déterminé les motifs facilitateurs et barrières les plus estimés par les femmes, et de quelle manière ils se structurent autour de grands facteurs. Ce sont dégagés sept facteurs facilitateurs (i.e., « Intérêt du diagnostic précoce » ; « Habituation » ; « Qualité de la prise en charge » ; « Perspective collectiviste », « Suivre l'avis du médecin » ; « Cancer(s) dans l'entourage » ; « Croyances hypocondriaques ») ainsi que six facteurs barrières (i.e., « Absence de cancer dans l'entourage » ; «angoisses » ; « Douleur physique et morale » ; « Difficultés spatio-temporelles » ; « Manque d'informations » ; « Aspiration à la liberté »). Dans l'étude 3, après avoir confirmé les résultats des analyses factorielles, nous avons examiné les relations entre l'anxiété, l'inquiétude, l'intolérance à l'incertitude, la personnalité, l'âge, le nombre d'enfant(s), les facteurs motivationnels et la fréquence de réalisation des mammographies. Il ressort de ce travail que la douleur physique et morale ainsi que le manque d'informations entretiennent une relation avec cette dernière variable. Mais seuls les habitudes, les difficultés spatio-temporelles et l'âge ont un effet prédicteur sur la fréquence mammographique. Cela signifie que plus les femmes sont jeunes, plus elles tendent à fuir la réalisation de cet examen

parce qu'elles priorisent d'autres activités lorsqu'elles doivent gérer leur temps et parce que, qui plus est, l'examen génère de nombreuses préoccupations. En revanche, plus les femmes sont âgées, plus elles s'habituent à l'examen, le font passer en priorité dans leurs emplois du temps et le perçoivent positivement (certainement parce qu'elles se sentent davantage concernées par la question du cancer du sein). Cela nous indique probablement que les attitudes des femmes vis-à-vis de la mammographie ne sont pas linéaires et sont susceptibles de varier dans le temps. La TR affirme d'ailleurs que les motivations humaines sont soumises à des fluctuations (Apter, 2001). On comprend ainsi que beaucoup de femmes ne refuseront certainement pas de réaliser une mammographie toute leur vie. Et que plus elles en réaliseront, plus elles y verront des avantages. On peut supposer qu'il s'agit là d'une stratégie de coping centrée sur les émotions consistant en une réévaluation positive de la situation mammographique ou, autrement dit, d'un réajustement du cadre protecteur en place (Apter, 1982). Il pourrait être intéressant de mener une étude longitudinale explorant l'évolution des motifs facilitateurs et barrières des femmes tout au long de leur existence. Par ailleurs, dans nos travaux, aucun effet de la personnalité n'est observé sur la fréquence de dépistage. Cela étant, il apparaît qu'avoir tendance à suivre les règles établies (associée au trait Honnêteté/Humilité) diminue la prise en compte de facteurs barrières, et qu'en ce sens, ce trait de personnalité favorise une évaluation positive de l'examen. Par ailleurs, nous avons vu que les femmes ayant tendance à être sensibles aux idées anticonformistes (associée au trait Ouverture à l'expérience) sont plus enclines à refuser l'examen. En somme, la scission entre les états motivationnels Conformisme et Négativiste de la TR observée à l'étude 1, se matérialise aussi – certes modérément – à travers les traits de personnalité Honnêteté/Humilité et Ouverture à l'expérience de l'HEXACO. Le risque de clivage à l'égard de la mammographie dans la population est de plus en plus palpable. La contestation du dépistage par mammographie n'est plus marginale (Cases et al., 2016) mais, comme le montre l'étude 1, elle est la cible d'une

stéréotypisation négative, souvent mise en parallèle avec l'idéologie complotiste. Le rejet des propos des femmes rétives peut participer, au contraire, au développement ou au renforcement de nouvelles normes s'affranchissant des politiques de santé publique.

Mais alors, comment faire le lien entre la connaissance de l'influence des normes dans un sens ou l'autre et un choix informé des femmes ? Comment ces éléments de connaissance peuvent-ils se discuter dans la consultation médicale ? Et comment peuvent-ils contribuer à amorcer de nouvelles réflexions en termes de politique de dépistage du cancer du sein ? Il semble nécessaire que les acteurs de santé (ministère et médecins inclus) fournissent aux femmes des informations claires et loyales quant aux bénéfices et aux risques de la mammographie. Les découvrir par des sources d'informations alternatives peut générer de la suspicion et entraver la réalisation de l'examen. D'autant plus qu'avoir connaissance des risques liés à la mammographie n'affecterait pas la participation au dépistage (Hersch et al., 2021). Nos résultats montrent que si le manque de connaissance ne prédit pas la fréquence mammographique, il y est tout de même associé négativement. Du reste, l'apport d'informations permet de dépasser les conséquences de « trop de médecine » (Moynihan et al., 2018) : elle peut être utile pour lutter contre les fausses croyances (comme par exemple, considérer que l'examen protège contre l'apparition d'un cancer du sein) qui poussent les femmes à recourir à la mammographie de façon excessive. Le contenu des informations délivrées semble dépendre de la spécialisation du médecin, de son niveau de connaissances, mais aussi de ses objectifs personnels (e.g., un généraliste peut choisir de ne pas évoquer les inconvénients inhérents à la mammographie si la patiente souhaite participer au DO du cancer du sein ; à l'inverse il peut en user pour persuader une femme de ne pas pratiquer de DI) (Lecompte, 2018). Par ailleurs, le médecin peut aussi être influencé par ses propres expériences personnelles : celui dont une proche reçoit un diagnostic de cancer du sein au pronostic critique, a davantage tendance à recommander à ses patientes de réaliser des mammographies de

dépistage en dehors des tranches d'âges préconisées par les institutions de santé de son pays (Pollack et al., 2018). Selon Coulter (2006) faire en sorte que la prise de décision soit collaborative, c'est-à-dire initiée à la fois par le médecin et la patiente, implique des changements culturels. Il semble essentiel que la communication entre le médecin et la patiente replace la femme au cœur du processus décisionnel. Casal & Génolini (2013) relatent, à propos de la prévention des troubles cardiovasculaires, que « les patients peuvent cloisonner les registres en considérant que les recommandations d'hygiène n'entrent pas dans le travail de singularisation que les médecins doivent réaliser » (p. 19). Le médecin peut entendre et comprendre le besoin de maîtrise et de liberté des femmes, tout en veillant à ne pas adopter maladroitement une attitude défensive qui risque d'être contre-productive. Il doit sans doute rappeler à la patiente qu'elle a le choix d'effectuer ou non cet examen (DuBenske et al., 2018). Il peut aussi repérer et prévenir une soumission excessive à son autorité altérant la mise en sens de la réalisation de l'examen, tout comme une propension à la surexploration médicale liée à des croyances hypocondriaques. Son éthique réside probablement dans la constance de son attitude quel que soit le profil de la patiente, et dans l'équité des informations apportées. Il peut être intéressant que de futures recherches interrogent la façon dont les médecins sont affectés émotionnellement par l'attitude et le discours des femmes rétives. Mieux comprendre les émotions en jeu lors de ce type de consultation peut participer à remanier le cadre et la teneur des échanges médecin/patient. Ce genre d'étude peut avoir pour objectif la création de formations dont les contributions pourront être vérifiées par la suite. Par ailleurs, déceler les habitudes de santé des femmes réfractaires à la mammographie s'avère également crucial. Leurs habitudes consistent-elles à éviter la médecine traditionnelle et à recourir à des thérapeutiques alternatives comme le suggère l'étude 1 ? Cet état de fait est constaté dans des études non spécifiques à la mammographie (Moody et al., 1998). Il suit un désir de se rapprocher de ce qui est naturel (préférence pour l'autopalpation (Ferrat et al., 2013 ; Trigoni et al., 2008) ou le

maintien d'une hygiène de vie « saine » (ORS, 2001)). La médecine officielle doit sans doute se montrer davantage attentive aux valeurs holistiques véhiculées par ce genre de prise en charge si elle veut atteindre le plus de femmes possible. En ce qui concerne la communication en santé publique, ne faut-il pas modifier la façon dont les femmes sont abordées ? La distinction entre « invitation » et « convocation » au DO n'est pas toujours clairement saisie dans les courriers envoyés par les centres de gestion. Ceci donne parfois le sentiment aux femmes que leurs libertés sont restreintes (Cases et al., 2016 ; ORS, 2001). Du reste, la dernière concertation citoyenne préconise qu'à ce courrier s'ajoute un rendez-vous médical dédié à l'apport d'informations (Cases et al., 2016). Les gynécologues et les médecins généralistes sont des médiateurs clés dans ce dépistage. Comme l'écrit Boissonnat (2004),

Si, autour de la mammographie, l'activité normative se fait de plus en plus pressante et accroît son champ d'action, la portée réelle de ce pouvoir normatif sur les pratiques de dépistage semble rester assez limitée ; tout au moins si l'on en juge par la persistance de prescriptions individuelles (qui restent majoritaires) et le consentement affiché par le ministre à leur égard. (p. 161)

Peut-on alors se demander ce qu'il en est du bien-fondé et de l'efficacité du dépistage mammographique de masse en France ? Selon Bourdelais & Faure (2005), l'incitation préventive tourne davantage autour de la modification des attitudes individuelles tandis que les éventuels dysfonctionnements de l'organisation sociale sont peu remis en cause. Malgré le nombre considérable d'études portant sur la pratique mammographique, le taux de participation au DO du cancer du sein stagne en France. La TR révèle les limites des stratégies proposées en matière de santé publique (Loonis & Fernandez, 2004) dans la mesure où un même sujet peut traverser des états motivationnels contradictoires (e.g., renversement d'un état Conformisme à un état Négativiste). Il semble crucial de ne pas perdre de vue l'individu et ses motivations singulières dans le dépistage de masse. Les interventions collectivistes, elles aussi, nécessitent de s'inscrire dans une démarche clinique.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche visait principalement à identifier les motifs conduisant les femmes à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie ainsi que les effets potentiels de ces motifs sur la fréquence mammographique. Les résultats nous ont permis de confirmer certaines données de la littérature mais aussi de les approfondir et d'y apporter de nouveaux éclairages, en particulier grâce au soutien de la TR. Nous avons vu que l'attitude des femmes plus jeunes vis-à-vis de cet examen est influencée par des préoccupations individuelles (les limitations spatio-temporelles) qui s'inscrivent néanmoins dans leur univers social : en ce sens, elles impliquent des émotions transactionnelles (Apter, 2001). À l'inverse, l'attitude des femmes plus âgées est davantage influencée par des ressentis internes comme le désir d'être intégré à la communauté en s'habituant au comportement adopté par la majorité : en ce sens, ils impliquent des émotions somatiques (Apter, 2001). L'anxiété, l'inquiétude, l'intolérance à l'incertitude, la personnalité, le nombre d'enfant(s) et la plupart des facteurs motivationnels identifiés n'ont pas d'effet sur la fréquence mammographique mais ils n'en demeurent pas moins de bons indicateurs pour la profession médicale et le domaine préventif en santé, dans la mesure où les relations qu'ils entretiennent les uns avec les autres viennent enrichir nos connaissances.

Ce travail présente néanmoins plusieurs limites. Concernant l'étude 1, notons premièrement que le caractère modeste de l'échantillon peut nous être reproché. Néanmoins, sa taille réduite nous a permis d'approfondir l'exploration du corpus. Deuxièmement, la méthode des entretiens suppose parfois la présence de biais d'interprétation et de subjectivité. Toutefois, nous avons tenté de diminuer cette limite en triangulant les méthodes d'analyse de données. Troisièmement, concernant les études 2 et 3, notons que le protocole de recherche est relativement lourd et qu'une fatigue cognitive peut survenir en fin de passation. Pour pallier cela, nous avons invité les participantes à effectuer des pauses selon leurs besoins. La quatrième limite que nous évoquons ici concerne le caractère virtuel de ce genre d'étude. Il est possible

qu'en situation réelle, les motifs invoqués ne soient pas les mêmes qu'en situation hypothétique (surtout chez les femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie) (Coniasse-Brioude, 2011). Cinquièmement, il nous semble important de relever qu'au-delà du phénomène de soumission à l'autorité qui peut s'exercer entre la patiente et le médecin, nous pouvons aussi concevoir que les réponses positives des femmes à l'égard des recommandations de ce dernier s'expliquent par un biais de désirabilité sociale. Il peut être intéressant d'explorer cela plus en détail dans de prochaines recherches. Enfin, la sixième limite aborde le manque de représentativité des échantillons, dans les études 2 et 3. Ceux-ci sont principalement composés de femmes ayant déjà accepté de réaliser à minima une mammographie (celles s'y étant déjà opposées ont refusé majoritairement de participer à l'étude). Cette limite considérable a déjà été rencontrée dans plusieurs études antérieures (Kalecinski et al., 2015) : les femmes opposées à la mammographie « ne savent pas ou ne veulent pas argumenter leur absence de suivi » (ORS, 2001, p. 92). D'après les travaux de Mulot (2009) sur le port du préservatif « les réponses données dans le cadre d'enquêtes quantitatives correspondent au registre officiel public, celui de la norme, et ne reflètent pas toujours la réalité des comportements effectifs. » (p. 81). On fait alors face à un paradoxe : comment réajuster des politiques de santé publique de grande ampleur telles que le dépistage organisé sans pouvoir considérer l'avis des plus réfractaires ? Cela ne rend-il pas le problème lié au taux de participation insoluble ? Il semble important de comprendre pourquoi les femmes opposées à la mammographie s'opposent également aux recherches menées à ce sujet. N'est-ce pas l'expression d'une défiance plus large qui doit être davantage examinée ? Le manque d'accès à certaines populations est en tout état de cause une problématique qui retentit sur l'ensemble de la recherche en général. Les échanges que nous avons menés avec ces femmes nous donnent d'ailleurs quelques indices : la plupart considèrent que ce type de recherche sert les politiques de santé publique contre lesquelles elles s'opposent et auxquelles elles ne souhaitent pas donner de grain à moudre. Ces femmes sont socialement évaluées

comme objet nuisant à l'expansion des services médicaux. En d'autres termes, elles incarnent et personnifient des obstacles au développement de la médecine (Herzlich, 2001). Cazal & Génolini (2013) stipulent, au sujet de la prévention des troubles cardiovasculaires, que parfois « le corps n'est plus pris comme objet de prédiction mais comme témoin des comportements déviants, c'est-à-dire qui contreviennent à une norme sociale dominante. » (p. 17). Ainsi, rejeter la mammographie peut revenir à rejeter un contrôle normatif exercé sur le corps et rejeter la recherche portant sur le dépistage du cancer du sein peut revenir à rejeter des normes institutionnelles et/ou étatiques qui font de ces femmes des entraves embarrassantes.

RÉFÉRENCES

- Akhigbe, A., & Akhigbe, K. (2011). Effects of Health Belief and Cancer Fatalism on the Practice of Breast Cancer Screening Among Nigerian Women. In N. Uchiyama & M. Z. Do Nascimento (Éds.), *Mammography. Recent Advances* (pp. 71-88). IntechOpen. <http://doi.org/10.5772/31176>
- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142-175. [http://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](http://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- Alinon, K., Gbati, K., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2013). Emotional-motivational barriers to blood donation among Togolese adults: A structural approach. *Transfusion Medicine*, 24(1), 21-26. <http://doi.org/10.1111/tme.12082>
- Allport, F. H. (1924). The Group Fallacy in Relation to Social Science. *American Journal of Sociology*, 29(6), 688-706. <http://doi.org/10.1086/213647>
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. Henry Holt & Company. <https://doi.org/10.1177%2F0002716238198001142>
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson. <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
- Amsellem, N., Ancellin, R., Ardwidson, P., Beck, F., Benmarnhla, T., Deutsch, A., Eisinger, F., Escalon, H., Gaillot de Saintignon, J., Garnier, A., Gautier, A., Guignard, R., Léon, C., Lequellec-Nathan, M., Peretti-Watel, P., Richard, J-B., Tordjman, I., & Viguler, J. (2012). *Baromètre cancer 2010*. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2010>
- Andreeva, V. A., & Pokhrel, P. (2013). Breast cancer screening utilization among Eastern European immigrant women worldwide: a systematic literature review and a focus on psychosocial barriers. *Psycho-oncology*, 22(12), 2664-2675. <http://doi.org/10.1002/pon.3344>
- Apter, M. J. (1982). *The experience of motivation: The theory of psychological reversals*. Academic Press.
- Apter, M. J. (1989). *Reversal theory, motivation, emotion and personality*. Taylor & Francis/Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/1989-98350-000>
- Apter, M. J. (Éd.). (2001). *Motivational styles in everyday life: A guide to reversal theory*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10427-000>
- Apter, M. J. (2005). *Personality Dynamics. Key Concepts in Reversal Theory*. Apter International. http://michaelapter.net/wp-content/uploads/2016/04/Personality_Dynamics.pdf
- Apter, M. J. (2007). *Reversal theory: The Dynamic of Motivation, Émotion and Personality*. Oneworld Publications (2^e éd.).

- Apter, M. J., & Apter-Desselles, M. L. (1993). The personality of the patient: Going beyond the trait concept. *Patient Education and Counseling*, 22(2), 107-114.
[http://doi.org/10.1016/0738-3991\(93\)90007-J](http://doi.org/10.1016/0738-3991(93)90007-J)
- Apter, M. J., & Spirm, N. (1997). Motives for donating blood. In M. J. Apter & S. Svebak (Éds.). *Stress and health: A reversal theory perspective* (pp. 145-156). Taylor & Francis/Routledge. <https://www.routledge.com/Stress-And-Health-A-Reversal-Theory-Perspective/Svebak-Apter/p/book/9781560324744>
- Apter, M. J., Mallows, R., & Williams, S. (1998). The development of Motivational Style Profile. *Personality and Individual Differences*, 24(1), 7-18.
[http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00148-7](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00148-7)
- Aquaviva, E., Aubron, V., Bajos, N., Baudier, F., Beaulieu-Prévost, D., Beck, F., Blanchet, A., Bourdessol, H., Briffault, X., Collin, J.-F. Dardennes, R., Erpelding, M.-L., Escalon, H., Gautier, A., Guilbert, P., Jouvin, E., Julien, D., Kubiak, D., Lamboy, B., ... Wilquin, J.-L. (2005). *Baromètre santé 2005*. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2005>
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15(5), 327-353. <https://doi.org/10.1002/per.417>
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 150-166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *The Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1548-1553.
<http://doi.org/10.1001/jama.279.19.1548>
- Autier, P., & Boniol, M. (2018). Mammography screening: A major issue in medicine. *European Journal of Cancer*, 90, 34-62. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.11.002>
- Autier, P., Boniol, M., Gavin, A., & Vatten, L. J. (2011). Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *British Medical Journal*, 343, 1-10. <http://doi.org/10.1136/bmj.d4411>
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., & Lötvall, J. (2011). The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *Plos ONE*, 6(3), Article e18241.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0018241>
- Barroso, J., McMillan, S., Casey, L., Gibson, W., Kaminski, G., & Meyer, J. (2000). Comparison Between African-American and White Women in Their Beliefs About Breast Cancer and Their Health Locus of Control. *Cancer Nursing*, 23(4), 268-276.
<http://doi.org/10.1097/00002820-200008000-00003>
- Belot, A. (2008). *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*. [Rapport de recherche]. Institut de veille sanitaire. <https://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/Sant%C3%A9%20Publique>

%20France/Invs/2008_Estimation%20nationale%20de%20l'incidence%20et%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20par%20cancer%20France%201980%202005.pdf

- Berrington de Gonzalez, A., & Reeves, G. (2005). Mammographic screening before age 50 years in the UK: Comparison of the radiation risks with the mortality benefits. *British Journal of Cancer*, *93*(5), 590-596. <http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602683>
- Berrington de Gonzalez, A., Berg, C. D., Visvanathan, K., & Robson, M. (2009). Estimated Risk of Radiation-Induced breast cancer from mammographic screening for young BRCA mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, *101*(3), 205-209. <http://doi.org/10.1093/jnci/djn440>
- Bewley, S. (2011). The NHS breast screening programme needs independent review. *British Medical Journal*, *343*. <http://doi.org/10.1136/bmj.d6894>
- Biller-Andorno, N., & Jüni, P. (2014). Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board. *The New England Journal of Medicine*, *370*(21), 1965-1967. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1401875>
- Blanchet, A., & Trognon, A. (1994). *La psychologie des groupes*. Nathan.
- Bleyer, A., Baines, C., & Miller, A. B. (2016). Impact of screening mammography on breast cancer mortality. *International Journal of Cancer*, *138*(8), 2003-2012. <http://doi.org/10.1002/ijc.29925>
- Bloy, G., & Rigal, L. (2012). Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du travail*, *54*(4), 433-456. <http://doi.org/10.1016/j.socotra.2012.09.006>
- Boissonnat, V. (2004). Artefact technique et pouvoir normatif : la mammographie de dépistage des cancers du sein. In F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson & F. Bouchayer (Éds.). *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 151-163). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cress.2004.01.0151>
- Bonin-Scaon, S., Muñoz-Sastre, M. T., Chasseigne, G., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2009). End-of-life preferences: A theory-driven inventory. *International Journal of Aging and Human Development*, *68*(1), 1-26. <http://doi.org/10.2190%2FAG.68.1.a>
- Booth-Kewley, S., & Vickers R. R., Jr. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, *62*(3), 281-298. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00298.x>
- Boudon, R., & Bourricaud, F. (1986). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Presses Universitaires de France.
- Bourdelaïs, P., & Faure, O. (2005). *Les nouvelles pratiques de santé: XVIIIe-XXe siècles*. Belin.
- Buck, T., Baldwin, C. M., & Schwartz, G. E. (2005). Influence of worldview on health care choices among persons with chronic pain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *11*(3), 561-568. <http://doi.org/10.1089/acm.2005.11.561>

- Bull, A. R., & Campbell, M. J. (1991). Assessment of the psychological impact of a breast screening programme. *The British Journal of Radiology*, 64(762), 510-515. <http://doi.org/10.1259/0007-1285-64-762-510>
- Caillé, A. (2003). Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine. *Revue du MAUSS*, 1(21), 330-335. <http://doi.org/10.3917/rdm.021.0330>
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. (2020, 17 avril). *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2019*. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-04-17-_Cnam_Dossier_de_presse_Rosp_2019.pdf
- Cardenal, M., Apter, M. J., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2007). États métamotivationnels chez des toxicomanes et des anorexiques restrictives : similitudes et différences. *Psychotropes*, 13(2), 69-90. <http://doi.org/10.3917/psyt.132.0069>
- Cases, C., Di palma, M., Drahi, É., Fainzang, S., Landais, P., de Montgolfier, S., Paccaud, F., Rivière, J.-P., & Thouvenin, D. (2016). *Ensemble améliorons le dépistage du cancer du sein* [Rapport du comité d'orientation]. Concertation citoyenne et scientifique. <http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/10/depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016.pdf>
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476-506. <http://doi.org/10.1037/h0054116>
- Cazal, J., & Génolini, J.-P. (2013). Prévenir le risque cardiovasculaire : Le travail éducatif au cœur du dépistage. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 5-30. <http://doi.org/10.3917/sss.312.0005>
- Centre International de Recherche sur le Cancer. (2018). *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine*. [Rapport de recherche, Lyon]. CIRC. https://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php
- Cerclé, A., & Somat, A. (2002). *Psychologie sociale : cours et exercices*. (2^e éd.). Dunod.
- Cialdini, R. B. (2003). Crafting Normative Messages to Protect the Environment. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 105-109. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.01242>
- Coniasse-Brioude, D. (2011). *Déterminants psychologiques de l'acceptation et du refus de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer en population âgée fragilisée* [Thèse de doctorat, Université de Toulouse]. HAL archives-ouvertes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00646721/document>
- Consedine, N. S., Magai, C., & Neugut, A. I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 38(1), 64-77. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.09.030>
- Conseil National de l'Ordre de Médecins. (2019). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2019*. Ordre National des Médecins. https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=28902

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *NEO personality Inventory manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet Scales for Agreeableness and Conscientiousness: A Revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887-889. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90177-D](http://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90177-D)
- Cottencin, A., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2006). Consulting a complementary and alternative medical practitioner: A systematic inventory of motives among French patients. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 791-798. <http://doi.org/10.1089/acm.2006.12.791>
- Coulter, A. (2006). *Engaging Patients in Health Care*. Picker Institute Europe. https://www.researchgate.net/publication/230687397_Engaging_Patients_in_Health_Care
- Cramer, K. M. (2013). Six Criteria of a Viable Theory : Putting Reversal Theory to the Test. *Journal of Motivation, Emotion, and Personality*, 1(1), 9-16. <http://doi.org/10.12689/jmep.2013.102>
- Dawidowicz, S., Le Breton, J., Moscova, L., Renard, V., Bercier, S., Brixi, Z., Audureau, E., Clerc, P., Bastuji-Garin, S., & Ferrat, E. (2020). Predictive factors for non-participation or partial participation in breast, cervical and colorectal cancer screening programmes. 37(1), 15-24. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmz031>
- de Gelder, R., Bulliard, J.-L., de Wolf, C., Fracheboud, J., Draisma, G., Schopper, D., & de Koning, H. J. (2009). Cost-effectiveness of opportunistic versus organised mammography screening in Switzerland. *European Journal of Cancer*, 45(1), 127-138. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.09.015>
- de Koning, H. J., van Dongen, J. A., & van der Maas, P. J. (1994). Changes in use of breast-conserving therapy in years 1978-2000. *British Journal of Cancer*, 70(6), 1165-1170. <http://doi.org/10.1038/bjc.1994.466>
- de Vries, R. E. (2013). The 24-item Brief HEXACO Inventory (BHI). *Journal of Research in Personality*, 47(6), 871-880. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.09.003>
- de Vries, R. E., & Born, M. P. (2013). The simplified HEXACO Personality Inventory and an additional interstitial proactivity facet. *Gedrag and Organisatie*, 26(2), 223-245. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84879002344&origin=inward&txGid=e8aad9360b124083aab87136847efc4>
- de Vries, R. E., Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). De zes belangrijkste persoonlijkheidsdimensies en de HEXACO Persoonlijkheidsvragenlijst. *Gedrag en Organisatie*, 22(3), 232-274. <http://doi.org/10.5117/2009.022.003.004>

- De Wolf, C., Gairard, B., & Scharpantgen, A. (2006). Diversité des programmes de dépistage du cancer du sein dans les différents pays du monde. *La Lettre du Gynécologue*, 312, 8-11. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12149.pdf>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 24-34. <http://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>
- Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *The Lancet. Oncology*, 5(2), 119-124. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(04\)01386-5](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(04)01386-5)
- Domenighetti, G., D'Avanzo, B., Egger, M., Berrino, F., Perneger, T., Mosconi, P., & Zwahlen, M. (2003). Women's perception of the benefits of mammography screening: Population-based survey in four countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 816-821. <http://doi.org/10.1093/ije/dyg257>.
- Drake, B. F., Abadin, S. S., Lyons, S., Chang, S.-H., Steward, L. T., Kraenzle, S., & Goodman, M. S. (2015). Mammograms on-the-go-predictors of repeat visits to mobile mammography vans in St Louis, Missouri, USA: A case-control study. *British Medical Journal Open*, 5(3). Article e006360. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006960>
- Drew, E. M., & Schoenberg, N. E. (2011). Deconstructing Fatalism: Ethnographic Perspectives on Women's Decision Making about Cancer Prevention and Treatment. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2), 164-182. <http://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01136.x>
- DuBenske, L. L., Schragar, S. B., Hitchcock, M. E., Kane, A. K., Little, T. A., McDowell, H. E., & Burnside, E. S. (2018). Key Elements of Mammography Shared Decision-Making: a Scoping Review of the Literature. *Journal of International General Medicine*, 33(10), 1805-1814. <http://doi.org/10.1007/s11606-018-4576-6>
- Duffy, S. W., Tabár, L., Chen, T. H., Yen, A. M., Dean, P. B., & Smith, R. A. (2006). What information should be given to women invited for mammographic screening for breast cancer? *Women's Health*, 2(6), 829-833. <http://doi.org/10.2217/17455057.2.6.829>
- Duijm, L. E., Louwman, M. W., Groenewoud, J. H., van de Poll-Franse, L. V., Fracheboud, J., & Coebergh, J. W. (2009). Inter-observer variability in mammography screening and effect of type and number of readers on screening outcome. *British Journal of Cancer*, 100(6), 901-907. <http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604954>
- Duplan, B. (2015). *La douleur, un affect du traumatique : étude des processus algiques, antalgiques et transférentiels dans la clinique des pathologies douloureuses de l'appareil locomoteur*. [Thèse de doctorat non-publiée, Université de Lyon].
- Duport, N., Ancelle-Park, R., Boussac-Zarebska, M., Urhy, Z., & Bloch, J. (2005). Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude Fado-sein. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 44, 429-431.

- Elmore, J. G., Barton, M. B., Mocerri, V. M., Arena, P. J., & Fletcher, S. W. (1998). Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *The New England Journal of Medicine*, *338*(16), 1089-1096. <http://doi.org/10.1056/NEJM199804163381601>
- Eysenck, M. W. (1982). *Attention and arousal: Cognition and performance*. Springer.
- Ferrat, E., Le Breton, J., Djassibel, M., Veerabudun, K., Brix, Z., Attali, C., & Renard, V. (2013). Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Family Practice*, *30*(4), 445-451. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmt004>
- Fink, R., Shapiro, S., & Roester, R. (1972). Impact of efforts to increase participation in repetitive screenings for early breast cancer detection. *American Journal of Public Health*, *62*(3), 328-336. <http://doi.org/10.2105/ajph.62.3.328>
- Flick, U., Garms-Homolova, V., Herrmann, W. J., Kuck, J., & Röhnsch, G. (2012). "I Can't Prescribe Something Just Because Someone Asks for It...": Using Mixed Methods in the Framework of Triangulation. *Journal of Mixed Methods Research*, *6*(2), 97-110. <http://doi.org/10.1177/1558689812437183>
- Foca, F., Mancini, S., Bucchi, L., Puliti, D., Zappa, M., Naldoni, C., Falcini, F., Gambino, M. L., Piffer, S., Sanoja Gonzalez, M. E., Stracci, F., Zorzi, M., & Paci, E. (2013). Decreasing incidence of late-stage breast cancer after the introduction of organized mammography screening in Italy. *Cancer*, *119*(11), 2022-2028. <http://doi.org/10.1002/cncr.28014>
- Forbes, L. J., & Ramirez, A.-J. (2014). Offering informed choice about breast screening. *Journal of Medical Screening*, *21*(4), 194-200. <http://doi.org/10.1177/0969141314555350>
- Fracheboud, J., Otto, S. J., Van Dijck, J. A., Broeders, M. J., Verbeek, A. L., & de Koning, H. J. (2004). Decreased rates of advanced breast cancer due to mammography screening in The Netherlands. *British Journal of Cancer*, *91*(5), 861-867. <http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602075>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*(6), 791-802. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Fruchart, E., Rulence-Pâques, P., & Mullet, E. (2018). Watching high-risk sports on television: the reversal theory's concept of protective frame. *Sport in Society*, *21*(12), 2034-2047. <http://doi.org/10.1080/17430437.2018.1487404>
- Gelly, J., Darmon, D., Vaillant-Roussel, H., & Cadwallader, J.-S. (2012). Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie : le dilemme. *La revue française de médecine générale*, *23*(102), 130-136. http://www.bichat-larib.com/gd3.documents/172_Exercer_J.Gelly_cancer_sein.pdf
- Gillet, N., & Vallerand, R. J. (2014). Les effets de la motivation sur la performance sportive au regard de la théorie de l'autodétermination : vers une approche intra-individuelle. *Psychologie française*, *61*(4), 257-271. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2014.01.001>

- Girard, G. (2017). Pour une prévention attentive aux normes sociales qu'elle véhicule. In M. Dorais (Éd), *Prévenir* (pp-75-103). Presses de l'Université de Laval. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01582179/document>
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gosselin, P., Dugas, M.-J., Ladouceur, R., & Freeston, M.-H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 27(5), 475-484. <https://psycnet.apa.org/record/2001-09791-009>
- Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2012). Effect of population-based screening on breast cancer mortality. *Lancet*, 379(9823), 1297-1297. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60039-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60039-7)
- Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database System of Systematic Reviews*, 6. Article CD001877 <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001877>
- Gram, I. T., Lund, E., & Slenker, S. E. (1990). Quality of life following a false positive mammogram. *The British Journal of Cancer*, 62(6), 1018-1022. <http://doi.org/10.1038/bjc.1990.430>
- Guedj, M., Ballester, S., Kamar, N., Rostaing, L., Donckier, V., Goldman, M., & Cambon-Thomsen, A. (2013). Patients' motives for consenting or refusing to participate in a clinical trial in organ transplantation. *Clinical Transplantation*, 27(5), 724-731. <http://doi.org/10.1111/ctr.12214>
- Guedj, M., Muñoz-Sastre, M. T., & Mullet, E. (2011). Donating organs: A theory-driven inventory of motives. *Psychology, Health and Medicine*, 16(4), 418-429. <http://doi.org/10.1080/13548506.2011.555770>
- Harding, C., Pompei, F., Burmistrov, D., Welch, H. G., Abebe, R., & Wilson, R. (2015). Breast Cancer Screening, Incidence, and Mortality Across US Counties. *The Journal of the American Medical Association - Internal Medicine*, 175(9), 1483-1489. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3043>
- Hart, K. E. (1988). Association of type A behavior and its components to ways of coping with stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(2), 213-219. [http://doi.org/10.1016/0022-3999\(88\)90057-8](http://doi.org/10.1016/0022-3999(88)90057-8)
- Haute Autorité de la Santé. (2013, 21 mars). *Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France*. [Note de cadrage]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf
- Heiniger, L., Butow, P. N., Charles, M., & Price, M. A. (2015). Intuition versus cognition: a qualitative exploration of how women understand and manage their increased breast cancer risk. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(5), 727-739. <http://doi.org/10.1007/s10865-015-9632-7>

- Hellquist, B. N., Duffy, S. W., Abdsaleh, S., Björnelid, L., Bordas, P., Tabár, L., Vitak, B., Zackrisson, S., Nyström, L., & Jonsson, H. (2010). Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years : evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. *Cancer*, *117*(4), 714-722. <http://doi.org/10.1002/cncr.25650>
- Hersch, J., Barrat, A., McGeechan, K., Jansen, J., Houssami, N., Dhillon, H., Jacklyn, G., Irwig, L., & McCaffery, K. (2021). Informing Women About Overdetection in Breast Cancer Screening: Two-year Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, *83*. Article djab083. <http://doi.org/10.1093/jnci/djab083>
- Hersch, J., Barratt, A., Jansen, J., & Irwig, L. (2016). The importance of enabling informed decision making for women considering breast cancer screening. *Journal of Medical Screening*, *23*(1), 55-55. <http://doi.org/10.1177/0969141315612818>
- Hersch, J., Barratt, A., Jansen, J., Irwig, L., McGeechan, K., Jacklyn, G., Thornton, H., Dhillon, H., Houssami, N., & McCaffery, K. (2015). Use of a decision aid including information on overdetection to support informed choice about breast cancer screening: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *385*(9978), 1642-1652. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60123-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60123-4)
- Hersch, J., Jansen, J., Barratt, A., Irwig, L., Houssami, N., Howard, K., Dhillon, H., & McCaffery, K. (2013). Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *the British Medical Journal*, *346*(158), 1-13. <http://doi.org/10.1136/bmj.f158>
- Herzlich, C. (2001). La diversité dans les significations de la santé et de la maladie, les significations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard retrospectif. *Discursos : lingua, cultura e sociedade : regiões : identidade*, 135-146. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/4131/1/Claudine%20Herzlich.pdf>
- Hofvind, S., Thoresen, S., & Tretli, S. (2004). The cumulative risk of a false-positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*, *101*(7), 1501-1507. <http://doi.org/10.1002/cncr.20528>
- Institut de Radioprotection et de Sûreté Nuclaire. (2012). *Radiographie et scanner, posons-nous les bonnes questions* [Brochure]. BOM Press. https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/Documents/Brochure_Radiographie-Scanner.pdf
- Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire. (2015). *Exposition de la population française aux rayonnements ionisants* [Rapport n°2015-00001]. IRSN. https://www.irsn.fr/FR/expertise/rapports_expertise/Documents/radioprotection/IRSN-Exposition-Population-Rayonnements-Ionisants_2015-00001.pdf
- Institut National du Cancer. (2013). *Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein : Quels éléments en 2013 ?* [Document de référence]. INCa. <https://www.e-cancer.fr/content/download/64036/575100/file/Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d>

- Institut National du Cancer. (2017a). *Les cancer en France*. [Rapport de recherche]. INCa. https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=64
- Institut National du Cancer. (2017b). *Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2* [Recommandations et référentiels]. INCa. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Femmes-porteuses-d-une-mutation-de-BRCA1-ou-BRCA2-Detection-precoce-du-cancer-du-sein-et-des-annexes-et-strategies-de-reduction-du-risque>
- Jacques, B., & Penchaud, A.-L. (2011). Les effets de la politique du dépistage organisé du cancer du sein sur l'expérience du travail mammographique des radiologues. *Revue française des affaires sociales*, 2(3), 210-225. <http://doi.org/10.3917/rfas.112.0210>
- Jehannin-Ligier, K., Molinie, F., Defossez, G., Daubisse-Marliac, L., Dantony, E., Uhry, Z., Remontet, L., & Bossard, N. (2017). *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-en-2017>
- Jensen, A., Olsen, A. H., von Euler-Chelpin, M., Njor, S. H., Vejborg, I., & Lynge, E. (2004). Do nonattenders in mammography screening programmes seek mammography elsewhere? *International Journal of Cancer*, 113(3), 464-470. <http://doi.org/10.1002/ijc.20604>
- Jørgensen, K. J., & Gøtzsche, P. C. (2006). Content of invitations for publicly funded screening mammography. *British Medical Journal*, 332, 538-541. <http://doi.org/10.1136/bmj.332.7540.538>
- Kalecinski, J., Régnier-Denois, V., Ouédraogo, S., Dabakuyo-Yonli, T., Dumas, A., Arveux, P., & Chauvin, F. (2015). Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Santé Publique*, 27(2), 213-220. <http://doi.org/10.3917/spub.152.0213>
- Kellner, R., Wiggins, R. G., & Pathak, D. (1986). Hypochondriacal Fears and Beliefs in Medical and Law Students. *Archives Of General Psychiatry*, 43(5), 487-489. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800050093012>
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, identification, and internalization three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, 2(1), 51-60. <http://doi.org/10.1177/002200275800200106>
- Kerr, J. H., & Males, J. R. (2011). Experiencing aggression in sport: Insights from a lacrosse world championship tournament. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 7, 26-33.
- Kpanake, L., Dassa, K. S., & Mullet, E. (2009). Why most Togolese patients do not seek care for malaria in health facilities: A theory-driven inventory of reasons. *Psychology, Health and Medicine*, 14(4), 502-510. <http://doi.org/10.1080/13548500902890095>
- Kpanake, L., Muñoz-Sastre, M. T., & Mullet, E. (2010). Skin Bleaching Among Togolese: A Preliminary Inventory of Motives. *Journal of Black Psychology*, 36(3), 350-368. <http://doi.org/10.1177/0095798409353759>

- Labrie, N. H., Ludolph, R., & Schulz, P. J. (2017). Investigating young women's motivations to engage in early mammography screening in Switzerland: results of a cross-sectional study. *Bio Medical Central Cancer*, 17(1), 1-10. <http://doi.org/10.1186/s12885-017-3180-1>
- Lafreniere, K. D., & Cramer, K. M. (2006). Examining Reversal Theory measures in relation to NEO personality dimensions and consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1387-1397. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.019>
- Lakhdar, M., Vinsonneau, G., Apter, M. J., & Mullet, E. (2007). Conversion to Islam Among French Adolescent and Adults : A Systematic Inventory of Motives. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(1), 1-15. <http://doi.org/10.1080/10508610709336850>
- Lanfranchi, J.-B. (2000). *Etude d'un modèle de la motivation à se protéger contre le Sida* [Thèse de doctorat non-publiée, Université Paris-Descartes].
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Le Bonniec, A. (2018). *Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique* [Thèse de doctorat, Université Paul Valéry]. HAL archives-ouvertes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01972907/document>
- Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps* (pp. 96-116). Presses Universitaires de France.
- Lecompte, H. (2018). *Dépister les cancers du sein... Représentations des médecins, informations délivrées aux femmes et enjeux du dépistage organisé* [Rapport de recherche, Université de Bretagne]. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01759012/document>
- Lee, J., Hardesty, L. A., Kunzler, N. M., & Rosenkrantz, A. B. (2015). Direct Interactive Public Education by Breast Radiologists About Screening Mammography: Impact on Anxiety and Empowerment. *Journal of the American College of Radiology*, 13(1), 12-20. <http://doi.org/10.1016/j.jacr.2015.07.018>
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2004). Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 329-358. http://doi.org/10.1207/s15327906mbr3902_8
- Lee, K., Ashton, M. C., Ogunfowora, B., Bourdage, J. S., & Shin, K.-H. (2010). The personality bases of socio-political attitudes : The role of Honesty-Humility and Openness to Experience. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 115-119. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.08.007>
- Lemogne, C., Turinici, M., Panjo, H., Ngo, C., Canoui-Poitaine, F., Chauvet-Gelinier, J.-C., Limosin, F., Consoli, S. M., Goldberg, M., Zins, M., & Ringa, V. (2018). Personality and breast cancer screening in women of the GAZEL cohort study. *Cancer Medicine*, 7(2), 515-524. <http://doi.org/10.1002/cam4.1268>

- Liang, W., Wang, J. H., Chen, M.-Y., Feng, S., Lee, M., Schwartz, M. D., Pasick, R. J., & Mandelblatt, J. S. (2007). Developing and Validating a Measure of Chinese Cultural Views of Health and Cancer. *Health Education and Behavior, 35*(3), 361-375. <http://doi.org/10.1177/1090198106294893>
- Lionet, B., & Tiberghien, S. (2018). Les fonctions du masochisme dans l'aménagement somatopsychique du patient douloureux. *Douleur et Analgésie, 31*(1), 16-20. <http://doi.org/10.1007/s11724-017-0523-2>
- Loonis, E. (1997). *Notre cerveau est un drogué, vers une théorie générale des addictions*. Presses Universitaires du Mirail.
- Loonis, E. (2001). *Théorie Générale de l'Addiction, introduction à l'hédonologie*. Éditions Nègrefont. <http://doi.org/10.13140/2.1.1761.6961>
- Loonis, E., & Fernandez, L. (2004). La théorie des renversements psychologiques : présentation et brève revue des travaux. *E-Journal of Hedonology, 006*, 65-83. https://www.researchgate.net/publication/258269564_La_theorie_des_reversements_psychologiques_presentation_et_breve_revue_des_travaux
- Lostao, L., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Chorot, P., & Sandin, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *The European Journal of Public Health, 11*(3), 274-279. <http://doi.org/10.1093/eurpub/11.3.274>
- Lousdal, M. L., Kristiansen, I. S., Møller, B., & Støvring, H. (2016). Effect of organised mammography screening on stage-specific incidence in Norway: population study. *British Journal of Cancer, 114*(5), 590-596. <http://doi.org/10.1038/bjc.2016.8>
- Lunacek, C., & Rambaud, J. (2014). *Petit manuel anti-prises de tête*. Dunod.
- Makris, I., & Mullet, E. (2009). A systematic inventory of motives for becoming an orchestra conductor: a preliminary study. *Psychology of Music, 37*(4), 1-16. <http://doi.org/10.1177/0305735608100373>
- Martin, R. A., Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Dobbin, J. (1987). Is Stress Always Bad? Telic Versus Paratelic Dominance as a Stress-Moderating Variable. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(5), 970-982. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.53.5.970>
- Marzano, M. (2011). Foucault et la santé publique. *Les tribunes de la santé, 4*(33), 39-43. <http://doi.org/10.3917/seve.033.0039>
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 455-468. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90132-3](http://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90132-3)
- McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(3), 196-204. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.011>

- McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Van Nostrand Compagny Incorporated.
- McClelland, D. C. (1985). *Human motivation*. Cambridge University Press.
- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S., & Terracciano, A. (2011). Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Personality and Social Psychology Review, 15*(1), 28-50. <http://doi.org/10.1177/1088868310366253>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](http://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Micoulaud-Franchi, J.-A., Lagarde, S., Barkate, G., Dufournet, B., Besancon, C., Trébuchon-Da Fonseca, A., Gavaret, M., Bartolomei, F., Bonini, F., & McGonigal, A. (2016). Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy and Behavior, 57*, 211-216. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.02.015>
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of obedience. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*(4), 371-378. <http://doi.org/10.1037/h0040525>
- Miller, A. B., Wall, C., Baines, C. J., Sun, P., To, T., & Narod, S. A. (2014). Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *British Medical Journal, 348*, 1-10. <http://doi.org/10.1136/bmj.g366>
- Mitchell, J., Lannin, D. R., Mathews, H. F., & Swanson, M. S. (2002). Religious beliefs and breast cancer screening. *Journal of Women's Health, 11*(10), 907-915. <http://doi.org/10.1089/154099902762203740>
- Molaei-Zardanjani, M., Savabi-Esfahani, M., & Taleghani, F. (2019). Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *BioMedCentral Women's Health, 19*(116), 1-5. <http://doi.org/10.1186/s12905-019-0810-6>
- Moody, G. A., Eaden, J. A., Bhakta, P., Sher, K., & Mayberry, J. F. (1998). The role of complementary medicine in European and Asian patients with inflammatory bowel disease. *Public Health, 112*(4), 269-271. <http://doi.org/10.1038/sj.ph.1900469>
- Moss, S. M., Cuckle, H., Evans, A., Johns, L., Waller, M., & Bobrow, L. (2006). Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet, 368*(9552), 2053-2060. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69834-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69834-6)
- Moynihan, R., Barratt, A. L., Buchbinder, R., Carter, S. M., Dakin, T., Donovan, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P. P., Maher, C. G., McCaffery, K. J., & Scott, I. A. (2018). Australia is responding to the complex challenge of overdiagnosis. *The Medical Journal of Australia, 209*(8), 332-334. <http://doi.org/10.5694/mja17.01138>
- Mullet, E., Kpanake, L., Zounon, O., Guedj, M., & Muñoz-Sastre, M. T. (2014). Putting Reversal Theory's Model of Four Domains of Experience in the Hot Seat. *Journal of*

- Motivation, Emotion, and Personality*, 2(1), 1-9.
<http://doi.org/10.12689/jmep.2014.201>
- Mulot, S. (2009). Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? *Revue française de sociologie*, 50(1), 63-89.
<http://doi:10.3917/rfs.501.0063>
- Nekhlyudov, L., Ross-Degnan, D., & Fletcher, S. W. (2003) Beliefs and expectations of women under 50 years old regarding screening mammography: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 182-189. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20112.x>
- Observatoire régional de la santé. (2001, Août). *Les facteurs d'adhésion et de résistance des femmes de 50 ans à 74 ans au dépistage du cancer du sein*. [Rapport de recherche]. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. http://www.pieros.org/wp-content/uploads/2016/05/Etude169_psante.pdf
- O'Connell, K. A. (1993). A lexicon for the mastery/sympathy and autistic/alloic states. In J. H. Kerr, S. Murgatroyd & M. J. Apter (Éds.), *Advances in Reversal Theory* (pp. 53-66). Swets & Zeitlinger.
- O'Connell, K. A., & Apter, M. J. (1993). Mastery and sympathy: Conceptual elaboration of the transactional states. In J. H. Kerr, S. Murgatroyd & M. J. Apter (Éds.), *Advances in Reversal Theory* (pp. 41-52). Swets & Zeitlinger.
- O'Connell, K. A., Schwartz, J. E., Gerkovich, M. M., Bott, M. J., & Shiffman, S. (2004). Playful and rebellious states vs. negative affect in explaining the occurrence of temptations and lapses during smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4), 661-674. <http://doi.org/10.1080/14622200410001734049>
- Organisation de coopération et de développement économique. (2017). *Health at a Glance 2017 : OECD Indicators*. Éditions OECD. <http://doi.org/10.1787/19991312>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021, 26 mars). *Cancer du sein*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41, 65-89. <http://doi.org/10.7202/1002460ar>
- Ouédraogo, S., Dabakuyo-yonli, T. S., Amiel, P., Dancourt, V., Dumas, A., & Arveux, P. (2014a). Breast cancer screening programmes: Challenging the coexistence with opportunistic mammography. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 410-417. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.016>
- Ouédraogo, S., Dabakuyo-Yonli, T. S., Roussot, A., Dialla, P. O., Pornet, C., Poillot, M.-L., Soler-Michel, P., Sarlin, N., Lunaud, P., Desmidt, P., Paré, E., Mathis, C., Rymzhanova, R., Kuntz-Huon, J., Exbrayat, C., Bataillard, A., Régnier, V., Kalecinski, J., Quantin, C., ... V; Arveux, P. (2015). Dépistage du cancer du sein dans treize départements français. *Bulletin du Cancer*, 102(2), 126-138. <http://doi.org/10.1016/j.bulcan.2014.07.002>

- Ouédraogo, S., Dabakuyo-Yonli, T. S., Roussot, A., Pernet, C., Sarlin, N., Lunaud, P., Desmidt, P., Quantin, C., Chauvin, F., Dancourt, V., & Arveux, P. (2014b). European transnational ecological deprivation index and participation in population-based breast cancer screening programmes in France. *Preventive Medicine, 63*, 103-108. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.007>
- Paci, E., Duffy, S. W., Giorgi, D., Zappa, M., Crocetti, E., Vezzosi, V., Bianchi, S., Cataliotti, L., & Rosselli del Turco, M. (2002). Are breast cancer screening programmes increasing rates of mastectomy? Observational study. *British Medical Journal, 325*(7361), 418-418. <http://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.418>
- Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R., & von Karsa, L. (2007). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology, 19*(4), 614-622. <http://doi.org/10.1093/annonc/mdm481>
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project : Long-Term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute, 92*(24), 1979-1991. <http://doi.org/10.1093/jnci/92.24.1979>
- Plaisant, O., Srivastava, S., Mendelsohn, G. A., Debray, Q., & John, O. P. (2005). Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico-Psychologiques, 163*(2), 161-167. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2005.02.002>
- Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques, 168*(2), 97-106. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.003>
- Pollack, C. E., Radhakrishnan, A., Parker, A. M., Chen, X., Visvanathan, K., & Nowak, S. A. (2018). Association Between Physicians' Experiences With Members of Their Social Network and Efforts to Reduce Breast Cancer Screening. *The Journal of the American Medical Association - Internal Medicine, 178*(1), 148-151. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6871>
- Preston, D. L., Mattsson, A., Holmberg, E., Shore, R., Hildreth, N. G., & Boice J. D., Jr. (2002). Radiation effects on breast cancer risk: a pooled analysis of eight cohorts. *Radiation Research, 158*(2), 220-235. [http://doi.org/10.1667/0033-7587\(2002\)158\[0220:reobcr\]2.0.co;2](http://doi.org/10.1667/0033-7587(2002)158[0220:reobcr]2.0.co;2)
- Puliti, D., Duffy, S. W., Miccinesi, G., de Koning, H., Lynge, E., Zappa, M., & Paci, E. (2012). Overdiagnosis in mammographic screening for breast cancer in Europe: a literature review. *Journal of Medical Screening, 19*(1), 42-56. <http://doi.org/10.1258/jms.2012.012082>
- Püschel, K., Thompson, B., Coronado, G., Gonzalez, K., Rain, C., & Rivera, S. (2009). "If I feel something wrong, then I will get a mammogram": Understanding barriers and

- facilitators for mammography screening among Chilean women. *Family Practice*, 27(1), 85-92. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmp080>
- Raffle, A. E. (2001). Information about screening - is it to achieve high uptake or to ensure informed choice? *Health Expectations*, 4(2), 92-98. <http://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00138.x>
- Raichand, S., Dunn, A. G., Ong, M.-S., Bourgeois, F. T., Coiera, E., & Mandl, K. D. (2017). Conclusions in systematic reviews of mammography for breast cancer screening and associations with review design and author characteristics. *BioMed Central*, 6(105), 1-8. <http://doi.org/10.1186/s13643-017-0495-6>
- Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O., Velicier, W. F., & Abrams, D. B. (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychology*, 11(2), 111-118. <http://doi.org/10.1037//0278-6133.11.2.111>
- Ramanaiah, N. V., Sharpe, J. P., & Byravan, A. (1997). Type A Behavior and the Five-Factor Model of Personality. *Psychological Reports*, 81(2), 368-370. <http://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.2.368>
- Raymond, N. C., Osman, W., O'Brien, J. M., Ali, N., Kia, F., Mohamed, F., Mohamed, A., Goldade, K. B., Pratt, R., & Okuyemi, K. (2014). Culturally informed views on cancer screening: a qualitative research study of the differences between older and younger Somali immigrant women. *BioMed Central - Public Health*, 14(1), 1-8. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1188>
- Reinert, M. (1993). Les “mondes lexicaux” et leur “logique” à travers l’analyse statistique d’un corpus de récits de cauchemars. *Language et société*, 66, 5-39. https://www.persee.fr/doc/lsoc_0181-4095_1993_num_66_1_2632
- Riva, C., Biollaz, J., Foucras, P., Junod, B., Nicot, P., & Spinosa, J.-P. (2012). Effect of population-based screening on breast cancer mortality. *Lancet*, 379(9823), 1296-1296. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60548-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60548-0)
- Robert, V., Doubovetzky, J., Lexa, A., Nicot, P., & Bour, C. (2017). Le dépistage organisé permet-il réellement d’alléger le traitement chirurgical des cancers du sein? *Médecine*, 13(8), 367-371. <http://doi.org/10.1684/med.2017.233>
- Ronckers, C. M., Doody, M. M., Lonstein, J. E., Stovall, M., & Land, C. E. (2008). Multiple diagnostic X-rays for spine deformities and risk of breast cancer. *Cancer epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 17(3), 605-613. <http://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-2628>
- Russel, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. <http://doi.org/10.1037/h0077714>
- Russel, J. A., & Mehrabian, M. A. (1975). The mediating role of emotions in alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 36(11), 1508-1536. <http://doi.org/10.15288/jsa.1975.36.1508>
- Russell, M., & Davey, G. C. (1993). The relationship between life event measures and anxiety and its cognitive correlates. *Personality and Individual Differences*, 14(2), 317-322. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90129-Q](http://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90129-Q)

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*(1), 54-67.
<http://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Rogel, A., Hamers, F., Quintin, C., De Maria, F., Bonaldi, C. & Beltzer, N. (2016). *Incidence et dépistage du cancer du sein en France*. Santé publique France.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/incidence-et-depistage-du-cancer-du-sein-en-france.-dernieres-donnees-disponibles-octobre-2016>
- Saalasti-Koskinen, U., Mäkelä, M., Saarenmaa, I., & Autti-Rämö, I. (2009). Personal invitations for population-based breast cancer screening. *Academic Radiology, 16*(5), 546-550. <http://doi.org/10.1016/j.acra.2009.02.002>
- Sasieni, P. D., Smith, R. A., & Duffy, S. W. (2015). Informed Decision-Making and Breast Cancer Screening. *Journal of Medical Screening, 22*(4), 165-167.
<http://doi.org/10.1177/0969141315587344>
- Savabi-Esfahani, M., Taleghani, F., Tabatabaeian, M., & Noroozi, M. (2018). A qualitative exploration of personality factors in breast cancer screening behavior. *Social Behavior and Personality, 46*(1), 91-98. <http://doi.org/10.2224/sbp.6564>
- Shapiro, S. (1997). Periodic screening for breast cancer: the HIP Randomized Controlled Trial. Health Insurance Plan. *Journal of the National Cancer Institute, 1997*(22), 27-30. <http://doi.org/10.1093/jncimono/1997.22.27>
- Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Harper.
<https://psycnet.apa.org/record/1937-00871-000>
- Siegler, I. C., & Costa, P. (1994). Personality and breast cancer screening behaviors. *Annals of Behavioral Medicine, 16*(4), 347-351. https://www.researchgate.net/profile/Paul-Costa/publication/279550601_Personality_and_breast_cancer_screening_behaviors/links/56706f4a08ae2b1f87ace79a/Personality-and-breast-cancer-screening-behaviors.pdf
- Simbrich, A., Wellmann, I., Heidrich, J., Heidinger, O., & Hense, H.-W. (2016). Trends in advanced breast cancer incidence rates after implementation of a mammography screening program in a German population. *Cancer Epidemiology, 44*, 44-51.
<http://doi.org/10.1016/j.canep.2016.07.006>
- Singh, H., Dickinson, J. A., Thériault, G., Grad, R., Groulx, S., Wilson, B. J., Szafran, O., & Bell, N. R. (2018). Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. *Canadian Family Physician, 64*(9), 373-379.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6135136/>
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2002). Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment. In T. Gilovich, D. Griffin, & D. Kahneman (Éds.), *The affect heuristic* (pp. 397-420). Cambridge University Press.
<http://doi.org/10.1017/CBO9780511808098.025>
- Smith, K. P., & Apter, M. J. (1975). *A theory of psychological reversals*. Picton Publishing.

- Smith, R. A., Duffy, S. W., Gabe, R., Tabár, L., Yen, A. M.-F., & Chen, T. H.-H. (2004). The randomized trials of breast cancer screening: what have we learned? *Radiologic Clinics of North America*, 42(5), 793-806. <http://doi.org/10.1016/j.rcl.2004.06.014>
- Smith-Bindman, R., Chu, P. W., Miglioretti, D. L., Sickles, E. A., Blanks, R., Ballard-Barbash, R., Bobo, J. K., Lee, N. C., Wallis, M. G., Patnick, J., & Kerlikowske, K. (2003). Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. *The Journal of the American Medical Association*, 290(16), 2129-2137. <http://doi.org/10.1001/jama.290.16.2129>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Suhrke, P., Mæhlen, J., Schlichting, E., Jørgensen, K. J., Gøtzsche, P. C., & Zahl, P.-H. (2011). Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data. *British Medical Journal*, 343, 1-8. <http://doi.org/10.1136/bmj.d4692>
- Sveback, S., & Murgatroyd, S. (1985). Metamotivational dominance: A multimethod validation of reversal theory constructs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 107-116. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.107>
- Tabár, L., Dean, P. B., Chen, T. H.-H., Yen, A. M.-F., Chiu, S. Y.-H., Smith, R. A., & Duffy, S. W. (2014). The Impact of Mammography Screening on the Diagnosis and Management of Early-Phase Breast Cancer. In D. S. Francescatti & M. J. Silverstein (Éds.), *Breast Cancer* (pp. 31-78). Springer. <http://doi.org/10.1007/978-1-4614-8063-1>
- Tabár, L., Fagerberg, G., Duffy, S. W., & Day, N. E. (1989). The Swedish two county trial of mammographic screening for breast cancer: recent results and calculation of benefit. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 43(2), 107-114. <http://doi.org/10.1136/jech.43.2.107>
- Tabár, L., Yen, M.-F., Tony Chen, H.-H., Smith, R. A., & Duffy, S. W. (2003). Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*, 361(9367), 1405-1410. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13143-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13143-1)
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12(1), 21-27. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90128-X](http://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90128-X)
- Thayer, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1989-97809-000>
- The Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2011). Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *Canadian Medical Association Journal*, 183(17), 1991-2001. <http://doi.org/10.1503/cmaj.110334>
- Thornton, H. (2012). Effect of population-based screening on breast cancer mortality. *Lancet*, 379(9823), 1296-1297. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60550-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60550-9)

- Trigoni, M., Griffiths, F., Tsiftsis, D., Koumantakis, E., Green, E., & Lionis, C. (2008). Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BioMed Central - Women's Health*, 8(20), 20-31. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-8-20>
- UFC-Que choisir. (2012, 26 Septembre). *Information autour du dépistage du cancer du sein. Les épines d'"Octobre Rose"*. <https://www.quechoisir.org/dossier-de-presse-information-autour-du-cancer-du-sein-les-epines-d-octobre-rose-n13585/>
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Koestner, R. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology*, 49(3), 257-262. <http://doi.org/10.1037/a0012804>
- Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16(5), 505-520. <http://doi.org/10.1007/BF01175138>
- Vincent, C., & Furhnam, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 37-48. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01160.x>
- Vu, M., Azmat, A., Radejko, T., & Padela, A. I. (2016). Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women. *Journal of Women's Health*, 25(6), 586-593. <http://doi.org/10.1089/jwh.2015.5517>
- Waller, J., Douglas, E., Whitaker, K. L., & Wardle, J. (2013). Women's responses to information about overdiagnosis in the UK breast cancer screening programme: a qualitative study. *British Medical Journal Open*, 3(4), 1-8. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002703>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. <http://doi.org/10.1037//0033-2909.98.2.219>
- Webster, P., & Austoker, J. (2006). Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening - a questionnaire survey. *Journal of Public Health*, 28(3), 197-202. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdl030>
- Welch, H. G., & Passow, H. J. (2014). Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *The Journal of American Medical Association - Internal Medicine*, 174(3), 448-454. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13635>
- Weller, J. A., & Tikir, A. (2011). Predicting domain-specific risk taking with the HEXACO personality structure. *Behavioral Decision Making*, 24(2), 180-201. <https://doi.org/10.1002/bdm.677>
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>
- Woloshin, S., & Schwartz, L. M. (2012). How a charity oversells mammography. *The British Medical Journal*, 345, 1-3. <http://doi.org/10.1136/bmj.e5132>

- Woloshin, S., Schwartz, L. M., Black, W. C., & Kramer, B. S. (2012). Cancer screening campaigns-getting past uninformative persuasion. *The New England Journal of Medicine*, 367(18), 1677-1679. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1209407>
- Yaffe, M. J., & Mainprize, J. G. (2011). Risk of Radiation-induced Breast Cancer from Mammographic Screening. *Radiology*, 258(1), 98-105. <http://doi.org/10.1148/radiol.10100655>
- Zapka, J. G., Geller, B. M., Bulliard, J.-C., Fracheboud, J., Sancho-Garnier, H., & Ballard-Barbash, R. (2006). Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 126-137. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2005.09.012>
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97961-000>

ANNEXES

ANNEXE A : Notice d'informations et formulaire de consentement éclairé (Étude 1)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Myriam GUEDJ, myriam.guedj@univ-tlse2.fr, 05.61.50.41.64, Maître de conférences en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Autres chercheurs participant au projet :

Maria-Teresa MUÑOZ SASTRE, mtmunoz@univ-tlse2.fr, 05 61 50 25 97, professeur en psychologie clinique de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Mathilde LOCHMANN, mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr, 06 99 86 67 16, doctorante en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, laboratoire CERPPS, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Lieu de recherche : Toulouse

But du projet de recherche :

Cette recherche a pour objectif d'étudier les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser une mammographie.

Ce que l'on attend de vous :

Tout d'abord, il est important que vous sachiez que pour participer à cette recherche, vous ne devez pas avoir eu vous-même un cancer du sein.

Vous serez sollicitée pour répondre à différentes questions autour des motivations à la réalisation ou au refus de réalisation d'un dépistage du cancer du sein par mammographie. Ces questions vous seront posées oralement lors d'un entretien individuel mené par un psychologue qui durera en moyenne 40 minutes.

Vos réponses ne seront soumises à aucun jugement de valeur. L'essentiel étant qu'elles soient en accord avec ce que vous ressentez.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps :

Votre contribution est entièrement volontaire. Vous pourrez, si vous le souhaitez, vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser de participer n'aura aucun effet sur vos notes (si vous êtes étudiante), ni sur votre statut, ni sur vos relations futures avec le laboratoire CERPPS et/ou l'Université Jean Jaurès.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'une déclaration auprès du service de Protection des données de l'Université Toulouse-Jean Jaurès, 5 allées Antonio Machado, 31 058 Toulouse Cedex 9, dpo@univ-tlse2.fr. La base légale de cette déclaration s'appuie sur votre consentement.

La plupart des données recueillies dans la présente étude constituent des données sensibles (e.g., données sociodémographiques, données de santé).

Seuls le responsable scientifique et les chercheurs associés à ce projet auront accès à vos données.

La durée de conservation de vos données est de 2 ans après publication. Au-delà de cette période, elles seront effacées.

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous pouvez exercer ces droits auprès du responsable scientifique en vous adressant à Myriam GUEDJ (myriam.guedj@univ-tlse2.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

Bénéfices :

Mieux connaître et comprendre les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie, offrirait la possibilité aux professionnels de la santé de mieux répondre aux attentes de leurs patientes, d'améliorer la communication médecins/patients, et serait une contribution supplémentaire aux controverses existantes dans le débat scientifique actuel.

Risques possibles :

A notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque particulier ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne. Si toutefois vous en ressentiez le besoin, vous pouvez à tout moment vous adresser à une des psychologues participant à cette recherche (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr) pour évoquer votre ressenti.

Diffusion :

Les résultats globaux de cette recherche pourront être diffusés dans des colloques ou publiés dans des revues académiques. Ils pourront également vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vos droits de poser des questions en tout temps :

Vous pourrez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec Myriam Guedj ou Maria-Teresa Muñoz-Sastre, responsables scientifiques du projet par courrier électronique (myriam.guedj@univ-tlse2.fr ; mtmunoz@univ-tlse2.fr) et avec Mathilde Lochmann, autre chercheur participant au projet (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr).

Remerciements :

Nous souhaitons vous remercier pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de cette recherche. Votre collaboration est précieuse.

Consentement à la participation :

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'on vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Signature

Date.....

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé par le responsable scientifique pendant 15 années.

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

L'objectif de cette grille d'entretien est d'explorer en détail :

- Les motivations qu'auraient les femmes à accepter de réaliser une mammographie,
- Les motivations qu'auraient les femmes à refuser de réaliser une mammographie.

MEMO DEFINITIONS :

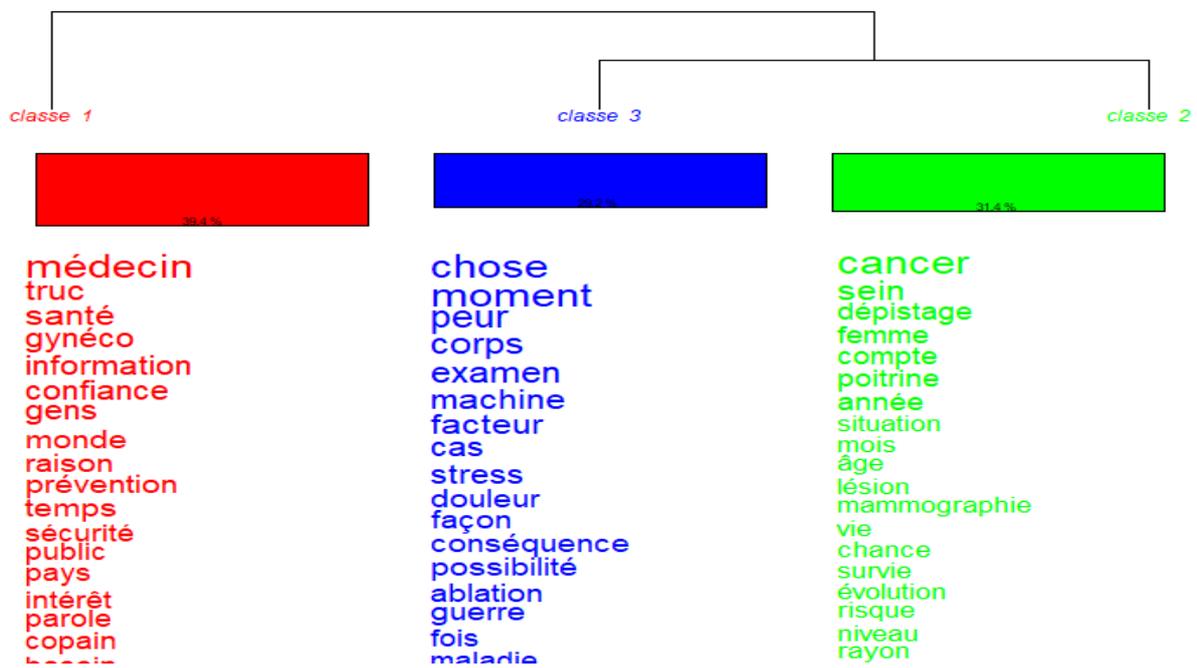
MAMMOGRAPHIE : Examen radiographique permettant d'obtenir des images de l'intérieur du sein (tissus de la glande mammaire). Il a pour objectif de détecter la survenue d'anomalies, notamment un cancer du sein. À partir de 50 ans, il est conseillé aux femmes de réaliser une mammographie tous les deux dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

DEPISTAGE DU CANCER : Le dépistage peut être une action individuelle ou collective ayant pour objectif de déceler une éventuelle maladie chez un individu en apparente bonne santé (c'est-à-dire avant l'apparition de symptômes).

1. Connaissez-vous ou avez-vous déjà entendu parler du dépistage du cancer du sein par mammographie?
 - + ***Si oui***, via quelles sources d'informations (livres médicaux, internet, émissions audiovisuelles, associations, membre de la famille ou de votre proche entourage qui a déjà eu recours à ce type d'examen ?)
 - + D'après vous, dans quel contexte et pour quel type de population cet examen est-il recommandé ?
 - + Est-ce que d'après-vous cet examen est réalisable avant 50 ans à ce jour ?
 - + Que savez-vous sur les effets ou les conséquences de cet examen ?
 - + ***Si non***, est-ce que la terminologie de l'expression ne vous fournit pas quelques indices ? Intuitivement quelle définition pourriez-vous donner ?
2. Que pensez-vous de l'information délivrée au sujet du dépistage du cancer du sein par mammographie ?
3. Certaines recherches évoquent l'idée de recommander la réalisation de mammographies à partir de 40 ans. Qu'en pensez-vous ?
4. Quelle est votre opinion générale sur le dépistage du cancer du sein par mammographie ?
5. Si votre médecin vous le demandait, seriez-vous favorable à la réalisation d'une mammographie ? Pourquoi ?

6. Quelles seraient (ou quelles ont été) les motivations qui vous pousseraient (ou vous ont poussé) à réaliser cet examen ? (*Exemples : personnes, évènements, bénéfices, ...*)
7. Quelles seraient (ou quelles ont été) les motivations qui vous pousseraient (ou vous ont poussé) à refuser de réaliser cet examen ? (*Exemples : personnes, évènements, inconvénients/risques, ...*)

ANNEXE C : Dendrogramme spécifique à l'analyse lexicométrique (Étude 1)



ANNEXE D : Notice d'informations (Étude 2)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Myriam GUEDJ, myriam.guedj@univ-tlse2.fr, 05.61.50.41.64, Maître de conférences en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Autres chercheurs participant au projet :

Maria-Teresa MUÑOZ SASTRE, mtmunoz@univ-tlse2.fr, 05 61 50 25 97, professeur en psychologie clinique de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Mathilde LOCHMANN, mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr, 06 99 86 67 16, doctorante en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, laboratoire CERPPS, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Lieu de recherche : Toulouse

But du projet de recherche :

Cette recherche a pour objectif d'étudier les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser une mammographie.

Ce que l'on attend de vous :

Tout d'abord, il est important que vous sachiez que pour participer à cette recherche, vous ne devez pas avoir eu vous-même un cancer du sein.

Vous serez sollicitée pour remplir divers questionnaires :

- Dans un premier temps, il vous sera demandé de répondre à plusieurs questions descriptives nous permettant d'en apprendre plus sur vous (âge, lieu d'habitation, antécédents familiaux de cancer du sein, etc).

- Vous serez ensuite invitée à répondre à un auto-questionnaire conçu spécifiquement pour cette recherche comportant plusieurs propositions renvoyant aux motivations pouvant vous inciter à accepter ou à refuser de réaliser une mammographie. Il vous sera demandé d'exprimer votre degré d'accord sur une échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».

La durée de passation totale est en moyenne de 45 minutes.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps :

Votre contribution est entièrement volontaire. Vous pourrez, si vous le souhaitez, vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser de participer n'aura aucun effet sur vos notes (si vous êtes étudiante), ni sur votre statut, ni sur vos relations futures avec le laboratoire CERPPS et/ou l'Université Jean Jaurès.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

L'étude à laquelle vous allez participer sera strictement anonyme, c'est-à-dire que les données collectées ne permettront pas de vous identifier, même indirectement, de quelque manière que ce soit.

Nous vous précisons également les points suivants :

- 1) Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité ;
- 2) Les adresses IP ne seront pas recueillies ;
- 3) Aucun autre renseignement ne sera dévoilé qui puisse révéler votre identité ;

4) Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints y auront accès.

Bénéfices :

Mieux connaître et comprendre les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie, offrirait la possibilité aux professionnels de la santé de mieux répondre aux attentes de leurs patientes et d'améliorer la communication médecins/patients. Cela permettrait également de contribuer à adapter les campagnes de prévention spécifiques à ce type de dépistage et serait une contribution supplémentaire aux controverses existantes dans le débat scientifique actuel.

Risques possibles :

A notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque particulier ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne. Si toutefois vous en ressentiez le besoin, vous pouvez à tout moment vous adresser à une des psychologues participant à cette recherche (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr) pour évoquer votre ressenti.

Diffusion :

Les résultats globaux de cette recherche pourront être diffusés dans des colloques ou publiés dans des revues académiques. Ils pourront également vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vos droits de poser des questions en tout temps :

Vous pourrez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec Myriam Guedj ou Maria-Teresa Muñoz-Sastre, responsables scientifiques du projet par courrier électronique (myriam.guedj@univ-tlse2.fr ; mtmunoz@univ-tlse2.fr) et avec Mathilde Lochmann, autre chercheur participant au projet (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr).

Remerciements :

Nous souhaitons vous remercier pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de cette recherche. Votre collaboration est précieuse.

ANNEXE E : Échelle des motifs à accepter la réalisation d'une mammographie

Précisions préalables :

Ce questionnaire a été réalisé afin de nous permettre d'identifier les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment les femmes appréhendent la réalisation de cet examen : nous souhaitons donc recueillir **votre perception personnelle**. C'est pour cela que nous vous demandons de répondre à ce questionnaire **sans vous aider de sources extérieures** (livres, internet, proches...) et **dans son intégralité**, c'est-à-dire en répondant à toutes les questions même si parfois vous avez le sentiment de ne pas connaître la réponse exacte.

Nous vous conseillons également de le remplir **dans un endroit calme**.

Voici plusieurs propositions toutes accompagnées d'une échelle de réponse allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Pour chacune d'entre elles, veuillez entourer la réponse qui vous convient le mieux en vous positionnant sur cette échelle (n'hésitez pas à utiliser les points intermédiaires). Pour chaque proposition, vous n'êtes autorisée qu'à entourer un seul point. Ne vous éternisez pas sur chaque réponse, nous souhaitons recueillir vos réactions spontanées.

1. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux me faire dépister pour vérifier que je n'ai pas un cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

2. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'estime que cet examen se base sur des indicateurs scientifiques.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

3. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que cet examen soit pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

4. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que les spots de prévention m'interpellent et m'incitent à le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

5. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que la palpation du gynécologue n'est pas suffisante.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

6. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai fait peu de radios dans ma vie donc je n'ai pas été souvent exposée aux radiations.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

7. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'aime le monde médical en général.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

8. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que ça me donne l'impression de tenir la mort à distance.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

9. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'aime tout ce qui est moderne.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

10. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que c'est le meilleur examen diagnostique pour le cancer du sein (comparé à l'échographie et la palpation).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

11. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je n'y vois que des avantages (bénéfices importants).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

12. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je pense que le cancer du sein est un cancer qui a un bon pronostic.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

13. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne vois aucun risque à participer, aucun danger.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

14. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que la forte médiatisation m'influence à le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

15. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux pouvoir me soigner si j'ai un cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

16. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que cela se passe dans un centre de radiologie que je connais bien.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

17. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai peur de la mort.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

18. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que le radiologue prenne le temps de lire le cliché radiographique.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

19. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que ma gynécologue m'ait encouragé à le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

20. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je souhaite rassurer ma famille, mes proches.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

21. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je suis consciencieuse dans mes suivis.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

22. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'en tant que femme je suis habituée aux examens mammaires.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

23. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne veux pas mourir d'un cancer à cause de ma tendance à remettre à plus tard les examens médicaux.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

24. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai une bonne image de moi lorsque je réalise cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

25. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai l'habitude de faire ce que mon gynécologue ou médecin me dit de faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

26. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai confiance en la politique de santé publique française.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

27. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'estime que c'est une convocation de la sécurité sociale (je ne sais pas si j'ai le droit de ne pas y aller).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

28. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'estime que si on me le propose c'est pour mon bien.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

29. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'un diagnostic précoce pourrait permettre d'éviter de subir une ablation.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

30. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'estime que tout examen médical est un gage de qualité.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

31. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que le centre de radiologie est près de chez moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

32. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'on m'a donné suffisamment d'informations concernant ce dépistage.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

33. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je pense avoir un cancer du sein indécélable à la palpation.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

34. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que je choisisse que ce soit mon médecin ou gynécologue qui me prescrive cet examen plutôt que la sécurité sociale.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

35. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je n'ai pas assez de connaissances médicales pour me positionner sur ce genre de questions.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

36. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que des proches ont eu un cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

37. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que cet examen ne me stresse pas plus que ça.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

38. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que je présente des antécédents familiaux de cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

39. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que c'est un moyen de prendre soin de moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

40. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je suis persuadée qu'un jour je vais avoir un cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

41. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'un diagnostic précoce pourrait permettre de bénéficier d'un traitement moins lourd.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

42. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que j'ai à la palpation une « boule » au niveau du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

43. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que l'équipe du centre de radiologie soit humaine.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

44. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je crains de mourir et de laisser mes enfants, ma famille.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

45. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que le radiologue que je consulte est compétent pour lire ce type spécifique de cliché radiographique.

- Pas du tout d'accord* 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
46. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que même si mon médecin pense que je n'ai rien, j'ai quand même un doute.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
47. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que les informations que j'ai reçues étaient claires.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
48. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que des célébrités militent pour la prévention du cancer du sein.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
49. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'adopte les mêmes comportements de santé que les femmes de ma famille.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
50. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je culpabiliserais vis-à-vis de l'argent public qui serait dépensé si on me diagnostiquait un cancer tardivement.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
51. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'un diagnostic précoce pourrait permettre une meilleure prise en charge.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
52. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je pense que certains facteurs extérieurs à mon patrimoine génétique (alimentation, pollution, ...) peuvent favoriser l'apparition d'un cancer.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
53. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je fais confiance au gynécologue qui me l'a recommandé.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
54. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que c'est l'opportunité de faire un état des lieux.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
55. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne veux pas mourir d'un cancer à cause de mon laissé aller, mon manque sérieux concernant la réalisation de cet examen.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
56. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je suis satisfaite de moi lorsque je fais de la prévention.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*
57. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que ma préoccupation majeure est ma santé.
Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

58. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que je subis une pression sociale vis-à-vis à propos de cet examen : mon entourage, mes proches me répètent de le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

59. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai le temps de m'occuper de ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

60. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne me sens pas à risque car je n'ai pas d'antécédents familiaux.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

61. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'aurais le sentiment de protéger un minimum ma santé même si par d'autres côtés je l'abîme.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

62. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que des célébrités comme Angelina Jolie l'ont fait.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

63. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux qu'on puisse dépister une tumeur le plus tôt possible.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

64. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je contribue à améliorer la recherche scientifique.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

65. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que je décide moi-même quand et où je le fais.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

66. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'il s'agit de santé donc je m'interdis de me poser des questions.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

67. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

68. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que cet examen me rassurera psychologiquement.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

69. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que ça me donne l'impression de contrôler ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

70. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que l'autopalpation n'est pas suffisante.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

71. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'apprécie tout ce qui est technologie médicale.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

72. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux inciter les autres à en faire de même.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

73. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai pris l'habitude de faire cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

74. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'aime qu'on s'occupe de moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

75. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je tolère bien la douleur générée par l'examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

76. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que la possibilité d'avoir un cancer du sein me fait régulièrement peur.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

77. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'un diagnostic précoce pourrait augmenter les chances de guérison.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

78. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait qu'on bénéficie à chaque fois de la seconde lecture d'un autre radiologue.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

79. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que mon entourage m'incite à le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

80. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne suis pas quelqu'un de stressé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

81. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que c'est un examen banal pour moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

82. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je me laisse porter par les recommandations du médecin.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

83. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que cela me permet de me remobiliser dans ma prise en charge médicale, de restaurer un suivi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

84. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je participe à l'examen dans un intérêt collectif, par devoir citoyen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

85. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'un diagnostic précoce pourrait permettre de conserver une bonne qualité de vie malgré la mise en place d'un traitement.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

86. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je ne supporterais pas de ne pas m'être fait dépister vis-à-vis de mes proches si on me diagnostiquait un cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

87. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je n'ai pas peur des résultats.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

88. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je n'imagine jamais que je vais avoir un cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

89. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je culpabiliserais de refuser ce que la sécurité sociale m'offre.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

90. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que le cancer du sein d'une proche n'a pas été dépisté assez tôt.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

91. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je me fiche de la douleur.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

92. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est qu'on m'a donné des informations à la fois sur les risques et les bénéfices de cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

93. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que ça me donne l'impression de contrôler la maladie.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

94. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai confiance dans le dépistage de manière générale.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

95. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux obtenir la sympathie de mes proches qui me disent de le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

96. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que je sois toujours suivie par le même radiologue.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

97. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que j'aie une douleur au niveau du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

98. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que l'équipe du centre de radiologie soit sympathique.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

99. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie serait que mon entourage m'ait attesté que cet examen se passait bien et ne faisait pas mal.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

100. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que se faire dépister précocement me semble moins onéreux pour la société.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

101. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que mon médecin m'a convaincue.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

102. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je veux montrer l'exemple à mes enfants.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

103. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que j'ai souvent l'impression que je vais tomber malade.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

104. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que je participe à l'examen par sens du devoir : je suis responsable de ma santé pour ma famille.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

105. Une des raisons qui me pousserait à réaliser une mammographie est que si une erreur de diagnostic était faite, les médecins s'en apercevraient vite.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

ANNEXE F : Échelle des motifs à refuser la réalisation d'une mammographie

Précisions préalables :

Ce questionnaire a été réalisé afin de nous permettre d'identifier les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment les femmes appréhendent la réalisation de cet examen : nous souhaitons donc recueillir **votre perception personnelle**. C'est pour cela que nous vous demandons de répondre à ce questionnaire **sans vous aider de sources extérieures** (livres, internet, proches...) et **dans son intégralité**, c'est-à-dire en répondant à toutes les questions même si parfois vous avez le sentiment de ne pas connaître la réponse exacte.

Nous vous conseillons également de le remplir **dans un endroit calme**.

Voici plusieurs propositions toutes accompagnées d'une échelle de réponse allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Pour chacune d'entre elles, veuillez entourer la réponse qui vous convient le mieux en vous positionnant sur cette échelle (n'hésitez pas à utiliser les points intermédiaires). Pour chaque proposition, vous n'êtes autorisée qu'à entourer un seul point. Ne vous éternisez pas sur chaque réponse, nous souhaitons recueillir vos réactions spontanées.

1. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les informations disponibles sont contradictoires : il est difficile de faire le tri.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

2. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que la palpation du gynécologue me semble suffisante.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

3. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je crains que le traumatisme physique de l'examen puisse induire un cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

4. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je trouve l'examen deshumanisant (perte de dignité).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

5. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur de souffrir durant l'examen, peur de la douleur.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

6. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que l'examen n'empêche pas les cancers.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

7. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'on manque d'informations chiffrées sur les bénéfices du dépistage.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

8. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les rayons pourraient avoir des conséquences négatives sur ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

9. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas subir de chimiothérapie en cas de cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

10. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cet examen ne me rassure pas psychologiquement.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

11. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que ça ne sert à rien car aucun cancer ne guérit vraiment : on est juste en rémission.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

12. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je trouve l'examen violent.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

13. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que de manière générale je garde une distance vis-à-vis de ce que disent les médias.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

14. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas me prendre la tête avec ça.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

15. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux réaliser aucun examen qui ne soit pas « naturel ».

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

16. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur que ma poitrine ne retrouve plus sa forme.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

17. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur qu'on me diagnostique un cancer du sein alors que je n'en ai pas.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

18. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur de ne pas savoir gérer si j'apprends que j'ai un cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

19. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur que la machine devienne tout à coup hors de contrôle.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

20. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne présente aucune « boule » alarmante au niveau d'un sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

21. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai un côté rebelle, je ne veux pas me laisser influencer ou embrigader.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

22. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas confiance en la politique de santé publique.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

23. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas confiance en le dépistage de manière générale.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

24. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie serait que des spécialistes me déconseillent de le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

25. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas subir d'intervention en cas de cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

26. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas compris les informations que l'on m'a donnée, elles n'étaient pas assez claires.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

27. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les démarches administratives me semblent insurmontables.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

28. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je veux qu'on me laisse mourir naturellement en cas de cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

29. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que certains chercheurs scientifiques contestent cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

30. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'on ne parle jamais de cancer dans mon environnement proche.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

31. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne suis pas suivie au plan médical.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

32. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas infliger cet examen à mon corps.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

33. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas m'infliger le sentiment d'être un objet pendant l'examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

34. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je suis satisfaite de moi lorsque je résiste à « l'injonction de faire ».

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

35. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie sein est que je ne me sens pas concernée.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

36. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai d'autres préoccupations que ma santé (financières, familiales, etc...).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

37. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je préfère ne pas savoir si j'ai un cancer ou non.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

38. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que c'est un phénomène de mode : même les célébrités en parlent à la TV.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

39. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie que je crains de subir des traitements inutiles.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

40. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les campagnes de dépistage se montrent trop insistantes dans les médias.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

41. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je veux rester indépendante et choisir moi-même pour ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

42. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne sais pas lire les résultats moi-même.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

43. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'estime qu'il y a une absence de discussions et de critiques autour de cet examen : les médecins ne veulent pas essayer autre chose.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

44. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les radiologues n'ont aucun égard vis-à-vis de la douleur ressentie pendant l'examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

45. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux me soigner que quand j'ai mal.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

46. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que personne ne fait cet examen dans ma famille.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

47. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'il n'y a aucune raison que j'ai un cancer (je prends soin de ma santé par ailleurs).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

48. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je me dis qu'une anomalie détectée pourrait peut-être disparaître toute seule sans avoir à être traitée.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

49. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les radiologues ne voient pas forcément sur la mammographie ce qui peut être vu à l'échographie.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

50. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne supporte pas qu'on me dise ce que je dois faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

51. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je suis en bonne santé, je ne veux pas me projeter dans la maladie.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

52. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cet examen m'angoisse.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

53. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'on ne nous donne des informations que sur pourquoi le faire, et pas sur pourquoi ne pas le faire.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

54. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas confiance en mon médecin.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

55. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai souvent l'impression que je ne tomberai jamais gravement malade.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

56. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que l'attente des résultats de l'examen m'angoisse.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

57. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je crains que l'anxiété que génère l'examen puisse induire un cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

58. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que la possibilité d'avoir un cancer ne m'angoisse pas au quotidien.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

59. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas entrer en guerre avec mon corps.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

60. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que l'autopalpation me semble suffisante.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

61. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'aime pas le monde médical en général.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

62. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je pense être à l'abri d'un cancer car j'ai de bons gènes.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

63. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne supporte pas devoir planifier un rendez-vous.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

64. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie sein est que je ne veux entrer dans aucun dépistage : c'est sans fin.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

65. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'il y a un intérêt privé des lobbies : c'est un marché comme un autre où on pousse les femmes à faire de la prévention.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

66. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas subir d'ablation du sein en cas de cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

67. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je trouve l'examen infantilisant.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

68. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'aime mettre en danger ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

69. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que certaines de mes amies n'y participent pas.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

70. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je suis pudique.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

71. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je suis opposée au développement de nouvelles technologies médicales.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

72. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'on anticipe trop de choses au plan médical.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

73. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cet examen coûte cher pour vérifier quelque chose qu'on n'a pas.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

74. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne supporte pas le côté « examen fait à la chaîne ».

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

75. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai peur que réaliser cet examen me porte malheur.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

76. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je veux avoir la sympathie de mes proches qui sont tous contre la réalisation de cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

77. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'aucun de mes proches n'a eu de cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

78. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas que ma famille se fasse du souci pour moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

79. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que même si je suis à haut risque, je ne veux surtout pas en entendre parler.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

80. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que si des femmes décident sciemment de s'y opposer c'est qu'elles défendent quelque chose (militantisme).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

81. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que certains médias ou réseaux sociaux contestent cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

82. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'aime pas faire de la prévention.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

83. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie sein est que je trouve l'information culpabilisante (notamment vis-à-vis du coût pour la société).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

84. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas bénéficié de l'accompagnement d'un médecin pour prendre ma décision.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

85. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que le centre d'examen est loin de chez moi.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

86. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les radiologues ont parfois un comportement désagréable durant l'examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

87. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas que d'autres personnes que moi-même contrôlent ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

88. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas le temps.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

89. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est qu'on manque d'informations pour prendre une décision en connaissance de causes.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

90. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'ai beaucoup de difficultés à prendre un rendez-vous (médical ou autre).

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

91. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que ça ne sert à rien puisque de toute manière si j'ai un cancer je vais mourir.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

92. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas inciter d'autres personnes à faire cet examen en le faisant moi-même.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

93. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie serait que ce soit la sécurité sociale et non mon médecin ou gynécologue qui me demande de faire cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

94. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cela permettrait d'économiser de l'argent public.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

95. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est j'ai peur que les résultats soient mal interprétés.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

96. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie serait que l'examen ne soit pas doublé d'une échographie pour vérifier les résultats.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

97. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie serait qu'il y ait un risque qu'on ne me diagnostique pas un cancer alors que j'en ai un.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

98. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne ressens aucune douleur au niveau de la poitrine.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

99. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que finalement je pense que le cancer du sein ne concerne pas tant de femmes que ça.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

100. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas confiance en l'interprétation/la lecture du cliché radiographique du radiologue.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

101. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cet examen me renvoie à ma propre mort.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

102. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que les risques liés à l'examen évoqués par les médias me font peur.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

103. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas me retrouver à moitié nue pour cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

104. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas être examinée par un homme.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

105. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que tant que je ne fais pas cet examen, le cancer n'existe pas.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

106. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas que l'on me décèle un cancer car je ne pourrai plus vivre normalement.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 *Tout à fait d'accord*

107. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas me faire soigner.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

108. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je peux avoir un cancer entre deux mammographies, alors à quoi bon ?

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

109. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas d'antécédents familiaux de cancer du sein.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

110. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je ne veux pas subir de rayons en cas de cancer.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

111. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que cet examen me renvoie à la mort d'un proche.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

112. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que j'assume de prendre des risques pour ma santé.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

113. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je pense que le rapport bénéfice/risque n'est pas en faveur de cet examen.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

114. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je trouve que la mammographie est une machine de guerre.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

115. Une des raisons qui me pousserait à refuser de réaliser une mammographie est que je n'ai pas peur de mourir.

Pas du tout d'accord 0—0—0—0—0—0—0—0 Tout à fait d'accord

ANNEXE G : Notice d'informations (Étude 3)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Myriam GUEDJ, myriam.guedj@univ-tlse2.fr, 05.61.50.41.64, Maître de conférences en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Autres chercheurs participant au projet :

Maria-Teresa MUÑOZ SASTRE, mtmunoz@univ-tlse2.fr, 05 61 50 25 97, professeur en psychologie clinique de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, UFR de psychologie, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Mathilde LOCHMANN, mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr, 06 99 86 67 16, doctorante en psychologie de la santé, Université Toulouse II Jean Jaurès, laboratoire CERPPS, 5 Allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9.

Lieu de recherche : Toulouse

But du projet de recherche :

Cette recherche a pour objectif d'étudier les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser une mammographie.

Ce que l'on attend de vous :

Tout d'abord, il est important que vous sachiez que pour participer à cette recherche, vous ne devez pas avoir eu vous-même un cancer du sein.

Vous serez sollicitée pour remplir divers questionnaires :

- Dans un premier temps, il vous sera demandé de répondre à plusieurs questions descriptives nous permettant d'en apprendre plus sur vous (âge, lieu d'habitation, antécédents familiaux de cancer du sein, etc).

- Vous serez ensuite invitée à répondre à un auto-questionnaire conçu spécifiquement pour cette recherche comportant plusieurs propositions renvoyant aux motivations pouvant vous inciter à accepter ou à refuser de réaliser une mammographie. Il vous sera demandé d'exprimer votre degré d'accord sur une échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».

- Pour finir, il s'agira de répondre à quatre questionnaires reconnus et validés scientifiquement. Ceux-ci évaluent : l'intolérance à l'incertitude (EII), les inquiétudes (questionnaire sur les inquiétudes de Penn State), le niveau d'anxiété (GAD-7), et enfin certains traits de personnalité (HEXACO-24).

Sachez que vos réponses ne seront soumises à aucun jugement de valeur. L'essentiel étant qu'elles soient en accord avec ce que vous ressentez.

La durée de passation totale est en moyenne de 45 minutes à 1 heure.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps :

Votre contribution est entièrement volontaire. Vous pourrez, si vous le souhaitez, vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser de participer n'aura aucun effet sur vos notes (si vous êtes étudiante), ni sur votre statut, ni sur vos relations futures avec le laboratoire CERPPS et/ou l'Université Jean Jaurès.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

L'étude à laquelle vous allez participer sera strictement anonyme, c'est-à-dire que les données collectées ne permettront pas de vous identifier, même indirectement, de quelque manière que ce soit.

Nous vous précisons également les points suivants :

- 1) Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité ;
- 2) Les adresses IP ne seront pas recueillies ;
- 3) Aucun autre renseignement ne sera dévoilé qui puisse révéler votre identité ;
- 4) Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints y auront accès.

Bénéfices :

Mieux connaître et comprendre les motivations des femmes à réaliser ou à refuser de réaliser un dépistage du cancer du sein par mammographie, offrirait la possibilité aux professionnels de la santé de mieux répondre aux attentes de leurs patientes et d'améliorer la communication médecins/patients. Cela permettrait également de contribuer à adapter les campagnes de prévention spécifiques à ce type de dépistage et serait une contribution supplémentaire aux controverses existantes dans le débat scientifique actuel.

Risques possibles :

A notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque particulier ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne. Si toutefois vous en ressentiez le besoin, vous pouvez à tout moment vous adresser à une des psychologues participant à cette recherche (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr) pour évoquer votre ressenti.

Diffusion :

Les résultats globaux de cette recherche pourront être diffusés dans des colloques ou publiés dans des revues académiques. Ils pourront également vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vos droits de poser des questions en tout temps :

Vous pourrez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec Myriam Guedj ou Maria-Teresa Muñoz-Sastre, responsables scientifiques du projet par courrier électronique (myriam.guedj@univ-tlse2.fr ; mtmunoz@univ-tlse2.fr) et avec Mathilde Lochmann, autre chercheur participant au projet (mathilde.lochmann@univ-tlse2.fr).

Remerciements :

Nous souhaitons vous remercier pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de cette recherche. Votre collaboration est précieuse.

ANNEXE H : Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII)

Pour chacune des 27 propositions présentées ci-dessous, entourez le numéro qui vous correspond le plus en vous référant à l'échelle située en première ligne du tableau :

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très Correspondant	Tout à fait correspondant
1. L'incertitude m'empêche de prendre position.	1	2	3	4	5
2. Être incertaine veut dire qu'on est une personne désorganisée.	1	2	3	4	5
3. L'incertitude rend la vie intolérable.	1	2	3	4	5
4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.	1	2	3	4	5
6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieuse ou stressée.	1	2	3	4	5
7. Les imprévus me dérangent énormément.	1	2	3	4	5
8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5
9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.	1	2	3	4	5
10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.	1	2	3	4	5
11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.	1	2	3	4	5
12. Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.	1	2	3	4	5
13. Être incertaine veut dire, que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5

14. Lorsque je suis incertaine, je ne peux pas aller de l'avant.	1	2	3	4	5
15. Lorsque je suis incertaine, je ne peux pas bien fonctionner.	1	2	3	4	5
16. Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.	1	2	3	4	5
17. L'incertitude me rend vulnérable, malheureuse ou triste.	1	2	3	4	5
18. Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.	1	2	3	4	5
19. Je déteste être prise au dépourvu.	1	2	3	4	5
20. Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.	1	2	3	4	5
21. Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.	1	2	3	4	5
22. Être incertaine, ça veut dire que je manque de confiance.	1	2	3	4	5
23. Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.	1	2	3	4	5
24. L'incertitude m'empêche de bien dormir.	1	2	3	4	5
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine.	1	2	3	4	5
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.	1	2	3	4	5
27. Je ne tolère pas d'être indécise au sujet de mon avenir.	1	2	3	4	5

ANNEXE I : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS)

Pour chacune des 16 propositions présentées ci-dessous, entourez le numéro qui vous correspond le plus en vous référant à l'échelle située en première ligne du tableau:

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très Correspondant	Extrêmement correspondant
1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.	1	2	3	4	5
2. Mes inquiétudes me submergent.	1	2	3	4	5
3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.	1	2	3	4	5
4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.	1	2	3	4	5
6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.	1	2	3	4	5
7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.	1	2	3	4	5
8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.	1	2	3	4	5
9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.	1	2	3	4	5
10. Je ne m'inquiète jamais.	1	2	3	4	5
11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.	1	2	3	4	5
12. J'ai été inquiète tout au long de ma vie.	1	2	3	4	5
13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.	1	2	3	4	5

14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
15. Je m'inquiète tout le temps.	1	2	3	4	5
16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.	1	2	3	4	5

ANNEXE J : General Anxiety Disorder (GAD)

Veillez indiquer à quelle fréquence vous avez été dérangée par les problématiques suivantes durant les DEUX DERNIERES SEMAINES en cochant le chiffre qui vous convient le mieux :

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrariée ou irritable	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

ANNEXE K: Brief HEXACO Inventory (BHI-24)

Indiquez dans quelle mesure ces propositions décrivent votre personnalité en entourant pur chacune le chiffre correspondant le mieux à votre degré d'accord :

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	D'accord	Entièrement d'accord
1. Je peux regarder une peinture pendant longtemps.	1	2	3	4	5
2. Je m'assure que les choses soient à leurs places.	1	2	3	4	5
3. Je peux rester peu aimable face à quelqu'un qui a été désagréable avec moi.	1	2	3	4	5
4. Personne n'aime parler avec moi.	1	2	3	4	5
5. J'ai peur d'éprouver de la douleur.	1	2	3	4	5
6. Il m'est difficile de mentir.	1	2	3	4	5
7. Je pense que la science est ennuyeuse.	1	2	3	4	5
8. Je retarde le plus possible les tâches compliquées.	1	2	3	4	5
9. J'exprime souvent des critiques.	1	2	3	4	5
10. J'approche facilement des étrangers (de personnes inconnues).	1	2	3	4	5
11. Je m'inquiète moins que les autres.	1	2	3	4	5
12. Je voudrais savoir comment gagner beaucoup d'argent d'une manière peu honnête.	1	2	3	4	5
13. J'ai beaucoup d'imagination.	1	2	3	4	5
14. Je travaille de façon très précise.	1	2	3	4	5
15. J'ai tendance à être rapidement d'accord avec les autres.	1	2	3	4	5
16. J'aime parler avec d'autres personnes.	1	2	3	4	5
17. Je peux facilement surmonter des difficultés seule.	1	2	3	4	5
18. Je voudrais être célèbre.	1	2	3	4	5

19. J'aime les personnes qui ont idées étranges/bizarres.	1	2	3	4	5
20. Je fais souvent les choses sans trop y penser.	1	2	3	4	5
21. Même lorsque je suis malmenée, je reste calme.	1	2	3	4	5
22. Je suis rarement joyeuse.	1	2	3	4	5
23. Je pleure devant les films tristes ou romantiques.	1	2	3	4	5
24. Un traitement spécial m'est dû.	1	2	3	4	5

ANNEXE L : Renseignements sociodémographiques

Pour terminer, nous nous permettons de vous poser quelques questions nous permettant d'en apprendre plus sur vous :

1. Age :

2. Votre situation actuelle :

Etudiante

Inactif

Au chômage (*inscrit(e) à Pôle Emploi avec ou sans allocations*)

A la retraite

Vous travaillez :

> Si oui, quelle est votre professionnelle actuelle ?

.....

3. Niveau d'étude :

1. Aucun diplôme

2. Certificat d'études primaires

3. Brevet des collèges, BEPC

4. BEP, CAP

5. Baccalauréat

6. Bac + 2 (Deug, DUT, BTS)

7. Bac + 3 (licence) ou bac + 4 (maîtrise)

8. Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, doctorat...)

4. Actuellement, vous êtes :

Célibataire En concubinage Pacsée Mariée Autre forme de couple

Séparée Divorcée Veuve

5. Avez-vous des enfants ?

NON OUI

Si oui, combien ?

6. Lieu de résidence actuel :

En zone urbaine : Centre-ville Banlieue

En zone rurale : proche ville Moyennement isolée Très isolée

7. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

NON OUI

8. Votre niveau de revenu mensuel :

Entre 0 et 500€ Entre 500 et 1000€ Entre 1000 et 1600€ Entre 1600 et 2500 €

Entre 2500 et 4000€ Plus de 4000€

9. Consultez-vous régulièrement votre gynécologue (au moins une fois par an) ?

NON OUI

10. Avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

NON OUI

11. Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein ?

NON OUI

12. ***Si oui***, indiquez quel(s) membre(s) de votre famille a(ont) déjà eu un cancer du sein :

Mère Sœur Tante Grand-mère Fille Demi-sœur Cousine
Nièce Autres

13. Avez-vous déjà reçu des informations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie?

NON OUI

14. ***Si oui***, veuillez indiquer par quelle(s) source(s) ?

Internet Emissions TV Presse Proches Associations Médecins
Courrier pour le dépistage organisé Autres :

15. Avez-vous déjà réalisé une mammographie ?

NON OUI

16. ***Si non***, vous a-t-on déjà proposé de réaliser une mammographie ?

NON OUI

17. Avez-vous déjà refusé de réaliser une mammographie ?

NON OUI Je n'ai jamais eu à faire ce choix

18. A quelle fréquence réalisez-vous une mammographie ? Entourez la réponse vous convenant sur l'échelle ci-dessous.

0 _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____
Jamais Tous les 8 à Tous les Tous Tous Tous Une fois par an
 10 ans et plus 5 à 7 ans les 4 ans les 3 ans les 2 ans

19. Si vous n'avez jamais réalisée de mammographie ou si celle-ci remonte à plus de 2 ans, avez-vous l'intention d'en réaliser une prochainement ? Entourez la réponse qui vous convient le mieux en vous positionnant sur l'échelle ci-dessous.

Certainement non 0—0—0—0—0—0—0—0—0—0 Certainement oui

20. Participez-vous au dépistage organisé du cancer du sein ?

NON OUI Je suis trop jeune pour y participer

21. Si vous avez moins de 50 ans, envisagez-vous de participer plus tard au dépistage organisé du cancer du sein ? Entourez la réponse qui vous convient le mieux en vous positionnant sur l'échelle ci-dessous.

Certainement non 0—0—0—0—0—0—0—0—0—0 Certainement oui

22. Dans quelle mesure réalisez-vous des mammographies en dehors du dépistage organisé ? Entourez la réponse vous convenant sur l'échelle ci-dessous.

0 _____ 0 _____ 0 _____
Jamais Ponctuellement Exclusivement

23. Actuellement le dépistage organisé est recommandé aux femmes à partir de 50 ans. Quelle est votre opinion sur la mise en place d'un dépistage organisé dès 40 ans ? Entourez la réponse qui vous convient le mieux en vous positionnant sur l'échelle ci-dessous.

Très défavorable 0—0—0—0—0—0—0—0—0—0 Très favorable