



**Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein  
Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis**

Receipt of communication messages on breast cancer screening  
Descriptive studies by quotas among the population of Greater Tunis

**Lamia Ben Hassine, \***

Institut de presse et des sciences de l'information, (Tunis) lamia.bhassine@gmail.com

Reçu le 13./12/2019

Accepté le 10./4/2020

Publié le 29./10/2020

---

**Résumé:**

*En matière de prévention et de dépistage du Cancer du sein, une série d'acteurs et d'actions éducatives dont le but est d'informer et de convaincre les « publics » destinataires ont été mis en place en Tunisie. Une méthodologie mixte faisant à la fois au quantitatif et au qualitatif a été adoptée. L'analyse des pratiques des acteurs, a permis de distinguer une grande hétérogénéité du discours sur la prévention du cancer du sein. Les publics et leur appropriation des messages véhiculés peuvent ainsi être pensés comme des constructions des acteurs impliqués dans l'acte de communication.*

**Mots clés :** *Connaissances. Attitudes. Réception. Messages. Cancer du sein.*

**Abstract:**

*In terms of prevention and screening for breast cancer, a series of actors and educational actions whose purpose is to inform and convince the "public" recipients were set up in Tunisia. A mixed methodology, both quantitative and qualitative, has been adopted. The analysis of the practices of the actors made it possible to distinguish a great heterogeneity of the discourse on the prevention of breast cancer. The publics and their appropriation of the messages conveyed can thus be thought like constructions of the actors involved in the act of communication.*

**Keywords:** *Knowledge. Attitudes. Reception. Messages. Breast cancer*

---

\* Auteur correspondant



## **1. Introduction**

En communication, le message est l'objet de persuasion, l'élément central même de la communication. Certains messages peuvent déclencher des réactions diverses, qui n'aboutissent nécessairement pas au changement de comportement escompté (Auteure, 2012). Lorsqu'un « message est très effrayant, le récepteur peut faire cesser rationnellement sa peur en réfutant le message pour l'associer à une rumeur par exemple. Il peut également réfuter la source de l'information en la traitant par exemple de corrompue ou de marginale. Il devient ainsi hostile au message et à la source. Il peut également déformer ou oublier le message » (Noumbissie, 2010, p. 73).

L'acte de communication ne peut être défini comme tel sans que, simultanément, ne soit postulé l'autre, le partenaire auquel la communication s'adresse. L'intention a un objet, il s'agit de le connaître avant la moindre tentative de le modifier. Le discours est précédé par des réflexions d'ordre psychologique. Le caractère et le comportement du partenaire que le destinataire engage par et dans l'acte de communication doivent être étudiés au préalable, afin qu'ils deviennent prévisibles. Ce sont, pour ainsi dire, les prémisses psychologiques de la réussite d'un acte de communication (Varga A., 1989, p.32).

Notre étude a pour objet la communication sociale et la santé en Tunisie. La santé sexuelle et reproductive (SSR) était notre champ d'intervention. Quatre thèmes ont fait objet de notre réflexion : la planification familiale, la lutte contre le VIH Sida, la prévention du cancer du sein, et la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG). Il s'agit de campagnes diffusées dans les médias grand public comme les chaînes de télévision et de radios nationales et régionales et par voie d'affichage urbain à grande échelle et les titres de presse destinés à un large public.

Notre travail vise à étudier les connaissances, les attitudes et le degré de réception des messages véhiculés sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) auprès de la population du Grand Tunis ; à connaître la typologie des acteurs de la communication et à identifier leurs pratiques dans la mise en œuvre et la gestion de la composante communication dans les programmes de dépistage ainsi que l'étendue de leurs actions dans les changements d'attitudes et de comportements. Notre étude s'est consacrée à quatre composantes de la SSR : Le VIH Sida, le cancer du sein, la violence basée sur le genre et la planification familiale.

Nous focaliserons notre analyse dans cet article sur la réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein et effet des messages de prévention auprès de la population du Grand Tunis.

## **2. Développement**

### **2.1 Cadre de la recherche**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « le Cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme.



L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases » (OMS, Sans date).

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde ; en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas et 8 millions de décès liés à la maladie. On estime que le nombre de cas de cancer devrait augmenter à 22 millions au cours des trois prochaines années et à 32,6 millions durant les cinq prochaines années. Le cancer du sein représente 25,2% du total des cas de cancers (International Agency for researcher on Cancer, 2014, p. 16).

En Tunisie, le cancer du sein touche une femme sur 25 avec une taille tumorale moyenne de 4,5 cm lors du diagnostic. Le taux de chirurgie radicale (amputation) est de 80 %, alors que la norme en Europe est de 20% (European Cancer Centers, 2014). « Son incidence standardisée était de 24,3 pour 100000 femmes pour la période 1993-1997. Ce cancer est caractérisé en Tunisie par sa survenue relativement fréquente chez la femme jeune » (Ben Gobrane et al, 2007, p. 310). Selon les estimations de Registre des cancers Nord-Tunisie (2009) « le cancer du sein représente 35% de l'ensemble des cas de cancers soit 1500 nouveaux cas / an » (Nabli, Sans date).

Une stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer<sup>1</sup> ainsi que des éléments d'une campagne régionale « Ville Rose » visant certains gouvernorats en Tunisie ont été élaborés. Le message essentiel proposé est : «*قد ما تظن بيه بكري... قد ما ينجم يتعالج*»<sup>2</sup>. Un média planning 2009-2011 et un plan de campagne « Ville Rose » sont avancées. Le document propose d'articuler la stratégie de lutte contre le cancer du sein avec la réalisation des activités envisagées pour l'année 2010<sup>3</sup> et de demeurer la communication interpersonnelle (CIP) comme le « nerf de la guerre contre le cancer du sein » pour un changement des mentalités et la levée des tabous qui persistent encore visant la femme, l'homme, les descendants, la famille et l'entourage social et professionnel (ONFP, Sans date, pp. 23-24).

Un plan national de lutte contre le cancer 2010-2014 a été lancé. Ce plan s'est proposé de consolider les acquis, de remédier aux insuffisances au niveau de la lutte contre le cancer en Tunisie, et de promouvoir les activités de prévention, de détection précoce et de prise en charge des patients.

Des campagnes sur l'incitation au dépistage du cancer du sein ont été organisées par l'Office national de la famille et de la population<sup>4</sup> (ONFP) en partenariat avec plusieurs acteurs nationaux.

Des campagnes d'affichage urbain et télévisé ont été lancées. Des actions d'Information, d'éducation et de communication (IEC) en matière de lutte contre le cancer du sein et de production de supports IEC sur la prévention du cancer du sein ont été menées. Ces campagnes ont permis également l'intensification des programmes d'éducation sanitaire, le développement du réseau de Centres hospitaliers spécialisés (équipements modernes de diagnostic, traitements et soins palliatifs...), la promotion de formations spécialisées, l'encouragement des recherches en cancérologie et soins palliatifs, et le renforcement de la



## Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis

---

prise en charge des patients et de leurs proches à travers la création de consultations spécialisées en assistance psychologique.

Cette opération a ciblé les femmes de différents âges, et de différentes catégories sociales, à fortiori, celles âgées de 40 ans et plus et les personnalités relais, hommes ou femmes. Une priorité a été donnée à 12 régions, les moins développées de l'ouest et du sud de la Tunisie : Jendouba, Béja, le Kef, Siliana, Kasserine, Sidi Bouzid, Gafsa, Tozeur, Kébili, Gabès, Médenine et Tataouine.

Ces actions nous montrent la complexité de la mise en œuvre des programmes de communication sur le dépistage du cancer du sein malgré les efforts déployés pour baisser le taux d'incidence et faire retourner cette tendance en Tunisie, « le cancer du sein de la femme occupe largement la première place devant celui du col de l'utérus. Il représente 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués chez la femme [...] où l'âge moyen à l'apparition de ce cancer chez la femme tunisienne est d'une dizaine d'années plus jeune que celui observé en Occident » (Ben Abdallah M, et all., 2009, p. 425).

Cependant, les travaux expérimentaux des psychologues sociaux se sont attachés aux phénomènes liés à la réception et à l'acceptation du message. Pour ce qui est de la réception la plupart des recherches se sont intéressées à la relation, posée par hypothèse, entre la mémorisation du contenu des messages et les modifications subséquentes de l'attitude initiale du récepteur. « Toutefois de tels résultats ne doivent pas faire penser que les étapes : attention, compréhension, constituant la phase de rétention du message sont de peu d'importance. En effet, en termes théoriques, on peut avoir quelques doutes sur le fait que la mémorisation d'un message constitue dans tous les cas une bonne mesure de la compréhension du contenu de celui-ci ; en termes pratiques on peut questionner les expérimentations elles-mêmes » (Ghiglione, R., 1993, p. 253).

Pour ce qui est de « l'acceptation du message on trouve une thèse centrale et quelques variantes ». En ce qui concerne la thèse principale, elle postule que l'impact persuasif de la communication serait déterminé en tout premier lieu par

la nature des réponses cognitives générées par le sujet lorsqu'il anticipe ou écoute une communication persuasive [...]. L'idée selon laquelle les sujets écoutant des messages persuasifs traitent activement les informations qu'ils reçoivent de sorte que leurs propres réactions jouent un rôle médiateur dans la persuasion n'est pas nouvelle (Bromberg, 1990, p. 253).

Les modèles actuels en communication de santé publique envisageant les effets des campagnes sur le changement de comportement sont issus du paradigme de la cognition et des modèles du traitement de l'information. Ils s'attachent à mettre en évidence les processus psychologiques mis en route dans le traitement des campagnes et responsables du changement de comportement.

Les campagnes de santé sont complexes et coûteuses. Certaines campagnes tentent d'influencer leur public directement grâce à l'effet individu<sup>5</sup>. Ce cheminement est en général peu utilisé par les campagnes de santé. L'influence indirecte des campagnes est davantage utilisée ; elle consiste à faire véhiculer des messages par ceux qui ne sont pas directement exposés, ce qui entraîne une



appropriation et une interprétation des messages véhiculés, en fonction du contexte social des individus (Messenger, 2011, p. 7).

Enfin, les institutions peuvent également intervenir en ce qui concerne les effets indirects. Lorsque le réseau social se révèle insuffisant pour véhiculer un message, les institutions peuvent prendre le relais. « Les campagnes de prévention peuvent donc avoir trois types d'effets : changement de croyance des individus, interprétation sociale des messages et persuasion institutionnelle » (Hornik, 2011, p.7).

La difficulté ou la réussite d'une campagne sociale dépendra au premier chef du niveau d'influence qu'on vise à obtenir, à savoir si on cherche à modifier les connaissances, les attitudes ou les comportements. De plus dans le changement de comportement, la difficulté variera selon qu'il s'agit d'abandonner ou de modifier un comportement nuisible, d'empêcher l'essai d'un comportement indésirable ou encore d'en adopter un nouveau (Micheline, 2009, p. 48).

Cependant, au-delà de leur degré de connaissance des campagnes de communication, comment les populations cibles jugent-elles ces campagnes ? Ont-elles une influence immédiate sur son comportement ? Sachant que les objectifs d'une campagne sociale varient selon qu'elle traite d'un problème ancien ou nouveau, et de l'échelle de temps à l'intérieur de laquelle opère la campagne. Différents types d'objectifs sont à tenir en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des campagnes de communication sociale (Ibid., p. 49).

## 2.2 Méthodologie

### a) Étude descriptive par quotas

Dans un premier temps, une étude descriptive par quotas à l'aide d'un questionnaire standardisé auto administré a été réalisée auprès de 300 sujets venant pour un service de SSR dans les Centres de santé de la reproduction (SR) du Grand Tunis. Ces Centres relèvent de l'ONFP et sont implantés dans les sièges des chefs-lieux des gouvernorats<sup>6</sup>.

Trois cibles étaient visées : Hommes, femmes en âge de procréation et jeunes à partir de l'âge de 15 ans ayant bénéficié d'un service SSR au sein des Centres de SR et des espaces amis des jeunes<sup>7</sup> du Grand Tunis et ayant volontairement accepté de participer à l'enquête.

N'était pas inclus dans notre enquête, les personnes accompagnant la population visitant le Centre SR pour bénéficier d'un service SR (Époux (se) ; parents ; ou dont l'âge est inférieur à 15 ans et les personnes n'ayant pas souhaité participer à l'enquête.

Les personnes ayant mentionné leurs prénoms et/ou leurs signatures sur les questionnaires ont été exclues de l'étude et ceux qui ont remis un questionnaire très inexploitable et à la limite vide sans réponse.

La phase de terrain s'est déroulée entre le 22 mars 2016 et le 07 mai 2016. Une pré-enquête s'est déroulée le 19 mars 2016 dans la délégation régionale de l'ONFP de Tunis a permis de standardiser l'administration du questionnaire. Un débriefing a permis d'aplanir les difficultés liées à la compréhension de certaines questions. Le questionnaire a été administré en deux langues à savoir l'arabe et le français.

Des autorisations d'enquête ont été obtenues avant le début des activités de terrain.



Chaque personne a répondu de manière individuelle à l'exception de certaines bénéficiaires qui ont exprimé une assistance de l'enquêteur.

L'analyse des données, réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0, a consisté au calcul de fréquences simples et de fréquences relatives (pourcentages) pour les variables qualitatives et au calcul de moyennes et d'écart-types (Standard Deviation) pour les variables quantitatives. Les comparaisons de pourcentage ont été effectuées par le test de Chi-deux de Pearson et en cas de non validité de ce test, les comparaisons des deux pourcentages sont effectuées par le test exact bilatéral de Fisher. Dans tous les tests statistiques, le seuil de signification a été fixé à 0,05.

### **b) Entretiens semi-directifs**

Des entretiens semi-directifs ont été conduits, du 22 avril 2016 jusqu'au 11 juillet 2016 auprès de 18 professionnels de la communication, chargés des programmes, hauts responsables et experts impliqués dans la mise en œuvre des programmes de communication en SSR en Tunisie. La durée moyenne des entretiens est de 1h05mn.

Un guide d'entretien a été construit portant sur la typologie des acteurs et la communication, leurs pratiques et la réception des campagnes de communication de SSR (Modalités de réflexion et de conception, étude de la population cible, évaluation des campagnes de communication, perspectives et recommandations). L'ensemble des entretiens étaient d'un niveau conséquent.

Un entretien de pré-enquête a été entamé représentant ainsi « la base de l'édifice » (Sauvayre, 2013, p. 9) de notre recherche. Cette étape nous a permis de mieux se positionner par rapport à notre cadre de recherche et de prédire certaines incompréhensions relevées par l'interviewé.

La constitution de notre échantillon s'est faite selon la méthode de l'échantillonnage théorique de Glaser et Strauss (1967). Ce type d'échantillonnage « consiste à sélectionner des sources de données, qu'il s'agisse d'un site ou d'un groupe, en fonction de leur pertinence par rapport à l'objet de l'étude » (Fernet, 2005, p. 78). Nous avons eu recours également aux types d'échantillonnage « variation maximale », qui rend compte de différentes variations et identifie des thèmes communs importants, et « Effets de boule de neige », qui identifie de bons cas grâce à des personnes qui connaissent d'autres personnes qui connaissent des cas riches en information. Également nous avons eu recours à l'échantillonnage de type « cas orienté stratifié », qui illustre les sous-groupes, facilitant les comparaisons (B. Miles et A. Huberman, 2003, p. 60).

### **c) Observation participante**

Il s'agit pour nous, de continuer à prêter une attention particulière à tout écrit, ou à tout son dont la signification porte sur les messages véhiculés en matière de SSR dans notre environnement d'études particulièrement les Centres de SR de l'ONFP dans le Grand Tunis et à l'échelle centrale. Un guide d'observation a été élaboré.

Dans notre observation, nous avons inclus : la lecture des banderoles, l'affichage, les spots diffusés, les activités publiées sur la page Facebook officielle, du Ministère de la santé et



des associations travaillant sur la thématique, l'exposition hasardeuse aux émissions radiophoniques ou télévisées, et les lieux. L'observation inclut également les notes administratives sur les programmes de SSR, les séances d'IEC auprès des bénéficiaires des services de SSR, les modalités d'accueil et d'orientation du public concerné au sein des Centres de SR du Grand Tunis ainsi qu'à l'échelle Centrale à travers certaines activités organisées par la Direction de la communication de l'ONFP.

### 2.3 Présentation des résultats

Les résultats obtenus sont opérés à partir des réponses des enquêtés. Par ailleurs, les pourcentages sont donnés par rapport au nombre total d'enquêtés. Les réponses valides sont données en chiffres. Nous avons procédé à des croisements multiples entre l'âge, le genre, le statut matrimonial, le niveau éducatif et les gouvernorats.

#### a) Caractéristiques sociodémographiques de la population

L'échantillon a porté sur 300 sujets ainsi répartis dans les gouvernorats du Grand Tunis. Le tiers (29%) était à Tunis soit 87 Sujets, le tiers (26%) à BenAous (78 sujets), le quart (25%) à La Manouba (75 Sujets) et le un cinquième (20%) à l'Ariana : 60 (Sujets). (Table N°1)

**Table N°1. Répartition de la population par gouvernorats**

Gouvernorat	Pourcentage (%)
Tunis	29,0
Ariana	20,0
Ben arous	26,0
La Manouba	25,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

L'âge moyen de la population d'étude était de  $\pm 32$ ans.

Les résultats de l'enquête démontrent que le pourcentage des jeunes de 10 à 29 ans était de 43%. Parallèlement 37,7 % avait un âge entre 30 - 39 ans et 19.3% avait plus de 40 ans. (Table N° 2)

**Table N°2. Répartition de la population par tranche âge**

Groupe d'âge/Genre	Pourcentage (%)
<b>10-19 ans</b>	15,7
<b>20-29 ans</b>	27,3
<b>30-39 ans</b>	37,7
<b>40-49 ans</b>	16
<b>50-59 ans</b>	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

De ces répartitions par sexe et par âge, il ressort que plus du tiers (37,7%; 100 sujets) des femmes enquêtées avait entre 30-39 ans. Pour les hommes, le pourcentage est de 40,6%. (13 sujets).

Selon le genre notre population d'étude était formée de 89,3% de sexe féminin. Le tiers (29,5%) était du gouvernorat de Tunis.

Selon le statut matrimonial, la majorité des participants 70,7% étaient mariés et 28% étaient célibataires parmi eux sept qui ont déjà des enfants.



## Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis

Pour ce qui est du nombre d'enfants chez la population enquêtés dans le cadre de cette étude, il apparaît que 36,7% déclaraient ne pas avoir d'enfants (78,1% des hommes contre 31,7% des femmes), près de la moitié (48%) disait avoir de 1 à 2 enfants (51,8% des femmes contre 15,7% des hommes) et eux qui avaient 5 enfants et plus ne représentait plus de 2%. (Table N° 3)

Près du deux tiers (65%) de la population mariée, avaient 1 à 2 enfants.

**Table N°3. Répartition de la population selon le statut matrimonial et le nombre d'enfants**

Statut Matrimonial	Sans enfants	1 à 2 enfants	3 à 4 enfants	5 enfants et plus
Célibataire	77	6	1	0
Marié(e)	29	138	41	4
Veuf (ve)	1	0	0	0
Divorcé(e)	3	0	0	0
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>144</b>	<b>42</b>	<b>4</b>

Selon le niveau d'instruction, près de la moitié de la population touchée (44,3%) avait le niveau d'études secondaires, le quart (24,3%) était de niveau universitaire et près du un cinquième (18,3%) de niveau primaire.

Quant au plan professionnel, la population active représentait 38,2% dont la moitié (48,7%) sont des ouvriers. Ces derniers représentent près du un cinquième (18,7%) de la population totale.

Parmi les 268 femmes qui ont répondu, 84 participantes du genre féminin étaient des femmes au foyer soit 28% de la population totale.

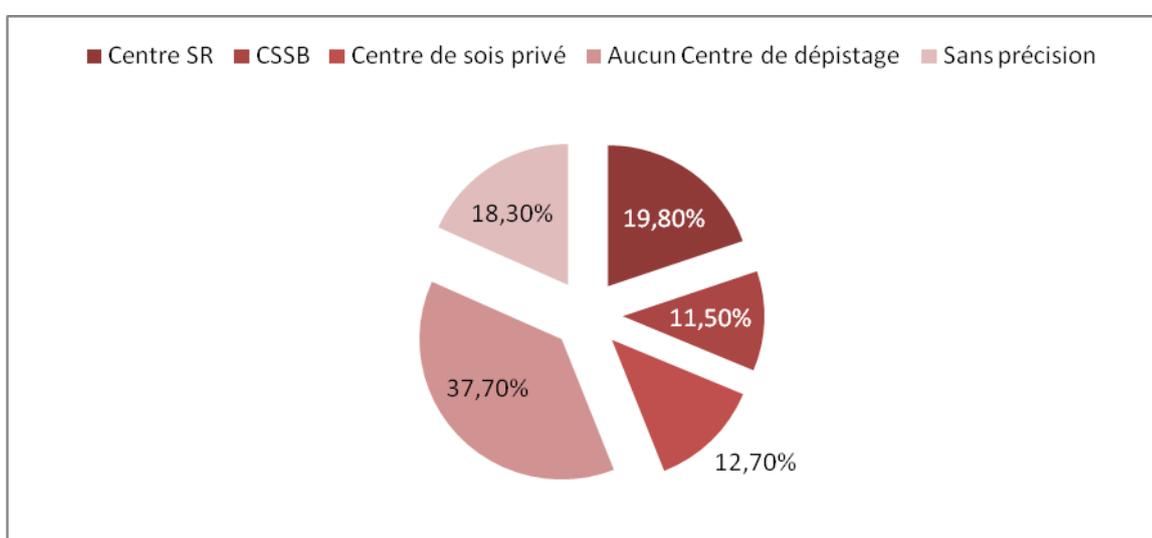
### **b) Connaissances et attitudes sur le cancer du sein**

Sur le plan des connaissances, plus des deux tiers (77,7%) des participants ont déclaré avoir entendu parler du Cancer du sein et uniquement 16% ont bénéficié de séances de sensibilisation sur le cancer du sein.

Sur les 268 enquêtés de genre féminin, 19,8% déclaraient avoir eu recours à un Centre de SR relevant de l'ONFP pour se faire dépister contre le cancer du sein, 12,7% s'orientaient vers un Centre des soins de santé de base<sup>8</sup> (CSSB) et 11,5% précisaient un Centre de soins privés. (Figure N° 1)

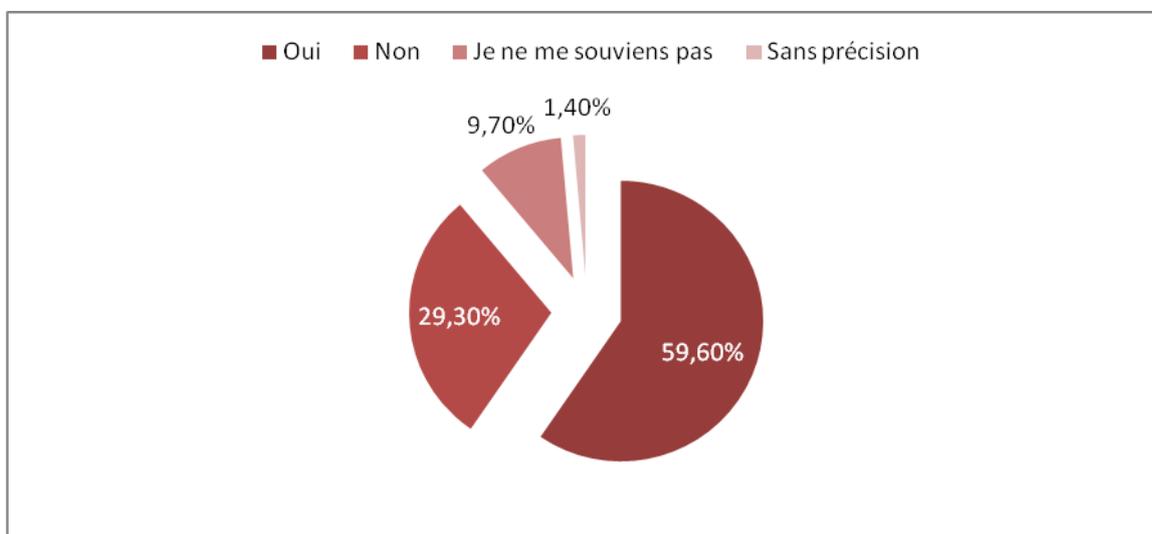
Plus du de la moitié des participantes déclaraient soit ne pas faire recours à aucun Centre de dépistage (37,7%) soit elles préféraient ne donner aucune précision sur ce sujet (18,3%).

**Figure N° 1. Connaissance des centres de dépistage du cancer du sein**



Quant aux attitudes, un peu plus de la moitié (59,6%) pensaient avoir parlé du cancer du sein avec leur entourage et près du 10% ne se souviennent pas avoir abordé cette thématique. (Figure N° 2)

**Figure N° 2. Avez-vous parlé de l'un de ces thèmes à votre entourage ?**





## Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis

Sur la population de genre féminin de notre enquête, 41,8% déclaraient avoir recours à l'autopalpation des seins en tant que moyen préventif contre le cancer du sein. Le un cinquième (19,8%) a eu recours à une mammographie et 15,3% à un examen clinique des seins (ESC).

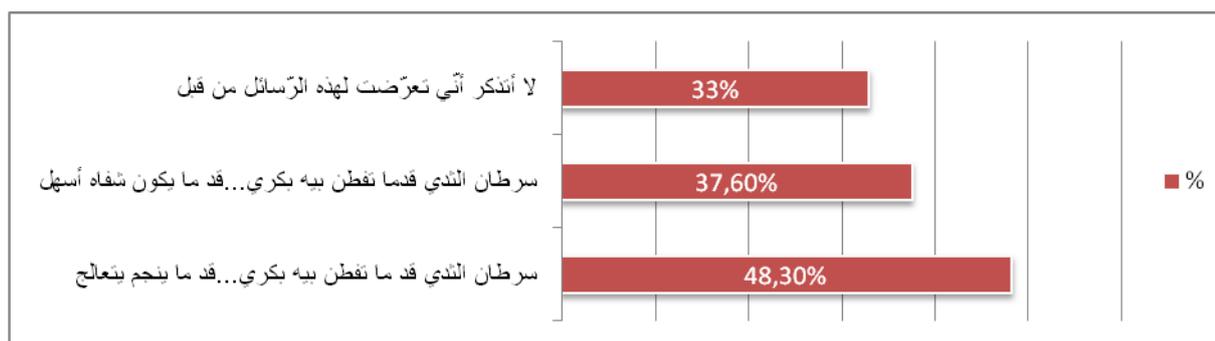
### c) Exposition aux messages sur le cancer du sein et leur acceptation

Deux messages clés ont été véhiculés par les campagnes de communication sur le dépistage du cancer du sein. Le premier message s'est focalisé sur le traitement alors que le deuxième message a mis l'accent sur l'espoir de guérison.

Près de la moitié (48,3%) des participants considéraient avoir été exposé au message : «سرطان الثدي قدما تقطن بيه بكري...قد ما يكون شفاه أسهل»<sup>10</sup> et 37,7% pensaient avoir été exposés au 2e message sur la prévention du cancer du sein : «سرطان الثدي قدما تقطن بيه بكري...قد ما يكون شفاه أسهل»<sup>10</sup>.

Le tiers des participants (33%) déclaraient ne pas se souvenir d'être exposé à aucun des messages sus indiqués. (Figure N° 3).

**Figure N° 3. Exposition des participants aux messages de prévention sur le cancer du sein**



## 2.4 Interprétation et discussion des résultats

Selon le plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019, le dépistage du cancer du sein est supervisé par l'ONFP et la Direction des soins de santé de base (DSSB) (Ministère de la santé, 2015, p11).

Le taux de connaissance des structures fournissant gratuitement un service de dépistage sur le cancer du sein est très faible pour la population de notre enquête. Près des deux quarts des participantes (37,7%) déclaraient ne pas faire recours à aucun Centre de dépistage. Ceci qui nous laisse réfléchir que ces femmes ont pratiqué l'ECS sans assistance d'un cadre médical ou para médical (Sage femme). Cette décision pourrait, s'expliquer par « la crainte des femmes d'une atteinte de l'image corporelle et l'angoisse de l'incurabilité, qui sont deux facteurs essentiels responsables d'un comportement à risque chez la femme » qui pourrait l'empêcher de s'orienter vers un centre de soins (Vernet et Henry, 2007, pp. 54-57). En effet, « la détection précoce qui s'appuie sur la recherche et l'identification précoce de symptômes ou de signes cliniques d'alerte, à des stades où les individus ne viennent habituellement pas spontanément consulter. Dans l'évolution naturelle d'un cancer, la



détection précoce intervient, forcément, en aval du dépistage »  
(Ministère de la santé, 2015, p10).

En effet, le choix de ne pas recourir à un Centre de soins pourrait s'expliquer par le fardeau de la perception de la maladie vis-à-vis de la femme et de la société d'une part et par les obstacles accompagnant le dépistage et le diagnostic tel que la stigmatisation sociale, le retard de prise en charge et le manque d'accueil et d'orientation dans les établissements de santé d'autre part. En effet, selon le même plan «Le taux d'incidence du cancer du sein est en hausse et les diagnostics interviennent souvent à un stade tardif (30 % au stade localisé ; 40 % au stade régional ; 15 % à un stade métastatique). En Tunisie, le cancer du sein peut être stigmatisé par la société et la famille des patientes» (Ibid.).

Depuis 2006, des actions de sensibilisation sur les signes et les symptômes précoces du cancer ont été organisées à travers les journaux, la télévision, et la radio. Plusieurs associations de femmes ont effectué des visites dans les zones rurales en partenariat avec les Centres SR à travers des caravanes sur la prévention et le dépistage précoce sur le cancer du sein. Outre ces activités de prévention, la formation et l'assistance à la formation continue du personnel de la santé, la mobilisation sociale et le plaidoyer auprès des autorités nationales étaient parmi les axes d'intervention.

Toutefois, il faut bien redynamiser la stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein particulièrement la promotion du dépistage précoce accompagné par un ensemble d'activités destinées à l'ensemble de la population (Femmes, hommes, jeunes et enfants), à l'intention du personnel de la santé (médical, paramédical, socio-éducatif...) en raison des grandes disparités existant dans la formation du personnel des unités de soins de santé primaire. Cette stratégie devra être mise en œuvre en concertation avec l'ensemble des acteurs à l'échelle régionale et nationale quelles que soit leurs différences afin de pouvoir impacter positivement les conditions sanitaires et sociales des différentes catégories de la population.

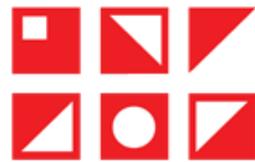
Quant aux attitudes vis-à-vis du cancer du sein, il a été relevé que ce thème est le moins évoqué par les hommes avec leurs entourages (25%) que les enquêtés de genre féminin (63,8%). La tranche d'âge 30-39 ans déclarait avoir parlé avec son entourage sur le cancer du sein (27,2% pour les femmes contre 6,2% pour les hommes) plus que les autres catégories d'âges. La population homme semblait ne pas être ciblée par les messages de prévention en matière du cancer du sein.

#### **a) Un taux d'examen clinique des seins au-dessous des aspirations**

Il a été demandé aux femmes visitant les Centres de SR du Grand Tunis si elles avaient recours à un moyen de dépistage pour se prévenir contre le Cancer du sein, près de la moitié (41,8%) des participantes avaient déclaré l'autopalpation des seins, 19,8% des femmes avaient recours à la mammographie et 15,3% à l'ECS. En effet, selon le plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 «Pour être efficace, les programmes de détection précoce devraient atteindre une couverture dépassant 70% de la population cible» (Op. cit., p10). (Table N°4)

**Table N°4. Recours aux moyens de dépistage du cancer du sein**

## Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis



Réponses des participants	Oui (%)
Autopalpation des seins	41,8
Mammographie	19,8
Examen clinique des seins	15,3

« La détection précoce est faite annuellement par ECS à partir de l'âge de 30 ans et au-delà. Il a été noté que cet examen était généralement offert à toute femme se présentant à une consultation dans un centre de santé » (Ministère de la santé, 2015, p11). Parmi les femmes de notre enquête ayant 30 ans et plus (17,7%) affirmaient qu'elles recouraient à un ECS. Ce taux est considéré comme faible et confirmé par l'analyse du plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 qui a montré que « Le taux de couverture est cependant faible, inférieur à 10% des femmes du groupe d'âge cible font un ECS » (Ibid.).

Il est à indiquer que parmi les femmes qui avaient effectué un ECS, 30,3% n'ont fait recours à aucun Centre. Toute fois cet examen est considéré simple, il doit être accompagné d'un programme d'Information, d'éducation et de communication (IEC) en amont pour inciter les femmes à s'informer et à consulter dans les Centres de première ligne et en aval pour les femmes nécessitant une prise en charge thérapeutique.

Quant à la mammographie, l'examen de référence de dépistage du cancer du sein, 35% uniquement des femmes participantes à notre enquête âgés de 40 ans et plus l'ont effectué. 39% des femmes ayant effectué une mammographie ont fait recours à un Centre privé alors que moins de 24,5% se sont orientés vers les Centres de l'ONFP et les CSSB.

Le gouvernorat de l'Ariana est doté d'une unité de mammographie au sein du Centre SR de l'ONFP. Parmi les 53 participants de genre féminin du gouvernorat de l'Ariana 30,1% ont effectué une mammographie. Parmi ces 30,1%, uniquement 37,5% l'ont effectué au Centre de SR de l'ONFP et 25% ont eu recours à un Centre privé. Il est à préciser que le coût de la mammographie est assez élevé en privé. En Tunisie « la mammographie de confirmation du diagnostic est couverte par le régime national d'assurance maladie, alors que celle de dépistage ne l'est pas et accuse des retards de six mois à un an » (Ibid.). Alors qu'en France « l'accès au dépistage à toutes les femmes de la tranche d'âge ciblée est garanti par le système d'invitation systématique et la prise en charge à 100% des mammographies par l'Assurance Maladie » (Ibid.). Une stratégie de marketing devra être mise en place pour la promotion des services offerts par les Centres de l'ONFP et de la DSSB afin de permettre à la population d'y accéder. Un plaidoyer auprès des décideurs des Caisses et Sociétés d'assurances pour la prise en charge du dépistage précoce à planifier.

Dans ce cas de figure, le modèle de croyance de la santé (HBM) prédit qu'une femme ira faire un examen de dépistage du cancer (sein, col de l'utérus) si elle se sent vulnérable, si elle pense que ce cancer est grave, si les bénéfices sont élevés et si comparativement les coûts sont faibles. Elle pourra le faire si elle y est incitée, soit par un élément externe, comme une affiche chez un médecin ou dans une structure de soins, soit par un élément interne, comme un symptôme qu'elle aura interprété (à tort ou à raison) comme pouvant être lié à la présence d'une tumeur. Selon ce modèle HBM, on pourra prédire que sa probabilité



d'aller réaliser l'examen sera d'autant plus élevée qu'elle a un fort sentiment de contrôle et qu'elle est motivée à rester en bonne santé (Ogden et Desrichard, 2008, pp. 27-28).

### b) Exposition aux messages de prévention sur le cancer du sein

« Le dépistage et la prévention ont des représentations complexes dans la pensée populaire. Par leurs assignations biologiques et sociales (gender), les femmes pratiquent des formes de prévention selon leurs représentations.[...] Il est nécessaire d'adapter l'information à la demande de la femme, à sa biographie et son milieu socioculturel » (Sérador, 2007, p 172). Selon l'un des professionnels de la communication rencontrés: « Le cancer du sein ![...] on a trouvé des difficultés lourdes même dans la représentation du sein, c'est toujours le tabou, pour les Tunisiens le sein n'est pas un organe comme un autre, trop de tabous, on était coincé... la 1<sup>re</sup> chose à laquelle on a pensé c'est de la faire stylisé on ne met pas une photo réelle sauf dans nos centres pour expliquer la palpation mais dans la rue, c'était stylisé».

Par ailleurs, l'enquête révèle que 48,3% des participants (5,5% de genre masculin et 94,4% de genre féminin) considéraient avoir été exposé au message « سرطان الثدي قد ماتقطن بيه » «بكري...قد ما ينجم يتعالج». Ce message a été lancé à l'occasion de la campagne médiatique 11 sur le dépistage du cancer du sein le 13 octobre 2008 visant les femmes ayant 40 ans et plus. Une campagne de communication de masse a été également menée à travers un affichage urbain fixe et mobile du 04 février au 15 février et du 23 février au 09 mars 2009 dans plusieurs gouvernorats.

Il ressort des données collectées que 24,8% de la population de genre féminin à 40 ans et plus (34 sujets) pensaient avoir été exposé à ce message. Parmi les participants de genre féminin 50% ayant un niveau secondaire et 22% ayant un niveau universitaire pensaient avoir été exposé à ce message. Cette différence est importante sachant que pour les femmes sans instruction et celles ayant suivi une formation professionnelle et l'école coranique, ce taux ne dépassait 10%. Il est ainsi important que les différences socio-éducatives et professionnelles des populations ciblées soient prises en compte dans l'élaboration des programmes et campagnes de communication.

Le calcul de la corrélation entre le genre et les messages véhiculés nous a permis de déduire une corrélation de (0,149) entre le genre et la mémorisation de ce message. En effet, la proportion des femmes qui se souviennent de ce message était significativement plus élevée que celle des hommes avec  $p=0,010$  ( $< 0,05$ ). Il existe également une corrélation (0,162) entre l'âge et la mémorisation de ce message. En effet, les jeunes se souviennent plus de ce message avec  $p=0,005$  ( $< 0,05$ ) statistiquement significative.

Le message de prévention sur le cancer du sein semble centré sur l'acte de dépistage après consultation des spécialistes en cancérologie pour comprendre les modalités de construction de message et contrarier les idées reçues et les jugements négatifs, ce que explique l'un des anciens Directeurs de la communication : « Ce 1er message a été travaillé avec Professeurs[...] et [...], une dizaine d'années en arrière, qui nous ont mentionné que « Le cancer du sein est guérissable, diagnostiqué à temps », on a repris cette phrase et on a commencé à la traduire : « 12 قد ما تقطن بيه بكري قد ما يتعالج ». Après on parlait de



## Réception des messages de communication sur le dépistage du cancer du sein Enquête descriptive par quotas auprès de la population du Grand Tunis

« كشف 13 ». On a décidé donc au lieu de « علاجك أسهل 14 » on a choisi « يكون شفاك » [15 أسهل...], on est entrain de façonner le message en fonction des dires des spécialistes : "dépistage", "dépistage précoce", "palpation", etc., on est entrain de suivre le jargon qu'ils proposent ».

Il est à remarquer qu'une affiche en Format A2 portant le message : « سرطان الثدي قد ماتقطن بيه... قد ما ينجم يتعالج بكري... » est assez présente dans les hôpitaux publics, les CSSB et dans les salles d'attente des Délégations régionales (DR) de l'ONFP particulièrement les gouvernorats de Tunis et de la Manouba et dans les salles de consultation.

En ce qui concerne le slogan « سرطان الثدي قد ما تقطن بيه بكري... قد ما يكون شفاه أسهل » diffusé par le spot de sensibilisation mené par l'actrice de théâtre tunisien Amel Safta sur l'importance du dépistage précoce du cancer du sein, 37,7% des participants (8,8% de genre masculin et 91,1% de genre féminin) pensaient y avoir été exposé. Il ressort également que 19,4% uniquement de la population de genre féminin à 40 ans et plus déclaraient avoir été exposé à ce message.

Les enquêtés du gouvernorat de Tunis (33,6%) sont plus nombreux à déclarer avoir été exposé à ce message par rapport à ceux du gouvernorat de Ben Arous (30,9%), de l'Ariana (18,5%) et de la Manouba (16%). De ces résultats, il semblait que les DR de l'ONFP de Tunis et de Ben Arous consacraient plus d'activités à ce thème par rapport aux autres composantes de la SSR. Néanmoins, l'évolution des services SSR de l'ONFP (2015) a montré que les DR de l'Ariana et de la Manouba ont enregistré le nombre de consultations le plus élevé en cancer du sein (6956 consultations au niveau de l'Ariana et 5402 au niveau de la Manouba contre 2814 pour Tunis et 5376 pour Ben Arous).

À travers notre observation, la salle de consultation à la DR de Tunis a été aménagée en s'inspirant des couleurs du ruban rose symbole de la lutte contre le cancer du sein avec des affiches en format A3. Selon l'un des anciens délégués régionaux de l'ONFP de Tunis : « Mon objectif était de baisser ce diamètre, le diamètre moyen de la masse tumorale à la première découverte de l'examen était de 5 cm, et d'essayer de faire une unité au sein de la clinique pour apprendre aux femmes de visu et de manière pratique comment se faire examiner qui est géré par une sage femme qui ne faisait rien que ça ».

Un autre facteur qui pourrait expliquer ce pourcentage élevé d'exposition de la population visitant la DR de Tunis à ce message au moment de notre enquête.

Ces données expriment la difficulté véhiculée dans la conception des messages. Des propositions de messages clefs ont été avancées dans le document de « la stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein en Tunisie 2009-2011 » en fonction du public cible mais cette stratégie reste loin d'être mise en œuvre. L'ONFP semble mettre l'accent sur les femmes ayant 40 ans et plus sans tenir compte de son environnement social. En effet, « le diagnostic de la situation permet de mettre en œuvre le caractère systémique de la thématique « cancer du sein ». Il découle un fait primordial : la décision de la femme « se faire dépister » ne lui revient pas. Cette autonomie lacunaire illustre le caractère complexe de la prise de décision » (ONFP, p. 9).



Plusieurs «facteurs peuvent être illustré selon une approche «concentrique» permettant de situer la «femme» par rapport à ses environnements sociaux médias et immédiats (Le père, les enfants, famille élargie, entourage social)» (Ibid.). Cependant, «les individus recevant un message taillé sur mesure produisent plus de pensées positives favorables au message, qui, à leur tour, sont corrélées positivement à l'intention comportementale» (Girandola, 2003, p84). Ce que l'un des anciens coordinateurs du programme national de lutte contre le cancer du sein a souhaité le préciser : «Ce message : «*قد ماتقطن بيه بكري قد مايكون شفاه أسهل*» a été modifié et discutée 36 000 fois, le choix a été fait au niveau du comité national et a été discuté au niveau des commissions techniques restreintes, [...] il a été testé à plusieurs reprises et au niveau de plusieurs catégories de population [...]C'est cette version qui a été retenue».

Les données recueillies de l'enquête ont révélé que les participants ont reconnu davantage le message objet d'affichage (48,3%) que celui véhiculé à travers le spot TV (37,7%). Ce qui pourrait être expliqué selon Fabien Girandola que «le message difficile est mieux compris et plus persuasif dans la modalité écrite [...]. La version écrite permet aux individus de relire certains passages du message» (Girandola, 2003, p. 75). Il ajoute également qu'un «cadrage positif présente, en termes d'opportunités, les avantages d'adopter les recommandations proposées dans le message. Un cadrage négatif présente, en terme d'opportunités perdues, les inconvénients d'un rejet de ces mêmes recommandations» (Ibid., p. 77).

Ces pourcentages restent faibles. Comme l'a exprimé Brégitte Sérador « il faudrait penser aux femmes qui n'ont pas ou qui ne veulent pas participer aux campagnes de dépistage. Elles pourraient avoir un sentiment de culpabilité si elles sont ultérieurement atteintes d'un cancer du sein. Nous devons également savoir expliquer aux femmes qui ne rentrent pas dans la classe d'âge que leur suivi sera personnalisé. [...] Il est nécessaire d'adapter l'information à la demande de la femme, à sa biographie et à son milieu socio-culturel » (Ibid., p. 172).

À travers ces données il semblait que les acteurs de la communication s'adressaient principalement aux jeunes femmes. Les hommes, la famille, et les enfants ne semblaient pas être concernés par cette campagne. En effet, les entrevues menées nous ont permis de remarquer une grande hétérogénéité dans le discours des acteurs sur la prévention du cancer du sein. Certains acteurs évoquaient une communication centrée sur l'acte de dépistage lui-même où « La communication est neutre. Elle délivre une description technique et scientifique des faits, des bénéfices et des risques. Elle laisse la décision de participation aux femmes considérées alors comme « bien informées » et libres de leur choix » (Sancho-Garnier et al. 2003, p. 27). À travers cette communication les acteurs ont essayé de préconiser une dynamique collective à travers l'action d'associations féminines et les actions de sensibilisation de proximité avec la population à travers des caravanes de santé autour du 04 février, la journée mondiale de lutte contre le cancer, ou dans le cadre des manifestations de l'octobre Rose. Ils ont laissé un certain espace décisionnel aux femmes grâce à une information sur les avantages et les inconvénients qui induisent un choix.



Pour d'autres acteurs, une communication centrée sur l'obligation est parfois observée dans les Centres de SR, quand une femme est détectée lors de sa consultation monographique. Cette femme est dirigée par voie de convocation voir une prescription après analyse, à l'Institut National de Cancérologie Salah Azeiz. L'ancien délégué régional du Centre de SR de Tunis a bien mis en exergue la dimension administrative de la démarche et le bénéfice exprimé en termes statistiques.

En effet, certains auteurs ont avancé un autre type de « communication centrée sur les femmes » (Ibid., p. 27). Cette communication s'appuie : soit « sur une relation de proximité avec les individus, de type protecteur, et l'action est bénéfique à tout coup. C'est une communication rassurante, parfois même trop. Le mot cancer peut ne pas être utilisé et le dépistage peut être quasi absent du discours, soit sur le lobbying des femmes, des femmes convaincues et volontaires " recrutent " les autres femmes. La femme est représentée à travers une femme exemplaire et prescriptrice » (Sancho-Garnier et al. 2003, p. 28), ce qui a été exprimé par l'un des acteurs de la communication à l'ONFP au cours de l'élaboration des messages de prévention sur le cancer du sein en collaboration avec les spécialistes de l'Institut National de Cancérologie.

Le choix des messages a des implications importantes en termes de communication. À cet effet, Roland Barthes indique que « Tout message est la réunion d'un plan d'expression ou signifiant, et d'un plan de contenu ou signifié » (Jouve, 2000, p.137). Des éléments sans doute très importants dans la formulation des messages dans les campagnes de communication. Cependant, les acteurs doivent pouvoir analyser et interpréter selon des méthodes de recherche scientifique (quantitative, qualitative, entrevues, analyses de contenu, groupes de discussion, histoire de vie, etc.), les informations qu'ils doivent ensuite rendre accessibles aux publics internes et externes des organisations, parfois par l'entremise des médias mais souvent par d'autres moyens permettant la communication interactive ( Web interactifs, création de groupes virtuels pour l'échange d'informations, rencontres, etc.) (Johanne et Mongeau, 2004, p. 229).

Les messages conçus sur le cancer du sein nous ramènent à tenir compte à l'importance du cadrage des messages. Les acteurs de la communication rencontrés ont insisté sur l'emploi d'un cadrage positif de la prévention du cancer du sein. En effet, « les travaux de plusieurs chercheurs<sup>16</sup> dans ce genre de situation indiquent que le cadrage négatif a significativement le plus d'impact au niveau persuasif que le cadrage positif. Un cadrage négatif est plus efficace lors d'une détection, un cadrage positif lors d'une prévention » (Girandola, 2003, p. 78). Selon, les théories à double processus Jepson et Chaiken (1990) ont montré que l'éveil de la peur peut inhiber le traitement systématique des messages. Des sujets ayant une forte peur du cancer détectent significativement moins d'erreurs de logiques argumentatives dissimulées dans un message sur le dépistage du cancer que des sujets n'ayant pas peur de cette maladie. Selon les auteurs, la relation négative observée entre peur et traitement systématique est issue soit d'une faible capacité à traiter correctement le message soit d'une



motivation réduite, les sujets ne penseraient pas aux informations relatives à cette pathologie (Girandola, 2000, p. 347).

### 3. Conclusion

La majorité des enquêtés n'ont pas bénéficié de séance de sensibilisation, mais ils ont pu entendre parler. Le niveau de réception des actions menées reste modeste. Cependant, l'implication des hommes doit devenir un sujet de réflexion important dans les stratégies de communication, il s'agit de « les considérer comme des reproducteurs et de mettre en œuvre des stratégies efficaces, pour accroître leur prise de conscience quant à leurs responsabilités » (Bougairé-Zangréyanogho, 2004, p. 77) en tant que partenaire à part entière. Pour juger de cette acceptation, il est également important de connaître leurs avis sur les moyens employés (la sensibilisation ou la mobilisation ou les services) pour atteindre les objectifs des campagnes.

Une absence de lien entre les campagnes et les changements d'attitudes. Déterminer les attitudes d'une cible « c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations face à un phénomène : épidémie, service de santé, prestataire ». Ceci permet de prendre en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption des bonnes pratiques. L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités à mettre en œuvre. Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne (Essi et Oudou, 2013, pp. 1-3). Le besoin en évaluation, et ce même si le budget est limité, doit être une activité usuelle.

Sensibiliser le public revient à l'initier. La structuration des interventions de communication sur le dépistage du cancer du sein nécessite la prise en compte du court et moyen terme (le processus) autant que du long terme (l'impact sur la santé) et des déterminants de la santé et du changement. Cependant, les médecins, les sages femmes et le personnel de 1<sup>re</sup> ligne « touchent une large population et sont écoutés par leurs patients qui leur font confiance, ils peuvent ainsi conseiller et 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 l'apprentissage aux femmes l'auto-examen des seins et l'orientation-recours des femmes pour la mammographie » (Hasseiri et al, 2003, p. 354).



#### 4. Liste Bibliographique

- A, Kibédi. (1989). *Discours, récit, image*, Collection dirigée par Michel Meyer. Liège-Bruxelles : Edition Pierre Margaga.
- Auteure. (2012). *La communication sur le Sida en Tunisie. Messages et images* (Mémoire pour l'obtention du Master de recherche en sciences de l'information et de la communication), Institut de Presse et des Sciences de l'Information, Université de la Manouba, Tunis.
- B. Miles Matthew, A. Huberman Michael. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : Edition De Boeck Supérieur.
- Ben Abdallah M, et all. (2009). Cancer du sein en Tunisie : Caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive de l'incidence. *La Tunisie Médicale*, Volume 87 (7), pp. 418-417. Repéré à [https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie\\_1115\\_fr](https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_1115_fr) (Page consulté e le 23 mai 2017)
- Ben Gobrane, H. Fakfakh, R. Rahal, K. Ben Ayed, F. Mâalej, M., et all. (2007). Pronostic du cancer du sein à l'institut de carcinologie Salah Azeiz de Tunis, *La Revue de la Santé de la Méditerranée Orientale*, Volume 13 (n°2), 2007, pp.309-318.
- Bougaïré-Zangréyanogho, Marie Danielle. (2004). *L'approche communicative des campagnes de sensibilisation en santé publique au Burkina Faso: les cas de la planification familiale, du sida et de l'excision*. Pays-Bas, University of Groningen.
- Bromberg, M. (1990). *La communication : le « pourquoi »*. Dans, Claude Bonnet, Jean-François Richard (Collectif), *Cognition, représentation, communication. Traité de Psychologie Cognitive* (Tome 3). Paris : Edition Dunod.
- Essi, Marie José et Oudou, Njoya. (2013). Point de vue : L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sciences and Disease*, Vol 14, n°2, 1-3. Repéré à [http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/viewFile/183/pdf\\_22](http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/viewFile/183/pdf_22) (Page consultée le 3 Mars 2017)
- European Cancer Centers. *Lutte contre le cancer du sein*. London. Repéré à <http://european-cancer-centers.com/fr/fondation-2/lutte-contre-le-cancer-du-sein/> (Page consultée le 22 octobre 2014).
- Fabien, Girandola. (2000). *Peur et persuasion : présentations des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture*. *L'année psychologique*, volume 100, n°2. 333-376. Repéré à [http://www.persee.fr/docAsPDF/psy\\_0003-5033\\_2000\\_num\\_100\\_2\\_28644.pdf](http://www.persee.fr/docAsPDF/psy_0003-5033_2000_num_100_2_28644.pdf) (Page consultée le 16 mai 2017)
- Fernet, Mylène. (2005). *Amour, Violence et Adolescence*. Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Ghiglione, Rodolphe. (1993). *La réception des messages. Approches psychosociologiques*. HERMÈS - À LA RECHERCHE DU PUBLIC Réception, Télévision, Médias, n° 11-12, pp. 247-268. Repéré à



[http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15497/HERMES\\_1993\\_11-12\\_248.pdf?sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15497/HERMES_1993_11-12_248.pdf?sequence=1) (Page consultée le 5 août 2011)

- Girandola, Fabien. (2003). *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*. Paris : Presses Universitaires Franche-Comté, Collection psychologie.
- Hasseiri, Mohammed et all. (2003). Connaissance et participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein. *EasternMediterraneanHealth Journal*, Vol n°9, n°3, 353-363. Repéré à [file:///C:/Users/Acer/Desktop/emhj\\_2003\\_9\\_3\\_353\\_363.pdf](file:///C:/Users/Acer/Desktop/emhj_2003_9_3_353_363.pdf) (Page consultée le 18 février 2017).
- Hélène, Sancho-Garnier.Maignien,Michel.Mergier, Alain. et le Groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC). (2003). La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis de femmes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 04, 28 pages. Repéré à [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=1818](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1818) (Page consultée le 22 Décembre 2016).
- Hornik, Robert. (2011). *Leçons tirées de 30 ans de recherche sur l'évaluation des campagnes de prévention*. Communication présentée au colloque scientifique : Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?, Paris. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf> (Page consultée le 7 janvier 2017)
- Institut National du Cancer. (2013). *Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein Quels éléments en 2013 ?* France, Institut National du Cancer. Repéré à <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013.pdf> (Page consultée le 19 Janvier 2017).
- International Agency for researcher on Cancer. (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon, France : Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild.
- Johanne, Saint-Charles., et Mongeau, Pierre. (2004). *Communication : Horizons de Pratiques et de Recherche*. Canada : Presses de l'Université du Québec, Collection Communication.
- Jouve, Michèle. (2000). *Communication: théories et pratiques*. Paris : Éditions Bréal, Collection Synergies.
- Messenger, Danielle. (2011, Décembre). *Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?*. Communication présentée au Colloque scientifique, Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES), Palais des Congrès, Paris. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf> (Page consultée le 20 octobre 2016).
- Micheline, Frenette. (2009). *La recherche en communication : un atout pour les campagnes sociales*, Québec : Presses de l'université du Québec, Collection communication.



- Ministère de la santé. (2015). *Plan pour la lutte contre le cancer en Tunisie 2015-2019 (Draft soumis pour concertation)*. Tunisie, Ministère de la Santé. Repéré à <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/index.php/actualites/478-plan-pour-la-lutte-contre-le-cancer-en-tunisie-2015-2019> (Page consultée le 31 octobre 2016).
- Nabli, Mounira. (Sans date). *Projet : Soutien au programme national de lutte contre le Cancer. Diagnostic précoce du cancer du sein*, Tunis. [PowerPoint].
- Noubissie, Claude Désiré. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun)* (Thèse de doctorat en Psychologie), Université Lumière-Lyon 2, Paris. Repéré à [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/noubissie\\_c#p=0&a=topVarga](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/noubissie_c#p=0&a=topVarga) (Page consultée le 20 mars 2011).
- Office national de la famille et de la population. (Sans date). *Stratégie nationale de communication pour la lutte contre le cancer du sein 2009-2011*. Tunisie : Office national de la famille et de la population, Ministère de la santé publique (Document réalisé avec l'appui de la coopération italienne).
- Ogden, Jane et Desrichard, Olivier. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : Edition De Boeck Université.
- Organisation Mondiale de la santé. (2015). *Cancer*, Genève, Suisse. Repéré à <http://www.who.int/topics/cancer/fr/>. Date de consultation : 27 décembre 2015.
- Sauvayre, Romy. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris : Edition Dunod.
- Sérador, Brigitte. (2007). *Le dépistage du cancer du sein : Un enjeu de santé publique*. Paris : Edition illustrée : Springer Science & Business Media.
- Vernet, Alain., et Henry, Franck. (2007). *Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux*. *Le Journal des psychologues*, volume 4 (247), pp. 54-57. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-4-page-54.htm> (Page consultée le 24 février 2016).

<sup>1</sup> Ce document n'a fait objet de publication.

<sup>2</sup> « Cancer du sein mieux le découvrir tôt... mieux sera soigné ».

<sup>3</sup> L'année 2010, a été déclarée par la Présidence de la République en Tunisie l'année de lutte contre le cancer.

<sup>4</sup> La loi n°84-70 du 06 août 1984 avait créé l'Office National de la Famille et de la Population sous la tutelle du Ministère de la famille et de la Promotion de la femme. Une seconde loi (13 janvier 1987) fait de l'ONFP « un établissement public à caractère industriel et commercial doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière ». Il retrouve sa première tutelle, le Ministère de la Santé publique. La nouvelle loi stipule que l'Office doit s'acquitter, en plus de ses missions définies dans la loi de 1984, « d'entreprendre les études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et démographique tendant à améliorer l'information sur les questions de



population et sur les relations entre la croissance économique et le développement économique et social au niveau de la famille et de la collectivité ».

L'ONFP est doté d'un réseau de structures sanitaires spécialisées, complémentaires et actives de par leur caractère décentralisé et répondant aux besoins de la population, lui permettant d'assurer une grande partie des activités médicales, éducatives, de formation et de recherche.

Au nombre de 36 Centres régionaux d'éducation et de planning familial (CREPF) assurant des actes médico-chirurgicales et implantés dans les sièges de gouvernorats. Également l'ONFP s'appuie sur ses 24 délégations régionales.

<sup>5</sup> Il s'agit par exemple de dire à des fumeurs d'arrêter de fumer en leur expliquant qu'ainsi leurs enfants ne respireront plus la fumée de leurs cigarettes.

<sup>6</sup> Sur le plan administratif, les 24 gouvernorats de la Tunisie sont répartis en sept grandes régions économiques : le Grand Tunis, le Nord Est, le Centre Est, le Centre Ouest, le Sud Est et le Sud Ouest.

Nous avons choisis de mener notre enquête au Grand Tunis. Ainsi 6 Centres ont été impliqués dans notre étude:

- Le Centre de santé de la reproduction du gouvernorat de Tunis.
- Le Centre de santé de la reproduction du gouvernorat de La Manouba.
- Le Centre de santé de la reproduction et de recherche du gouvernorat de l'Ariana.
- Le Centre de santé de la reproduction de Hammam Lif; le Centre SR d'Elmourouj et le Centre SR de Ben Arous du gouvernorat de Ben Arous.

<sup>7</sup> Ces espaces sont des « structures » sous forme de services intégrés au sein du Centres SR

<sup>8</sup> Les Centres de santé de base assurent des prestations sanitaires à caractère préventif et curatif ainsi que d'éducation sanitaire. Ils ont une activité essentiellement ambulatoire. Ces Centres relèvent de la Direction des soins de santé de base (DSSB - Ministère de la santé).

<sup>9</sup> « Cancer du sein mieux le découvrir tôt...mieux sera soigné ». Message diffusé à l'occasion de la Campagne nationale de lutte contre le cancer du sein 2009. ONFP en partenariat avec la CNAM, ONFP, 2009. [Campagne d'affichage urbain du 04 au 15 février 2009, Campanes dans les moyens de transport métro, train, ...du 04 au 15 février 2009 et du 23 février au 09 mars 2009].

<sup>10</sup> « Cancer du sein mieux le découvrir tôt...mieux sera guéri ». Spot réalisé par l'Office National de la Famille et de la population avec l'actrice Amel Safta, Tunisie, Production 2008/2009 [Campagne diffusée à la TV].

<sup>11</sup> Cette campagne a été diffusée sur la chaîne de TV Canal 7 (Actuellement Nationale 1) et les chaînes de radios nationales et régionales publiques.

<sup>12</sup> « Vaut le découvrir tôt mieux il est guérit ».

<sup>13</sup> « Dépistage ».

<sup>14</sup> « Votre traitement est plus facile ».

<sup>15</sup> « Votre guérison serait plus facile ».

<sup>16</sup> Meyerowitz et Chaiken (1987) ; Maheswaran et Meyers Levy (1990) ; Rothman et ses collaborateurs (1993 et 1997).