

Dépistage du cancer du sein : connaissance et pratique de l'auto-examen des seins au sein d'une population féminine au Sénégal

Breast cancer screening in Dakar : knowledge and practice of breast self examination among a female population in Senegal

S.M.K. Gueye¹, K.D.D Bawa¹, M.G. Ba¹, V. Mendes², C.T. Toure³ et J.C. Moreau¹

¹Clinique Gynécologique et Obstétricale, ²Laboratoire d'Anatomopathologie,

³Service de Chirurgie, C.H.U. A. Le Dantec, Dakar, Sénégal

RESUME

Devant l'absence de programme de dépistage mammographique et le diagnostic encore tardif des cancers du sein au Sénégal, nous avons voulu évaluer la connaissance et la pratique de l'auto-examen des seins (AES) au sein d'une population féminine sénégalaise.

Durant la période du 10 juillet au 25 août 2006, nous avons interviewé, auprès de cinq grands hôpitaux de Dakar, 300 patientes sortant d'une consultation médicale ou chirurgicale. Pour chaque patiente, nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents et les données relatives à la connaissance et la pratique de l'AES.

Nous avons trouvé une population en majorité jeune, d'âge moyen de 34 ans, non scolarisée dans 26,7 % des cas, sans source de revenu (58,7 %), avec une connaissance sommaire de l'AES dans 42,7 % des cas et une pratique régulière de l'AES dans 29 %. L'information sur l'AES provenait essentiellement de la télévision (52,9 %) dans ses programmes d'éducation. La connaissance et la pratique de l'AES étaient significativement influencées par le niveau d'étude ($p = 0,000$) et le niveau de revenu financier ($p = 0,02$). Elles étaient faibles même chez celles qui présentaient certains facteurs de risque de cancer du sein.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'encourager la scolarisation des femmes et leur insertion socioprofessionnelle pour espérer améliorer la connaissance et la pratique de l'auto-examen des seins dans nos pays en développement.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 77-82

ABSTRACT

In front of the absence of a mammographic screening program and the late diagnosis of the breast cancers in Senegal, we wanted to evaluate the knowledge and the practice of the breast self examination (BSE) by feminine population in Senegal.

During the period between July 10th to August 25th 2006, through five big hospitals in Dakar, we interviewed 300 patients coming from a medical or surgical consultation. For every patient we studied the social and demographic characteristics, the antecedents and arguments about the knowledge and practice of BSE.

We found, in majority, a young population (the average age was 34 years), no sent to school (26.7 %), without any financial income (58.7 %), with a brief knowledge about BSE (42.7 %) and a regular practice of BSE (29 %). The information about BSE originated essentially from educational television (52.9 %). This knowledge and practice were significantly influenced by the study level ($p = 0.000$) and the level of financial income ($p = 0.02$). Among these who presented certain factors of breast cancer risk, the knowledge and the practice of the BSE were however low.

The authors insist on the need to encourage the women schooling and their socioprofessional insertion so to improve the knowledge and practice of the breast self-examination in our developing countries.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 77-82

Key words : breast self examination, counselling, teaching, Senegal

INTRODUCTION

Avec une incidence sans cesse croissante, le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde. Au Sénégal, il est au deuxième rang des cancers de la femme après celui du col et la plupart des cancers mammaires sont encore découverts à des stades tardifs de la maladie. Il s'agit d'un cancer accessible au dépistage clinique et radiologique. Ce dépistage, s'il est bien conduit, permet, sans nul doute, d'asseoir un diagnostic plus précoce, donc d'optimiser le traitement et réduire ainsi la mortalité. Dans plusieurs pays développés, il existe déjà des programmes encourageants de dépistage de masse avec, comme outil principal, la mammographie. Au Sénégal, la mammographie est peu accessible à la population du fait de son coût élevé et de la rareté des services d'imagerie. Compte tenu de ce contexte économique, commun aux pays en développement, nous comptons sur l'auto-examen des seins (AES) et l'examen clinique des seins qui sont des méthodes simples peu onéreuses et dont l'efficacité est démontrée¹. A travers cette étude, nous voulons évaluer la connaissance et la pratique de l'AES au sein d'une population féminine sénégalaise.

PATIENTES ET METHODES

Durant la période du 10 juillet au 25 août 2006, nous avons mené notre étude auprès de cinq grands hôpitaux de Dakar notamment l'hôpital Aristide Le Dantec, l'hôpital principal de Dakar, le centre hospitalier universitaire de Fann, le centre hospitalier Abass N'Dao et l'hôpital Général de Grand Yoff. Nous avons interviewé, grâce à un questionnaire individuel, 300 patientes sortant d'une consultation médicale ou chirurgicale. Etait incluse dans l'étude, toute femme en âge de reproduction ou ménopausée, ayant accepté de répondre au questionnaire après un consentement éclairé. Par ailleurs, les patientes non sénégalaises ou venues à l'hôpital pour des examens paracliniques ou des soins infirmiers étaient exclues de l'enquête. Pour chaque patiente, nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents physiologiques, pathologiques et familiaux et les arguments sur la connaissance et la pratique de l'AES. La connaissance était évaluée en se basant sur la description des modalités ou de la technique de l'AES à savoir :

- une pratique mensuelle (en postménopause) ou de J7 à J10 du cycle (chez une femme en période d'activité génitale) ;
- une inspection debout, torse nu, face au miroir, avec le corps légèrement penché en avant ;
- une inspection précise, bilatérale, comparative des deux seins à la recherche d'une asymétrie, d'une modification de la peau, d'une rougeur, d'une rétraction, d'un écoulement mamelonnaire, bref toute modification récente du sein doit être notée ;
- une palpation minutieuse, comparative, en position couchée sur le dos ou sous la douche, la main gauche palpant le sein droit et vice versa, avec la pulpe des doigts, la main étant à plat, écrasant le sein sur le gril costal, en exerçant des mouvements

circulaires ou de va-et-vient qui explorent tous les quadrants de chaque sein sans oublier le prolongement axillaire ni le sillon sous-mammaire ;

- toujours terminer par une légère expression du mamelon à la recherche d'un écoulement provoqué ;
- un examen du creux axillaire avec les doigts en crochet balayant tout le creux axillaire contre le thorax, le grand pectoral et le grand dorsal à la recherche d'adénopathie.

Toutes les données étaient saisies sur le logiciel *Excel*. L'analyse statistique univariée et la comparaison des variables étaient effectuées grâce au test de Chi². Les résultats analytiques étaient considérés comme significatifs si $p < 0,05$.

RESULTATS

Profil sociodémographique

La tranche d'âge de 20 - 40 ans était la plus représentative (60 %). L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 15 ans et 75 ans. Elles habitaient la ville de Dakar (55 %), la banlieue (28,7 %) ou l'intérieur du pays (16,3 %). Les femmes d'ethnie *wolof* représentaient 40 % de notre série, suivies des *peulhs* (25,3 %) puis des *sérères* (17,0 %), les autres groupes ethniques étaient moins représentés. Les femmes musulmanes étaient majoritaires (88,3 %) et les chrétiennes représentaient 11,3 %. Le niveau d'études secondaires était atteint par 30,3 % des femmes. Celles qui n'avaient pas fréquenté l'école représentaient 26,7 %. La majorité des femmes étaient des femmes mariées (62,7 %), sans source de revenus (58,7 %). 25 % d'entre elles avaient une activité professionnelle et une source de revenus plus ou moins régulière.

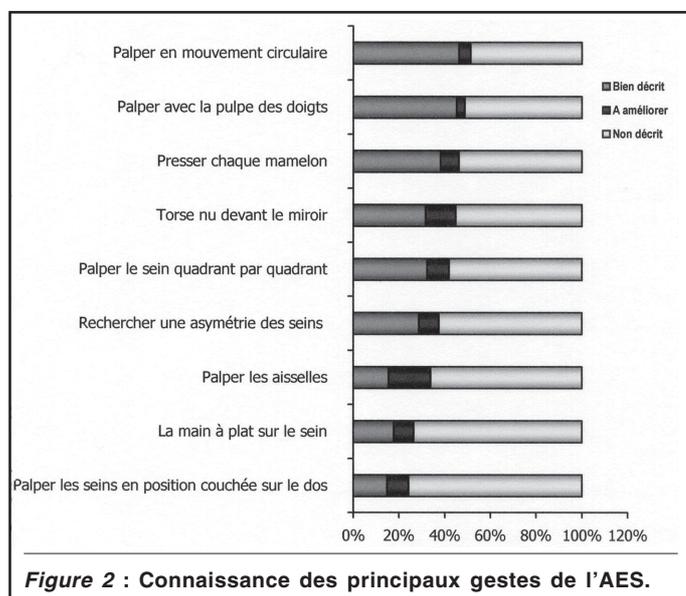
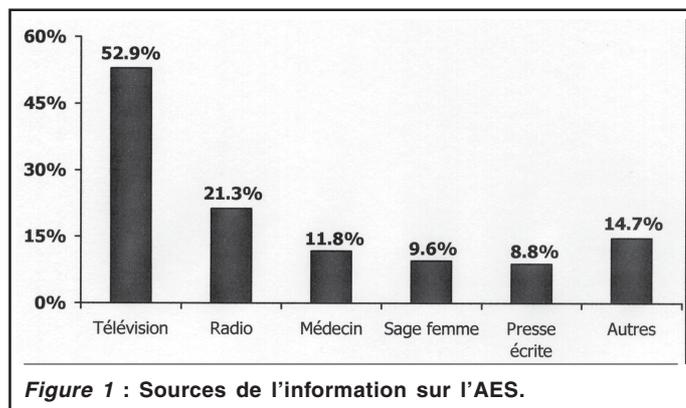
Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Les ménarches avant 12 ans étaient observées dans 2,3 % des cas alors qu'elles étaient tardives dans 12,3 % des cas. La gestité moyenne était de 3 avec des extrêmes de 0 et 12 et la parité moyenne de 2. 31 % des femmes avaient avorté au moins une fois. La survenue du premier enfant avant l'âge de 30 ans était observée dans 86,6 % cas contre 5,3 % après 30 ans. La majorité des mères (86,6 %) avaient allaité pendant au moins 2 ans. Celles qui n'avaient jamais allaité représentaient 2,1 %. 105 femmes (35 %) avaient pratiqué une méthode contraceptive dont 91,5 % de méthodes hormonales. Les femmes ménopausées représentaient 14,3 %. La ménopause tardive (après 55 ans) concernait 1 % des femmes. Le traitement hormonal substitutif avait été utilisé dans 3,3 %. Les femmes qui avaient des antécédents de pathologie mammaire bénigne représentaient 28,7 %.

Connaissance et pratique de l'auto-examen des seins (AES)

Plus de la moitié des femmes (57,3 %) ne connaissaient pas l'AES. Parmi les 136 femmes (42,7 %) qui le connaissaient, 87 le pratiquaient

régulièrement (29 %). Les principales sources d'information sur l'AES sont représentées sur la figure 1. La moitié des femmes (50,7 %) connaissaient le rythme mensuel de l'AES même si la période d'après les règles était moins connue (31,6 %). S'agissant de la technique de l'AES, les gestes n'étaient ni bien connus ni bien décrits (figure 2).



Facteurs influençant la connaissance et la pratique de l'AES

- **Motivations et obstacles à l'AES**
La principale motivation à l'AES était représentée par la curiosité (50,6 %) puis la peur des maladies du sein (23 %) et du cancer du sein (9,2 %). Les principaux obstacles identifiés étaient dominés par la négligence (30,6 %), et l'ignorance sur les maladies du sein (20,4 %).
- **Age et l'AES**
La connaissance de l'AES était plus importante dans la tranche 25 à 54 ans. Cependant il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'âge et celle-ci ($p = 0,094$). De même, l'âge n'influait pas la pratique de l'auto-examen des seins ($p = 0,507$).
- **Appartenance ethnique et l'AES**
L'appartenance à un groupe ethnique n'influait pas la connaissance de l'AES ($p = 0,288$). Il en était de

même pour la pratique de l'AES.

- **Origine géographique et l'AES**
La proportion de femmes connaissant l'AES était plus importante parmi les citadines (50,3 % de citadines *versus* 34,8 % d'habitants des régions). Toutefois, cette variation n'était pas significative ($p = 0,171$). De même, aucune différence statistiquement significative n'était retrouvée dans la pratique de l'AES ($p = 0,576$).
- **Appartenance religieuse et l'AES**
Selon l'appartenance religieuse, il n'y avait pas de différence statistiquement significative ni sur la connaissance de l'AES ($p = 0,563$) ni sur la pratique de l'AES ($p = 0,091$).
- **Statut matrimonial et l'AES**
Que la femme soit célibataire, mariée ou veuve, son statut matrimonial n'influait ni la connaissance ($p = 0,337$) ni la pratique de l'AES ($p = 0,963$).

- **Niveau d'études et l'AES**
Comme l'illustre le tableau 1, la proportion de femmes qui connaissait l'AES était d'autant plus importante que le niveau d'études était élevé ($p = 0,000$). En ce qui concerne la pratique de l'AES, les mêmes observations étaient faites : le niveau d'études l'influait avec une différence statistiquement significative ($p = 0,009$).

Niveau d'études	Connaissance de l'AES		Total	P
	Oui	Non		
Sans étude	20 26,7 %	55 73,3 %	75	0,000
Primaire	30 46,9 %	34 53,1 %	64	
Secondaire	45 49,5 %	46 50,5 %	91	
Supérieure	34 73,9 %	12 26,1 %	46	
Coranique/Arabe	6 27,3 %	16 72,7 %	22	
Alphabétisation	1 50 %	1 50 %	2	

- **Activité professionnelle et l'AES**
La proportion de femmes connaissant l'AES était plus élevée parmi celles qui avaient une profession rémunérée ou salariale avec une différence statistiquement significative ($p = 0,002$). Autrement dit, le fait d'avoir une activité rémunérée influait la connaissance de l'AES (tableau 2).

Cependant l'occupation professionnelle n'avait pas d'influence significative sur la pratique elle-même ($p = 0,644$).

Tableau 2 : Connaissance de l'AES et activité professionnelle.

	Connaissance de l'AES		Total	P
	Oui	Non		
Sans occupation	33 30,8 %	74 69,2 %	107	0,002
Travaux non rémunérés	34 49,3 %	35 50,7 %	69	
Travaux rémunérés	19 57,6 %	14 42,4 %	33	
Emploi salarié	23 67,6 %	11 32,4 %	34	
Travaux champêtres	0 0 %	3 100 %	3	
Commerçant	9 56,3 %	7 43,8 %	16	
Artisan	3 60 %	2 40 %	5	
Petit commerce	15 48,4 %	16 51,6 %	31	

- *Facteurs de risque de cancer du sein et l'AES*
Parmi les femmes qui présentaient certains facteurs de risque, la connaissance de l'AES était faible (tableau 3). Il s'agissait des femmes âgées de plus de 55 ans, de celles qui avaient une puberté précoce (avant 12 ans), et de celles qui avaient une ménopause tardive (après 55 ans). Dans ces trois situations, la connaissance de l'AES était beaucoup plus faible. Ces mêmes facteurs dont l'âge supérieur à 55 ans ($p = 0,012$) et la puberté précoce ($p = 0,033$)

Tableau 3 : Connaissance de l'AES et facteurs de risque de cancer du sein.

Facteurs de risque	Connaissance de l'AES		Total	P
	Oui	Non		
Age > 55 ans	4 19 %	17 81 %	21	0,012
Puberté avant 12 ans	17 32,1 %	36 67,9 %	53	0,033
Nulliparité	15 45,5 %	18 54,5 %	33	0,975
Age du 1 ^{er} enfant après 30 ans	8 38,1 %	13 61,9 %	21	0,472
Antécédents de pathologies mammaires	43 50,6 %	42 49,4 %	85	0,407
Ménopause après 55 ans	1 10 %	9 90 %	10	0,042
Contraception hormonale	49 52,1 %	45 47,9 %	94	0,129
THS	3 30 %	7 70 %	10	0,59

influençaient également et de façon significative la pratique de l'AES.

- *Source d'information et la pratique de l'AES*

La pratique de l'AES était plus fréquente lorsque l'information venait du personnel médical (80 % si venant des sages femmes et 83,3 % des médecins) même si cette relation n'est pas significative ($p = 0,082$). Cette pratique était également quasi systématique lorsque la source était la presse écrite (100 %).

DISCUSSION

Le profil de notre série reflète celui de la population féminine sénégalaise, fortement dominée par les jeunes de 20 à 40 ans, en âge de reproduction, donc très intéressées par le dépistage clinique des cancers du sein. En effet pour la Société Française de Sénologie, les femmes de moins de 40 ans devraient bénéficier de l'examen clinique des seins lors de leur consultation médicale ou gynécologique et aussi d'une initiation à la pratique de l'AES². Les particularités ethniques, religieuses, éducationnelles et professionnelles déjà relatées par une enquête démographique au Sénégal³ poussent les femmes à se regrouper dans des mutuelles ou organisations socio-économiques. Dès lors, toute action de sensibilisation ou d'enseignement sur l'AES devrait en majorité prendre en compte les jeunes femmes fortement représentées dans les Associations Sportives et Culturelles (ASC), les Groupements d'Intérêts Economiques (GIE), les Groupements Féminins (GF), les regroupements ethniques, professionnels ou religieux et les coopératives agricoles. Dans ce contexte, l'intégration des enseignants, des maîtres religieux, des *leaders* d'opinion ou d'association et des médias dans l'information et la sensibilisation des femmes sur l'AES nous semble incontournable.

Si nous parcourons la littérature européenne⁴⁻⁸, la proportion de femmes qui présenteraient un risque de cancer du sein dans notre série serait faible. Toutefois, en Afrique, les auteurs^{3,9-11} décrivent un profil de risque différent chez les patientes atteintes de cancer du sein :

- l'âge de survenue du cancer du sein est plus jeune variant entre 35 et 45 ans⁹⁻¹¹ ;
- l'âge moyen des ménarches est plus tardif estimé à 15 ans⁹ ;
- l'âge au premier enfant est fréquemment inférieur à 30 ans¹¹ ;
- l'allaitement maternel est largement pratiqué entre 69,9 %¹¹ et 90 %⁹ ;
- l'utilisation de la contraception hormonale est faible (22 % au Sénégal)³ ;
- peu de femmes ménopausées ont recours au THS (3,3 % dans notre série).

Ce profil africain que nous serions tentés de qualifier de " nouveau " car distinct du profil de risque habituellement décrit dans la littérature occidentale ou européenne¹² n'est malheureusement, pour l'instant,

que le résultat d'études parcellaires et hospitalières réalisées en Afrique où la plupart des pays en développement souffrent d'un manque d'études épidémiologiques sérieuses et de registres des cancers. Néanmoins, couplé à une fréquence croissante du cancer du sein dans notre pratique hospitalière⁹⁻¹¹, ce " nouveau " profil exprime un besoin réel de dépistage du cancer du sein dans nos pays en développement.

Le faible niveau de connaissance de l'AES observé dans notre série traduit une réalité africaine. En effet, les proportions de femmes connaissant l'AES en Afrique sont très faibles. Nos résultats (42,7 %) se rapprochent des 35,1 % trouvés au Togo par Akpadza *et al.*¹³ dans une série de consultantes alors que, Mehregan *et al.*, à Téhéran¹⁴, trouvaient un taux plus élevé de 63 % parmi le personnel féminin de santé.

En Afrique noire^{13,15}, les sources d'information sur l'AES sont très diverses et variées selon les pays ; aucune uniformité n'a été trouvée. Ceci témoigne des diversités des plateaux audiovisuels et médiatiques disponibles dans ces pays.

Dans notre série comme dans d'autres¹⁵, une faible participation du personnel médical dans l'information et beaucoup d'imperfections dans la description de la technique de l'AES ont été constatées. Nous pensons que les informations diffusées par les médias sur l'AES doivent être encouragées, mieux traitées et présentées par un personnel médical. En effet, plusieurs auteurs^{1,16,17} affirment que le message est mieux transmis par les professionnels de la santé et que, dans ce cas, il aboutirait à une pratique plus régulière de l'AES. Pour cette raison, il serait intéressant d'orienter, déjà, la formation initiale et continue du personnel de santé, et particulièrement des conseillers, assistants sociaux et relais communautaires vers l'enseignement de l'AES au profit des consultantes et non consultantes.

Des études africaines (Tunisie, Nigeria, Togo) portant sur l'AES avaient trouvé des taux de pratique peu différents mais très faibles variant entre 11,6 % à 34,9 %. Ces faibles taux vont de pair avec les insuffisances dans la sensibilisation sur l'AES. Nous avons observé comme beaucoup d'auteurs africains^{13,18-20} que la pratique de l'AES était meilleure chez les femmes scolarisées ($p = 0,009$), avec un bon niveau socio-économique lié au niveau d'études. Ainsi se dégage la contribution indispensable de l'éducation sur la santé des populations, de même que l'introduction de cette rubrique dans les programmes d'économie familiale enseignée dès le collège. En plus, la scolarisation et l'insertion socioprofessionnelle des femmes augmenteraient considérablement leur accès aux différentes sources d'information comme la presse écrite, l'Internet, les revues publiées, etc.

Concernant la relation entre facteurs de risque et pratique de l'AES, les résultats sont variables selon les auteurs. Pour certains comme Akpadza et Senie^{13,19},

la présence de facteurs de risque est un argument favorisant la pratique de l'AES. Dans notre série comme dans d'autres^{17,18,21}, la présence de facteurs de risque ou même d'antécédents de pathologies mammaires n'augmentait pas la pratique de l'AES. Ceci conforte l'idée d'une implication, plus que jamais nécessaire, du personnel de santé dans l'enseignement de l'AES car eux seuls peuvent mettre la lumière sur ce qui est facteur de risque et identifier les meilleures cibles pour accentuer l'effort de sensibilisation^{22,23}. Chaque contact avec la patiente doit être mis à profit pour débiter l'enseignement ou réévaluer le niveau de compréhension et de pratique de l'AES.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'identifier quelques écarts entre les besoins croissants d'une médecine préventive et l'ensemble des insuffisances multifactorielles qui grèvent encore la connaissance et la pratique de l'AES dans nos pays. Pour augmenter la pratique de l'AES dans nos pays, les autorités de santé publique devraient mettre en place un vaste programme de sensibilisation qui impliquerait la population féminine, le personnel de santé et les *leaders* d'opinion. Ce programme cherchera à :

- d'abord faire une analyse situationnelle du cancer du sein au Sénégal en menant des études épidémiologiques sérieuses sur l'incidence, la mortalité et les facteurs de risques, et le profil histoclinique du cancer du sein au Sénégal ;
- augmenter le taux de scolarisation des filles ;
- favoriser l'insertion socioprofessionnelle des femmes et leur regroupement au sein de différentes associations ;
- se servir de la télévision, de la radio, de la presse écrite, de l'Internet, du personnel médical et paramédical et des *leaders* d'opinion (organisés en réseaux) pour sensibiliser la population ;
- offrir aux conseillers une formation initiale et continue sur le cancer du sein et la technique de l'AES en révisant les *curricula* de formation et les programmes d'enseignement ;
- enfin, mettre en place un plan de suivi et une évaluation (tous les 5 ans par exemple) des facteurs épidémiocliniques et des moyens préventifs ou thérapeutiques du cancer du sein au Sénégal.

L'enjeu pour les pays en développement est d'asseoir des stratégies peu onéreuses, efficaces et durables dont le bénéfice dépasse largement celui du simple dépistage des cancers du sein. L'espoir est permis par la mise en œuvre prochaine du programme national de lutte contre les cancers ; ce programme répondra certainement à nos préoccupations épidémiologiques primordiales sur le cancer du sein au Sénégal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mathelin C, Gairard B, Zanganeh M *et al.* : Auto-examen des seins. Paris, Elsevier, EMC, Gynéco, 1996 ; 865-C-20 : 4

2. Lansac J, Lecomte P, Marret H : Gynécologie pour le praticien, 6^{ème} édition. Paris, Masson, 2002
3. N'Diaye S, Ayad M : Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA, Centre de recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro., 2006
4. Espie M, Tournant B, Cuvier C, Cottu PH : Epidémiologie des lésions malignes du sein. EMC Ed scientifique et médicale, Paris, Elsevier SAS, EMC, Gynéco, 1991 ; 840-A-15 : 10
5. MacMahon B, Cole P, Brown J : Etiology of human breast cancer. A review. J Natl Cancer Inst 1973 ; 50 : 21-42
6. MacMahon B, Cole P, Lin TM *et al.* : Age at first birth and breast cancer risk. Bull WHO 1970 ; 43 : 209-21
7. MacPherson K, Steel CM, Dixon JM : ABC of breast diseases. Breast cancer : epidemiology, risk factors, and genetics. Br Med J 2000 ; 321 : 624-8
8. Trichopoulos D, MacMahon B, Cole P : Menopause and breast cancer risk. J Natl Cancer Inst 1972 ; 48 : 605-13
9. Gaye PM : Situation actuelle du cancer du sein de la femme au Sénégal. Thèse de doctorat en médecine, Dakar, UCAD, 1997 ; 38
10. Harouna YD, Boukary I, Kanou HM, Epiphane MW : Le cancer du sein de la femme au Niger : Epidémiologie et clinique à propos de 146 cas. Rev Méd Afr Noire 2002 ; 49 : 39-43
11. Meye JF, Belembaogo E, Dialloo L, Ngomo Klutsch MJ : Le cancer du sein au centre hospitalier de Libreville. J de la SAGO 2003 ; 4 : 27-31
12. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P : Global cancer statistics 2002. CA Cancer J Clin 2005 ; 55 : 74-108
13. Akpadza K, Baeta S, Amadou A *et al.* : Connaissance et pratique des moyens de dépistage du cancer du sein par les patientes reçues en consultation à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U. Tokoin Lomé - Togo. J de la SAGO 2004 ; 5 : 42-6
14. Mehregan HM, Montazeri A, Jarvandis S *et al.* : Breast self examination : knowledge, attitudes and practices among female health care workers in Tehran, Iran. Breast J 2002 ; 8 : 222-5
15. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua F, Osime U : Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer : Across-sectional study. World J Surgical Oncol 2006 ; 4 : 11
16. Budden L : Young women's breast self examination knowledge and practice. J Community Health Nurs 1995 : 23-32
17. Huguley CM, Brown RL : The value of breast self examination. Cancer 1981 ; 47 : 989-95
18. Feldman JG, Carter AC, Nicastrì AD, Hosat ST : Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. Cancer 1981 ; 47 : 2740-5
19. Senie RT, Rosen PR, Lesser MI, Kinnie DW : Breast self examination and medical examination related to breast cancer stage. Am J Public Health 1981 ; 71 : 583-90
20. Ben-Ahmed S, Njah M, Hergli R *et al.* : La pratique de l'auto-examen des seins en Tunisie à travers une enquête chez les consultantés en première ligne. Rev Fr Gynéco Obstét 1994 ; 89 : 198-201
21. Foster RS, Costanza MC : Breast self-examination practices and breast cancer survival. Cancer 1984 ; 53 : 999-1005
22. Tinjasiri SP, Leha'Uli P, Finau S *et al.* : Tongan-American women's breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviours. Ethn Dis 2002 ; 12 : 284-90
23. Fitchm I, McPhail J, Franssen E : Evaluation of breast self-examination (BSE) program in a breast diagnostic clinic. Can Oncol Nurs J 2001 ; 11 : 140-5

Correspondance et tirés à part :

S.M.K. GUEYE
 C.H.U. A. Le Dantec
 Clinique Gynécologique et Obstétricale
 3, avenue Pasteur, Boîte Postale : 6758
 Dakar Etoile
 Sénégal
 E-mail : kaneg@orange.sn

Travail reçu le 11 mars 2008 ; accepté dans sa version définitive le 5 mai 2008.