

# La prise en charge du cancer du sein au Niger : connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé non médecins de Niamey, Niger, 2010

## Knowledge, attitudes, and practice on breast cancer of non MD health professionals in Niamey, Niger, 2010

A. Mamane · J.A. Bhatti · M. Savès · A. Alioum · M.-A. Jutand · D. Hadiza-Jackou · J.-F. Tessier · F. Dabis · D. Malvy · A.J. Sasco

Reçu le 30 juin 2011 ; accepté le 14 janvier 2012  
© Springer-Verlag France 2012

**Résumé** *Contexte* : Une augmentation récente du cancer dans les pays du Sud est constatée. L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des professionnels de santé non médecins, sur le cancer du sein dans différentes structures de soins de Niamey, Niger.

*Méthode* : Une enquête transversale a été réalisée dans dix centres de santé en 2010. Les CAP sur le cancer du sein (dix items) ont été évaluées chez les sages-femmes, les infirmières et les travailleurs sociaux. Un score de 0 à 10 a été calculé pour chacun des professionnels interrogés indiquant le niveau de CAP. Les facteurs associés aux scores CAP supérieurs à 5 ont été estimés en utilisant une régression logistique multiple.

*Résultats* : Les professionnels de santé ( $n = 112$ ) étaient en majorité insuffisamment informés sur le cancer du sein et les

méthodes de diagnostic. En analyse multivariée, les professionnels âgés de 38 ans et plus (rapport de cotes ajusté [RC] = 0,11 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] = 0,03–0,43), travaillant dans des structures de soins de niveau intermédiaire (RC = 0,05 ; IC 95 % = 0,01–0,26) ou périphérique (RC = 0,02 ; IC 95 % = 0,01–0,13), et les infirmières (RC = 0,05 ; IC 95 % = 0,01–0,22) et les travailleurs sociaux (RC = 0,01 ; IC 95 % = 0,01–0,08) avaient moins souvent un score CAP supérieur à 5 que ceux âgés entre 22 et 30 ans, travaillant dans des structures de soins de niveau central, et que les sages-femmes.

*Conclusion* : Ces résultats suggèrent la nécessité d'une formation continue des professionnels de santé non médecins. De plus, associer les sages-femmes à la prise en charge du cancer du sein permettrait d'améliorer la détection précoce de ce type de pathologie.

A. Mamane · M. Savès · A. Alioum · M.-A. Jutand · F. Dabis  
Institut de santé publique,  
d'épidémiologie et de développement (ISPED),  
Université Bordeaux Segalen, 146, rue Léo-Saignat,  
F-33076 Bordeaux, France

A. Mamane · J.A. Bhatti · J.-F. Tessier · F. Dabis · D. Malvy ·  
A.J. Sasco (✉)  
Inserm U897, Université Bordeaux Segalen,  
146, rue Léo-Saignat, F-33076 Bordeaux, France  
e-mail : annie.sasco@isped.u-bordeaux2.fr

M. Savès  
Pôle de santé publique, service d'information médicale,  
CHU de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France

D. Hadiza-Jackou  
Direction action sanitaire et sociale CNSS,  
ministère de la Fonction publique, Niamey, Niger

D. Malvy  
Centre René-Labusquière, Université Bordeaux Segalen,  
146, rue Léo-Saignat, F-33076 Bordeaux, France

**Mots clés** Cancer du sein · Épidémiologie · Enquête CAP · Niger

**Abstract** *Background*: There has been an increase in the number of cases of cancer in the developing countries. The objective of this study was to assess the level of knowledge, attitude, and practice (KAP) regarding breast cancer among non-medical doctor (MD) health professionals in health facilities in Niamey, Niger.

*Methods*: This cross-sectional study was carried out in 10 health facilities. The information on KAP (10 items) about breast cancer was collected from midwives, nurses, and social workers. For each professional, a score ranging from 0 to 10 was computed indicating KAP level. Factors associated with KAP scores > 5 were assessed using multiple logistic regression analysis.

*Results*: The health professionals participating in the KAP study ( $N = 112$ ) were rather poorly informed on breast

cancer and its diagnosis. Further analyses showed that professionals aged 38 years and older (adjusted odds ratio [OR]=0.11; 95% confidence interval [95% CI]=0.03–0.43), working in intermediate (OR = 0.05; 95% CI = 0.01–0.26) or primary health care facility (OR = 0.02; 95% CI = 0.01–0.13), nurses (OR = 0.05; 95% CI = 0.01–0.22), and social workers (OR = 0.01; 95% CI = 0.01–0.08) were less likely to have a KAP score > 5 than those in the age group (22–30), working in a central health care facility, and midwives.

**Conclusion:** Results suggest the need for continuous training of health professionals. Further, involving midwives in breast cancer care could improve early detection of the cases.

**Keywords** Breast cancer · Epidemiology · KAP study · Niger

## Introduction

La prise en charge du cancer est une préoccupation importante dans de nombreux systèmes de santé, notamment dans les pays en voie de développement [1]. En effet, la plus lourde partie du fardeau mondial du cancer s'est aujourd'hui déplacée des pays développés vers les pays à ressources faibles et moyennes [1,2]. Ces pays, dont le budget consacré à la santé est souvent limité, doivent aussi assumer des prévalences de maladies transmissibles élevées [1,3,4]. Les infrastructures de traitement du cancer lorsqu'elles existent sont difficilement accessibles et les thérapies permettant une survie longue font souvent défaut [2]. Selon les projections du projet mondial GLOBOCAN, on prévoit en 2030 à l'échelle mondiale près de 21,4 millions de nouveaux cas de cancers (11,6 millions chez les plus de 65 ans) et plus de 13,2 millions de décès (8,1 millions chez les plus de 65 ans) [1]. Bien que ces projections concernent l'ensemble des pays, il est vraisemblable qu'on assistera sur la même période à une progression des cancers dans les pays en développement.

Le cancer du sein vient au deuxième rang des cancers féminins en Afrique, et c'est le premier cancer de la femme dans le monde [1,2]. Son incidence annuelle a été estimée à 1 384 815 nouveaux cas pour 2008 [1]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que ce chiffre pourrait encore s'accroître dans les 30 années à venir. Le nombre de décès par cancer du sein dans les pays en voie de développement a été estimé pour la même année à 268 000 sur un total de 458 000 cas dans le monde entier [1]. Vers 2030, près de 70 % des nouveaux cas de cancer se produiront dans les pays en développement [3]. En Afrique, où la situation épidémiologique est encore fortement marquée par la présence des maladies transmissibles [3–5], c'est le deuxième cancer féminin après celui du col de l'utérus.

Dans les pays en voie de développement, avec plus de 70 % des cancers du sein qui sont diagnostiqués aux stades III et IV, la médiane de survie après le diagnostic est inférieure à cinq ans [6]. Le cancer du sein peut être découvert par différentes méthodes : la mammographie, l'examen clinique des seins (ECS) par un professionnel de santé et l'autoexamen des seins (AES) par les femmes elles-mêmes. Les deux dernières méthodes simples et peu onéreuses sont particulièrement adaptées au contexte économique des pays du Sud [7].

Les études réalisées dans des pays à moyen et faible niveaux socio-économiques [8–16], notamment en Tunisie [9,13], au Pakistan [14] et au Nigeria [15,16], montrent l'importance d'une meilleure connaissance du cancer du sein par les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge de ce cancer. Ceux-ci sont en première ligne pour motiver les femmes à adhérer au dépistage et à la détection précoce, suivre les cas qui se sont révélés positifs au dépistage et assurer une bonne coordination avec les laboratoires de cytologie, les centres de mammographie et les structures de traitement des malades cancéreux. Il a été montré au Nigéria que, si le dépistage du cancer du sein est bien conduit, il permet d'asseoir un diagnostic plus précoce [15,17].

Au Niger, aucune étude similaire n'a encore été menée. Il existe au laboratoire d'anatomopathologie de la faculté de médecine de Niamey un registre recensant les cas pour lesquels un examen anatomopathologique a été effectué. Pourtant, la prise en charge du cancer s'impose aujourd'hui dans ce pays, où l'accent a jusqu'ici été mis essentiellement sur la lutte contre les maladies transmissibles. En 2008, l'OMS/CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) a attribué au cancer 5 069 cas de décès au Niger dont 2 925 (soit 58 %) concernant les femmes [1]. Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer au Niger chez la femme et la deuxième pour les deux sexes confondus [1].

L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des professionnels de santé non médecins travaillant à Niamey, sur le cancer du sein et sa prise en charge.

## Méthodes

Cette étude sur les CAP était descriptive de type transversal. Elle a été réalisée d'avril à juin 2010 à Niamey, capitale du Niger qui constitue le lieu principal de diagnostic et de prise en charge des cancers dans le pays.

Notre population d'étude était constituée des professionnels de santé non médecins travaillant dans les différentes structures sanitaires de la communauté urbaine de Niamey : sages-femmes, infirmiers diplômés d'État (IDE), assistants sociaux (ces derniers intervenant dans la planification familiale). Les professionnels de santé ont été recrutés au niveau

des centres de soins selon la structure pyramidale sanitaire hiérarchisée à trois niveaux : le niveau central (national), qui constitue le centre de référence disposant du plateau technique menant en outre des activités de soins ; le niveau intermédiaire, qui comprend les formations sanitaires disposant au moins d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un bloc opératoire, et le niveau périphérique, qui regroupe les formations sanitaires disposant d'au moins une sage-femme pour les consultations maternelles et infantiles sans gynécologue-obstétricien et sans bloc opératoire. L'enquête a été réalisée dans dix formations sanitaires : deux centres de référence, trois formations sanitaires de niveau intermédiaire et cinq formations de niveau périphérique.

D'après les données du Service national d'information sanitaire (SNIS), Niamey comptait, en 2008, 189 sages-femmes, 273 IDE et 38 assistants sociaux. À partir de cette liste, les professionnels de santé ont été choisis par les majors des services en fonction de la disponibilité des personnels. Les majors des services sont des sages-femmes, des infirmiers ou des assistants sociaux ayant la responsabilité de l'organisation du service (planning de garde, soins et statistiques). Pour être inclus, il fallait être praticien soignant (sage-femme, IDE) ou assistant social exerçant dans les centres de santé retenus et intervenir dans les activités de consultations prénatales, générales, postnatales, gynécologiques ou de planning familial. Ont été exclus les majors de services, les praticiens soignants et autres personnels des services médico-techniques (laboratoires, radiologie et services spécialisés) ou des services administratifs n'intervenant pas en consultation.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire préalablement testé par trois majors de services de l'Hôpital national de Niamey. Les thèmes abordés dans le questionnaire étaient les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, type d'établissement et ancienneté dans la profession) ainsi que les CAP face au cancer du sein. Une partie du questionnaire reprenait les questions utilisées dans une étude réalisée en Tunisie [9]. Certaines questions concernaient la connaissance de l'existence d'un Registre national du cancer, du nombre officiel estimé par an de cas de cancer du sein et d'au moins un facteur de risque de ce type de cancer. En termes d'attitudes face aux moyens de dépistage et de détection précoce, les questions ont porté sur la perception qu'avaient les professionnels de santé sur l'efficacité de l'AES, de l'ECS par le médecin et de la mammographie. En termes de pratiques, il a été demandé aux professionnels de santé s'ils conseillaient aux femmes de pratiquer l'AES, s'ils pratiquaient eux-mêmes systématiquement l'ECS, s'ils avaient appris à faire cet examen. Enfin, il a été demandé aux professionnels de mentionner la principale difficulté rencontrée pour pratiquer un dépistage de masse de ce type de cancer.

Les données ont été saisies et analysées sous les logiciels Épi-Info™ (v3.5.1) et SAS (v 9.1.3).

Pour l'analyse des données, un score CAP a été calculé sur le modèle d'une étude portant sur les CAP des infirmières pakistanaises vis-à-vis du cancer du sein [10]. Dans notre étude, toute réponse correcte à une question équivalait à 1 point (Tableau 1). Sur la base des réponses obtenues, il a été décidé de dichotomiser le score au seuil de 5, les scores supérieurs à 5 étant considérés comme de bons scores. Les variables associées significativement au seuil de 25 % au score supérieur à 5 ont été sélectionnées afin d'être introduites dans un modèle de régression logistique multivariée. La relation entre les facteurs sociodémographiques et le score CAP a été exprimée par le rapport de cotes (RC) et son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

## Résultats

Au total, nous avons interrogé 112 professionnels de santé, dont 33 (29,5 %) sages-femmes, 62 (55,3 %) IDE, 17 (15,2 %) assistants sociaux. La majorité (82,1 %) des professionnels interrogés étaient de sexe féminin. Leur âge allait de 22 à 55 ans, avec 40,2 % des professionnels appartenant à la tranche d'âge de 30–39 ans. Parmi ces professionnels, 75 d'entre eux (67,0 %) exerçaient depuis plus de dix ans. Près de la moitié (49,1 %) exerçaient dans des structures de soins de niveau intermédiaire (Tableau 2).

En ce qui concerne les connaissances épidémiologiques, 66,7 % des sages-femmes, 30,6 % des infirmiers et 17,6 % des assistants sociaux connaissaient l'existence du registre du cancer du laboratoire d'anatomopathologie de la faculté de médecine de Niamey. Très peu de ces professionnels connaissaient le nombre approximatif de cas de cancer du sein estimé par an : 9,1 % des sages-femmes, 6,5 % des infirmiers et aucun assistant social. D'une manière générale, ce nombre était sous-estimé par les participants. Au moins un facteur de risque était connu par 84,5 % des sages-femmes, par 58,1 % des infirmiers et par 41,2 % des assistants sociaux. Le facteur de risque le plus connu était : « avoir un antécédent familial de cancer du sein ».

Pour ce qui est de l'attitude face aux moyens de dépistage et de détection précoce, 66,7 % des sages-femmes, 45,2 % des infirmiers et 35,3 % des assistants sociaux considéraient efficace l'AES par les femmes comme moyen de dépistage. L'ensemble des professionnels interrogés ont reconnu l'efficacité de l'ECS par le médecin et de la mammographie comme moyens de dépistage.

Pour la pratique des professionnels de santé, la plupart des sages-femmes (63,6 %), mais seulement 35,3 % des assistants sociaux et 29,0 % des infirmiers, conseillaient aux femmes de pratiquer l'AES.

L'ECS était pratiqué par 81,8 % des sages-femmes, l'ensemble d'entre elles le faisant à toutes les patientes. Cet examen était pratiqué par 64,5 % des IDE, 97,5 % d'entre

<b>Tableau 1</b> Variables retenues pour le calcul du score des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) chez les professionnels de santé ayant participé à l'enquête CAP sur le cancer du sein à Niamey, Niger, 2010	
	<b>Réponses correctes (1 point par réponse correcte)</b>
<b>Connaissance</b>	
1. Existe-t-il un registre du cancer au Niger ?	Oui
2. Quel est le nombre officiel de cas estimé par an de cancer du sein ?	Fourchette [1 200 ; 1 300] cas par an
3. Connaissez-vous des facteurs de risque du cancer du sein ?	Âge avancé Âge précoce aux premières règles (< 12 ans) Grande taille à l'âge adulte Alcool (au moins une boisson alcoolique/jour) Mutations génétiques ( <i>BRCA1/2</i> ) Radiations ionisantes (avant 40 ans) Densité mammographique (> 50 %) Ménopause tardive (après 55 ans) Contraceptifs oraux Traitement hormonal substitutif de la ménopause Histoire familiale de cancer du sein Maladies bénignes du sein Obésité (après la ménopause) Gain de poids (à partir de 18 ans)
<b>Attitude face aux moyens de dépistage</b>	
4. Jugez-vous l'autoexamen des seins (AES) ?	Efficace
5. Jugez-vous l'examen clinique des seins (ECS) par le médecin ?	Efficace
6. Jugez-vous la mammographie ?	Efficace
<b>Pratique des professionnels de santé</b>	
7. Conseillez-vous aux femmes de pratiquer l'autoexamen des seins ?	Systématiquement
8. Pratiquez-vous l'examen clinique des seins systématiquement ?	À toutes les femmes ou aux femmes à risque
9. Avez-vous appris à faire l'examen des seins lors de la formation initiale ou continue ?	Oui
10. Citez la principale difficulté pour une pratique du dépistage de masse du cancer du sein	Manque de formation ou manque de moyens

eux le faisant à toutes les femmes et 2,5% ne le faisant qu'aux femmes à risque.

Plus d'une infirmière sur trois (41,9 %) et la majorité des sages-femmes (93,9 %) avaient appris à faire l'examen des seins. Parmi les principales difficultés pour une pratique de dépistage de masse du cancer du sein, le manque de formation était rapporté par 22,3 % des professionnels interrogés et le manque de moyens par 18,7 % de ces professionnels. Les assistants sociaux étaient 41,2 % à évoquer le manque de formation (Tableau 3).

Parmi ces professionnels, 62 (55,4 %) avaient un score CAP inférieur ou égal à 5 (Fig. 1).

L'analyse multivariée a montré que les professionnels de plus de 38 ans (RC = 0,11 ; IC 95 % = [0,03–0,43]) avaient une probabilité moindre d'avoir un score supérieur à 5 que ceux qui avaient un âge entre 22 et 30 ans. Il en était de même pour les infirmiers (RC = 0,05 ; IC 95% =

[0,01–0,22]) et les assistants sociaux (RC = 0,01 ; IC 95 % = [0,01–0,08]) par rapport aux sages-femmes. De la même manière, les professionnels travaillant dans les structures de soins intermédiaires (RC = 0,05 ; IC 95 % = [0,01–0,26]) ou périphériques (RC = 0,02 ; IC 95 % = [0,01–0,13]) avaient une probabilité moindre d'avoir un score supérieur à 5 que ceux travaillant au niveau central (Tableau 4).

## Discussion

Cette étude CAP sur le cancer du sein, la première réalisée au Niger, a montré que les professionnels de santé étaient en majorité mal informés sur le cancer du sein et sur ses moyens de dépistage et de détection précoce. Le niveau de connaissances et pratiques était plus faible chez les professionnels les plus âgés, chez ceux travaillant dans les

**Tableau 2** Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé ayant participé à l'enquête CAP sur le cancer du sein à Niamey, Niger, 2010,  $n = 112$

	Nombre	%
Sexe		
Homme	20	17,9
Femme	92	82,1
Âge (ans)		
22–29	33	29,5
30–39	45	40,2
40–49	28	25,0
50–55	6	5,3
Type d'exercice		
Infirmier diplômé d'État	62	55,3
Sage-femme	33	29,5
Assistant social	17	15,2
Type d'établissement		
Niveau central	29	25,9
Niveau intermédiaire	55	49,1
Niveau périphérique	28	25,0
Ancienneté (ans)		
1–10	37	33,0
11–20	43	38,4
21–30	29	25,9
≥ 31	3	2,7

structures intermédiaires et périphériques et chez les infirmiers et les assistants sociaux, par comparaison avec les sages-femmes.

L'enquête réalisée par autoquestionnaire comporte un certain nombre de limites. Les deux principales portent sur le mode de sélection des professionnels interrogés et sur les conditions de réponse à l'autoquestionnaire. En effet, nous ne pouvons exclure un biais de sélection de notre population d'étude, du fait que ce sont les majors des services qui ont procédé eux-mêmes au recrutement des professionnels, ce qui pourrait expliquer l'absence de non-réponse. Ensuite, les autoquestionnaires ayant été remplis par les personnels enquêtés durant les horaires de service, il ne nous a pas été possible de nous assurer que ces questionnaires ont été remplis sans l'aide d'une tierce personne. Malgré ces limites éventuelles, nous pensons que les informations recueillies auprès des catégories de professionnels qui ont pu être interrogées apportent des éléments de réponse aux objectifs de cette étude qui s'inscrivait dans un champ exploratoire.

Près de la moitié (49,1 %) des personnels de santé interrogés exerçaient au niveau intermédiaire des structures de soins. Ces structures constituent des lieux de consultation de premier choix pour les femmes en raison de la difficulté de voir un médecin dans les hôpitaux nationaux (niveau cen-

tral) et du manque de médecins au niveau périphérique. Aucune des études publiées sur l'évaluation des CAP des professionnels de la santé dans les pays en développement dans le cas du cancer du sein [10–15] n'incluait les assistants sociaux, or ces derniers, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, sont les interlocuteurs immédiats d'une grande partie des patientes quel que soit leur âge, depuis les adolescentes jusqu'aux femmes âgées.

Dans notre étude, les sages-femmes avaient un meilleur niveau de connaissances que les autres professionnels de santé (infirmiers et assistants sociaux). Un travail réalisé en 2002 en Tunisie [9], sur la connaissance et la participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein, a aussi montré que ce sont les sages-femmes qui pratiquent le plus fréquemment l'ECS. Elles sont ainsi 59,2 % à le faire systématiquement et 36,7 % uniquement pour les femmes à risque. En Tunisie, seulement 17,7 % des médecins hommes et 18,3 % des médecins femmes effectuaient cet examen à titre systématique. Cela suggère la nécessité d'améliorer la formation des autres professionnels de la santé, notamment les infirmiers et les assistants sociaux, concernant la prise en charge du cancer du sein.

Nous avons observé à Niamey que les professionnels les plus jeunes avaient un meilleur score CAP que les plus âgés. Il est possible que ces jeunes professionnels sortis récemment des écoles de santé aient eu une formation plus complète sur la problématique des maladies non transmissibles comme les cancers ou l'hypertension artérielle [16]. Au contraire, leurs aînés ont été formés sur les anciens programmes où l'accent était surtout mis sur les maladies infectieuses et parasitaires et qui ne contenaient pas d'enseignement sur les maladies non transmissibles [17].

Les professionnels exerçant au niveau central avaient un meilleur score CAP que leurs collègues des autres niveaux de la pyramide sanitaire. Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des cancers du sein sont pris en charge par ces établissements et que, de ce fait, le personnel y est mieux formé [16]. Il ressort de notre étude qu'il semble nécessaire de mettre en place un programme de formation pour les professionnels de santé qui exercent aux niveaux intermédiaire et périphérique [11].

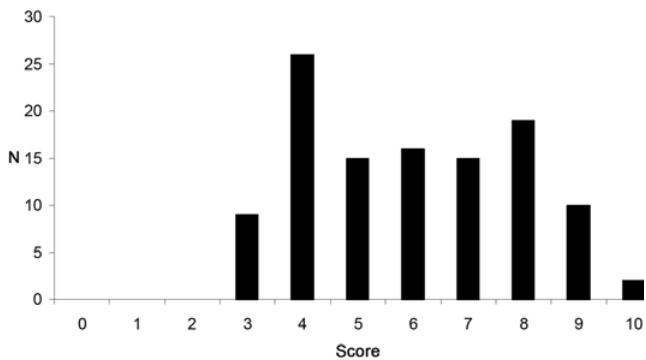
Le cancer du sein de la femme, par sa fréquence et sa gravité, constituera dans les années à venir l'un des grands défis de santé des populations en Afrique [2,3,18]. Comme nous l'avons vu, les estimations réalisées montrent qu'au Niger le cancer du sein représente l'une des plus fréquentes formes de cancer, ce qui implique de mieux mesurer l'ampleur du problème en termes épidémiologiques et de mettre en place les réponses les plus adaptées en termes de structures et de personnels. Cette enquête CAP a montré la nécessité de la formation continue pour tous les professionnels de la santé. Il est, en effet, essentiel pour eux d'être



**Tableau 3** Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé ayant participé à l'enquête CAP sur le cancer du sein à Niamey, Niger, 2010,  $n = 112$

	Sage-femme	IDE	Assistant social	Total	<i>p</i>
	<i>n = 33</i>	<i>n = 62</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 112</i>	
	%	%	%	%	
<b>Connaissance</b>					
Existence d'un registre du cancer	66,7	30,6	17,6	39,3	< 0,001
Nombre de cas officiel estimé par an du cancer du sein	9,1	6,5	0,0	6,3	<sup>a</sup>
Au moins un facteur de risque connu	84,5	58,1	41,2	63,4	0,004
<b>Attitude face aux moyens de dépistage</b>					
Autoexamen des seins (AES)	66,7	45,2	35,3	50,0	0,057
Examen clinique des seins par le médecin (ECS)	100,0	100,0	100,0	100,0	<sup>b</sup>
Mammographie	100,0	100,0	100,0	100,0	<sup>b</sup>
<b>Pratique des professionnels de santé</b>					
Conseiller systématiquement aux femmes de pratiquer l'AES	63,6	29,0	35,3	40,2	0,004
Pratique de l'ECS systématiquement (uniquement pour les soignants)					0,078
Oui	81,8	64,5	NA	59,8	
À toutes les femmes	100,0	97,5			
Uniquement aux femmes à risque	0,0	2,5			
Non	18,2	35,5	NA	29,5	
Ayant appris à faire l'examen des seins	93,9	41,9	5,9	51,8	< 0,001
Principale difficulté rapportée pour une pratique de dépistage de masse du cancer du sein					0,294 <sup>c</sup>
Manque de formation	21,2	17,7	41,2	22,3	
Manque de moyens	21,2	21,0	5,9	18,7	
Autres	57,6	61,3	52,9	58,9	

IDE : infirmier diplômé d'État.  
<sup>a</sup> Pas de test : faibles effectifs.  
<sup>b</sup> Pas de test : 100 % réponse.  
<sup>c</sup> Test exact de Fisher.



**Fig. 1** Distribution du score CAP chez les professionnels de santé ayant participé à l'enquête CAP du cancer du sein à Niamey, Niger, 2010,  $n = 112$

bien informés sur le cancer du sein, en raison de l'influence qu'ils peuvent exercer pour convaincre les femmes de se

faire diagnostiquer plus précocement et d'améliorer ainsi le pronostic de cette pathologie. Encore faut-il que les structures de soins et l'accessibilité aux traitements soient à la portée des patientes [6]. Les gouvernements ont un rôle majeur à jouer dans la concrétisation des actions de lutte contre le cancer et des traitements dans les pays en voie de développement. Cela requiert instamment une volonté politique, un plan d'action et d'investissement. Cependant, le problème du cancer sur le continent africain se situe dans un contexte de ressources limitées, de structures de soins adaptées insuffisantes où les stratégies de dépistage, de surveillance épidémiologique et d'analyse des facteurs de risque restent encore insuffisamment développées. Cela justifie la mise en place de collaborations Nord-Sud pour que l'Afrique puisse bénéficier des expériences du Nord, ce qui implique notamment une aide en matériel et en formation [3,19,20].

**Tableau 4** Associations entre un bon niveau de connaissance (score > 5) sur le cancer du sein et les caractéristiques sociodémographiques chez les professionnels de santé ayant participé à l'enquête CAP sur le cancer du sein à Niamey, Niger, 2010,  $n = 112$ 

	Analyse univariée				Analyse multivariée		
	Score > 5	RC	IC 95 %	<i>p</i>	RC	IC 95 %	<i>p</i>
Sexe				0,30			
Homme ( $n = 20$ )	45,0	1					
Femme ( $n = 92$ )	57,6	1,66	0,63–4,39				
Âge (ans)				0,04			0,002
22–30 ( $n = 35$ )	68,6	1			1		
31–37 ( $n = 35$ )	60,0	0,68	0,25–1,84		0,33	0,08–1,21	
≥ 38 ( $n = 42$ )	40,5	0,31	0,12–0,80		0,11	0,03–0,43	
Type d'exercice				< 0,001			< 0,001
Sage-femme ( $n = 33$ )	87,9	1			1		
IDE ( $n = 62$ )	43,5	0,11	0,03–0,34		0,05	0,01–0,22	
Assistant social ( $n = 17$ )	35,3	0,07	0,02–0,32		0,01	0,01–0,08	
Type d'établissement				0,002			< 0,001
Niveau central ( $n = 29$ )	82,7	1			1		
Niveau intermédiaire ( $n = 55$ )	47,3	0,18	0,06–0,56		0,05	0,01–0,26	
Niveau périphérique ( $n = 28$ )	42,9	0,15	0,05–0,53		0,02	0,01–0,13	
Ancienneté (ans)				0,13			
1–10 ( $n = 37$ )	67,6	1					
11–20 ( $n = 43$ )	53,5	0,55	0,22–1,37				
≥ 21 ( $n = 32$ )	43,8	0,37	0,14–0,99				

**Remerciements :** Nous remercions le Pr Roger Salomon pour la confiance qu'il nous a accordée pour la réalisation de cette étude et Mme Evelyne Mouillet documentaliste de l'ISPED qui nous a beaucoup aidés pour ce travail. Nous remercions également le Dr Pascal Millet, pour son enseignement sans lequel ce travail n'aurait pu être réalisé.

**Financement :** L'étude a été financée par le Centre de recherche épidémiologie et biostatistique, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) Unité 897, l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), l'université Bordeaux-Segalen, France.

## Références

- Globocan 2008 (2010) Cancer incidence and mortality worldwide in 2008. [en ligne] International Agency for Research on Cancer Lyon IARC. Disponible sur URL : <http://globocan.iarc.fr> (Consulté le 19/05/2011)
- Ly A, Khayat D (dir) (2006) Le cancer en Afrique : de l'épidémiologie aux applications et perspectives de la recherche biomédicale. Institut national du cancer, Paris, 787 p
- Sasco AJ (2008) Cancer and globalization. *Biomed Pharmacother* 62(2):110–21
- Desenclos JC, De Valk H (2005) Les maladies infectieuses émergentes : importance en santé publique, aspects épidémiologiques, déterminants et prévention. *Med Mal Infect* 35:49–61
- Connolly MA, Gayer M, Ryan MJ, et al (2004) Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet* 364:1974–83
- Sankaranarayanan R (2007) Early detection of cancer in developing countries. *Int Network Cancer Treatment Res Winter* 7(4):1–8
- Guèye S, Bawa K, Ba Gueye M, et al (2009) Dépistage du cancer du sein : connaissance et pratique de l'autoexamen des seins au sein d'une population féminine au Sénégal. *Rev Med Brux* 30:77–82
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1996) Programmes nationaux de lutte contre le cancer, politique et principe gestionnaire. OMS, Genève, 139 p
- Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N (2003) Connaissances et participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein. *East Mediterr Health J* 9(3):353–63
- Kumar S, Imam AM, Manzoor NF, Masood N (2009) Knowledge, attitude and preventive practices for breast cancer among health care professionals at Aga Khan Hospital Karachi. *J Pak Med Assoc* 59(7):474–8
- Caleffi M, Ribeiro RA, Filho DLD, et al (2009) A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil (Porto Alegre Breast Health Intervention Cohort). *BMC Public Health* 9:83. doi:10.1186/1471-2458-9-83
- Hsairi M, Ben Gobrane H, Ben Alayan N, et al (2007) Connaissances et attitudes des étudiants en fin d'études médicales vis-à-vis des dépistages des cancers du col utérin et du sein. *East Mediterr Health J* 19(2):119–32
- Akhigbe AO, Omuemu VO (2009) Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. *BMC Cancer* 9:203–12

14. Odusanya OO (2001) Breast cancer: knowledge, attitudes, and practices of female school teachers in Lagos, Nigeria. *Breast J* 7(3):171–5
15. Ibrahim NA, Odusanya OO (2009) Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. *BMC Cancer* 9:76. doi:10.1186/1471-2407-9-76
16. Towle A (1998) Continuing medical education: changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 316:301–4
17. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, et al (2010) Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 376(9747):1186–93
18. Sasco AJ, Kaaks R, Little RE (2003) Breast cancer: occurrence, risk factors and hormone metabolism. *Rev Anticancer Ther* 3(4):546–62
19. Salamon R (2010) Cancer et Afrique. *J Afr Cancer* 2:131–2
20. McCarthy M, Maher D, Ly A, Ndip A (2010) Developing the agenda for European Union collaboration on non-communicable diseases research in Sub-Saharan Africa. *Health Res Policy Syst* 8:13. doi: 10.1186/1478-4505-8-13