

Connaissances, attitudes et comportements des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein

M. Heairi,¹ R. Fakhfakh,¹ R. Bollaaj² et N. Achour¹

معارف المرأة ومواقفها وسلوكها إزاء تحري سرطان الثدي
محمد حصابيري، رضوان فخفاخ، رضا بلعج، نور الدين عاشور

الخلاصة: استهدفت هذه الدراسة وصف معارف النساء ومواقفهم وسلوكهم إزاء طرق تحري سرطان الثدي في منطقتين في شمال تونس. وقد تم انتقاء 936 امرأة من منطقة أريانا الحضرية، و993 امرأة من منطقة رضوان الريفية، حيث قُمنَ بالإجابة عن استبيان حول إدراكهم لخطورة سرطان الثدي، وتعرض المرأة له، وبجاعة التحري ومدى إقبالهن على إجراء فحص التحري. وبيّنت الدراسة زيادة ملموسة في تواتر تحري سرطان الثدي في أريانا بطريقتي الفحص السريري للثدي والتصوير الشعاعي للثدي، ولو أن مستوى الإقبال على التحري ما يزال متواضعاً. وعلى عكس هذا الانخفاض في تحري سرطان الثدي يلاحظ موقف إيجابي من طرق تحري سرطان الثدي. وتبين الدراسة أن العوامل المرتبطة إيجابياً بالإقبال على التحري هي الميش في المناطق الحضرية، والسّن المتراوح بين 35 و49 عاماً، ومستوى التعليم، وإدراك المرأة لتقدم طرق معالجة السرطان في تونس.

RESUME L'objectif de ce travail était de décrire les connaissances, attitudes et comportements des femmes vis-à-vis des méthodes de dépistage du cancer du sein dans deux régions du nord de la Tunisie. Ainsi 936 femmes résidant à l'Ariana (région urbanisée) et 993 femmes résidant à Zaghouan (région rurale) ont été choisies et ont répondu à un questionnaire sur leur perception de la gravité du cancer du sein, la vulnérabilité des femmes, l'efficacité du dépistage et le recours au dépistage. Le recours au dépistage était significativement plus fréquent à l'Ariana pour l'examen physique des seins et la mammographie mais demeure assez modeste. Ce faible recours au dépistage du cancer du sein contraste avec une attitude positive vis-à-vis des méthodes de dépistage de ce cancer. Les facteurs associés positivement au recours au dépistage sont la résidence en milieu urbain, l'âge compris entre 35 et 49 ans, le niveau d'instruction et la perception des progrès accomplis dans le domaine du traitement des cancers en Tunisie.

Knowledge, attitudes and behaviours of women towards breast cancer screening

ABSTRACT The objective of this study was to describe knowledge, attitudes and behaviour of women towards breast cancer screening methods in two regions of north Tunisia. Thus 936 women from Ariana (urban region) and 993 women from Zaghouan (rural region) were selected and answered a questionnaire on their perception of the gravity of breast cancer, the vulnerability of women, the efficacy of screening and their use of screening. The use of screening was significantly more frequent in Ariana for both clinical breast examination and mammography, but screening use was modest. This low use of breast cancer screening contrasts with a positive attitude to breast cancer screening methods. The factors positively associated with use of screening were urban residence, age between 35 and 49 years, educational level and the perception that cancer treatment had advanced in Tunisia.

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

²Hôpital militaire, Tunis (Tunisie).

Reçu : 03/04/02 ; accepté : 06/08/02

Introduction

Le cancer du sein ne peut faire l'objet d'une prévention primaire, car on ne lui connaît pas encore de facteurs de risque maîtrisables et susceptibles de faire l'objet d'actions de prévention. Seule la détection précoce associée à un traitement adéquat peut améliorer le pronostic de la maladie.

L'intérêt du dépistage du cancer du sein, particulièrement par la mammographie de masse, pour réduire la mortalité liée à cette maladie a été démontré par plusieurs essais randomisés pour les femmes âgées de 50 à 69 ans notamment aux Etats-Unis [1-3], en Suède [4,5], au Canada [6,7] et en Grande-Bretagne [8,9]. D'autres expériences menées selon des modalités différentes en Grande-Bretagne [10], aux Pays-Bas [11] et en Italie [12] ont conduit à des résultats identiques. Des méta-analyses effectuées sur des essais randomisés ont rapporté des valeurs du risque relatif de 0,70 pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui réduirait la mortalité par ce cancer de 30 % [13].

Bien que l'auto-examen et l'examen physique systématique des seins n'aient pas fait preuve de leur efficacité dans la réduction de la mortalité par ce cancer [14,15], ces deux méthodes pourraient contribuer à réduire la taille tumorale au diagnostic, d'autant plus que la moyenne du diamètre tumoral qui a été rapportée en Tunisie dépasse 5 cm [16].

Toutefois, l'efficacité de ces actions de dépistage est largement tributaire du taux de couverture de la population cible par le dépistage et par conséquent du degré d'adhésion des femmes à ces programmes. L'OMS estime que pour la mammographie systématique, il est nécessaire d'atteindre une couverture de 70 % pour espérer une réduction de la mortalité par cancer du sein [17]. C'est ainsi que la sensibilisation des

femmes au dépistage du cancer du sein revêt une importance considérable pour la réussite de ces actions.

Pour bien réussir ces actions de sensibilisation, il est nécessaire de procéder à l'analyse des connaissances, attitudes et comportements des femmes cibles vis-à-vis du dépistage de ce cancer. C'est l'objet de ce travail qui vise à décrire les connaissances, attitudes et comportements des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein dans deux gouvernorats du nord de la Tunisie, l'un plutôt urbain (Ariana) et le deuxième plutôt rural (Zaghouan).

Méthodes

Femmes ciblées par le dépistage

Il s'agit des femmes âgées de 20 à 60 ans, résidant dans les gouvernorats de l'Ariana et de Zaghouan, deux gouvernorats du nord de la Tunisie, contrastés sur le plan de l'urbanisation. Le gouvernorat de l'Ariana, plus urbanisé, est le siège d'une expérience pilote de dépistage du cancer du sein par la mammographie.

Au total, 1000 femmes dans chaque gouvernorat ont été prévues. Ces femmes ont été choisies en utilisant la méthode des quotas, prenant en compte l'âge, le niveau d'éducation et le milieu de résidence (urbain/rural), en se basant sur les statistiques de l'Institut National de Statistique pour l'année 2000 (données non publiées).

Recueil de données

L'enquête se fait par questionnaire administré par un enquêteur. Les données recueillies ont trait d'une part aux caractéristiques socio-démographiques et éducationnelles des femmes. D'autre part, en s'inspirant du *Health belief model* [18], nous avons inclus des données relatives aux connaissances sur le cancer et sur le dépistage, à la

perception de la gravité de cette affection, à la perception de la vulnérabilité propre des femmes à travers leurs connaissances des profils à risque élevé, à l'efficacité du dépistage, à l'attitude des femmes vis-à-vis du dépistage et enfin au recours des femmes à la pratique de l'auto-examen des seins, au recours au médecin ou à la sage-femme à titre systématique pour l'examen des seins et au recours à la mammographie de dépistage.

Analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info (version 6) et analysées à l'aide du logiciel STATA (version 6). La recherche d'association entre les variables a été effectuée à l'aide des tests du khi-carré, de Student et de la régression logistique pour les besoins d'ajustements multivariés.

Résultats

Au total, 1929 femmes ont interrogées dont 936 résident à l'Ariana et 993 à Zaghouan. L'âge moyen est de $36,84 \pm 12,00$ ans, avec des valeurs de la médiane, du premier et du troisième quartile respectivement de 35 ans, 27 ans et 45 ans.

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques socio-démographiques qui sont sensiblement identiques à la population de référence de chaque gouvernorat.

Niveau de connaissances des femmes sur l'existence d'un profil à risque élevé pour le cancer du sein et perception de la nature et de l'efficacité des méthodes de dépistage (Tableau 2)

La perception de l'existence d'un profil à risque élevé pour le cancer du sein est significativement plus élevée à l'Ariana (25,2 % contre 18,1 % $p < 0,001$). Les principaux facteurs de risque qui ont été les

plus cités sont le fait de ne pas avoir allaité (35,8 %), l'hérédité (13,1 %), le tabagisme (10,9 %) et la négligence des femmes de leur santé (10,3 %). L'âge moyen du début du cancer du sein a été situé par les femmes interrogées à 35,2 ans. Concernant la connaissance de la nature des différentes méthodes de dépistage, l'auto-examen des seins a été significativement plus fréquemment cité à l'Ariana (61,8 % contre 47,5 % $p < 0,001$) alors que pour les autres méthodes (examen physique, mammographie), elles ont été plus fréquemment citées à Zaghouan.

Pour ce qui est de la perception de l'efficacité du dépistage sur les chances de guérison du cancer du sein, les femmes résidant à l'Ariana ont été plus confiantes dans le dépistage puisque 68,9 % d'entre elles pensent que le cancer guérit s'il est dépisté contre 62,4 % des femmes résidant à Zaghouan ($p < 0,01$).

Quant à la perception des progrès enregistrés en Tunisie dans le domaine du traitement des cancers, les femmes résidant à l'Ariana ont été plus optimistes ; en effet, 44,9 % d'entre elles pensent que les progrès ont été très satisfaisants contre 37,6 % des femmes résidant à Zaghouan ($p < 0,001$).

Attitude des femmes vis-à-vis du dépistage

Les femmes résidant à l'Ariana sont plus favorables au dépistage du cancer du sein ; en effet, 82,5 % parmi ces femmes acceptent d'une part qu'on leur annonce le diagnostic de cancer contre 73,3 % à Zaghouan ($p < 0,001$) et 86,8 % d'entre elles sont favorables à encourager les autres femmes à recourir au dépistage du cancer contre 76,7 % à Zaghouan ($p < 0,001$).

Les principaux motifs évoqués parmi celles qui n'accepteraient pas qu'on leur annonce le diagnostic de cancer sont "pour

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques et éducationnelles

Caractéristiques	Gouvernorat				Total		p
	Ariana		Zaghouan		Effectif	%	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<i>Age (en années)</i>							
20-29	330	35,26	353	35,55	683	35,41	
30-39	273	29,17	287	28,90	560	29,03	
40-49	171	18,27	186	18,73	357	18,51	NS
50-59	87	9,29	104	10,47	191	9,90	
60+	75	8,01	63	6,34	138	7,15	
<i>Etat civil</i>							
Mariée	587	62,71	715	72,00	1302	67,50	
Divorcée	37	3,95	35	3,52	72	3,73	< 0,001
Veuve	56	5,98	62	6,24	118	6,12	
Célibataire	256	27,35	181	18,23	437	22,65	
<i>Scolarisation des femmes</i>							
Non scolarisée	295	31,52	426	42,90	721	37,38	
Primaire	291	31,09	345	34,74	636	32,97	< 0,001
Secondaire premier cycle	94	10,04	82	8,26	176	20,53	
Secondaire deuxième cycle +	256	27,35	140	14,10	396	20,53	
<i>Exerce une profession</i>	456	48,72	276	27,79	732	37,95	< 0,001

NS : non significatif.

ne pas être choquée" (38,7 %), "pour ne pas être effrayée" (19,7 %) et "pour garder espoir" (18,3 %).

Pour les femmes qui n'encouragent pas au dépistage du cancer du sein, les principaux motifs avancés sont : "il est préférable de ne pas connaître qu'on a un cancer" (62,9 %), "il n'y a pas d'espoir de guérison" (19,1 %), "la non-disponibilité de cet examen" (13,8 %) et enfin "le coût cher de l'examen" (8,6 %).

L'application du modèle logistique pour identifier les facteurs associés à l'attitude vis-à-vis du dépistage du cancer du sein montre que celle-ci est d'autant favorable que les femmes sont plus instruites [OR = 1,51 (1,01-2,24) p < 0,05], qu'elles sont ou ont été mariées [OR = 1,68 (1,10-2,55) p < 0,05], qu'elles acceptent d'être informées si elles ont un cancer [OR = 4,53

(3,20-6,41 p < 0,001)] et qu'elles croient aux progrès thérapeutiques enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie (Tableau 3).

Recours au dépistage du cancer du sein

Pratique de l'auto-examen des seins

La pratique de l'auto-examen des seins est significativement plus fréquente chez les femmes résidant à l'Ariana (68,6 % contre 31,2 % p < 0,001). L'application du modèle logistique montre que la pratique de l'auto-examen des seins est d'autant plus fréquente que les femmes sont plus instruites [OR = 1,70 (1,31-2,20) p < 0,001], qu'elles sont ou ont été mariées [OR = 2,48 (1,85-3,32) p < 0,001], qu'elles sont âgées entre 35 et 49 ans [OR = 1,42 (1,09-1,86) p < 0,05], qu'elles résident à l'Ariana

Tableau 2 Niveau de connaissances des femmes sur l'existence d'un profil à risque élevé pour le cancer du sein et perception de l'efficacité des méthodes de dépistage

Connaissances et perception des femmes	Ariana (n = 936) %	Zaghouan (n = 993) %	p
<i>Existence de femmes à risque pour le cancer du sein</i>	25,2	18,1	< 0,001
<i>Connaissance de la nature des différentes méthodes de dépistage du cancer du sein</i>			
Auto-examen	61,75	47,46	< 0,001
Examen médical	28,74	46,14	< 0,001
Mammographie	12,50	28,56	< 0,001
Autre	0,43	1,02	NS
<i>Perception de l'efficacité du dépistage sur les chances de guérison du cancer</i>			
Non précisé	-	0,1	
Guérit toujours	1,07	3,12	< 0,01
Guérit si dépisté	68,91	62,44	
Guérit	12,18	10,78	
Ne guérit pas	17,84	23,56	
<i>Degré de développement du traitement du cancer en Tunisie</i>			
A beaucoup progressé	44,87	37,56	
A un peu progressé	42,52	48,14	< 0,001
Pas de progression	5,45	8,86	
Encore très loin	7,16	5,44	

NS : non significatif.

(OR = 5,02 (4,01-6,28) $p < 0,001$) et qu'elles n'acceptent pas d'être informées du diagnostic de cancer (OR = 0,62 (0,46-0,85) $p < 0,01$) (Tableau 4).

Recours à l'examen physique systématique des seins

Bien que le recours à l'examen physique systématique des seins soit plus fréquent à l'Ariana (22,4 % contre 5,8 % $p < 0,001$), ce recours reste assez modeste. L'application du modèle logistique montre que le recours à l'examen physique chez le médecin ou la sage-femme pour le dépistage du cancer du sein est d'autant

plus fréquent que les femmes sont instruites [OR = 1,92 (1,38-2,66) $p < 0,001$], qu'elles sont ou ont été mariées (OR = 2,08 (1,47-2,95) $p < 0,001$), qu'elles sont âgées de plus de 35 ans, qu'elles résident à l'Ariana (OR = 4,14 (2,99-5,74) $p < 0,001$) et qu'elles sont optimistes quand aux progrès thérapeutiques enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie (Tableau 5).

Recours à la mammographie de dépistage

Le recours à la mammographie de dépistage est aussi significativement plus fréquent à l'Ariana (14,3 % contre 4,3 %

Tableau 3 Facteurs associés à une attitude positive vis-à-vis du dépistage du cancer du sein - application du modèle logistique

Facteur	Odds ratio	IC _{OR} (95%)	p
Gouvernorat de l'Ariana	1	-	
Gouvernorat de Zaghouan	1,05	0,75-1,47	NS
Femmes de niveau primaire ou moins	1	-	
Femmes ayant dépassé le niveau primaire	1,51	1,01-2,24	< 0,05
Age (en années)			
20-34	1	-	
35-49	0,90	0,63-1,45	NS
50+	1,10	0,65-1,86	NS
Femmes mariées ou ayant été mariées	1,68	1,10-2,55	< 0,05
Acceptant d'être informées du diagnostic de cancer	4,53	3,20-6,41	< 0,001
Perception du niveau des progrès enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie			
Pensent que les progrès en Tunisie sont modestes	1	-	
Pensent que les progrès en Tunisie sont moyens	2,03	1,32-3,11	< 0,001
Pensent que les progrès en Tunisie sont satisfaisants	4,60	2,84-7,45	< 0,001

IC_{OR} (95%) : Intervalle de confiance de l'odds ratio à 95%.

NS : non significatif.

$p < 0,001$), mais il demeure peu satisfaisant.

L'application du modèle logistique (Tableau 6) montre que le recours à la mammographie est d'autant plus fréquent que les femmes sont plus instruites [(OR = 1,77 (1,21-2,58) $p < 0,01$], qu'elles sont âgées de plus de 35 ans et qu'elles résident à l'Ariana [(OR = 3,32 (2,26-4,90) $p < 0,001$].

Discussion

L'analyse des connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du dépistage constitue une étape fondamentale pour la conception des messages éducatifs visant à sensibiliser les femmes à recourir à ce type de prestation. En effet, un taux de couverture élevé est indispensable pour une bonne

rentabilité du dépistage de masse [17]. Cette étude menée dans deux gouvernorats du nord de la Tunisie, l'un plutôt urbain et mieux loti (Ariana) et l'autre plutôt rural et moins loti (Zaghouan), a mis en évidence que le recours au médecin ou à la sage-femme pour le dépistage du cancer du sein est relativement faible (22,4 % à l'Ariana contre 5,8 % à Zaghouan) ; il en est de même pour le recours à la mammographie de dépistage (14,3 % à l'Ariana contre 4,31 % à Zaghouan). Cependant, la pratique de l'auto-examen des seins est relativement plus fréquente (68,6 % à l'Ariana contre 31,2 % à Zaghouan). Ce recours relativement faible à l'examen physique systématique des seins et surtout à la mammographie, comparé aux résultats enregistrés en France à travers l'étude de cohorte E3N [19] qui rapporte des proportions de

Tableau 4 Facteurs associés au recours à l'auto-examen des seins - application du modèle logistique

Facteur	Odds ratio	IC _{OR} (95%)	p
Gouvernorat de l'Ariana	1	-	
Gouvernorat de Zaghouan	0,19	0,15-0,24	< 0,001
Femmes de niveau primaire ou moins	1	-	
Femmes ayant dépassé le niveau primaire	1,7	1,31-2,20	< 0,001
Age (en années)			
20-34	1	-	
35-49	1,42	1,09-1,86	< 0,01
50 +	0,67	0,48-0,94	< 0,05
Femmes mariées ou ayant été mariées	2,48	1,85-3,32	< 0,001
Acceptant d'être informées du diagnostic de cancer	0,62	0,45-0,85	< 0,01
Favorable au dépistage	1,56	0,45-2,26	< 0,05
Perception du niveau des progrès enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie			
Pensent que les progrès en Tunisie sont modestes	1	-	
Pensent que les progrès en Tunisie sont moyens	1,87	1,30-2,70	< 0,001
Pensent que les progrès en Tunisie sont satisfaisants	3,43	2,36-4,97	< 0,001

IC_{OR} (95%) : Intervalle de confiance de l'odds ratio à 95%.

recours à la mammographie de dépistage supérieures à 60 % pour toutes les tranches d'âge, contraste avec une perception positive des femmes de l'efficacité du dépistage de ce cancer sur les chances de guérison, associée à une attitude positive vis-à-vis du dépistage de ce cancer.

Dans les pays européens, et dans le souci d'améliorer le taux de couverture par le dépistage, la commission d'experts européens « Europe contre le cancer » ainsi que plusieurs études ont mis l'accent sur le caractère systématique et individuel des invitations des femmes pour bénéficier de ce type de prestations, ainsi que sur l'importance d'un monitoring et d'une bonne tenue de l'échéancier pour la convocation des femmes défaillantes [20-23].

Une expérience récente a été menée aux Pays-Bas en matière de dépistage du cancer

du col utérin [24] ; elle consiste à envoyer les invitations par les médecins de famille. Cette expérience s'est révélée très rentable au niveau de l'amélioration du taux de couverture par le dépistage et a mis en évidence qu'une implication étroite des autorités sanitaires centrales et locales ainsi qu'une bonne adhésion des médecins de libre pratique est indispensable pour une meilleure efficacité du dépistage.

Plusieurs études ont mis en évidence qu'un contact régulier des femmes avec le système de soins et un encouragement de ces femmes par les médecins traitants à recourir au dépistage par la mammographie contribueraient à une meilleure adhésion au dépistage de ce cancer par cette méthode [25-30]. Roc [31] a montré que la réduction des barrières financières et la bonne relation des femmes avec le système de soins sont

Tableau 5 Facteurs associés au recours au personnel de soins pour l'examen physique des seins - application du modèle logistique

Facteur	Odds ratio	IC _{OR} (95%)	p
Gouvernorat de l'Ariana	1	-	
Gouvernorat de Zaghouan	0,24	0,17-0,33	< 0,001
Femmes de niveau primaire ou moins	1	-	
Femmes ayant dépassé le niveau primaire	1,92	1,38-2,66	< 0,001
Age (en années)			
20-34	1	-	-
35-49	2,08	1,47-2,95	< 0,001
50 +	2,33	1,53-3,55	< 0,01
Femmes mariées ou ayant été mariées	2,75	1,72-4,40	< 0,001
Acceptant d'être informées du diagnostic de cancer	1,40	0,88-2,21	NS
Favorable au dépistage	1,30	0,73-2,32	NS
Perception du niveau des progrès enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie			
Pensent que les progrès en Tunisie sont modestes	1	-	-
Pensent que les progrès en Tunisie sont moyens	1,90	1,05-3,42	< 0,5
Pensent que les progrès en Tunisie sont satisfaisants	2,78	1,55-4,97	< 0,001

IC_{OR} (95%) : Intervalle de confiance de l'odds ratio à 95%.

NS : non significatif.

très déterminantes pour une meilleure couverture des femmes par le dépistage par la mammographie. C'est ainsi qu'un long délai d'attente et un manque de communication avec le médecin traitant affectent négativement le recours au dépistage.

Ainsi le recours au dépistage plus élevé à l'Ariana comparé à Zaghouan, après avoir contrôlé les autres co-facteurs individuels liés aux femmes, serait en faveur d'un meilleur environnement socio-sanitaire dans ce gouvernorat. Ceci est d'autant plus vrai que les résultats de l'enquête MICS2 (Multiple Indicators Clusters Survey) menée en l'an 2000 ont montré que le recours régulier à la surveillance prénatale (au moins 4 consultations prénatales en respectant le calendrier national) a été plus

fréquent à l'Ariana qu'à Zaghouan, respectivement 60,3 % et 44,5 % [32].

En effet, les caractéristiques individuelles des femmes jouent certes un rôle important dans le recours au dépistage ; toutefois l'environnement social revêt aussi une importance considérable dans le recours au dépistage et d'une façon générale dans l'adoption de comportements positifs pour la santé. La bonne accessibilité des services, le rôle des médias, la sensibilisation et la motivation des médecins et des responsables de la région ne pourraient qu'aider à la réussite de ces actions.

Pour ce qui est des caractéristiques individuelles associées au recours au dépistage, cette étude a mis en évidence que l'âge 35 à 49 ans a été significativement

Tableau 6 Facteurs associés au recours à la mammographie systématique - application du modèle logistique

Facteur	Odds ratio	IC _{OR} (95%)	p
Gouvernorat de l'Ariana	1	-	
Gouvernorat de Zaghouan	0,3	0,20-0,44	< 0,001
Femmes de niveau primaire ou moins	1	-	
Femmes ayant dépassé le niveau primaire	1,77	1,21-2,58	< 0,01
Age (en années)			
20-34	1	-	
35-49	2,4	1,58-3,64	< 0,001
50+	2,52	1,52-4,18	< 0,05
Femmes mariées ou ayant été mariées	1,60	0,98-2,69	< 0,072
Acceptant d'être informées du diagnostic de cancer	1,75	0,99-3,09	< 0,052
Favorable au dépistage	0,75	0,41-1,35	NS
Perception du niveau des progrès enregistrés en Tunisie dans le domaine de la cancérologie			
Pensent que les progrès en Tunisie sont modestes	1	-	-
Pensent que les progrès en Tunisie sont moyens	1,39	0,73-2,62	NS
Pensent que les progrès en Tunisie sont satisfaisants	1,87	1,01-3,49	< 0,05

IC_{OR} (95%) : Intervalle de confiance de l'odds ratio à 95%.

NS : non significatif.

associé positivement au recours aux différentes méthodes de dépistage. Le niveau d'éducation a été significativement associé au recours à toutes les méthodes de dépistage. L'optimisme, mesuré à travers la perception des progrès thérapeutiques accomplis en Tunisie dans le domaine de la cancérologie, était associé à toutes les prestations à l'exception du recours à la mammographie. Pour ce qui est de l'état civil, les femmes mariées ou ayant été mariées recourent plus fréquemment que les autres à l'examen physique des seins effectué par un médecin ou une sage-femme.

Plusieurs études ont traité du rôle des facteurs individuels associés au recours au dépistage des cancers. Campbell et Holms [33], à travers une étude menée auprès de

femmes de plus de 50 ans à Washington, ont mis en évidence, en plus du rôle des facteurs liés au système de soins dans le recours au dépistage du cancer du sein, l'influence des facteurs socio-démographiques dans le recours à cette prestation.

Un manque de connaissances relatives à la mammographie et une attitude négative des femmes latino-américaines envers la mammographie étaient associés à une sous-utilisation de cette méthode de dépistage [34,35]. Dans une étude menée par Erblich [36] auprès de 135 femmes en bonne santé, les facteurs associés à un manque de performance de l'auto-examen des seins étaient les connaissances relatives à la santé, plus particulièrement le manque de confiance vis-à-vis de l'auto-examen

ainsi que les barrières psychologiques contre cet auto-examen. Par contre une détresse vis-à-vis du cancer a été associée à une performance accrue de l'auto-examen. Katz [37] a mis en évidence le rôle du niveau d'éducation et du niveau socio-économique dans le recours au dépistage du cancer du sein par la mammographie. Les femmes d'un niveau socio-économique élevé et celles issues de milieux plus aisés observent une meilleure adhésion au dépistage.

Conclusion

Il est important, pour une meilleure efficacité du dépistage des cancers, de prendre en compte les facteurs individuels et l'environnement socio-sanitaire.

Pour ce qui est des facteurs individuels, il est important surtout de développer chez les femmes leur optimisme quant aux progrès thérapeutiques dans le domaine de la cancérologie en mettant l'accent sur l'intérêt du dépistage pour augmenter les chances de guérison.

Concernant l'environnement socio-sanitaire, une meilleure accessibilité géographique et financière ne peut qu'aider à l'amélioration de l'adhésion des femmes au dépistage ; d'autre part, ce programme de dépistage devrait être décentralisé, impliquant davantage la première ligne dans le système de soins ainsi que les médecins de libre pratique.

Références

1. Shapiro S, Strax P, Venet L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 1971, 215:1777-85.
2. Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer*, 1977, 39(suppl. 6):2772-82.
3. Shapiro S et al. Ten-to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, 1982, 69:349-55.
4. Tabar L et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomized trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet*, 1985, 8433:925-32.
5. Tabar L et al. The Swedish two county trial of mammography screening for breast cancer. Recent results and calculation of benefit. *Journal of epidemiology and community health*, 1989, 43:107-14.
6. Miller AB, Howe GR, Wall C. The national study of breast cancer screening. Protocol for a canadian randomized controlled trial of screening for breast cancer in women. *Clinical and investigative medicine*, 1981, 4:227-58.
7. Miller AB, Bulbrook RD. UICC multidisciplinary project on breast cancer. The epidemiology, aetiology and prevention of breast cancer. *International journal of cancer*, 1986, 37:173-7.
8. Roberts MM et al. Edinburgh trial of screening for breast cancer: mortality at seven years. *Lancet*, 1990, 335:241-6.
9. Wolfe JN. Breast cancer screening. A brief historical review. *Breast cancer research treatment*, 1991, 18(suppl.):80-92.
10. Chamberlain J et al. Verification of the cause of death in the trial of early detec-

- tion of breast cancer. UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. Trial Co-ordinating Centre. *British journal of cancer*, 1991, 64:1151-6.
11. Verbeek ALH et al. Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mammography. First results of the Nijmegen project, 1975-1981. *Lancet*, 1984, 8388:1222-4.
 12. Palli D et al. Case-control study of the efficacy of a non-randomized breast cancer screening program in Florence (Italy). *International journal of cancer*, 1986, 38:501-4.
 13. Demissie K, Mills OF, Rhoads GG. Empirical comparison of the results of randomized controlled trials and case control studies in evaluating the effectiveness of screening mammography. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, 51:81-91.
 14. Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet*, 1995, 346: 29-32.
 15. *Programme de dépistage du cancer du sein dans l'Union européenne. Parlement européen. Document de travail.* Strasbourg, Parlement européen, Direction générale des Etudes 1995: 110.
 16. Ben Abdallah M, Zheni S. *Registre du cancer, Nord Tunisie - 1994.* Tunis, Institut Salah Azaïez, 2000:84.
 17. *Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996:139.
 18. Becker MH, Rosentock IM. Comparing social learning theory and the health belief model. In: Ward W, ed. *Advances in health education and promotion*, Vol. 2. Greenwich, Connecticut, JAI Press, 1987.
 19. Le dépistage chez les femmes E3N. *Bulletin de liaison entre l'équipe E3N et les participantes MGEN*, 1997, 4:4-6.
 20. Wender RC. Cancer screening and primary care. *Cancer*, 1993, 72:1993-9.
 21. Elford RW et al. Putting prevention into practice. *Health report*, 1994,6:142-53.
 22. Carney PA et al. Tools, teamwork and tenacity: an office system for cancer prevention. *Family practice*, 1992, 35: 388-94.
 23. Weingarten M, Bazol D, Shannon H. Computerised protocol for preventive medicine: a controlled self-audit in general practice. *Family practice*, 1989, 6: 120-4.
 24. Palm BT et al. Implementation of the national cervical cancer screening in general practice and feasibility of a general practice-based call system: the GP's opinion. *Family practice*, 1993, 10(2): 173-7.
 25. Zambrana RE et al. Use of cancer screening practices by Hispanic women: analyses by subgroup. *Preventive medicine*, 1999, 29(6Pt1):466-77.
 26. Phillips KA et al. Factors associated with women adherence to mammography screening guidelines. *Health services research*, 1998, 33:29-53.
 27. Jepson C, Braudin JL, Weiner JR. Variability in the timing of repeat screening mammography. *Preventive medicine*, 1997, 26:485-5.
 29. Hitchcock JL, Steckervics MJ, Thompson WD. Screening mammography: factors associated with adherence to recommended age/frequency guidelines. *Women's health*, 1995,1:221-35.
 29. Roetzheim RG, Fox SA, Leak B. Physician-reported determinants of screening mammography in older women: the im-

- fact of physician and practice characteristics. *Journal of the American Geriatric Society*, 1995, 43:1398-402.
30. Friedman LC et al. Breast cancer screening among ethnically diverse low income women in a general hospital psychiatric clinic. *General hospital psychiatry*, 1999, 21:374-81.
 31. Roe AR, Nancy JB. A comparison of breast cancer secondary prevention activities and satisfaction with access and communication issues in women 50 and over. *Preventive medicine*, 2001, 32: 348-58.
 32. Ministère de la Santé publique - Direction des Soins de Santé de Base. *Enquête nationale sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant*. Tunis, UNICEF/Ministère de la Santé publique, 2000:227.
 33. Campbell KM, Holm K. *Preventive service utilization among older women: a comparison of HMO members, private insurance policy holders and Medicare recipients*. Olympia, Washington, Washington State Department of Health, Center of Health Statistics, 1995.
 34. Suarez L et al. Knowledge, behavior and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income Mexican American women. *American journal of preventive medicine*, 1997, 13:137-42.
 35. Valdez A et al. Correlates of breast cancer screening among low-income, low-education Latinas. *Preventive medicine*, 2001, 33:4956-502.
 36. Erblieh J, Boyjerg DH, Valdimarsdottir HB. Psychological distress, health beliefs, and frequency of breast self-examination. *Journal of behavioral medicine*, 2000, 23(3):277-92.
 37. Katz SJ, Zemenark JK, Hofer TP. Breast cancer screening in the United States and Canada, 1994: socioeconomic gradients persist. *American journal of public health*, 2000, 90:799-803.