

Mansour Njah, Radhia Hergli, Jalel Gloulou, Slim Ben Ahmed,  
Moncef Marzouki

<sup>1</sup> Service de médecine communautaire, faculté de médecine de Sousse-Tunisie

<sup>2</sup> Service de carcinologie, CHU Farhat Hached-Sousse

## Connaissances, attitudes et comportements des femmes tunisiennes a propos des cancers gynécologiques

### Resumé

*Dans le but d'analyser les besoins d'une population en matière de dépistage des cancers, les attitudes, connaissances et comportements des femmes à propos des cancers du sein et du col utérin sont étudiées, auprès d'un groupe de consultantantes tout venant de 3 centres de santé tunisiens (Kalaa-Kebira). Les résultats soulignent la nécessité d'informer la population concernant les facteurs de risque de ces maladies, particulièrement en ce qui concerne le cancer du sein, (1er cancer de la femme en Tunisie) mais surtout sur les signes d'appel et les moyens de dépistage disponibles. Le rôle des professionnels de la santé, plus du généraliste et de la sage-femme que du gynécologue apparait clair auprès des consultantantes. L'éducation individuelle et de masse doit cependant aller de pair avec une sensibilisation et une formation des professionnels de la santé eux-mêmes en matière de dépistage.*

Les cancers représentent en Tunisie, avec les maladies cardiovasculaires, les principales causes de décès parmi la population<sup>1</sup>. Bien que des progrès importants aient été réalisés ces dernières années en matière de traitements anti-cancéreux, le dépistage de la maladie à un stade précoce reste le meilleur moyen de lutte.

Parmi les cancers qui peuvent se prêter au dépistage, les cancers gynécologiques, en particulier du sein et du col utérin, occupent une place de choix<sup>2,3</sup>. Les méthodes de dépistage utilisées, qui ont fait la preuve de leur efficacité dans bon nombre de pays, rentrent souvent dans le cadre de programmes de

santé structurés dont l'objectif principal est de réduire la mortalité due au cancer<sup>4,5</sup>. En pratique cependant, plusieurs difficultés peuvent être relevées. Parmi celles-ci, le manque d'adhésion des femmes elles-mêmes à la pratique du dépistage et certaines attitudes négatives du personnel de santé vis-à-vis de la prévention, risquent de constituer entre autres facteurs, des obstacles majeurs à la réussite des programmes<sup>6</sup>. Si l'on considère les femmes utilisatrices des services, leur adhésion aux tests de dépistage sera d'autant plus probable qu'elles possèdent un minimum d'information à propos du problème de santé. Il est ainsi reconnu que les connais-

sances emmagasinées par la femme peuvent influencer ses attitudes et ses comportements vis-à-vis du dépistage<sup>7</sup>.

Très peu d'études ont essayé d'évaluer ces différents aspects dans la population tunisienne<sup>8</sup>. Notre travail vise à pallier à cette lacune et ses résultats devraient servir à mieux cibler nos interventions.

Ce travail ne vise aucunement à présenter d'une manière exhaustive la problématique du dépistage des cancers gynécologiques. La réussite d'un programme engage en effet la responsabilité de plusieurs parties et doit toujours faire considérer la réalité, souvent complexe, dans laquelle on est supposé intervenir.

L'analyse des facteurs reliés aux femmes elles-mêmes ne permet donc de considérer qu'un des éléments du problème.

### Matériel et méthode

Bien que, par certains aspects, non représentatives de la population générale, les femmes qui recourent aux centres de soins sont souvent utilisées dans le cadre des enquêtes de santé<sup>8</sup>. Les raisons sont multiples: une grande majorité de femmes va malgré tout utiliser les services surtout dans le cadre des

activités de SMI (santé maternelle et infantile) et souvent ce seront elles qui formeront et le public cible d'une éventuelle intervention et le relais pour informer les femmes non utilisatrices de services.

Ces raisons couplées aux difficultés habituelles des enquêtes sur le terrain, nous ont amenés à choisir comme population d'étude les consultantes des centres de santé d'une circonscription sanitaire de la région de Sousse: Kalaa-Kebira qui avec trois centres de santé couvre une population semi-urbaine d'environ 50 000 habitants.

Un échantillon de convenance de 100 femmes par centre a été choisi en respectant pour chaque centre un quota permettant d'assurer une représentativité des âges par rapport à celle de la population générale.

Les femmes âgées entre 25 et 60 ans qui se sont présentées dans l'un des 3 centres (pour un problème de santé d'ordre médical ou chirurgical) entre le 1 février 1992 et le 30 mars 1992 ont été incluses dans l'étude. Un échantillonnage systématique ayant comme base les registres d'inscription des 3 centres (1 femme sur cinq) a été effectué.

Pour des raisons pratiques, tout d'abord, ont été exclues de ce travail les femmes qui consultent pour leur grossesse ainsi que celles qui recourent à la consultation du planning-familial (absence de registres d'inscription fiables, consultations à part). Ces exclusions s'expliquent aussi par le fait que ces types de consultation (grossesse, gynécologie, PF) pourraient à notre sens prédisposer les répondantes à orienter leurs réponses dans un sens ou un autre.

Toutes les femmes ont subi avant la consultation une entrevue dirigée par un questionnaire. Ce questionnaire, qui a été préalablement testé, est rempli par un médecin interne (femme) pour chaque centre, les médecins ayant été au préalable formés aux techniques de

l'entretien directif. Les informations recueillies étaient relatives aux:

- Caractéristiques générales de la répondante: Age, scolarité, état matrimonial, etc...
- Connaissances des femmes à propos des cancers gynécologiques
- Attitudes et comportements des femmes à propos de la pratique des tests de dépistage.

La saisie et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel Systat.

Les résultats sont comparés en utilisant le test du chi-carré au seuil de signification de 5%.

## Resultats

### Description générale de l'échantillon

Au total, 300 femmes ont participé à notre étude. La moyenne d'âge des femmes interrogées est de 37 ans plus ou moins 9 ans avec un minimum à 25 ans et un maximum à 81 ans. Un peu moins de la moitié est âgée entre 25 et 34 ans (45,5%) et 18,5% ont 50 ans et plus. Le taux d'analphabètes atteint 63% et seules 0,7% des femmes ont effectuées des études supérieures.

Il s'agit, par ailleurs, pour la plupart de femmes mariées (92%) avec, en moyenne, 4 enfants vivants au moment de l'enquête. L'âge moyen au mariage des femmes est de 20,8 ans alors que la

première naissance a lieu, en moyenne, un an plus tard (21,7 ans).

La description du niveau de scolarité atteint par les maris ainsi que de leur profession permet de se donner une idée, quoique sommaire, du niveau socio-économique de notre échantillon de femmes dont moins de 5% exercent une activité lucrative en dehors de la maison. Ainsi, un mari sur trois n'est jamais allé à l'école (31,3%) et seuls 4% ont atteint le cycle supérieur. La proportion de journaliers et d'ouvriers représente 59% de l'ensemble des occupations des conjoints des femmes mariées. Enfin, 22% des femmes interrogées consultent sous le régime de l'assistance médicale gratuite (carnet d'indigente).

Antécédents familiaux et connaissances des femmes a propos des cancers gynécologiques

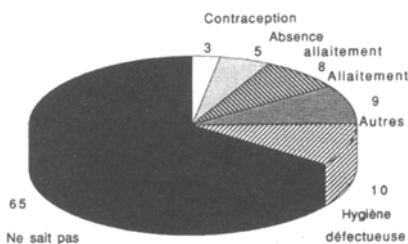
Des antécédents familiaux de cancers du sein ou du col utérin sont signalés respectivement par 8% et 2% des participantes.

Sur l'ensemble des femmes interrogées (N = 300), 82% ont déjà entendu parler du cancer du sein (a été évoqué devant elles au moins une fois, quelque soit la situation), contre uniquement 50% pour le cancer du col utérin. Dans les deux cas, l'entourage forme la principale source d'information. Le personnel de santé n'y participe que dans 11% des cas (tableau No 1).

### Sources d'information (%)

Cancer	Entourage	Mass-média	Personnel de santé
sein (N = 246)	172 (70,0)	38 (15,4)	36 (14,6)
col utérin (N = 150)	110 (73,3)	32 (21,3)	8 (5,4)

**Tableau 1.** Sources principales d'information à propos des cancers gynécologiques (mutuellement exclusives).

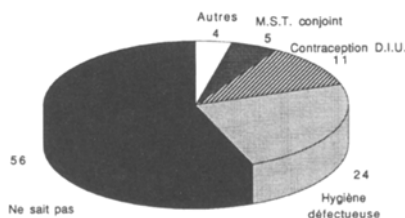


**Figure 1.** Facteurs de risque des cancers gynécologiques selon les réponses des femmes (N = 300). Sein (en %).

Dans le domaine des facteurs de risque, plus de la moitié des femmes ne parviennent pas à identifier au moins un facteur qui, selon elles, favoriserait le développement de cancers gynécologiques. Cette méconnaissance est cependant plus fréquente pour le cancer du sein que pour celui du col utérin (65% contre 56%).

Les réponses des femmes à ce propos sont variées. Nous les avons reproduites aux figures 1 et 2 telles qu'elles ont été rapportées par les répondantes.

En ce qui concerne la survie relative à ces maladies et moyennant un diagnostic précoce, 42% des femmes interrogées estiment que le cancer du sein a plus de chance de guérir que celui du col utérin. Cependant 25% des participantes n'ont pu répondre à cette question. Enfin, une méconnaissance complète des examens de dépistage est constaté pour 45% des femmes concernant le cancer mammaire et pour 50,5% des femmes pour celui du col utérin.



**Figure 2.** Col utérin (en %).

Subir un examen lors du prochain contact	Examen des seins (%)	Frottis (%)
Oui sans restriction	64,0	64,0
Oui si personnel féminin	24,5	4,5
En aucun cas	11,5	31,5

**Tableau 2.** Acceptabilité des examens de dépistage (N = 300).

Attitudes des femmes par rapport au cancer

Près de 20% des répondantes trouvent que parler du cancer est source d'anxiété, le reste estime cependant que la femme doit saisir toute occasion pour s'informer sur le sujet. A ce titre, plus de 8 femmes sur 10 souhaiteraient effectivement obtenir lors de leur prochaine consultation au centre de santé une information sur l'auto-examen des seins.

Les cancers gynécologiques n'ont néanmoins jamais représenté un sujet de discussion avec les parents ou les amies pour 72% des femmes interrogées et seules 7% en ont déjà discuté avec leur médecin ou leur sage femme.

L'acceptabilité des examens de dépistage a été jugée en demandant aux femmes si elles seraient prêtes à subir le dépistage lors de leur prochaine consultation au centre. Le frottis cervico-vaginal apparaît comme l'examen qui

Caractéristiques des femmes		Proportions de femmes ayant pratiqué un AES (n)	P
Age	25 – 34 ans	29,7 (41)	NS
	35 – 44 ans	36,1 (37)	
	45 ans et plus	24,3 (15)	
Nombre d'enfants vivants	0 à 2	39,0 (26)	0,01
	3 à 4	37,6 (46)	
	5 et plus	17,6 (21)	
Scolarité accomplie	aucune	24,8 (47)	0,01
	primaire et plus	41,3 (46)	
ATCD familiaux cancer sein	Oui	31,1 (8)	NS
	Non	29,4 (85)	
Risque perçu par rapport aux paires	Plus élevé	41,7 (9)	NS
	autant élevé	25,7 (41)	
	Moins élevé	38,4 (43)	

NS = différences non significatives

**Tableau 3.** Pratique de l'auto-examen des seins (AES) dans les trois mois précédents l'enquête (N = 93).

risque d'entraîner le plus de refus de la part de la femme (tableau No 2).

Comportements préventifs de santé et rôle du système de soins

Durant les 3 mois précédents l'enquête, 31% des femmes rapportent avoir pratiqué un auto-examen des seins. Cette pratique est influencée par le niveau d'éducation de la femme ainsi que sa parité mais non par le risque perçu de développer la maladie (tableau No 3).

Quant à l'examen des seins effectué par le personnel de santé (médecin ou sage-femme), 85% disent ne l'avoir jamais subi de leur vie. A titre d'exemple, si l'on considère les femmes qui ont consulté dans les 6 mois précédents l'enquête (un omnipraticien, un gynécologue ou une sage-femme), dans 93,6% aucun examen mammaire n'a été pratiqué.

Concernant le dépistage du cancer du col utérin, 85% des femmes rapportent n'avoir jamais subi de frottis cervico-vaginal de leur vie. Si l'on considère les femmes qui ont consulté dans les 6 mois précédents l'enquête, seules 2,3% ont subi un frottis. Les frottis pratiqués l'étaient tous par un gynécologue ou une sage-femme (pas de participation du généraliste).

## Discussion

Dans notre pays, les cancers du sein et du col utérin occupent les premières places parmi les cancers féminins<sup>9</sup>. Les cancers du sein représentent ainsi 14% de l'ensemble des tumeurs malignes et 27,5% des tumeurs malignes de la femme (1<sup>er</sup> rang). Le cancer du col utérin quant à lui est moins fréquent mais occupe la deuxième place des cancers féminins (17%). Ces cancers sont par ailleurs les deux seuls cancers pour lesquels l'efficacité du dépistage systématique est démontré<sup>10</sup>.

Partant de ces constatations et en vue de l'implantation d'un programme de lutte, nous avons voulu analyser certaines caractéristiques de la population cible soit celle qui pourrait être soumise au dépistage. Comme nous l'avons souligné plus haut, les consultantes des centres de santé peuvent représenter une population de choix pour des actes de dépistage<sup>8</sup>. Ceci est d'autant plus vrai qu'une grande partie de la population utilise les services de soins disponibles; ce qui est le cas en grande partie en Tunisie<sup>11</sup>. Sachant cependant que les femmes qui ne consultent pas peuvent avoir des caractéristiques différentes de celles qui consultent, une légère sur-estimation des connaissances, attitudes et pratiques de la population de la région étudiée ne peut être catégoriquement rejetée.

Le choix d'exclure les femmes qui consultent pour un motif d'ordre gynéco-obstétrical a été déjà justifié au chapitre relatif à la méthodologie. Nous releverons cependant ici le fait que ces exclusions ont intéressé au plus 12% du total des femmes qui se sont présentées aux différents centres de santé.

La proportion d'analphabètes, très élevée, reste un lourd handicap. Elle reste proche de la moyenne nationale pour les femmes de 15 ans et plus, soit 59,6%<sup>12</sup>.

La fécondité dans notre population peut encore être qualifiée d'intense avec en moyenne 4 enfants vivants au moment de l'enquête.

Concernant les connaissances de ces femmes à propos des cancers gynécologiques, le cancer du sein est plus souvent évoqué que celui du col utérin. Ce dernier est moins fréquemment rapporté dans les antécédents familiaux. Les spécificités culturelles de la population, qui font que tout ce qui se rapporte à la sphère génitale se véhicule mal, expliquent aussi certainement ces différences.

L'information véhiculée à propos des cancers a comme principale

source l'entourage des femmes. Ceci pourrait à notre sens entretenir l'anxiété des gens face à une maladie dont la seule évocation fait peur<sup>13-15</sup>. A ce niveau, l'apport des professionnels de la santé est vivement souhaité afin d'apaiser des craintes parfois exagérées.

Au chapitre des facteurs de risque, les connaissances sont faibles et nos résultats rejoignent ceux d'autres auteurs en ce qui concerne le cancer du sein<sup>16</sup>. Faut-il relever que l'hérédité, facteur de risque important du cancer mammaire, n'est évoquée par aucune des répondantes à notre questionnaire et qu'une proportion non négligeable de femmes relie le cancer du col utérin à l'utilisation du stérilet!

Les cancers gynécologiques semblent être aux yeux des femmes des maladies obscures, dont les causes sont inconnues. Les individus n'en sont donc pas responsables, contrairement aux maladies cardio-vasculaires, jugées en grande partie imputables à l'hygiène de vie<sup>17</sup>.

Le cancer du sein est estimé beaucoup plus curable, s'il est diagnostiqué tôt, que le cancer du col utérin. L'utérus, organe invisible, paraît la plus mystérieux encore que le sein et il est significatif que le cancer de l'utérus soit jugé par les femmes moins souvent curable que le cancer du sein, organe visible et isolable<sup>18, 16</sup>.

Nos résultats concernant la méconnaissance des femmes des méthodes de dépistage viennent conforter l'idée que peu de choses sont connues par les femmes tunisiennes à propos des cancers gynécologiques.

Que proposer face à cette ignorance? Il est clair que le professionnel de santé, en particulier le médecin, doit jouer un rôle essentiel dans toute stratégie visant à lutter contre le cancer<sup>14</sup>. Tout d'abord en participant à l'information du public. Les consultantes des centres de santé représentent à cet effet un public de choix.

Selon notre étude, plus de 80% des répondantes souhaiteraient obtenir lors de leurs prochaines consultations une information sur l'auto-examen des seins. Les femmes semblent donc être favorables à ce type d'approche. Il importe aussi de changer certaines attitudes et pratiques chez les praticiens eux-mêmes. Ceux-ci doivent être sensibilisés à l'idée du dépistage: l'examen des seins fait ainsi partie intégrante d'un examen clinique régulier<sup>19</sup>. Une récente étude tunisienne auprès des médecins et sage-femmes révèle que l'examen des seins n'est pratiqué qu'à la demande, soit lorsque la patiente signale un symptôme tel que douleur, masse ou écoulement mammaire<sup>8</sup>. Les résultats de notre travail vont dans le même sens puisque chez plus de 90% des femmes qui ont consulté durant les 6 derniers mois, aucun examen des seins ne leur a été proposé. Là encore, nous avons observé des intentions favorables chez les femmes quant à leur disposition à accepter un examen des seins. La pratique de frottis cervico-vaginal serait cependant plus difficile à accepter si l'on se réfère aux réponses des femmes. Il est probable que pour le moment ce frottis ne pourra être proposé que pour les femmes à risque<sup>4,6</sup>. De même que l'on peut difficilement envisager à l'heure actuelle de proposer des mammographies systématiques à toutes les femmes à risque étant donné les contraintes en matériel, personnes et finances.

Il importe cependant de noter que par rapport au cancer du col utérin, la pratique du frottis cervico-vaginal dans le cadre du dépistage doit rester avant tout le domaine de la sage-femme et du médecin généraliste car ce sont eux qui voient la grande majorité des femmes (et non les gynécologues). L'une des faiblesses des programmes de dépistage du cancer du col utérin dans les pays développés est que souvent les frottis restent

presqu'exclusivement proposés par le spécialiste<sup>13</sup>.

En Tunisie, les statistiques de l'Institut national de cancérologie font ressortir un nombre constant de cancers du col utérin au fil des années (depuis 1971), contrairement au cancer du sein en augmentation. Ceci serait annonciateur d'une chute de ce cancer et, selon certains auteurs, indirectement, un indice d'amélioration des conditions socio-économiques et d'hygiène génitale des femmes tunisiennes<sup>9</sup>.

Toujours est-il qu'il importe de sensibiliser le public quant à l'importance de l'hygiène sexuelle ainsi que sur les moyens préventifs des maladies sexuellement transmises. Là encore, le rôle du professionnel est loin d'être négligeable. Il apparaît clair cependant que la seule éducation des femmes ne peut résoudre le problème du dépistage. Nous avons vu à ce propos la faible participation des professionnels de la santé dans la pratique des examens systématiques. Si l'information des femmes, de leur entourage et de la population en général vise à susciter une demande en matière de dépistage, il importe de préparer le système à répondre correctement à cette demande, notamment par la formation du personnel, la disponibilité du matériel et l'identification des différents circuits de prise en charge des cas dépistés.

### Conclusion

Plusieurs insuffisances sont constatées au niveau des connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis-à-vis des cancers du sein et du col utérin.

Ainsi, si les femmes entendent plus souvent parler du cancer du sein, elles semblent mieux connaître les facteurs de risque reliés au cancer du col utérin. L'entourage représente leur principale source d'information, ce qui permet de

douter de la qualité de l'information véhiculée. A ce niveau, le rôle du personnel médical et paramédical est appelé à se développer d'autant plus que les femmes souhaitent dans l'ensemble être informées.

Dans ce cadre, les affiches que l'on voit de plus en plus souvent dans nos centres de santé (celles de l'Association tunisienne de lutte contre le cancer), si elles retiennent l'attention et sont lues (analphabétisme!) auraient peu de chances de modifier le comportement des femmes vis-à-vis du dépistage si elles ne s'accompagnent pas de mesures qui permettraient à ces dernières de dépasser les peurs liées à ce que véhicule cette maladie appelée cancer ou «mauvais mal».

Ces mesures reposent elles-mêmes sur diverses formes d'informations: éducation des jeunes à l'école (auto-examen), dialogue singulier médecin (sage-femme)-patient, poursuivi auprès de la population générale notamment en insistant sur le lien dépistage précoce → traitement précoce → pronostic favorable.

Si notre étude a permis de soulever les insuffisances du dépistage tel que proposé par les différents centres de santé, il serait enfin souhaitable, dans la perspective d'une intervention à différents niveaux, de compléter ce travail par une analyse des besoins en matière de cancers gynécologiques auprès des professionnels de la santé eux-mêmes.

**Zusammenfassung****Kenntnisse, Haltung und Verhalten der tunesischen Frauen in Bezug auf gynäkologische Krebse**

*Haltung, Kenntnisse und Verhalten der Frauen gegenüber dem Brustkrebs und dem des Uterushalses wurden an Hand einer Patientinnen-gruppe in Tunesischen Gesundheitszentren (Kalaa-kebira) erlangt. Die Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit, die Bevölkerung über die Risikofaktoren dieser Krankheiten zu unterrichten, besonders was den Brustkrebs betrifft (den verbreitetsten Krebs bei Frauen in Tunesien), aber vor allem über die Krankheitsanzeichen und die verfügbaren Diagnosemethoden. Die Rolle der Gesundheitskräfte, insbesondere die des Allgemeinarztes und der Hebamme, noch vor derjenigen des Frauenarztes, sind den Patientinnen verständlich.*

*Die individuelle sowie die massenhafte Gesundheitserziehung muss Hand in Hand gehen mit einer Sensibilisierung und einer Ausbildung des Gesundheitspersonals in Sachen Diagnosemethoden.*

**Summary****Knowledges, attitudes and behaviors of Tunisian women about gynaecologic cancers**

*With the aim to analyze population needs in the field of cancer screening (cervical and breast cancer), attitudes, behaviors and knowledge of a tunisien women group of health service user's were studied. Results clearly demonstrate the necessity to inform the concerned population about risk factors particularly concerning breast cancer (the most frequent cancer in Tunisia) but also early symptoms and available screening methods. This role is alloted to health professionals, more for general practitioners and midwives than for gynaecologists. Health education for women and groups, however, have to go hand in hand with training of health professionals in matter of test screening.*

## Références

- 1 *Njah M, Hergli R, Gloulou et al.* Changements socio-démographiques dans la population tunisienne et transition épidémiologique. *Maghreb médical*, 1992; 253, 17–21.
- 2 *Aubry C, Deschamps JP.* Dépistage du cancer du sein par l'auto-examen. *Le concours médical*, 1990; 112, 5, 434–440.
- 3 *Dubois G.* Tests de dépistage: Application aux cancers. *Le concours médical*, 1989; 111, 36, 3167–3168.
- 4 *Benedet JL, Murphy KJ.* Cervical cancer screening: who needs pap test? How often? *Post graduate medicine*, 1985; 78, 8, 69–79.
- 5 *Cole P, Morrison AS.* Basic issues in population screening for cancer. *J.N.C.I.*, 1980; 64, 5, 1263–1272.
- 6 *Njah M, Souissi M, Marzouki M.* Difficulté d'implantation d'un programme dans les pays en développement: l'exemple du cancer du col utérin. *Médecine, biologie, environnement*, 1990; 18, 2, 31–32.
- 7 *Ajzen O, Fishbien M.* Attitude behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin* 1977; 84, 888–918.
- 8 *Sethom F, Besbes K, Tabbane F, Mourali N.* Essai d'évaluation du dépistage précoce du cancer du sein par l'auto-examen. *Tunisie Médicale*, 1990; 68, 1, 13–17.
- 9 *Maaley M, Ben Youssef A, Ben Abdallah M et al.* Epidémiologie du cancer du col de l'utérus en Tunisie. *Maghreb Médical*, 1991; 242, 12–17.
- 10 *Battista RN, Grover SA.* Early detection of cancer: an overview. *Ann. Rev. Public Health*, 1988; 9, 21–45.
- 11 *Nacef T.* Morbidité ressentie et consommation de soins dans la région de Sfax en 1987, Document non publié.
- 12 *Ministère De La Santé Publique: Office national de la famille et de la population.* Enquête démographique et de santé en Tunisie 1988.
- 13 *Aiach P.* Peur et images de la maladie: l'opposition cancer/maladies cardiaques. *Bull. Cancer*, 1989; 12, 183–190.
- 14 *Denoix P.* Prévention et dépistage des cancers. *Rev. Prat.* 1980; 30, 179–200.
- 15 *Levin N, Cleeland CS, Dar R.* Public attitudes toward cancer pain. *Cancer*, 1985; 56, 2337–2339.
- 16 *Aubry C, Spycckelle Y, Bon N, Deschamps JP.* Cancers gynécologiques. Persistance d'une sous-information des femmes. *Gynécologie*, 1989; 40, 4, 273–280.
- 17 *Sloan RP, Ruman JC.* Belief about cancer, heart disease and their victims. *Psychological Reports*, 1983; 52, 415–424.
- 18 *Aubry C, Gueguen R, Deschamps JP.* Auto-examen des seins. L'attitude des femmes en Lorraine. *Gynécologie*, 1988; 39, 6, 463–471.
- 19 *Saltzstein SL.* Potential limits of physical examination and breast self examination in detecting small cancers of the breast. *Cancer*, 1984; 54, 1443–1446.

---

## Adresse pour correspondance

Dr. Mansour Njah  
 Service de médecine communautaire  
 Faculté de médecine  
 4002 Sousse/Tunisie