

mammography use in Toronto, Canada. *J Gen Intern Med.* 2004;19(9):952-61.

[7] Townsend P. Deprivation. *J Soc Pol.* 1987;16:125-46.

[8] Pernet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: A multilevel analysis in Calvados, France. *Cancer Epidemiol.* 2010; 34(3):309-15.

[9] Maheswaran R, Pearson T, Jordan H, Black D. Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service, and uptake of breast cancer screening in

North Derbyshire, UK. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(3):208-12.

[10] Hyndman JC, Holman CD, Dawes VP. Effect of distance and social disadvantage on the response to invitations to attend mammography screening. *J Med Screen.* 2000;7(3):141-5.

[11] Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev.* 2008;17(3):218-24.

[12] Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launoy L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health.* 2012 Apr 27. [Epub ahead of print].

[13] Dejardin O, Berchi C, Mignon A, Pernet C, Guillaume E, Guittet L, et al. Inégalités sociales de santé du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2011;59(1):45-51.

Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010

Florian Lançon (flancon@institutcancer.fr)¹, Nadine Sannino², Jérôme Viguier¹

1/ Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France

2/ Efect, Aix-en-Provence, France

Résumé / Abstract

Afin de mieux comprendre les freins, leviers et comportements des femmes et professionnels de santé vis-à-vis du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), l'Institut national du cancer (INCa) a mené en 2010 une enquête quantitative auprès de 3 240 femmes et une série d'entretiens qualitatifs auprès de 96 médecins.

Dans chacun des 44 cabinets de radiologie ayant participé à l'enquête, un questionnaire a été proposé aux femmes venant réaliser une mammographie de dépistage, quelle que soit sa modalité initiale, DOCS ou dépistage individuel (DI). Les entretiens qualitatifs ont été conduits auprès de radiologues, gynécologues et médecins généralistes.

Pour les femmes interrogées, le conseil du professionnel de santé est le plus cité (67%) parmi les facteurs favorisant le dépistage. En outre, 55% de celles venues pour un DI pensent se situer, à tort, dans le cadre du DOCS.

Bien que le DOCS ait une image de qualité et de simplicité, et en dehors de freins spécifiques à chaque spécialité, la valeur accordée à la seconde lecture dans le DOCS ne semble pas suffisante pour emporter l'adhésion absolue des professionnels.

En conclusion, par la confiance que les femmes accordent aux praticiens, il est important de développer la mobilisation de ces professionnels autour du DOCS, d'autant que leur adhésion à ce dispositif n'est pas totale.

Mots-clés / Keywords

Dépistage, cancer du sein, connaissances, pratiques / Mass screening, breast cancer, knowledge, practices

Introduction

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans domiciliées en France, excepté celles en cours de traitement pour cancer, celles surveillées après traitement, les femmes présentant un risque aggravé ou celles présentant un symptôme. Il répond à des enjeux s'exprimant notamment en termes de capacité à faire participer les femmes à un dispositif répondant à des exigences de qualité.

En 2009, le taux de participation des femmes ciblées au DOCS était de 52,3%, avec de fortes disparités régionales et départementales [1]. Les programmes n'ont en effet pas été implémentés au même moment dans les différents territoires d'une part et, d'autre part, les caractéristiques sociodémographiques de la population et la densité médicale restent très hétérogènes d'une région à l'autre.

La particularité française du DOCS tient à sa cohabitation avec des pratiques de dépistage individuel (DI), mais seul le dépistage organisé est régi par des modalités de fonctionnement énoncées dans un cahier des charges.

Afin, d'une part, d'améliorer la participation au DOCS et, d'autre part, de contribuer à l'élaboration d'un argumentaire convaincant pour les femmes qui ne réalisent pas de mammographie de dépistage, il est nécessaire de connaître les comportements, les freins et les leviers d'adhésion des femmes et des professionnels de santé concernés par le DOCS.

En 2010, des travaux ont été menés par l'Institut national du cancer (INCa) dans cette perspective : une enquête quantitative auprès de femmes réalisant une mammographie de dépistage et une série d'entretiens qualitatifs auprès de professionnels de santé.

Women and health professionals' knowledge, perceptions, attitudes and behaviors related to breast cancer screening, France, 2010

To better understand the limiting factors, levers and behavior of women and health professionals related to the national breast cancer screening program (BCSP), the French National Cancer Institute conducted a quantitative survey of 3,240 women and qualitative interviews with 96 doctors in 2010. In each of the 44 radiology centers involved in the survey, a questionnaire was given to women before their screening mammography, regardless of its initial modality, BCSP or individual screening (IS). Qualitative interviews were conducted with radiologists, gynecologists and general practitioners.

The doctor's advice is the most frequently mentioned (67%) factor inciting breast cancer screening among interviewed women. In addition, 55% of women concerned by the IS believe wrongly to be part of the BCSP.

Although the BCSP has an image of quality and simplicity and regardless of specific factors, the perceived value for the second reading in the BCSP does not seem sufficient to convince all professionals.

In conclusion, because women trust their doctor, it is important to raise the health professionals' awareness in the BCSP, especially as their adherence to this program is not total.

Objectifs

L'objectif de l'enquête transversale menée auprès des femmes était d'évaluer leurs connaissances, attitudes et perceptions vis-à-vis du dépistage par mammographie selon le mode de recours (DOCS ou DI).

La série d'entretiens qualitatifs auprès de professionnels de santé avait pour finalité de décrire les perceptions, attitudes et comportements de ces derniers vis-à-vis du DOCS.

Méthode

Dans un premier temps, un échantillon national de 25 départements français a été constitué, avec des caractéristiques de niveau de participation, de qualité du dispositif, d'ancienneté du DOCS ainsi que de démographie médicale et de niveau d'urbanisation reflétant la diversité de leurs situations vis-à-vis de ces critères.

Pour l'enquête menée auprès des femmes, deux cabinets de radiologie, choisis aléatoirement dans chacun des départements, ont été sollicités. Sur les 50 cabinets initialement ciblés, 44 ont finalement accepté de proposer un questionnaire de 25 items à toutes les femmes venant réaliser une mammographie de dépistage, quelle que soit sa modalité initiale, DOCS ou DI. Le questionnaire était remis par la secrétaire médicale à la femme, à son arrivée, pour qu'elle puisse le remplir en attendant son examen. La phase terrain s'est déroulée au cours du second trimestre 2010, sur deux à trois semaines selon l'activité du cabinet. L'analyse a porté *in fine* sur 3 240 questionnaires recensant également, pour chacune des femmes, le nombre de dépistages déjà effectués. Le type de dépistage (DOCS ou DI) déclaré par le centre de radiologie était spécifié dans 2 756 (85%) d'entre eux.

Des entretiens semi-directifs individuels ont été conduits, au cours du premier semestre 2010, auprès de 96 professionnels de santé (radiologues, gynécologues et médecins généralistes) exerçant dans les 25 départements retenus. Les radiologues ciblés par cette démarche ont été choisis soit parmi la liste des radiologues participants aux DOCS, soit au hasard dans l'annuaire professionnel. Les médecins généralistes et gynécologues ont été tirés au sort dans les pages jaunes.

Résultats

Enquête quantitative auprès des femmes

Répartis sur 24 départements français, 44 cabinets de radiologie ont participé à l'enquête quantitative. Les questionnaires ont été recueillis auprès de 1 861 femmes réalisant leur mammographie dans le cadre du DOCS, 895 femmes dans le cadre du DI et 484 femmes dont le dispositif n'est pas précisé. Bien que la méthode ait prévu initialement d'interroger des femmes de 50 à 74 ans (tranche d'âge cible du DOCS), 15% d'entre elles ont moins de 50 ans et 3% plus de 74 ans. Ces femmes hors tranche d'âge cible ont été prises en compte dans l'analyse, notamment pour celles de moins de 50 ans, parce que leurs attitudes, habitudes et perceptions vis-à-vis du dépistage par mammographie influenceront directement sur leur entrée (ou non) dans le DOCS à partir de 50 ans. Enfin, 97% de ces femmes ont indiqué un médecin traitant.

Les femmes en DI bénéficient d'un suivi régulier plus fréquent par le gynécologue (85,5% vs. 72,7% dans le DOCS, $p < 10^{-4}$), vivent plus souvent en milieu urbain (47,5% vs. 33%, $p < 10^{-5}$) et ont un niveau d'études plus élevé (61,7% ayant au moins le baccalauréat vs. 48,5% dans le DOCS, $p < 10^{-4}$) (tableau 1). Elles sont par ailleurs 43% à être âgées de moins de 50 ans.

Près de 55% des femmes venues pour effectuer un DI pensent se situer, à tort, dans le dispositif du DOCS. En revanche, parmi celles effectuant un DOCS, 96,6% se placent correctement (tableau 2).

Parmi les facteurs favorisant le dépistage, le conseil du professionnel de santé (médecin généraliste et/ou gynécologue) est le plus cité (67%). Ce conseil est plus fréquemment évoqué chez les femmes en DI (77,9% vs. 63,5% en DOCS, $p < 10^{-5}$). La lettre d'invitation (26,7%) est largement citée par les femmes du DOCS.

Tableau 1 Caractéristiques des femmes en fonction du type de dépistage déclaré par le centre de radiologie (N=2 756), dépistage du cancer du sein, France, 2010 / **Table 1** Characteristics of women depending on the type of screening reported by the radiology center (N=2,756), breast cancer screening, France, 2010

	Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)*	Dépistage individuel (DI)*	Total	p
Âge				
<50 ans	53 (2,9%)	386 (43,2%)	439	<10 ⁻⁴
50-54 ans	405 (21,8%)	123 (13,8%)	528	
55-59 ans	440 (23,7%)	100 (11,2%)	540	
60-64 ans	479 (25,8%)	119 (13,3%)	598	
65-69 ans	266 (14,3%)	59 (6,6%)	325	
69-74 ans	186 (10,0%)	42 (4,7%)	228	
>74 ans	27 (1,5%)	65 (7,3%)	92	
Manquant	2	4	6	
Niveau d'études				
< Baccalauréat	878 (51,5%)	322 (38,3%)	1 200	<10 ⁻⁴
Bac à Bac+2	543 (31,9%)	324 (38,6%)	867	
> Bac+2	283 (16,6%)	194 (23,1%)	477	
Manquant	124	88	212	
Médecin traitant (déclaré à la Caisse primaire d'assurance maladie)				
Oui	1 791 (97,2%)	861 (97,5%)	2 652	0,67
Non	51 (2,8%)	22 (2,5%)	73	
Manquant	21	10	31	
Suivi régulier par gynécologue				
Oui	1 300 (72,7%)	746 (85,5%)	2 046	<10 ⁻⁴
Non	487 (27,3%)	127 (14,5%)	614	
Manquant	61	35	96	
Niveau d'urbanisation				
Rural	335 (18,0%)	167 (18,7%)	502	<10 ⁻⁵
Périurbain	514 (27,6%)	159 (17,8%)	673	
Urbain	615 (33,0%)	425 (47,5%)	1 040	
Autres	397 (21,3%)	144 (16,5%)	541	
Manquant	0	0	0	

* Type de dépistage déclaré par le centre de radiologie.

Pour les femmes dans le DOCS, la seconde lecture (63,8%) est déterminante dans leur adhésion au dépistage. Pour celles en DI, le fait de disposer des clichés immédiatement (29,7%) est perçu comme essentiel dans le dispositif (tableau 3).

Enquête qualitative auprès des professionnels de santé

Pour les 34 médecins généralistes interviewés, le sentiment général est que les femmes se font plutôt bien dépister, avec une couverture estimée à 70% et un recours préférentiel au DOCS. La moitié d'entre eux évoque une diminution de la mobilisation des femmes au-delà de 60-65 ans, en même temps qu'elles désinvestissent leur suivi gynécologique. Deux tiers de ces médecins généralistes déclarent que les femmes suivent les prescriptions de leur gynécologue et se dirigent vers

le DI ou le DOCS en fonction de cet avis. Néanmoins, ils soulignent que les moyens financiers de la femme peuvent amener à choisir le DOCS. Ils précisent également qu'il leur est difficile de modifier l'orientation du gynécologue auquel les femmes accordent plus de crédit dans le suivi gynécologique. Ils pratiquent eux-mêmes le suivi gynécologique uniquement lorsque manquent des gynécologues sur le territoire ou si la disponibilité de ces derniers est insuffisante. Les médecins généralistes interviewés pensent que c'est la « culture » de prévention qui est le plus en cause dans l'insuffisance de recours au dépistage, et ceci quel que soit le milieu socioculturel. Un tiers d'entre eux considère que la qualité est presque identique dans les deux dispositifs (mêmes cabinets de radiologie) et accordent peu de crédit supplémentaire à la seconde lecture. Qu'ils exercent

Tableau 2 Concordance entre la déclaration des centres de radiologie et la perception des femmes (N=2 756), dépistage du cancer du sein, France, 2010 / **Table 2** Relationship between reporting of radiology centers and women's perception (N=2,756), breast cancer screening, France, 2010

		Déclaration du centre		
		Dépistage organisé	Dépistage individuel	Total
Déclaration de la femme	Dépistage organisé	1 576 (96,6%)	359 (54,8%)	1 935
	Dépistage individuel	55 (3,4%)	296 (45,2%)	351
	Total*	1 631	655	2 286
	Total NSP**	230	240	470
Statistique Kappa	0,4856			

* Total des femmes interrogées (tous âges confondus) ayant déclaré se situer soit en « dépistage organisé », soit en « dépistage individuel » ; ** Total de femmes interrogées (tous âges confondus) ne sachant se situer ni dans l'un ni dans l'autre des deux types de dépistage.

Tableau 3 Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein pour les femmes (N=2 756), France, 2010 / Table 3 Compliance factors in breast cancer screening for women (N=2,756), France, 2010

	Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)*	Dépistage individuel (DI)*	Total	p
Quels sont les facteurs qui vous ont vraiment décidés à réaliser votre dépistage (plusieurs réponses peuvent être cochées) ?				
Les conseils de votre médecin généraliste	444 (23,9%)	187 (20,9%)	631	0,09
Les conseils de votre gynécologue	737 (39,6%)	510 (57,0%)	1 247	<10 ⁻⁵
Les conseils d'un(e) ami(e) / entourage	78 (4,2%)	54 (6,0%)	132	0,03
La lecture de la lettre d'invitation ou de relance	497 (26,7%)	54 (6,0%)	551	<10 ⁻⁵
Les informations données au niveau national et local (télévision, affiches)	294 (15,8%)	100 (11,2%)	394	<10 ⁻²
Parmi les suivants, quels sont les 3 éléments qui vous paraissent essentiels pour votre dépistage ?				
C'est une recommandation nationale	391 (21,0%)	194 (21,7%)	585	0,69
Il est gratuit	552 (29,7%)	217 (24,2%)	769	0,03
Je me rends chez le radiologue de mon choix	911 (49,0%)	411 (45,9%)	1 322	0,14
Mes radiographies sont lues une deuxième fois par un radiologue différent, ce qui me sécurise	1 188 (63,8%)	368 (41,1%)	1 556	<10 ⁻⁵
Je dispose des résultats immédiatement (le radiologue me dit ce qu'il voit sur mes radiographies)	1 083 (58,2%)	591 (66,0%)	1 674	<10 ⁻⁵
Je dispose des clichés immédiatement (mes radiographies me sont remises immédiatement)	351 (18,9%)	266 (29,7%)	617	<10 ⁻⁵

* Type de dépistage déclaré par le centre de radiologie.

dans un territoire à faible ou forte participation des femmes au DOCS, ils pensent avant tout que le principal est que les femmes soient dépistées. La lettre d'invitation de la structure de gestion (SG) est, pour 33 de ces médecins, la porte d'entrée principale au DOCS pour les femmes. Un tiers d'entre eux utilisent des moyens spécifiques (ordonnancier à en-tête de la structure de gestion, édition de bons de prise en charge ...) mais, dans l'ensemble, ils considèrent avoir peu de rôle incitatif direct et s'appuient plutôt sur les procédures existantes. Enfin, deux tiers des médecins généralistes interviewés pensent que le rythme proposé de deux ans est satisfaisant, même s'ils estiment que l'examen gynécologique doit être annuel.

Pour les 30 gynécologues interviewés, le ressenti général est que le dépistage des femmes a lieu dans le cadre du suivi gynécologique et a souvent débuté dans le DI dès l'âge de 40 ans. Ils constatent que le dispositif du DOCS tel qu'il est conçu peut ne pas favoriser le suivi gynécologique car l'organisation de la mammographie en est indépendante. Si leur nom n'a pas été communiqué, les gynécologues ne reçoivent pas les résultats de la part de la SG et ceci est une demande forte qu'ils expriment dans les propositions d'amélioration du dispositif. Ils pensent également que, dans certaines situations, le délai entre deux mammographies est trop espacé. Plus de 50% d'entre eux estiment que la sensibilisation des femmes par le médecin généraliste est un élément important d'incitation. La moitié d'entre eux ne perçoit pas une réelle plus-value de la seconde lecture dans le DOCS. Lorsqu'ils reconnaissent l'intérêt de la deuxième lecture, ils voient également, dans le dispositif du DOCS, les avantages de la gratuité et des rappels par l'envoi des lettres aux femmes depuis la SG. Comme pour les médecins généralistes, le principal mode d'accès au DOCS évoqué est la lettre d'invitation, complétée des moyens spécifiques permettant de « prescrire » (ordonnanciers pré-imprimés ...).

Enfin, plus de 9 gynécologues sur 10 arguent de la complémentarité des dispositifs pour couvrir l'ensemble des femmes, en termes d'âge et de

situations particulières (antécédents familiaux à suivre dans le DI).

Pour les 32 radiologues interviewés, l'introduction du DOCS a visiblement favorisé l'accès au dépistage des femmes en général, notamment dans la tranche d'âge des 65 ans et plus, peu suivies sur le plan gynécologique. Certains radiologues constatent que les femmes suivies par les gynécologues présentent une tendance plus forte à rester dans le DI du fait de la prescription de ces praticiens. Cette prescription les place dans une situation qu'ils jugent délicate et ils ne se sentent pas toujours autorisés à modifier la prescription pour inclure la femme dans le DOCS. Ceci est d'autant plus marqué que la densité professionnelle du département est importante. Parmi les autres facteurs identifiés par les radiologues comme favorisant le DI, sont évoquées l'absence de perception de l'intérêt de la seconde lecture par les femmes, la volonté de disposer immédiatement de leurs clichés radiologiques et la conviction de certaines, de couche sociale élevée, d'un examen plus complet en DI. Plus de 9 radiologues interrogés sur 10 considèrent que leur influence sur la participation des femmes au DOCS est réelle, car l'orientation dans le dispositif peut être modifiée après la prise de rendez-vous dans le cabinet de radiologie, au moment où les explications sont données aux femmes sur les différences. Parmi les différences identifiées entre les deux dispositifs, l'existence d'une deuxième lecture dans le DOCS s'avère difficile à accepter par certains radiologues qui craignent d'être discrédités et remis en question dans leurs compétences.

La complémentarité des dispositifs DI et DOCS est bien perçue et les freins à l'adhésion de ces professionnels, en dehors de la question de la seconde lecture, se posent en termes de rémunération pour le secteur 2, du caractère coûteux des contrôles qualité des appareils, du coût de l'acheminement des clichés s'ils sont à la charge des cabinets de radiologie et du coût de l'archivage. Ils citent également les limites du DOCS pour les femmes ayant des seins denses, pour lesquels l'échographie est indispensable, selon eux.

Aucune difficulté n'est signalée à l'égard de la fiche d'interprétation des lectures, même si les deuxièmes lecteurs constatent une qualité de remplissage variable en première lecture. L'organisation de la deuxième lecture est jugée dans l'ensemble satisfaisante et les difficultés évoquées tiennent à l'impossibilité d'organiser les séances en soirée ou encore à la distance à parcourir.

Les pistes d'amélioration proposées sont principalement dirigées vers la sensibilisation des médecins prescripteurs et le maintien de l'indemnisation d'archivage des clichés du fait de l'apport incontestable, selon eux, de la mammographie numérique.

Discussion – conclusion

Pour toutes ces femmes, le rôle des professionnels de premier recours (médecin gynécologue ou généraliste) apparaît fondamental, même s'il se présente plus marqué pour les femmes en DI. Malgré l'existence de facteurs de résistance ou d'adhésion strictement intrinsèques à la femme, le rôle des professionnels dans l'orientation vers le type de dispositif de dépistage est perçu comme un facteur déterminant de leur adhésion et s'exerce également dans l'aide à la compréhension de l'organisation du DOCS. D'autres études, quantitatives [2] ou qualitatives [3;4], font ressortir le rôle incitatif du médecin généraliste ou spécialiste au titre de facteur explicatif statistiquement significatif de la participation.

Des arguments plaident en faveur d'une adhésion non optimale des professionnels généralistes, gynécologues et radiologues au DOCS, ne leur permettant pas d'endosser complètement leur rôle et d'exercer pleinement leur influence dans la décision des femmes à réaliser leur mammographie dans le cadre du DOCS. Bien que 9% des cancers dépistés le soient grâce à la seconde lecture [1], la valeur accordée à cette dernière dans le DOCS ne semble notamment pas suffisante pour emporter l'adhésion absolue de tous ces professionnels de santé, notamment des radiologues et gynécologues.

En ce qui concerne les médecins généralistes, une enquête quantitative [5] menée auprès de 600 d'entre eux avait mis en avant que le DOCS avait une image de qualité et de simplicité, que la mammographie était perçue comme un acte de prévention efficace et que les leviers principaux de la prescription du DOCS étaient la double lecture et le courrier d'invitation. Malgré cela, leur positionnement délicat lorsque la patiente est suivie par un gynécologue et le sentiment d'être parfois exclus du dispositif sont des freins exprimés, retrouvés par ailleurs dans d'autres études [6;7], même si les généralistes sont une majorité à déclarer recommander exclusivement le dépistage organisé aux femmes ciblées [5;8].

Les gynécologues expriment le sentiment d'être court-circuités par le dispositif, notamment par le fait qu'ils ne sont qu'exceptionnellement destinataires des résultats, et craignent de voir la notion de suivi gynécologique se réduire à l'examen radiologique bisannuel des seins [9].

Pour les radiologues, l'acceptation d'une deuxième lecture est parfois encore difficile. La modification de la prescription de confrères (DI vers DOCS, suppression de l'échographie si elle n'est pas jugée nécessaire...), notamment dans un contexte de densité médicale forte,

peut être difficile à gérer. Une étude menée en Île-de-France [10] soulignait également ce point. Une limite de l'étude est que les femmes ne réalisant aucun dépistage du cancer du sein n'étaient pas ciblées par l'enquête quantitative. Néanmoins, ce travail visait à identifier les éléments qui amènent les femmes à se faire dépister, que ce soit dans le cadre du DOCS ou du DI, afin d'en extraire les meilleurs arguments permettant aussi de convaincre celles ne réalisant pas de dépistage. L'exploitation à venir de groupes focus spécifiquement mis en place sur cette population de non-participantes apportera un complément important aux résultats de cette étude. De plus, dans cette enquête, la question des inégalités n'a pas été explorée. Cette thématique pourrait faire l'objet de travaux spécifiques complémentaires.

En conclusion, par la confiance que les femmes accordent aux praticiens, l'influence des professionnels s'exerce à la fois en amont, pour les faire entrer dans une logique de dépistage, et en aval, dans le choix du dispositif de DOCS ou du DI, dont les femmes ne maîtrisent pas les éléments décisifs. Il semble donc important de maintenir, voire

d'accentuer, la mobilisation de ces professionnels autour du DOCS pour tendre vers les résultats attendus de ce programme, notamment en termes de participation.

Références

- [1] Lastier D, Salines E, Rogel A. Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France : résultats 2009, évolutions depuis 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 12 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2012/Evaluation-du-programme-de-dépistage-organise-du-cancer-du-sein-en-France>
- [2] Gueguen J, Cadot E, Spira A. Pratiques du dépistage du cancer du sein à Paris : résultats de l'enquête Osapiens 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(37):332-5.
- [3] Ipsos santé, Institut national du cancer. Les femmes face au dépistage organisé du cancer du sein. Paris: Ipsos santé; 2005. 7 p.
- [4] Barreau B, Hubert A, Dilhuydy MH, Seradour B, Dilhuydy JM. Étude qualitative des facteurs déclenchants et bioculturels à la participation au dépistage organisé du cancer du sein : Bouches-du-Rhône et Charente. Psycho Oncol. 2008;2(1):13-20.
- [5] Médecins généralistes et dépistages des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique

INCa/BVA septembre 2010. Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer (Coll Enquête et Sondage); 2011. 20 p.

[6] Moreau C. Dépistage organisé du cancer du sein par les médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis : apport d'une enquête réalisée auprès de 337 médecins de la Seine-Saint-Denis. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Bobigny: Université de Paris 13; 2005. 101 p.

[7] Dubois C. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Créteil: Université de Paris 12 Val-de-Marne; 2007. 69 p.

[8] Blay JY, Eisinger F, Rixe O, Calazel-Benque A, Morere JF, Cals L, *et al.* Le programme Edifice : analyse des pratiques de dépistage du cancer en France. Bull Cancer. 2008;95(11):1067-73.

[9] Institut de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein. Bull Epidemiol Hebd. 2003;(4):13-28.

[10] Chapet M. Développement, pilotage et animation d'un dispositif de santé publique : l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein en Île-de-France [Mémoire pour le diplôme d'État d'Inspecteur de l'Action sanitaire et sociale]. Rennes: École nationale de santé publique; 2007. 77 p.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Dr Sandrine Danet, ATIH ; Dr Claire Fuhrman, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothee Grange, ORS Île-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Éric Jouglu, Inserm CépIDc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Guy La Roche, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Valérie Schwoebel, Cire Midi-Pyrénées ; Hélène Therre, InVS.