

Etude Des Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Femmes Vis-A-Vis Du Cancer Du Sein Dans Le District De Sante De Tokombere

Ndom Ebène Christian david, Atanga D.Funwie, Sando zachary, Kidi Menta Marius, Ganava Maurice

Kesmonds International University, Department of Public Health District De Sante De Tokombere, Cameroon

Email address:

ndomebenekesmondsuniversity.org, atanga@kesmondsuniversity.org, sandozac@yahoo.fr, kidimenta@yahoo.fr, moganava@yahoo.fr

To cite this article:

Authors: Ndom Ebène Christian david, Atanga D.Funwie, Sando zachary, Kidi Menta Marius, Ganava Maurice . Paper Title: Etude Des Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Femmes Vis-A-Vis Du Cancer Du Sein Dans Le District De Sante De Tokombere
IQ Research Journal of IQ res. j. (2022)1(7): pp 01-29. Vol. 001, Issue 007, 07-2022, pp. 01591-01620

Received: 18 07, 2022; Accepted: 22 07, 2022; Published: 30 07, 2022

Keyword

Etude Des Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Femmes Vis-A-Vis, Cancer, District De Sante De Tokombere

Received:

18 07, 2022

Accepted:

22 07, 2022

Published:

30 07, 2022

Abstract

Breast cancer is the first most common cancer in women worldwide, with global estimates one million new cases and nearly 584,000 cases in developed countries, the remainder in developing countries. Its prevalence is estimated at 29,4% . Breast cancer is the most common cancer among Cameroonian women. It is a preventable disease, it can be prevented through early detection AES, ECS regular mammography are effective methods for the control of breast cancer in countries with limited resources. However, the detection of suspicious signs requires knowledge of the disease end the general community, women in particular, can become aware and develop attitudes to act on modifiable factors, but also to practice cancer screening within regular way.The overall objective of the study was to assess the knowledge, attitude and practice of women in the health district Tokombéré amongst breast cancer . Materials and MethodsWe conducted a descriptive cross-sectional study on a sample of 405 women during one month . Required permissions have been obtained from the chief medical officer of the district. The purpose and procedures of the study were explained to women, French and Foulfoudé. We included in our study, all women aged 20-70 years who have given their informed consent. We excluded all patients or women with a history of breast cancer. Scripted questionnaire was used to collect data on demographics , reproductive history, prior knowledge about breast cancer , its causes , risk factors , prevention , attitudes and practices regarding disease . Participants were recruited in 40 districts Tokombéré. Based on knowledge, attitudes and practices of participating prior to the breast cancer, we had knowledge 2 groups : group good knowledge , bad knowledge group . The attitude 2 groups : group good attitude, bad attitude group . Practice 2 groups : group practice positive , negative practice group. Women of good knowledge group were conscious and say that poor knowledge were called ignorant. The data entry was done with the CS PRO 4.0 then export to SPSS or has been analyzing data software. Proportions were compared using the chi - square test, differences were considered statistically significant if p was less than 0.05. ResultsThe knowledge on the breast cancer was poor, the attitude was good has the majority of the participants, consistent of a practice judged very weak. The results showed that on the 405 interrogated women, only 22.5% had a good previous knowledge on the breast cancer against 77.5% that had a bad knowledge and ill-informed. The ignorant women tended to be housewives with no level of instruction. The big majority of the women (60%) showed a good attitude opposite the breast cancer. Otherwise we noted a weak proportion on the knowledge (22.5%) of the women, who also resulted in a weak proportion in practice (10%). Only a minority of which 16 on 405(3.5%) had undergone a preventive tracking test. The most common reasons by the absence of tracking were due to the lack of information, consistent by the conviction that they were in good health. The religion, the school level, the profession was statistically significant to the knowledge, attitude and the practice (P were less than 0.05). The gynéco-obstetric antecedent was statistically significant to the attitude (P were less than 0.05). ConclusionThis study found that there was insufficient knowledge about breast cancer and malpractice screening of precancerous lesions of the breast in women who live Tokombéré. Attitude of women were usually very positive since most of of them showed a good attitude amongst this disease. this attitude , however, did not improve the practice and it could have been brought by the obstacles were lack of knowledge, perception of the disease.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est une prolifération maligne des tissus de la glande mammaire, d'origine épithéliale développée à partir des cellules de l'unité ductulo lobulaire du sein. Toutefois, d'autres formes de cancer peuvent se développer en dehors de l'épithélium, plutôt dans le tissu conjonctif bien que rare.

C'est le premier cancer féminin en terme de fréquence et de mortalité dans le monde soit 23% en 2008[1]. Dans les pays en voie de développement, il représente le deuxième cancer de la femme et est précédé par celui du cancer du col de l'utérus. On note plus d'un million de nouveaux cas dans le monde avec près de 580 000 cas dans les pays développés et le reste dans les pays en voie de développement [2]. L'OMS évalue à 10 000 000 le nombre de cas enregistrés chaque année et que ces chiffres pourraient augmenter de 50% soit quinze millions d'ici 2020 [3].

En Afrique, des études épidémiologiques prévoient un million de nouveaux cas d'ici 2020 avec 500 000 décès [3]. On estime à près de 250 000 décès contre 160 000 dans les pays développés.

Au Cameroun la fréquence est environ 2 000 nouveaux cas et seul environ 1 000 sont diagnostiqués et pris en charge dans les structures sanitaires [3]. Sa prévalence est estimée à 29,4% [4]. Son incidence varie en fonction de l'âge de la femme, elle est de 56,7 pour 100 000 entre 35 à 39 ans et, 168,1 pour

100 000 entre 55 et 59 ans, et de 221,5 pour 100 000 entre 70 et 74 ans [4].

Son pronostic est sévère avec 35% de suivi à 5 ans [4]. Le taux de survie global des femmes de moins de 35 ans est de 59,5% à 5 ans et 56,7% à 10ans. Plus de 80% atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent le diagnostic. Ces éléments font que l'organisation mondiale de la santé (OMS) considère le cancer du sein comme une priorité de santé publique et un problème majeur de la femme dans le monde.

Globocan 2010 citait un taux de 27,9 pour 100 000 femmes était à l'origine de 14% de décès par cancer chez la femme soit plus de 370 000 décès par an. Il peut être prévenu à travers le dépistage et la détection des stades précancéreux de la maladie, en utilisant l'auto-examen des seins, l'examen par le clinicien, et la mammographie qui sont des méthodes efficaces pour le contrôle du cancer du sein dans les pays à ressources limitées. La probabilité de développer un cancer du sein durant toute la vie d'une femme est de 13,3% environ soit 1 femme sur 8[5]. Cette probabilité est en outre nettement surestimée et par ailleurs inégalement répartie suivant les personnes considérées. La connaissance des facteurs qui favorisent la survenue des cancers du sein va nous permettre d'individualiser les populations où les risques sont plus importants que la moyenne et peut être de cibler des causes

éventuelles. Certains facteurs sont essentiels comme l'âge, les antécédents familiaux et la présence d'anomalies histologiques. D'autres facteurs sont moins importants comme les antécédents gynéco – obstétricaux, obésité, les habitudes alcooliques, hormonothérapie de substitution de la ménopause (hsm) et la densité mammaire [5]. La détection de tout signe nécessite toutefois la connaissance de la maladie afin que la communauté en générale et les femmes en particulier puissent prendre conscience et développer les attitudes visant à agir sur les facteurs modifiables puis qu'il est souvent d'évolution lente d'où l'intérêt d'infléchir son évolution par le dépistage précoce.

En France l'intensification des campagnes de dépistages de masse organisées a eu pour effet une augmentation de la fréquence des formes débutantes, de petites tailles, souvent non palpables. Pour ces lésions précoces, les règles d'une prise en charge de qualité correspondent à des recommandations nationales précisent permettant d'offrir aux patients les meilleures chances de succès.

Au Cameroun, en 2007 une étude basée sur le diagnostic et traitement du cancer du sein à propos de 65 cas fait par FOUMANE et al [6]de l'Hôpital Gynéco – Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) sur une période de 4 ans a révélé que l'âge et la parité moyenne étaient respectivement de 42,9 plus ou moins 13,6 ans. L'âge moyen de survenue des menarches était de 14 plus ou moins 1,5 ans. La plupart des patientes avaient moins de 50 ans

(73,3%) et avaient accouché au moins une fois (89,2%). La période non ménopausique (75,4%) et le délai moyen de consultation était de 9,2 plus ou moins 3,4 mois avec 78,5% de cas arrivant à un stade clinique local avancé.

Les études réalisées dans d'autres pays en moyen et faibles niveaux socioéconomiques notamment, en Tunisie, au Pakistan, au Nigeria, montrent l'importance des meilleures connaissances du cancer du sein. En Afrique, notamment au Cameroun, les cancers du sein sont souvent découverts au stade avancé. Les raisons sont multiples, absence de prévention, à l'ignorance, aux faibles connaissances, mauvaises attitudes et pratiques en matière de cancer.

Le cancer du sein est le premier de la jeune femme au Cameroun [7]. Le stade de découverte et la mortalité liée à ce cancer, peut être amélioré par des mesures préventives, une prise en charge appropriée et efficace. TOKOMBERE dispose d'un hôpital bien équipé et un personnel entraîné en mesure de mener une prise en charge hospitalière et des campagnes de prévention. Paradoxalement les patientes souffrant de cancer du sein y sont plus nombreux et arrivent à des stades avancés avec un pronostic sombre tel que mentionné dans les registres de consultation. Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer cette situation : les connaissances insuffisantes, les attitudes inappropriées et les pratiques indigènes peuvent occuper une place non négligeable. Raison pour laquelle nous nous proposons de mener ce travail intitulé Connaissances, Attitudes et Pratiques des femmes vis-à-vis du

cancer du sein : Cas du district de santé de TOKOMBERE

Méthodes :

Cadre de l'étude : cette étude a été conduite dans les formations sanitaires du district de santé de tokombéré dans le département du mayo sava région de l'extrême nord cameroun.

Le type de l'étude : une étude quantitative ,transversale descriptive auprès des femmes fréquentants les formations sanitaires du district de santé de tokombéré. du 1^{er} au 28 février .

La population d'étude : un échantillonnage en grappe a été fait La population cible est formée de grappes naturelles (quartiers). Le district de santé de TOKOMBERE est constitué de 101 quartiers, nous avons choisi de manière aléatoire 40 quartiers dans le district de santé de TOKOMBERE. Pour trouver le nombre de femmes à choisir par grappes (quartiers) nous nous sommes inspirés de la technique de sondage en grappes utilisée lors des campagnes de vaccination

Echantillon de l'étude : La taille de notre échantillon a été calculée d'après la formule de Cochran: $n = \frac{z^2 P(1-P)}{e^2}$ où n= taille de l'échantillon

z = constante issue de la loi normale selon un certain seuil de confiance (en général 95% et z = 1,96)

P = la prévalence de la maladie étudiée obtenue dans les études similaires ou antérieures

e = la précision absolue souhaitée (5% dans notre cas pour minimiser les coûts)

En 2010, la prévalence était évaluée à 29,4% [6].

La taille de l'échantillon est donc : $n = \frac{1,96^2 \times 0,29(1 - 0,29)}{0,05^2} = 316,39 =$ environ 317 femmes.

Outils et procédure de collecte des données :

La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire administré et préétabli sur la base des six principaux items de la recherche sont : les données socio démographiques, gynéco-obstétricales ; les connaissances, les attitudes, les pratiques. La durée de l'interview était environ de 15 minutes.

Méthodes d'analyse des données : Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré auto – administré pré-testé. La saisie des données et la validation ont été effectuées par le logiciel CS PRO 4.0 puis exporté vers SPSS version Windows 16.0 où les analyses statistiques ont été effectuées.

L'analyse de toutes les données a été faite sur la base des variables de la matrice des dimensions, où un score cap (connaissance, attitude, pratique) a été calculé et évalué sur une échelle de 0 à 20. Un système de notation a été utilisé pour marquer les réponses des femmes, l'évaluation des connaissances était faite sur 7 où nous aurons 2 groupes. Les femmes conscientes dont le score a été supérieur à 5 et ignorantes ceux dont le score a été inférieur à 5. L'évaluation de l'attitude était faite sur 7 les femmes avec un score

supérieur à 4 ont été classé bonne attitude et ceux dont le score a été inférieur à 4 ont été classé comme mauvaise attitude. L'évaluation de la pratique a été sur 6 pour un score supérieur à 4 la pratique a été dite positive pour un score inférieur à 4 la pratique a été dite négative. Dans notre étude, une réponse correcte a été égale à un point. Chaque femme interrogée a été évalué son niveau cap. La relation entre les données socio - démographiques et les scores CAP a été exprimée par leur degré de significativité. Les données associées significativement au score cap supérieur ou égale à 13 ont été estimées. La comparaison des données a été à l'aide du test de chi – carré, pour voir s'il existe des associations. Un P inférieur à 0,05 a été considéré comme positif.

Considérations éthiques : : La recherche n'a procédé à aucune manipulation humaine, et la dignité humaine des personnes interviewées ont été protégée par l'anonymat des réponses. L'interview et le

guide d'entretien n'ont concerné que les hommes et femmes dont le consentement éclairé a été recueilli. Par ailleurs, les fiches de questionnaire et les enregistrements ont été tenus secrets par les investigateurs pour le respect de la confidentialité des données recueillies au cours de l'étude.

Conformément à l'éthique médicale, les différentes autorisations de recherche ont été obtenues avant le début du travail. Elles ont été adressées au comité d'Ethique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I , puis à la délégation régionale de la santé de l'Extrême-Nord, au service de district de santé de tokombéré.

RESULTATS :

Données socio – démographiques et reproductrice

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
20 - 30	195	48,1
31 - 40	95	23,5
41 - 50	61	15,1
51 - 60	43	10,6
61 - 70	11	2,7
Total	405	100

La majorité des femmes ont un âge compris entre 20 – 30 ans.

Tableau II :répartition des femmes en fonction de l’ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Mouyang	63	15,6
Mada	92	22,7
Mokolo	53	13,1
Zoulgo	52	12,8
Ngeumjek	32	7,9
Autre	113	27,9
Total	405	100

Les femmes majoritaires de notre échantillon n’étaient pas des ethnies autochtones de TOKOMBERE. C’étaient des ethnies venant d’autres régions (Foufouldé, Toupouri, Massa,

et ethnie venant de pays limitrophes nigéria,centrafrique, tchad)

Tableau III : répartition des femmes en fonction de la religion

Religion	Effectifs	Pourcentage
Catholique	158	39
Musulman	59	14,6
Animiste	33	8,1
Protestant	69	17
Autre	86	21,2
Total	405	100

La majorité des femmes de l'échantillon étaient catholiques suivi des protestants.

Tableau iv : répartition des femmes en fonction niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectifs	Pourcentage
Aucun	158	39
Primaire	100	24,7
Secondaire	131	32,3
Universitaire	16	4
Total	405	100

39% des femmes n'était jamais allé à l'école, suivie de 32, 3% qui avaient atteint le niveau secondaire.

Tableau v : répartition des femmes en fonction de la profession :

Profession	Effectifs	Pourcentage
Etudiante	21	5,2
Elève	34	8,4
Ménagère	240	59,3
Infirmière	39	9,6
Médecin	1	0,2
Autre	70	17,3
Total	405	100

La majorité des femmes était ménagère.

Tableau vi : répartition des femmes en fonction du statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	305	75,3
Célibataire	64	15,8
Divorcée	36	8,9
Total	405	100

75% des femmes étaient mariées

Tableau vii : répartition des femmes en fonction de l'âge du premier accouchement :

Age premier accouchement	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 11 ans	23	5,7
12 - 16 ans	101	24,9
17 - 18 ans	124	30,6
19 - 20 ans	90	22,2
Supérieur à 21 ans	41	10,1
Total	379	93,6

La majorité avait accouché à l'âge de 17-18 ans

Tableau viii : répartition des femmes en fonction du nombre d'avortements :

Nombre d'avortements	Effectifs	Pourcentage
0	262	64,7
1	78	19,3
2 - 5	55	13,6
Supérieur à 6	10	2,5
Total	405	100

La majorité des femmes n'avait jamais eu d'avortement.

Tableau ix : répartition des femmes en fonction du nombre d'accouchements :

Nombre d'accouchements	Effectifs	Pourcentage
0	59	14,6
1	73	18
2 -5	171	42,2
Supérieur à 6	102	25,2
Total	405	100

La majorité des femmes avait plus de deux enfants

Sources d'information

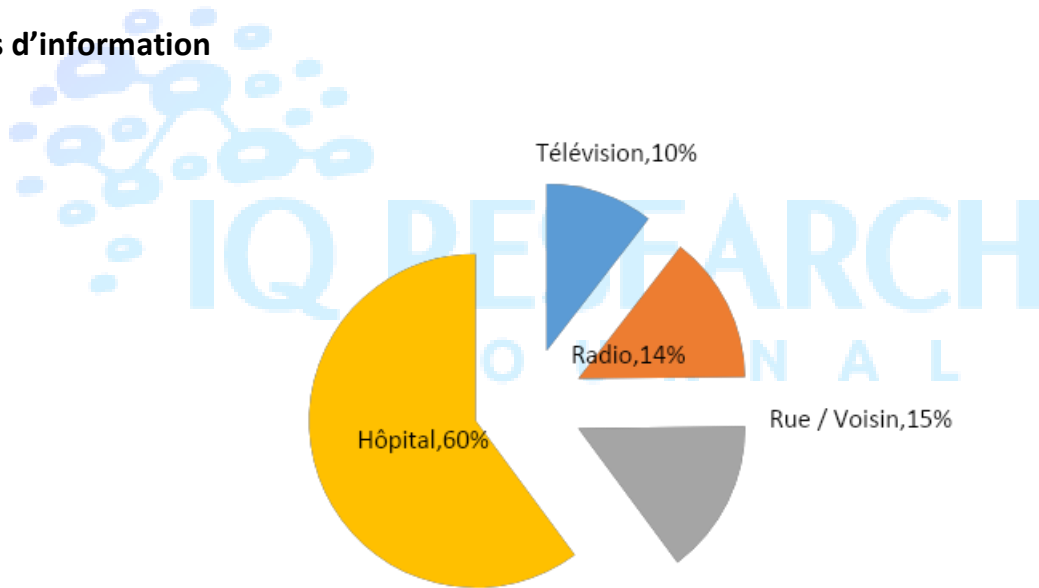


Figure 1 : répartition de l'échantillon de l'étude selon la source d'information

Sur les 405 femmes, le score moyen de la connaissance était de 3,084 plus ou moins 1,7626

Connaissances sur le cancer du sein

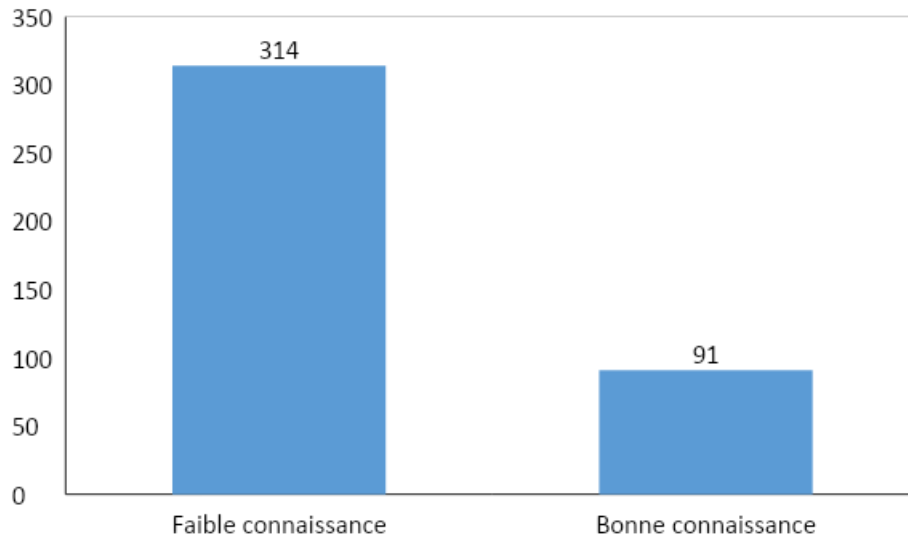


Figure 2 : répartition de la connaissance de l'échantillon de l'étude

Attitudes sur le cancer du sein

Sur les 405 femmes, le score moyen de l'attitude était de 4, 2049 plus ou moins 1, 522

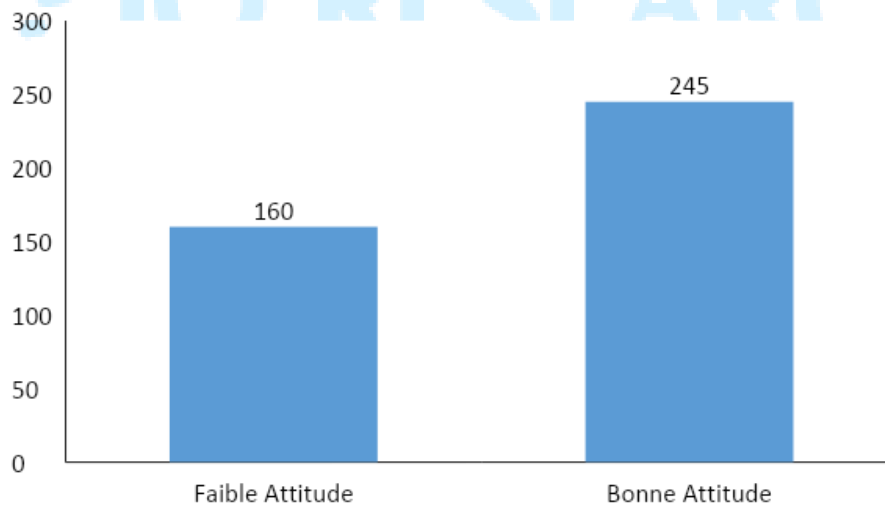


Figure 3 : répartition de l'échantillon selon l'attitude

Pratique sur le cancer du sein

Sur les 405 femmes le score moyen de la pratique était de 1, 592 plus ou moins 1,345

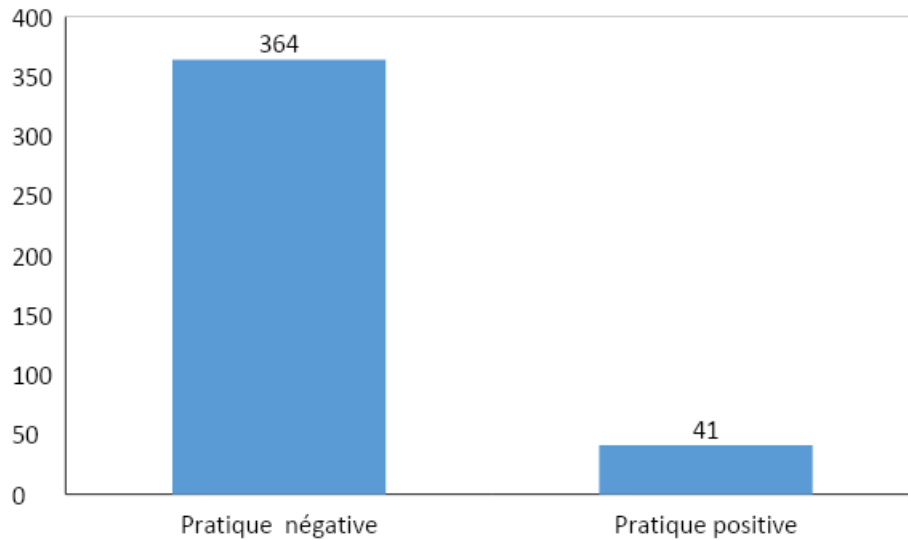


Figure 4 : répartition de l'échantillon de l'étude selon la pratique

Suggestion des participantes

La majorité des femmes ont demandé à l'hôpital privé de TOKOMBERE de baisser les prix des examens imageriques du sein

d'intensifier l'éducation sanitaire des femmes sur le cancer du sein. Au ministère de la santé publique de vulgariser la lutte contre le cancer du sein en informant à travers les médias et les affiches .

Association des variables

Association caractéristique socio – démographique reproductrice et connaissance

	Faible Connaissance		Bonne Connaissance		Total		P - valeur (Chi deux)	
	N	%	N	%	N	%		
Age								
	20 - 30	161	39,8	34	8,4	195	48,2	0,218 (5,762)
	31 - 40	70	17,3	25	6,2	95	23,5	
	41 - 50	43	10,6	18	4,4	61	15	
	51 - 60	32	7,9	11	2,7	43	10,6	
	61 - 70	8	2	3	0,7	11	2,7	
Ethnie								
	Mouyang	52	12,8	11	2,7	63	15,5	0,639(3,397)

	Mada	71	17,5	21	5,2	92	22,7	
	Mokolo	44	10,9	9	2,2	53	13,1	
	Zoulgo	37	9,1	15	3,7	52	12,8	
	Ngeumjek	25	6,2	7	1,7	32	7,9	
	Autre	85	21	28	6,9	113	27,9	
Religion								
	Catholique	26,9	29,6	49	12,1	75,9	41,7	0,01
	Musulman	49	12,1	10	2,5	59	14,6	(13,281)
	Animiste	29	7,2	4	1	33	8,2	
	Protestant	53	13,1	16	4	69	17,1	
	Autre	74	18	12	3	86	21	
Niveau scolaire								
	Aucun	142	35,1	16	4	158	39,1	0.00
	Primaire	83	20,5	17	4,2	100	24,7	(42,789)
	Secondaire	82	20,2	49	12,1	131	32,3	
	Universitaire	7	1,7	9	2,2	16	3,9	
Profession								
	Etudiante	14	3,5	7	1,7	21	5,2	0.00
	Elève	27	6,7	7	1,7	34	8,4	(76,985)
	Ménagère	212	52,3	28	6,9	240	59,2	
	Infirmière	11	2,7	28	6,9	39	9,6	
	Médecin	0	0	1	0,2	1	0,2	
	Autre	50	12,3	20	4,9	70	17,2	

Statut
matrimonial

Mariée	235	58	70	17,3	305	75,3	0,899 (213)
Célibataire	51	12,6	13	3,2	64	15,8	
Divorcée	28	6,9	8	2	36	8,9	

Age premier
accouchement

Inférieur à 11 ans	20	5,3	3	0,8	23	6,1	0,121 (7,29)
12 - 16 ans	82	21,6	19	5	101	26,6	
17 - 18 ans	97	25,6	27	7,1	124	32,7	
19 - 20 ans	66	17,4	24	6,3	90	23,7	
Supérieur à 21 ans	26	6,9	15	4	41	10,9	

Nombre
d'avortements

0	201	49,6	61	15,1	262	64,7	0,463 (2,567)
1	59	14,6	19	4,7	78	19,3	
2 - 5	47	11,6	8	2	55	13,6	
Supérieur à 6	7	1,7	3	0,7	10	2,4	

Nombre
d'accouchements

0	50	12,3	9	2,2	59	14,5	0,145 (5,399)
1	50	12,3	23	5,2	73	17,5	
2 - 5	133	32,8	38	9,4	171	42,2	

Supérieur à 6 81 20 21 5,2 102 25,2

La religion, le niveau scolaire et la profession étaient statistiquement significatives sur la connaissance avec un p inférieur à 0,05

Association caractéristique socio – démographique reproductrice et attitude

	Faible Attitude		Bonne Attitude		Total		P – valeur (Chi deux)
	N	%	N	%	N	%	
Age							
20 – 30	84	20,7	111	27,4	195	48,1	0,475(3,522)
31 – 40	31	7,7	64	15,8	95	23,5	
41 – 50	25	6,2	36	8,9	61	15,1	
51 – 60	15	3,7	28	6,9	43	10,6	
61 – 70	5	1,2	6	1,5	11	2,7	
Ethnie							
Mouyang	28	6,9	35	8,6	63	15,5	0,187(7,480)
Mada	38	9,4	54	13,3	92	22,7	
Mokolo	27	6,7	26	6,4	53	13,1	
Zoulgo	21	5,2	31	7,7	52	12,9	
Ngeumjek	11	2,7	21	5,2	32	7,9	
Autre	35	8,6	78	19,3	113	27,9	
Réligion							
Catholique	38	9,4	120	29,6	158	39	0.00(70,248)
Musulman	32	7,9	27	6,7	59	14,6	
Animiste	19	4,7	14	3,5	33	8,2	
Protestant	12	3	57	14,1	69	17,1	

	Autre	160	39,5	245	60,5	405	100	
Niveau scolaire								
	Aucun	95	23,5	63	15,6	158	39,1	0,00(63,463)
	Primaire	42	10,4	58	14,3	100	24,7	
	Secondaire	21	5,2	110	27,2	131	32,4	
	Universitaire	2	0,5	14	3,5	16	4	
Profession								
	Etudiante	6	1,5	15	3,7	21	5,2	0,00(33,228)
	Elève	8	2	26	6,4	34	8,4	
	Ménagère	117	28,9	123	30,4	240	59,3	
	Infirmière	2	0,5	37	9,1	39	9,6	
	Médecin	0	0	1	0,2	1	0,2	
	Autre	27	6,7	43	10,6	70	17,3	
Statut matrimonial								
	Mariée	133	32,8	172	42,5	305	75,3	0,011(8,988)
	Célibataire	16	4	48	11,9	64	15,9	
	Divorcée	11	2,7	25	6,2	36	8,9	
Age premier accouchement								
	Inférieur à 11 ans	8	2,2	15	4	23	6,2	0,011(12,991)
	12 – 16 ans	47	12,4	54	14,2	101	26,6	
	17 – 18 ans	58	15,3	66	14	124	29,3	

19 – 20 ans	37	9,8	53	14	90	23,8
Supérieur à 21 ans	7	1,8	34	9	41	10,8

Nombre d'avortements

0	101	24,9	161	39,8	262	64,7	0,001(16,364)
1	34	8,4	44	10,9	78	19,3	
2 – 5	21	5,2	34	8,4	55	13,6	
Supérieur à 6	4	1	6	1,5	10	2,5	

Nombre d'accouchements

0	14	3,5	45	11,1	59	14,6	0,001(16,364)
1	24	5,9	49	12,1	73	18	
2 -5	67	16,5	104	25,7	171	42,2	
Supérieur à 6	55	13,6	47	11,6	102	25,2	

La religion, le niveau scolaire, la profession, le statut matrimonial, l'âge du premier accouchement, le nombre d'avortements, le nombre d'accouchement étaient statistiquement significatives sur l'attitude avec un p inférieur à 0, 05.

Association caractéristiques socio – démographiques reproductrices et pratiques

Age	Pratique négative		Pratique positive		Total		P – valeur (Chi deux)
	N	%	N	%	N	%	
20 – 30	174	43	21	5,2	195	48,2	0,847(1,383)
31 – 40	85	21	10	2,5	95	23,5	

	41 – 50	55	13,6	6	1,5	61	15,1	
	51 – 60	39	9,6	4	1	43	10,6	
	61 – 70	11	2,7	0	0	11	2,7	
Ethnie								
	Mouyang	57	14,1	6	1,5	63	15,6	0,439(4,810)
	Mada	82	20,2	10	2,5	92	22,7	
	Mokolo	51	12,6	2	0,5	53	13,1	
	Zoulgo	48	11,9	4	1	52	12,9	
	Ngeumjek	29	7,2	3	0,7	32	7,9	
	Autre	97	34	16	4	113	38	
Religion								
	Catholique	141	34,8	17	4,2	158	39	0,0166(6,483)
	Musulman	51	12,6	8	2	59	14,6	
	Animiste	30	7,4	3	0,7	33	8,1	
	Protestant	59	14,6	10	2,5	69	17,1	
	Autre	83	20,5	3	0,7	86	21,2	
Niveau scolaire								
	Aucun	152	37,5	6	1,5	158	39	0,001(17,069)
	Primaire	88	21,7	12	4,4	100	26,1	
	Secondaire	113	27,9	18	4,4	131	32,3	
	Universitaire	11	2,7	5	1,2	16	3,9	
Profession								
	Etudiante	19	4,7	2	0,5	21	5,2	0.00(51,202)

Elève	29	7,2	5	1,2	34	8,4
Ménagère	228	56,3	12	3	240	59,3
Infirmière	24	5,9	15	3,7	39	9,6
Médecin	0	0	1	0,2	1	0,2
Autre	27	6,7	43	10,6	70	17,3

Statut matrimonial

Mariée	275	67,9	30	7,4	305	75,3	0,378(1,945)
Célibataire	55	13,6	2	0,5	57	14,1	
Divorcée	34	8,4	2	0,5	36	8,9	

Age premier accouchement

Inférieur à 11 ans	22	5,8	1	0,3	23	6,1	0,107(7,609)
12 – 16 ans	91	24	10	2,6	101	26,6	
17 – 18 ans	114	30,1	10	2,6	124	32,7	
19 – 20 ans	81	21,4	9	2,4	90	23,8	
Supérieur à 21 ans	7	1,8	34	9	41	10,8	

Nombre d'avortements

0	239	59	23	5,7	262	64,7	0,327(3,453)
1	68	16,8	10	2,5	78	19,3	
2 – 5	47	11,6	8	2	55	13,6	
Supérieur à 6	10	2,5	0	0	10	2,5	

Nombre
d'accouchements

0	55	13,6	4	1	59	14,6	0,143(5,421)
1	61	15,1	12	3	73	18,1	
2-5	158	39	13	3,2	171	42,2	
Supérieur à 6	90	22,2	13	3	103	25,2	

Le niveau scolaire et la profession étaient statistiquement significatifs sur la pratique avec un p inférieur à 0,05.

Association connaissances et attitudes

Attitude

Connaissance	Faible attitude		Bonne attitude		Total		P - valeur (Chi deux)
	N	%	N	%	N	%	
Faible Connaissance	147	36,3	167	41,2	314	77,5	0.00(31,239)
Bonne Connaissance	13	3,2	78	19,3	91	22,5	

L'association connaissance et attitudes était statistiquement significative avec un p inférieur

L'association connaissance et attitude était statistiquement significatif avec un P inférieur à 0,05

Connaissance	Pratique négative		Pratique positive		Total		P - valeur (Chi deux)
	N	%	N	%	N	%	
Faible Connaissance	299	73,8	15	3,7	314	77,5	0.00(43,902)
Bonne Connaissance	65	16	26	6,4	91	22,4	

Association pratiques et attitudes

Association connaissances et pratiques

L'association connaissance et pratique était statistiquement significatif avec un p inférieur à 0,05

Attitude	Pratique négative		Pratique positive		Total		P - valeur (Chi deux)
	N	%	N	%	N	%	
Faible Attitude	156	38,5	4	1	160	39,5	0.00(16,894)
Bonne Attitude	208	51,4	37	9,1	245	60,5	

Analyse du score connaissances, attitudes et pratiques

L'association pratiques et attitudes était statistiquement significatives avec un p inférieur à 0,05

Score CAP Supérieur à 13

Religion

Catholique	36	55,4
Musulman	4	6,2
Animiste	2	3,1
Protestant	19	29,2
Autre	4	6,2

Niveau scolaire

Aucun	3	4,6
Primaire	17	26,2
Secondaire	36	55,4
Universitaire	9	13,8

Profession

Etudiante	6	9,2
Elève	6	9,2
Ménagère	14	21,5
Infirmière	27	41,5
Médecin	1	1,5
Autre	11	16,9

Les variables religion, niveau scolaire et la profession étaient statistiquement significatifs sur la connaissance, l'attitude et la pratique. Une analyse multi variée avec un score CAP supérieur à 13 a montré que la majorité des femmes de notre échantillon à avoir un bon score CAP était les femmes de religion catholique de niveau secondaire et infirmière.

DISCUSSION :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive où nous avons travaillé avec 405 femmes qui ont rempli nos critères d'inclusion. Cette phase a duré un mois, après explication de la fiche de consentement éclairée nous avons évalué la connaissance,

l'attitude et la pratique des femmes du district de santé de TOKOMBERE.

Caractéristiques socio -démographiques et reproductrices

La majorité des participantes (48, 1%) avait un âge compris entre 20 – 30 ans qui était en rapport avec l'échantillon de martha Nyanungo et al en 2012 en Angola [84]. C'est le groupe d'âge où la connaissance sur le cancer du sein est nécessaire pour participer aux séances d'éducation sanitaire. Le cancer du sein en Afrique et au Cameroun est de plus en plus observé chez les jeunes femmes [7]. L'ethnie majoritaire de notre échantillon était des ethnies pas autochtones de TOKOMBERE (Toupouri, Massa, Foufouldé et des ethnies des pays limitrophes Nigeria, Tchad), La

majorité des femmes était mariée, plus des 2/3. La religion catholique et protestante était la plus rencontrée 39% et 37% respectivement. La majorité des femmes n'était jamais allé à l'école et était ménagère (59, 3%).

Au niveau gynéco – obstétrical, l'âge du premier accouchement était compris entre 17 – 18 ans car la culture et les traditions sont un facteur non négligeable qui amène les parents à envoyer de très jeunes filles en mariage. La majorité des femmes n'avait jamais eu d'avortement et avait plus de deux enfants.

Connaissances :

L'étude a révélé que la grande majorité de nos participantes,(77, 5%) avait une mauvaise connaissance du cancer du sein. Cette étude donne l'ampleur de ce problème de santé publique qu'est le cancer du sein, que font face les femmes au Cameroun en général et TOKOMBERE en particulier. Malgré les efforts de prévention et de dépistage à travers le programme national de lutte contre le cancer du sein piloté par le comité national de lutte contre le cancer. C'est un problème crucial des pays en développement et en voie de développement. Au Cameroun, mary ATANGA et al en 2012 [13], au Nigéria, Okobia et al, en 2006 [9], en Ethiopie Semaarya Sarfo et al, 2013 [13], à Dschang en 2012 une étude basée sur l'évaluation de la connaissance et pratique sur le cancer du sein [31] ont montré des tendances similaires de manque de sensibilisation comme causes et raisons évoqués : Croyances inappropriées, connaissances insuffisantes, manque d'instructions adéquates par les

professionnels de soins de santé [11, 12]. TOKOMBERE n'est pas une exception à cette réalité. Au Nigeria un faible taux du personnel hospitalier informe leurs patients sur le cancer du sein [8, 9, 10, 11]. Au quartier bénin du Nigeria, 58% du personnel médical était au courant du cancer du sein et 89% était au courant de l'AES [11]. A Ibadan, au Nigeria une étude a montré que la connaissance du cancer du sein était plus élevée chez les médecins et très faible chez les infirmiers [8]. En Ethiopie, Semaarya Berhe et al en 2013 [13] ont réalisé une étude à l'hôpital universitaire d'Addis – abeba,(89, 3%) des participantes avait déjà entendu parler du cancer du sein mais seulement 24% savait qu'il existait des facteurs de risque. Au Ghana, Linda Akuamoaha et al, 2013 [12] ont réalisé une étude chez les aides-soignantes du collège presbytérien universitaire du Ghana où la majorité des participantes avait déjà entendu parler du cancer du sein mais leur compréhension et leurs connaissances des méthodes de l'AES étaient très faibles. Aderounmu et al, 2002 [11] ont réalisé une étude en région semi urbaine et rurale au sud-ouest du Nigeria où ils ont montré une connaissance très faible de femmes sur les symptômes et les méthodes dépistage du cancer du sein. La connaissance sur les symptômes était pauvre chez plus de la moitié des participantes de notre étude. la connaissance des symptômes (douleurs et ulcérations) du sein étaient communément mentionnés parmi les participantes de l'étude. Ce résultat est similaire à celui observé dans l'étude réalisée par Gebbin NG et al, 2004 au Niger [29]. Les facteurs de risque ont été connus dans moins de 50% des

participantes. Ceci était similaire aussi à l'étude d'Abdul et al, 2001 en Arabie saoudite [26] où seulement 30% était au courant des facteurs de risque. Les études réalisées par Grunfeld et al, 1999 [17], PÖHLS et al en 2004 [28], Maria et al, 1994 [25] ont montré que plus de la moitié des femmes était au courant d'au moins deux facteurs de risque sur le cancer du sein. Nous voyons bien que les études qui étaient réalisées en Europe, aux Etats unis, où les programmes de dépistage précoce sont activement présents. Par rapport aux pays Africains plus précisément en Angola, au Nigeria en Ethiopie et même au Cameroun où ce n'est pas le cas à cause de certaines politiques sanitaires de dépistage qui n'ont pas encore su comprendre les différentes sensibilités et perceptions des femmes sur la maladie. La connaissance des facteurs de risque est un élément important dans la prévention du cancer du sein. Connaître les facteurs de risque peut empêcher de contracter la maladie à un stade avancé. La connaissance de ces risques était faible dans notre étude et par conséquent l'éducation de cette partie est importante en matière de prévention. Les participantes étaient ignorantes au sujet de l'origine génétique du cancer du sein. Environ 3, 8% seulement ont mentionné cette origine. La population dite élite sensée connaître cette information n'était pas consciente de cette cause. Okobia et al en 2006 [9] ont réalisé une étude où 40% pensait à une origine mystique, 29, 9% avait pensé à une origine infectieuse. Au Vietnam Pham et al, 1992 [30] ont montré dans leur étude que 35% pensait à un manque d'hygiène et aussi à une origine infectieuse comme dans notre étude. Ahmed et al, 2006

au Pakistan [20] ont montré que chez les infirmières à Karachi, que la majorité des infirmières pensaient que l'origine ne pouvait pas être mystique mais infectieuse. La plupart des participantes (60%) ont affirmé qu'ils avaient entendu parler du cancer du sein pour la première fois à l'hôpital. Ce qui contraste avec les études réalisées dans les autres pays [10, 11, 12, 21, 22, 23, 24, 25] où la principale source d'informations était les médias. Nous pouvons expliquer cela par le fait que la majorité de la population féminine est cultivatrice, commerçante et ménagère passerait donc moins de temps à suivre la radio ou la télévision et ne peut qu'avoir contact avec des informations lorsqu'elles se rendent à l'hôpital pour se faire consulter ou pour rendre visite à un membre de sa famille. La différence de niveaux de connaissances entre les pays développés et en voie de développement pourrait être due à la différence au niveau des populations concernées et les différents niveaux d'interventions tels que les programmes existants de dépistage, campagnes médiatiques, visant à populariser les dépistages qui sont faits de manière efficace dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Le système de santé dans les pays développés est bien organisé, les gens sont bien motivés, sensibilisés et il y a un accès facile aux services de soins de santé. La différence peut aussi s'expliquer par des barrières culturelles. Les femmes dans les pays en voie de développement éprouvent quelques fois certaines pudeurs pour les maladies qui touchent les seins.

En somme, le faible niveau de connaissance de notre étude, est en général similaire aux rapports des autres études réalisées en Afrique dans les populations rurales [9, 10, 11, 14, 15,31]. Dans ces enquêtes, les connaissances sur le cancer du sein ont fait remarqué que seulement moins de 1/3 des personnes interrogées connaissaient les signes tels que le nodule du sein comme un signe d'avertissement pour le cancer du sein, beaucoup n'étaient pas au courant de la plupart de ces signes avant-coureur et des méthodes de détection de la maladie. Peu de femmes, dans la collectivité de TOKOMBERE n'étaient pas au courant du nodule indolore du sein, comme une présentation commune du cancer du sein. Et beaucoup moins de proportions de ses femmes étaient capables d'identifier les symptômes non forfaitaires du cancer du sein, moins de femmes étaient au courant de l'AES comme outil de dépistage du cancer du sein. Même certains membres du personnel de santé tels que les aides-soignantes et infirmières qui sont censé être les leaders dans la connaissance du cancer du sein ont été signalés avoir des scores de très faibles connaissance. ODUSANYA et AL [8], OKOBIA et AL [9], en Ethiopie SEMARYA et AL [13] ont aussi identifié ce faible taux de connaissance dans les hôpitaux ou certaines infirmières ont identifiés à tort l'utilisation des doigts dans l'exécution de l'AES.

Le faible niveau de connaissance de notre étude contraste avec ceux de l'Europe. Comme nous l'avons dit précédemment les pays européens sont dotés des politiques de sensibilisation qui sont pris au sérieux. C'est le cas des études de PAUL et AL en 1999[17],

GRUNFELD et AL en 2002 [18], POLHS et AL en 2004 [28]. En Amérique, JEANN Carter et AL en 2002 [21], Maria et Al en 1994 [25]. En Asie du Sud-est avec PN CHONG et AL en 2002 [23], NGELANGEL et AL en 1997 [22], Margaret et AL en 2005 [24] ou les facteurs de risques, les symptômes, la prévention et même le coût des examens sont connues et que le niveau d'éducation, la profession influençaient fortement la connaissance sur le cancer du sein ;ce qui a été le cas dans notre étude où la religion ,le niveau scolaire et la profession influençaient aussi fortement la connaissance sur le cancer du sein .

Attitudes

L'étude a également examiné les attitudes de participantes sur le cancer du sein. Au total plus de 60% des participantes avait une bonne attitude à l'égard du cancer du sein et le dépistage, cependant seulement environ la moitié des participantes ont convenu que le dépistage est important pour la prévention. Ce résultat est assez semblable à la conclusion des études réalisées au Nigeria par Odusanya et al, 2001 [8], Okobia et al, 2006 [9], Linda Akuamoah et al, 2013 [12], en Arabie saoudite avec Jahan et al, 2006 [18]. Où la perception de la sensibilité a également été un problème, car nous savons bien que la perception de la susceptibilité au cancer du sein peut affecter le comportement de dépistage. Un nombre important de femmes avec une faible connaissance du cancer du sein ont exprimé un manque de sensibilité personnel sur le cancer du sein et estimaient donc inutile pour eux d'effectuer un dépistage. La bonne attitude que nous avons trouvée à la majorité des participantes indiquait qu'elle

consulterait le médecin en cas de signe en faveur du cancer du sein, nous pensons que dans l'avenir la pratique sera influencé avec les enseignements qui ont été faits après chaque entretien lors de notre étude.

Pratique

Dans notre étude 10% des participantes avait une bonne pratique du cancer du sein. Seulement 14, 8% avait déjà réalisé un ECS. Par contre personne n'avait jamais réalisé une mammographie. Plusieurs études en Afrique [9, 11, 14, 15], au moyen orient [18, 19, 20], qui ont montré aussi une faible pratique des femmes sur le cancer du sein.

Beaucoup de femmes au Cameroun n'ont pas bien perçu le cancer du sein comme un gros problème ce qui contribue également à cette faible participation au dépistage. Le manque d'engagement sur la priorité en santé de reproduction est aussi l'une des causes de cet échec sur la pratique. Le cancer du sein est une pathologie qui prend près de sept à dix ans pour se développer. L'évolution très lente et l'issue finale sans la prise en charge est toujours fatale. Cela peut être aussi une cause qui amène les femmes à se rendre très tardivement à un examen sénologique lorsqu'elles souffrent. Les différentes associations que nous avons faits sur la connaissance et l'attitude, sur la connaissance et la pratique ont été très significatives dans notre étude d'où la nécessité d'une sensibilisation plus agressive envers les femmes visant à augmenter leur niveau de connaissances sur le cancer du sein ceci est le rôle du comité national de lutte

contre le cancer du sein, le Ministère de la santé public qui sans cet engagement pour la médiatisation de cette pathologie, n'influencera pas le nombre de décès sans cesse en augmentation.

Pour conclure sur l'utilisation des méthodes de dépistage très faibles dans notre étude sur L'AES, la mammographie qui a été aussi similaire aux études en Afrique de ODUSANYA et AL [8], ADEROUNMU et AL [60], Linda SARFO et AL [12]. Les données disponibles indiquaient que la majorité des femmes dans la tranche d'âges de dépistage dans les pays développés subissent un dépistage de routine utilisant au moins deux méthodes : l'AES mensuel, la mammographie [16, 17,28]. Dans une enquête sur la pratique de l'AES, chez les femmes noires aux USA, fait par JEANN Carter et Al en 2002[21], a révélé que 89% des participantes ont indiqué avoir pratiqué AES aux cours de la dernière année ,74% ont indiqué l'avoir fait aux cours des six derniers mois. Des pourcentages similaires ont été rapportés en Asie du Sud Est par PHAM et AL en 1992[29] ,PNCHONG et Al en 2002 [23]. Le niveau d'éducation élevé, la profession, la religion, étaient des déterminants important dans la pratique de l'AES dans notre étude. L'âge, l'origine ethnique, le statut matrimonial, n'étaient pas significatif à la pratique, notamment AES ;semblable à nos constats. Cependant certains chercheurs ont rapporté que les caractéristiques socio-démographiques, le revenu, le statut matrimonial, le jeune âge, le soutien sociale, les connaissances, les attitudes préventives, une histoire de maladie du sein, des antécédents familiaux du cancer du sein, les

consultations régulières chez un médecin, l'origine ethnique, et la zone de résidence sont des facteurs déterminants à l'adhésion de la pratique de l'AES [20,22,23,,26,27,30].

Les lignes directives pour le dépistage recommandé par l'ACS, stipulent qu'entre les âges de 40-49 ans les femmes devraient subir un examen des seins et la mammographie, une à deux fois chaque année, des femmes de plus de 50 ans devraient avoir un examen de sein annuel ainsi qu'une mammographie [32]. La mammographie et AES facilitent la détection précoce et le traitement du cancer du sein qui réduisent considérablement la baisse de la mortalité [32]. La valeur de l'AES est moins établit, bien que les résultats d'un essai clinique a suggéré que l'AES ne traduit aucune différence dans le risque de mortalité du cancer du sein, des études cas témoins ont constaté que l'AES peut réduire ce risque [33]. Malgré des preuves concluantes, on pense que l'AES rend les femmes plus « seins avertis » qui peut à son tour conduire à un diagnostic plus précoce du cancer du sein [33]. La justification de l'extension de la pratique de l'AES comme test de dépistage est le fait que le cancer du sein est souvent détecté par les femmes elle-même sans aucuns autres symptômes. Une méta-analyse portant sur les avantages possible de l'AES a montré que la pratique régulière augmenterait la probabilité de détecté le cancer du sein à un stade précoce [34]. Cependant, l'AES est associé à d'autres inconvénients, notamment l'augmentation du nombre de biopsie des lésions mammaires bénignes [33,34], l'augmentation de l'anxiété et des visites chez le médecin avec l'utilisation

conséquentes des ressources de santé limités, en plus de la détresse, la cicatrisation et la défiguration qui peut être associé au nombre de biopsie du sein.

Le dépistage de routine du cancer du sein, n'est pas actuellement d'actualité au Cameroun et notamment Tokombéré. Même en appliquant les directives de dépistage par mammographie recommandé par l'OMS. Les efforts actuels de dépistage du cancer du sein au Cameroun, doivent compter sur une combinaison de l'AES et l'examen clinique des seins par un médecin. Les femmes peuvent être enseignées sur les techniques de pratique de l'AES et les infirmières, des sages-femmes et autres professionnels de la santé peuvent être formés pour aider les médecins dans l'exercice de l'examen clinique des seins.

Les limites de notre étude

La barrière linguistique que nous avons eu avec plusieurs participantes nous obligeant à avoir recours à une tierce personne pour l'interprétation pouvant être à l'origine de collecte d'informations erronées ou approximatives.

Les biais dus aux déclarations des femmes (mensonges, oublies, peurs, Etc...)

Conclusion : Cette étude a révélé que les connaissances étaient insuffisantes sur le cancer du sein et la pratique était négative sur le dépistage des lésions précancéreuses du sein chez les femmes qui habitent TOKOMBERE. L'attitude des femmes étaient généralement bonne puisque la plupart d'entre elles ont montré une bonne attitude

vis – à – vis de cette maladie. Cet attitude n’a cependant pas améliorée la pratique et cela aurait pu être dû à des obstacles qui étaient le manque de connaissances et de perception de la maladie

Les auteurs :Ndom ebene christian david,sando zachary,Ganava maurice,Atanga Funwi.D.,kidi menta marius

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêt

Remerciements :Nous remercions toutes les formations du district de santé de tokombère pour s’être impliquer dans la mobilisations des femmes

Références bibliographiques :

1. Rochefort H, Rouessé J. [How to reduce the incidence of breast cancer] Bull.acad.Natl.Med.2008 Janv; 192 (1): 161 – 79.
2. Steward B.W, Kleihues P Le cancer dans le monde. Lyon : CIRC ; 2005
3. PROGRAMME NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN AU CAMEROUN : améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge. Unespoir pour la femme Camerounaise. Yaoundé (2009) : 4 – 65.
4. Enow– orock G, Ndom paul, Mouelle S, Muna WFT,Yomi J, Juimo GA « les registres des cancers » Yaoundé 2010.
5. Mousseau M, Garnier C Cancer du sein : épidémiologie, bilan d’extension, mortalité thérapeutique, médecine nucléaire, imagerie fonctionnelle et métabolique. 2002 mars; 26 (1); P.8
6. Fouman pascal,EssibenF,Mboudou ET, Dohbit JS,Ndom Paul.Diagnostic et traitement du cancer du sein au cameroun:A propos de 65 cas.Mali Medical.2007mai;28:1-5
7. Lansac J, Lecompte, Marret H. Gynécologie pour le praticien : pathologies benignes du sein. Paris : Masson 2007 ; 223 – 46
8. Monique Trojan, Gaetan Mac Grogan Manuel du résident anatomie pathologie du sein. Paris Tsunami 2009.
9. Shields PG, Harris CC. molecular epidemiology and the genetic environmental cancer. London : Jams 1991
10. Laurent L. Campbell, Korneliapolyak. Cell cycle: Breast tumor heterogeneity cancers stem al or clonal evolution. London : Johnson C, 2007
11. Lyncha HT, Watson P, Covniaj T, Fitzsimmons ML and Lynch. Breast cancer treats: Breast cancer family

- history as a risk factor. London: Hilary Hill F, 1988.
12. Aderounmu A O and Al. Knowledge attitude and practices of the educated and non educated women to cancer of the breast in semi-urban and rural areas of south east Nigeria. *J cancer educ.* 2002;17(3):142-149.
 13. Linda Akuamaah sarfo, Dorothy Awuah-peasah, Elisabeth Acheampong and Frorance asamoah. Knowledge attitude and practice of self-breast examination among female university student at Presbyterian university college Ghana. *American journal of research communication*, 2013, 1(11):395-404.
 14. Semarya Berhe lemlem, worknish Sinishaw, Mignote Hailmefin abebe and alemseged Aregay. Assessment of knowledge of breast cancer and screening method among nurses in university hospital in Addis Abeba ,Ethiopia. *ISRN oncol* 2013 august 6.(abstract)
 15. Mary Atanga Bisuh, Jilius Atashili Eunice Asoh Fuh, Viviane Ayamba Eta. Breast self –examination and breast cancer awareness in women in developing countries: a survey of women in buea, Cameroun. *BMC cancer*, 2012 november 5:627.
 16. Osime OC, Okojie O, Aigbekaen ET, Aigbekaen I J. Knowledge, Attitude and practice about breast cancer among civil servant in benin city. *Ann afr Med.* 2007 Dec, 7(4):192-7.
 17. Grunfeld EA , Ramirez AJ, Hunter MS, Richard MA . Women knowledge and belief regarding breast cancer. *Br J Cancer* 2002, 86(2):1373-8.
 18. Paul C, Barrat A, Redman S, Cock Burn J, Lowe J. Knowledge and perception about breast cancer incidence, fatality and risk among Australian women. *Aust NZJ public health* 1999, 23(4):396-400.
 19. Jahan S, Al-Saique AM, Abdelgadir MH. Breast cancer knowledge, attitude and practices of breast self examination among women in quassim region of Saudi Arabia. *Saudia Med J.* 2006; 27(11):1737-41.
 20. Alam AA. Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. *Ann Saudi Med.* 2006, 26(4):272-7.
 21. W.A Milaat. Knowledge of secondary-school female student on breast cancer and breast self examination in Jeddah, Saudi Arabia . *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000, 6:338-343.
 22. Ahmed F, Mahmud S, Hatcher Juanita H, Khan S. Breast cancer risk factors knowledge among nurses in teaching hospital of Karachi, Pakistan. *BMC nursing* 2006 january:322-5.

23. Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Hebrahimi M, Haghighat S, Harirchi. Breast self examination knowledge attitude and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *Breast j* 2002;8:222-5.
24. Carter J, Parker ER, Moadel A, CLEARY SD, Morgan C. Cancer knowledge attitude, beliefs and practices (KABP) of disadvantaged women in the south Bronx. *J cancer educ.* 2002 ;17:142-9.
25. Madanat H, Mecril RM. Breast cancer risk factor and screening awareness among women nurses and teachers in Amman, Jordan. *Cancer nurs* 2002;25:276-282.
26. Ngelangel CA, Ordono ML, Lu-Lim J, Fernandez MA. Knowledge attitude and practices on Breast cancer and Breast examination of nurses and midwives in Metromanila, philipine. *J intern med* 1997 Jan-feb;35(1):177.
27. Jebbin NJ and Adotey JM. Attitude, knowledge and practice of breast – self examination (BSE) in port har court. *Niger journal medicine.* 2004; 13(2).166 – 70
28. Choudhry UK, Srivastava R, Fitch MI. Breast cancer detection practices of south Asian women: knowledge, attitudes and beliefs. *oncol nurs forum* 1998; 25(10):1693-1791
29. Pham CT, MC phee SJ. Knowledge, attitude and practices of breast and cervical cancer screening among Vietnamese women. *Journal cancer education* 1992, 7(4): 305 – 10.
30. Martha Nyanungo, Sambarje, Benford Mafuvadze. Breast cancer knowledge and awareness among university students in Angola. *BMC Res notes* 2012; 5: ..
31. Owon philippe. connaissance et pratique du cancer du sein vis-a-vis des femmes :cas du district de santé de dschang. thèse de medecine, université de yaoundé 1, FMSB 2013.
32. Yucel Adbameharha. Connaissance sur le cancer du sein et la mammographie dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes en attente de mammographie. *Tur J Med Sci* ,2005 ;35 :35-42.
33. Ferros, Carolina A, Mannio, Biggeri A, Gambi A. Une enquete trans versal sur l’auto-examen de sein, utilisation de l’ allaitement, examen professionnel, la mammographie et les facteurs associes en romane, en Italie. *Tumori*, 1992 ;78 :98-105.
34. Thoma DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, CJ Allison et Al. Essai randomisé de l’auto-examen à shangai. *J Natl Cancer Inst.* 2002 ;94 :1445-1457.