

Connaissances et participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein

M. Hsairi¹, R. Fakhfakh¹, R. Bellaaj² et N. Achour¹

المعارف والممارسات لدى الأطباء والقابلات في الرعاية الصحية الأولية في تونس حول تحري سرطانات الثدي وعنق الرحم

محمد حصابيري، رضوان ففخخ، رضا بلاعج، نور الدين عاشور

الخلاصة: قمنا بتقييم المعارف والممارسات حول سرطانات الثدي وعنق الرحم لدى 286 طبيباً و126 قابلة يعملون في الرعاية الصحية الأولية في تونس ممن استجابوا باستكمال استبيان لا يذكر فيه اسم المستجيب. وقد كانت الأسئلة تتعلق بالمعارف حول الوبائيات ومعدلات البقاء على قيد الحياة في المراحل الباكرة من سرطانات الثدي وعنق الرحم، وبالتدريب في هذا المجال، وبدرجات المساهمة في هذا التحري. وقد كانت المعلومات حول سرطان الثدي وعنق الرحم ضئيلة نسبياً لدى كل من الأطباء والقابلات، فيما كانت الممارسة المنهجية لطاخات بابانيكولاو أكثر تواتراً بشكل ملحوظ بين الأطباء والقابلات، وتنطبق هذه الملاحظة على الفحص السريري المنهجي للثدي. وقد كان غياب التدريب حول تطبيق لطاخات بابانيكولاو والعدد الكبير من الاستشارات هما العاملان الرئيسيان اللذان يتصاحبان سلبياً مع إجراء لطاخات بابانيكولاو وممارسة الفحص السريري للثدي.

RESUME Nous avons évalué les connaissances et les pratiques de 286 médecins et 126 sages-femmes exerçant dans les soins de santé primaires à Tunis en ce qui concerne les cancers du col utérin et du sein au moyen d'un auto-questionnaire anonyme. Les questions avaient trait aux connaissances de l'épidémiologie de ces deux cancers, aux chances de survie en cas de détection précoce, au suivi antérieur d'une formation dans ce domaine et au degré de participation à ce dépistage. Le niveau de connaissances épidémiologiques des deux cancers en Tunisie, aussi bien des médecins que des sages-femmes, est relativement modeste. La pratique systématique du frottis cervico-vaginal (FCV) a été significativement plus fréquente chez les sages-femmes que chez les médecins. Il en est de même pour l'examen systématique des seins. Le manque de formation en matière de pratique du FCV et le nombre élevé de consultants par jour ont été identifiés comme les principaux facteurs freinant respectivement la pratique du FCV et l'examen des seins.

Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers

ABSTRACT We assessed the knowledge and practices of breast and cervical cancer of 286 physicians and 126 midwives working in primary health care in Tunisia who responded to an anonymous questionnaire. Questions were related to knowledge of the epidemiology and survival rates in the early stages of breast and cervical cancers, to training in this domain and to the degree of involvement in this screening. The knowledge of the two cancers was relatively modest among both physicians and midwives. The systematic practice of Pap smear was significantly more frequent among midwives than physicians. The same result was observed for systematic clinical breast examination. Lack of training about carrying out Pap smears and the large number of consultations were the main factors negatively associated with systematic Pap smear and clinical breast examination practice.

¹Institut National de la Santé publique, Tunis (Tunisie).

²Service d'Hygiène hospitalière, Hôpital militaire, Tunis (Tunisie).

Reçu : 23/06/02 ; accepté : 21/11/02

Introduction

L'importance du rôle des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein a été largement démontrée par plusieurs auteurs [1-3].

Les médecins généralistes ainsi que les sages-femmes peuvent contribuer efficacement à la sensibilisation, l'information et la motivation des femmes vis-à-vis du dépistage [4-7]. En effet, ces médecins et sages-femmes touchent une large population et sont écoutés par leurs patients qui leur font confiance [8] ; ils peuvent ainsi conseiller ou inciter les femmes concernées à participer au dépistage organisé s'ils ont été eux-mêmes formés ou au minimum informés. Ils peuvent aussi contribuer à la réalisation systématique du frottis cervico-vaginal (FCV), l'examen physique des seins, l'apprentissage aux femmes de l'auto-examen des seins et l'orientation-recours des femmes pour la mammographie.

Leur adhésion aux programmes de dépistage serait d'autant plus importante s'ils étaient impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes [8].

En Tunisie, le dépistage de masse du cancer du col utérin par le FCV et du cancer du sein par l'examen physique des seins et la mammographie pour les femmes à risque élevé a été retenu et est sur le point d'être mis en place. L'objectif de ce travail est de décrire les connaissances et la participation des médecins et des sages-femmes exerçant en première ligne au Grand Tunis vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein.

Méthodologie

Le programme national de lutte contre le cancer accorde une place importante aux

médecins et aux sages-femmes exerçant en première ligne, notamment en matière de dépistage des cancers du sein et du col utérin. C'est ainsi que les médecins et les sages-femmes devront appliquer les méthodes de dépistage (frottis cervico-vaginal, examen physique des seins, demande de mammographie de dépistage pour les femmes à risque élevé), motiver les femmes pour adhérer au dépistage, suivre les cas qui se sont révélés positifs au dépistage et assurer une bonne coordination avec les laboratoires de cytologie, les centres de mammographie, les structures de traitement des malades cancéreux. Ils sont amenés aussi à détecter une éventuelle extension de la tumeur ou l'apparition d'autres complications.

La population féminine âgée de 20 ans et plus résidant au Grand Tunis est caractérisée par un niveau de scolarisation assez modeste ; en effet, selon les données de l'Institut National de Statistiques pour l'année 2000 (données non publiées), 60,7 % de ces femmes n'ont pas dépassé le cycle de l'enseignement primaire, 30,3 % n'ayant pas été scolarisées. Par ailleurs, 61,7 % de ces femmes sont au foyer, s'occupant de tâches ménagères.

Le niveau de recours au dépistage du cancer du sein de cette population est relativement modeste puisque, selon les résultats d'une enquête menée dans le gouvernorat de l'Ariana (gouvernorat appartenant au district de Tunis), uniquement 22,4 % des femmes ont eu recours au dépistage du cancer du sein [9]. Le niveau de connaissances de cette population est relativement faible pour ce qui est des facteurs de risque de ce cancer, contrastant avec une attitude positive vis-à-vis du dépistage observée chez 60 % des femmes.

L'enquête s'est déroulée au cours du dernier trimestre 2001. Les 346 médecins et 138 sages-femmes exerçant dans les

structures de première ligne au Grand Tunis ont été invités à répondre à un auto-questionnaire anonyme. Ce questionnaire comporte un préambule expliquant l'intérêt de l'étude pour sensibiliser les médecins et les sages-femmes à répondre soigneusement aux différentes questions. Au total, 24 questions ont été posées.

Les données recueillies avaient trait aux caractéristiques socio-professionnelles, aux connaissances épidémiologiques sur le cancer en Tunisie (incidence, létalité, principaux facteurs de risque), aux connaissances sur les indications du dépistage de masse des deux cancers, aux chances de survie en cas de détection précoce, au suivi antérieur d'une formation spécifique dans ce domaine, à la participation effective à ce dépistage et enfin aux principales recommandations proposées pour réussir un programme de dépistage de masse de ces deux localisations cancéreuses. Les données relatives aux connaissances ont été le plus souvent de type ouvert et celles se rapportant aux attitudes et comportements de type semi-fermé.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info (version 6) et analysées à l'aide du logiciel STATA (version 6). L'incidence du cancer du sein et du cancer du col utérin a été estimée en Tunisie respectivement à 5,8 pour 100 000 et 19,7 pour 100 000 pour la période 1993-1997 [10].

Ont été considérées comme réponses correctes les valeurs entre 2 et 10/100 000 pour le cancer du col utérin et entre 15 et 25/100 000 pour le cancer du sein.

Le test de Student a été utilisé pour la comparaison de moyennes et le test du khi-carré pour la comparaison de pourcentages. La régression logistique a été utilisée pour l'ajustement multivarié dans le but d'identifier les facteurs associés à la pratique systématique du FCV et l'examen des seins.

Résultats

Au total 286 médecins et 126 sages-femmes ont répondu au questionnaire, soit des taux de réponse respectivement de 82,6 % et 91,3 %.

Caractéristiques socio-professionnelles

Le Tableau 1 résume les principales caractéristiques socio-professionnelles de ce personnel de santé ayant été interrogé. La majorité (86,2 %) exerce en milieu urbain. Parmi les médecins interrogés, 65,7 % sont de sexe féminin. L'ancienneté d'exercice moyenne est de $14,6 \pm 5,8$ ans pour les médecins et $19,6 \pm 6,6$ ans pour les sages-femmes ($p < 0,001$).

Niveau des connaissances de l'épidémiologie des cancers du col utérin et du sein (Tableau 2)

Les médecins sont significativement plus au courant que les sages-femmes de l'existence d'un registre du cancer (51,6 % vs 32,5 % $p < 0,001$). Quant à l'incidence du

Tableau 1 Caractéristiques socio-professionnelles

Caractéristiques	Effectif	Valeur
<i>Milieu</i>		
Urbain	355	86,2 %
Rural	57	3,8 %
<i>Statut professionnel</i>		
Médecin homme	98	23,8 %
Médecin femme	188	45,6 %
Sage-femme	126	30,6 %
<i>Ancienneté d'exercice (moyenne \pm ET)</i>		
Médecins	286	$14,6 \pm 5,8$ ans
Sages-femmes	126	$19,6 \pm 6,6$ ans

ET : écart type.

Tableau 2 Niveau des connaissances de l'épidémiologie du cancer du col utérin et du cancer du sein

Connaissances	Médecins (n = 286)	Sages-femmes (n = 126)	p
	%	%	
Connaissance de l'existence d'un registre du cancer	51,6	32,5	< 0,001
Connaissance de l'incidence en Tunisie du cancer			
Cancer du col utérin	11,3	10,4	NS
Cancer du sein	13,4	5,6	< 0,05
Survie à 5 ans au stade infraclinique \geq 80 %			
Cancer du sein	85,8	78,0	NS
Cancer du col utérin	85,1	76,7	0,13

NS : différence non significative.

cancer du col et du cancer du sein, elle est rarement connue aussi bien par les médecins que par les sages-femmes, puisqu'uniquement 11,3 % des médecins et 10,4 % des sages-femmes ont donné une réponse correcte pour l'incidence du cancer du col et 13,4 % des médecins et 5,6 % des sages-femmes ($p < 0,05$) pour le cancer du sein.

Quant à l'efficacité du dépistage des cancers du col et du cancer du sein, 85,1 % des médecins et 76,7 % des sages-femmes ($p = 0,13$) ont répondu que la survie du cancer du col utérin au stade infraclinique dépasse 80 % ; ces proportions sont de 85,8 % et 78,0 % pour le cancer du sein, respectivement pour les médecins et les sages-femmes.

Pratique du frottis cervico-vaginal et de l'examen physique des seins (Tableau 3)

Frottis cervico-vaginal

Ce sont les sages-femmes qui ont significativement le plus bénéficié d'un apprentissage de la pratique du frottis cervico-vaginal (92,7 %), suivies des médecins femmes (60,1 %), alors qu'uniquement 47,8 % des médecins hommes en ont bénéficié ($p < 0,001$).

La pratique à titre systématique du FCV est aussi significativement plus fréquente chez les sages-femmes (45,9 %) que chez les médecins femmes (18,3 %) et les médecins hommes (10 %) ($p < 0,001$).

Parmi ces médecins hommes, 45,6 % ne pratiquent jamais de FCV contre 39,0 % des médecins femmes et uniquement 5,7 % des sages-femmes.

Les motifs avancés par les médecins hommes pour justifier ce comportement sont le manque de formation (26,7 %), la réticence des femmes (23,3 %), le manque d'outils nécessaires pour la réalisation de cet examen (21,7 %) et l'absence de table gynécologique (18,3 %).

Par contre chez les médecins femmes, les motifs ont été principalement le manque d'outils (24,4 %), la non-adaptation de la salle de consultation (22,2 %) et l'absence de table gynécologique (20,0 %).

Examen physique des seins

Ce sont encore les sages-femmes qui pratiquent plus fréquemment l'examen des seins ; en effet parmi elles, 59,2 % le font systématiquement et 36,7 % pour les femmes à risque élevé, alors qu'uniquement 17,7 % des médecins hommes et 18,3 %

Tableau 3 Pratique du frottis cervico-vaginal et de l'examen physique des seins

Pratique	Médecins hommes (n = 98) %	Médecins femmes (n = 188) %	Sages-femmes (n = 126) %	p
<i>Frottis cervico-vaginal</i>				
Ayant appris à faire un FCV	47,8	60,1	92,7	< 0,001
<i>Pratique du FCV</i>				
systématiquement	10	18,3	45,9	
pour les femmes à risque	24,4	27,4	43,4	< 0,001
rarement	20,0	15,2	4,9	
jamais	45,6	39,0	5,7	
<i>Examen des seins</i>				
Ayant appris à faire l'examen des seins	95,8	93,6	92,6	NS
<i>Pratique de l'examen des seins</i>				
systématiquement	17,7	18,3	59,2	
pour les femmes à risque	44,8	69,4	36,7	< 0,001
rarement	34,4	9,4	4,2	
jamais	3,1	2,8	0	

NS : différence non significative.

FCV : frottis cervico-vaginal.

des médecins femmes effectuent cet examen à titre systématique. Les médecins indiquent plus souvent cet examen pour les femmes à risque élevé (44,8 % des médecins hommes et 69,4 % des médecins femmes).

Facteurs associés à la pratique systématique du frottis cervico-vaginal et de l'examen physique des seins

Frottis cervico-vaginal

L'analyse des facteurs associés à la pratique systématique du FCV chez les médecins a mis en évidence que cette dernière tend à être significativement plus fréquente chez les médecins exerçant en milieu urbain (16,7 % vs 5,6 % p = 0,08) de sexe féminin (18,1 % vs 9,9 % p = 0,08), ayant un

nombre relativement moins élevé de consultants par jour (21,2 ± 10,3 vs 27,8 ± 13,7 p < 0,01). Par contre l'ancienneté dans l'exercice de la profession ne semble pas jouer un rôle (14,6 ± 5,8 vs 14,5 ± 6,2) (Tableau 4).

L'analyse multivariée à l'aide de la régression logistique (Tableau 5) montre que c'est surtout le suivi d'une formation qui a été significativement associé à la pratique du FCV [OR = 2,8 (1,0-7,7) p = 0,05]. Il existe toutefois une tendance à la signification pour le milieu urbain [OR = 4,7 (0,6-37,6) p = 0,14] et le nombre de consultants par jour [OR = 0,9 (0,9-1,0) p = 0,18] ; par contre les médecins femmes ne semblent pas pratiquer plus fréquemment que leurs collègues de sexe masculin le FCV [OR = 1,1 (0,4-3,0)].

Tableau 4 Facteurs associés à la pratique systématique du frottis cervico-vaginal et de l'examen des seins par les médecins - analyse univariée

Facteurs	Pratique du frottis cervico-vaginal	p	Examen systématique des seins	p
<i>Milieu (%)</i>				
Urbain	16,7	0,08	20,0	0,07
Rural	5,6		7,7	
<i>Ancienneté d'exercice (ans) (moyenne ± ET)</i>				
Pratique systématique	14,6 ± 5,8	NS	14,5 ± 5,8	NS
Pratique non systématique	14,5 ± 6,2		15,0 ± 6,2	
<i>Nombre moyen de consultants par jour (moyenne ± ET)</i>				
Pratique systématique	21,2 ± 10,3	<0,01	21,9 ± 10,6	<0,01
Pratique non systématique	27,8 ± 13,7		27,2 ± 13,4	
<i>Ayant appris à faire cet acte (%)</i>				
Oui	17,5	NS	19,3	0,07
Non	11,7		0,0	
<i>Sexe (%)</i>				
Hommes	9,9	0,08	17,5	NS
Femmes	18,1		18,7	

ET : écart type.

NS : différence non significative.

Examen physique des seins

Le nombre moyen de consultants par jour a été significativement moins élevé chez les médecins assurant cette pratique systématique d'examen des seins. Il existe une tendance à la signification pour le milieu (20,0 % en milieu urbain vs 7,7 % en milieu rural $p = 0,07$) et pour le suivi antérieur d'une formation pour cet acte (19,3 % vs 0,0 % $p = 0,07$). Par contre, l'ancienneté d'exercice ne semble pas avoir une influence dans la pratique de cet examen (Tableau 4).

L'analyse multivariée à l'aide du modèle logistique (Tableau 5) a mis en évidence que la pratique de l'examen des seins est significativement plus fréquente chez les médecins ayant un nombre peu élevé de

consultants par jour. Les médecins femmes ont tendance à pratiquer plus souvent l'examen des seins [OR = 1,8 (0,8-4,0) $p = 0,14$].

Éléments de réussite d'un programme de dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein

La majorité des médecins et des sages-femmes (82,8 %) pensent que la sensibilisation des femmes par les médias devrait occuper une place importante dans la réussite d'un programme de dépistage. Les autres éléments jugés importants sont la sensibilisation individuelle des femmes (73,5 %) suivie de l'identification des femmes ciblées par le programme (71,1 %)

Tableau 5 Facteurs associés à la pratique systématique par les médecins du frottis cervico-vaginal et de l'examen des seins - application du modèle logistique

Facteurs	Frottis cervico-vaginal			Examen des seins		
	OR	IC _{OR} 95 %	p	OR	IC _{OR} 95 %	p
<i>Milieu</i>						
Rural	1	–		1		
Urbain	4,7	0,6-37,6	0,14	1,7	0,5-6,0	NS
<i>Sexe</i>						
Hommes	1	–		–		
Femmes	1,1	0,4-3,0	NS	1,8	0,8-4,0	0,14
<i>Ayant appris à faire cet acte*</i>	2,8	1,0-7,7	0,05	–	–	–
<i>Nombre moyen de consultants par jour</i>	0,9	0,9-1,0	0,18	0,9	0,8-0,9	<0,05

*Ce facteur n'a pas été retenu par le modèle pour l'examen systématique des seins.
NS : différence non significative.

et, à un degré beaucoup moindre, l'organisation sous forme de consultations spécialisées de ce dépistage (37,1 %), la convocation des femmes défaillantes (34,5 %) et la tenue de l'échéancier (29,1 %).

Discussion

Plusieurs études ont mis l'accent sur le rôle des médecins de première ligne dans la réussite des programmes de dépistage de masse du cancer du col utérin et du cancer du sein [11-15]. D'autres études ont mis en relief le rôle important du personnel paramédical dans la bonne marche de ces programmes [16-19].

Cette étude menée auprès des médecins et des sages-femmes exerçant en première ligne au Grand Tunis a mis en évidence un niveau assez modeste de la connaissance de la situation épidémiologique en Tunisie des cancers du sein et du col utérin aussi bien chez les sages-femmes que chez les médecins. Le suivi d'une formation en matière de pratique du FCV est relativement faible

chez les médecins comparés aux sages-femmes dont 92,7 % ont bénéficié d'une telle formation. La pratique à titre systématique du FCV et de l'examen des seins est relativement faible chez les médecins et est modérée chez les sages-femmes.

Sur le plan méthodologique, les taux de réponse de 82,6 % chez les médecins et 91,3 % chez les sages-femmes sont satisfaisants comparés à d'autres études ayant enregistré des taux de réponse parfois inférieurs à 70 % [20-22].

Le manque de connaissances en matière d'épidémiologie des cancers du sein et du col utérin aussi bien chez les sages-femmes que chez les médecins ainsi que le manque de formation pratique, particulièrement chez les médecins, pour effectuer un FCV mettent l'accent sur l'importance d'une formation organisée dans ce domaine. Ce manque de connaissances et de formation en matière de dépistage est souvent observé avant le démarrage ou au début de la mise en place de ces programmes de dépistage. Ainsi, dans une étude menée en France par E. Monnet et al [6] 18 mois après le démar-

rage du programme pilote de dépistage du cancer du col utérin, le niveau de connaissance du contenu de ce programme était modeste ; en effet 58 % avaient déclaré que le dépistage pouvait être indiqué avant l'âge de 21 ans et devrait être interrompu à partir de 60 ans, et uniquement 49 % des médecins prescrivaient le FCV aux femmes. Watson [20] avait rapporté que parmi les 259 médecins interrogés, uniquement 32 % avaient répondu correctement aux questions testant le niveau de connaissances relatives au dépistage des cancers du sein et de l'ovaire.

Cockburu [22] a observé qu'uniquement 25 % des 200 médecins généralistes interrogés à Sydney savaient que le risque de cancer du sein augmentait avec l'âge et seulement 30 % des médecins déclaraient que le dépistage de masse par la mammographie n'était pas efficace avant l'âge de 50 ans.

Dans notre étude, les sages-femmes assurent plus fréquemment cette activité de dépistage, particulièrement la pratique du FCV. Ces sages-femmes devraient jouer un rôle important dans cette action de dépistage des cancers chez les femmes relevant de la promotion de la santé génésique.

Concernant les médecins, il y a une tendance significative à une pratique plus fréquente de l'examen des seins par les médecins femmes. Plusieurs études ont rapporté cette meilleure adhésion des médecins femmes comparées à leurs homologues hommes, aussi bien pour le dépistage du cancer du col utérin que du cancer du sein [23-29]. Dans une étude menée au Canada auprès des médecins exerçant en milieu rural, les femmes demandaient fréquemment à être envoyées chez un médecin femme pour le FCV et l'examen des seins [30].

Cette meilleure adhésion des médecins femmes aux actions de dépistage des

cancers chez la femme serait expliquée du moins partiellement par une certaine réticence des femmes à se faire examiner par un médecin homme, d'autant plus que ces femmes ne présentent pas de signes d'appel.

Une meilleure sensibilisation des femmes associée à une formation adéquate des médecins contribuerait à atténuer l'effet de ces barrières.

Cette formation des médecins, mais aussi des sages-femmes, devrait constituer une priorité dans tout programme de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin. Elle devra aborder, de par la place essentielle qu'occupent les médecins et les sages-femmes dans le dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein, plusieurs aspects : épidémiologiques, cliniques, évolutifs, méthodes de dépistage, aspects psychologiques et organisationnels.

En effet, les médecins et les sages-femmes sont présents à tous les stades du dépistage. En tant que conseillers, ils jouent un rôle essentiel pour motiver les femmes. Après la détection d'une lésion suspecte, ils ont un rôle d'orientation et de suivi dont l'importance est capitale. Leur action est à la fois clinique et psychologique pour chaque femme concernée. D'autre part, pour garantir une bonne efficacité du dépistage, il ne suffit pas de détecter les lésions suspectes ; il faut qu'on procède ensuite, grâce à des examens complémentaires, au diagnostic des lésions, que l'on traite celles qui le nécessitent.

Toute insuffisance au niveau d'un maillon de cette chaîne retentit sur l'efficacité du système et réduit l'intérêt du dépistage. C'est ainsi que pour réduire au maximum les pertes de vue, les médecins et les sages-femmes exerçant dans les structures périphériques procèdent à un suivi régulier et exhaustif de toutes les femmes porteuses de lésions suspectes et

rassemblent les informations les concernant. Les messages à transmettre au cours de ces formations devraient être soigneusement examinés pour éviter des effets adverses, comme cela a été le cas en France en Haute-Savoie, où il a été observé que la pratique du FCV était significativement moins fréquente dans le groupe ayant bénéficié d'une formation préalable, comparé au groupe témoin [31]. L'élaboration d'un guide de formation est nécessaire, mais non suffisante ; c'est ainsi qu'en Australie, il a été observé que la majorité des médecins ne suivaient pas les recommandations dans le guide relatif au dépistage du cancer du col utérin, principalement en ce qui concerne la tranche d'âge et la périodicité [32]. En plus des modules d'enseignement qui devront être soigneusement préparés, des séminaires de formation, en invitant des experts de la question [19], devront être organisés, abordant les aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs de l'intérêt et des techniques de dépistage, sans oublier les aspects psychologiques liés à ce dépistage.

Les stages de courte durée dans des services assurant le diagnostic et/ou le traitement de ces cancers sont recom-

mandés. Ces séminaires de formation devront être relayés par des actions de supervision menées par des compétences reconnues [33].

Enfin, les méthodes informatiques [11,34] «Computer-reminder system» ont fait leurs preuves dans certains pays et il serait souhaitable de les utiliser quand cela est possible.

Conclusion

Les médecins exerçant dans les structures de première ligne au Grand Tunis ne sont pas suffisamment préparés pour les actions de dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein. Leur niveau de connaissances épidémiologiques de ces cancers est relativement modeste et leur participation à la pratique surtout du FCV est assez faible, contrairement aux sages-femmes qui pourraient constituer un élément positif précieux pour la réussite de ces actions.

Des actions de formation et de sensibilisation en matière de dépistage et de suivi des cas positifs sont très recommandées, à travers l'organisation de séminaires ou d'actions de supervision.

Références

1. Austoker J. Screening for cervical cancer. *British medical journal*, 1994, 309:241-8.
2. Miller AB, et al. Report of national workshop on screening for cancer of cervix. *Canadian Medical Association journal*, 1991, 145:1301-25.
3. Coleman D et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Europe against cancer program, *European journal of cancer*, 1993, 29A:S1-38.
4. Austoker J. Cancer prevention in primary care: screening for cervical cancer. *British medical journal*, 1994, 309:24-8.
5. Boon ME, Beck S, Wijsman-Grootendorst A. Involving the general practitioner in screening for cervical cancer. *Cytology*, 1994, 5:69-75.
6. Monnet E et al. Knowledge and participation of general practitioners in cervical cancer screening: survey in a French pilot area. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1998, 46:108-14.

7. Van Hal G et al. Can Flemish women in semi-rural areas be motivated to attend organized breast cancer screening *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1999, 47:119-27.
8. El Sawy AA. Le vécu du dépistage par le médecin généraliste. *Bulletin du cancer*, 1996, 83:761-3.
9. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellâaj R, Achour N. Connaissances, attitudes et comportements des femmes résidant dans deux régions du Nord de la Tunisie vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. *Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2003, 9(1/2):87-98.
10. Hsairi M, et al. Estimation à l'échelle nationale de l'incidence des cancers en Tunisie, 1993-1997. *Tunisie médicale*, 2002, 80:57-64.
11. Kupets R, Covens A. Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians. *Gynecology and oncology*, 2001, 83:186-97.
12. McAuley RG, Rand C, Levine M. Recruiting women for breast screening. Family physician model strategy. *Canadian family physician*, 1997, 43:883-8.
13. Clover K et al. Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mammographic screening. *Preventive medicine*, 1996, 25:126-34.
14. Eaker S, Adami HO, Sparen P. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Preventive medicine*, 2001, 32:482-91.
15. Gill JM, McClellan SA. The impact of referral to a primary physician on cervical cancer screening. *American journal of public health*, 2001, 91:451-4.
16. Lea JS, Miller DS. Optimum screening interventions for gynecologic malignancies. *Texas medicine*, 2001, 97:49-55.
17. Twinn S, Cheng F. A case study of the effectiveness of nurse-led screening programmes for cervical cancer among Hong Kong Chinese women. *Journal of advanced nursing*, 1999, 29:1089-96.
18. Hyman I et al. The role of physicians in mammography referral for older Caribbean women in Canada. *Medscape women's health*, 2001, 6:6.
19. Young JM, Ward JE. Strategies to improve cancer screening in general practice: are guidelines the answer? *Family practice*, 1999, 16:66-70.
20. Lee MM, et al. Cancer screening practices among primary care physicians serving Chinese Americans in San Francisco. *Western journal of medicine*, 1999, 170:148-55.
21. Watson E, et al. Evaluation of the impact of two educational interventions on GP management of familial breast/ovarian cancer cases: a cluster randomised controlled trial. *British journal of general practice*, 2001, 51:817-21.
22. Cockburn J et al. Encouraging attendance at screening mammography: knowledge, attitudes and intentions of general practitioners. *Medical journal of Australia*, 1989, 151:391-6.
23. Desnick L et al. Clinical breast examination in primary care: perceptions and predictors among three specialties. *Journal of women's health*, 1999, 8:389-97.
24. Roetzheim RG et al. Compliance with screening mammography. Survey of primary care physicians. *Journal of the Florida Medical Association*, 1991, 78: 426-9.

25. Herman CJ, Lengerich EJ, Stoodt G. Variation in recommendations for breast and cervical cancer screening among primary care physicians in North Carolina 1995. *Southern medical journal*, 1996, 89:583-90.
26. Herman CJ, Hoffman RM, Altobelli KK. Variation in recommendations for cancer screening among primary care physicians in New Mexico. *Journal of community health*, 1999, 24:253-67.
27. Ward J, Donnelly N, Holt P. Impact in general practice of the policies of the organised approach to preventing cancer of the cervix. *Australia and New Zealand journal of public health*, 1998, 22:336-41.
28. Reid SE, Simpson JM, Britt HC. Pap smears in general practices: a secondary analysis of the Australian Morbidity and Treatment survey 1990 to 1991. *Australia and New Zealand journal of public health*, 1997, 21:257-64.
29. Herman CJ, Lengerich EJ, Stoodt G. Variation in recommendations for breast and cervical cancer screening among primary care physicians in North Carolina, 1991. *Southern medical journal*, 1996, 89(6):583-90.
30. Ahmad F et al. Rural physician perspectives of cervical and breast cancer screening: a gender based analysis. *Journal of women's health gender-based medicine*, 2001, 10:201-8.
31. Boissel JP et al. Education program for general practitioners on breast and cervical cancer screening: a randomized trial. PRE.SA.GF collaborative group. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1995, 43:541-7.
32. Wai D et al. Have the most recent Pap smear guidelines affected GP practices? *Australian family physician*, 1996, suppl. 1:S44-8.
33. Stevens SA et al. An evaluation of educational outreach to general practitioners as part of statewide cervical cancer screening program. *American journal of public health*, 1997, 87:1177-81.
34. Hermens RP et al. Do general practices adhere to organizational guidelines for effective cervical cancer screening? *Family practice*, 1998, 15:112-8.