

المملكة المغربية



# GUIDE DE DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

EDITION 2011



جمعية لاسلمى لمحاربة داء السرطان  
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

Royaume du Maroc  
Ministère de la santé

## Remerciements

Le Ministère de la Santé remercie :

- L'organisation Mondiale de la Santé qui a assuré le financement des étapes d'élaboration de ce guide
- L'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer qui a assuré l'appui technique et financier de ce guide ;
- Le Fonds des Nations Unies pour la Population qui appuie le Ministère de la Santé dans sa mise en œuvre du programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc ;
- Toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

avec l'appui de l'OMS



## **Comité d'élaboration**

1. Dr Loubna Abousselham : Ministère de la Santé.
2. Dr Latifa Belakhel : Ministère de la Santé.
3. Mr Tarek Bensalem : Ministère de la Santé.
4. Dr Abdenor Boulaich : Ministère de la Santé.
5. Dr Mouna Boussefiane : Ministère de la Santé.
6. Dr Youssef Chami Khazraji : Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer
7. Mr Mohammed El Akkaoui : Ministère de la Santé.
8. Pr Zaki El Hanchi : Centre Hospitalier Ibn Sina, Rabat
9. Mr Mohammed Madi : Ministère de la Santé.
10. Dr Mustapha Mahfoudi : Ministère de la Santé.
11. Mr Mohammed Mahouti : Ministère de la Santé.
12. Dr Abdellah Taleb : Ministère de la Santé.
13. Dr Hanan Fadlallah : Ministère de la Santé.
14. Dr Ikram Ouahida : Ministère de la Santé.
15. Dr Mustapha Ziadi : Ministère de la Santé.

## **Comité de rédaction**

1. Dr Loubna Abousselham : Ministère de la Santé.
2. Dr Latifa Belakhel : Ministère de la Santé.
3. Dr Mouna Boussefiane : Ministère de la Santé.
4. Dr Youssef Chami Khazraji : Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer
5. Mr Mohammed Madi : Ministère de la Santé.
6. Dr Abdellah Taleb : Ministère de la Santé.

## **Comité de lecture**

1. Dr Moulay Mustapha Alaoui Ismaili : Ministère de la Santé Inspecteur Général
2. Dr Abdelali Alaoui Belghiti : Ministère de la Santé, Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
3. Dr Rachid Bekkali : Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer, Directeur Exécutif
4. Professeur Maria Bennani : Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer, Directeur adjoint
5. Dr Omar El Menzhi : Ministère de la Santé, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
6. Dr Khalid Lahlou : Ministère de la Santé, Directeur de la Population
7. Monsieur Youssef Kabli : Ministère de la Santé, Directeur des Ressources Humaines
8. Pr Noureddine Matar : Centre Hospitalier Ibn Rochd de Casablanca, Professeur en Gynécologie Obstétrique.

## LISTE DES ACRONYMES :

|         |  |
|---------|--|
| ADN     | Acide desoxyribonucleique  |
| ACR     | Ameriacan College of Radiologie                                    |
| CHP     | Centre hospitalier provincial                                      |
| CIN     | Néoplasie intra-épithéliale cervicale                              |
| CRO     | Centre d'oncologie régional  |
| CRSR:   | Centre de référence de santé reproductive                          |
| CSC     | Centre de santé communal   |
| CS      | Centre de santé  |
| ESSB    | Etablissement de Soins de Santé de Base                            |
| FIGO    | Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens        |
| IVA     | Inspection Visuelle a l Acide acétique                             |
| JPC     | Jonction Pavimento-Cylindrique                                     |
| HPV     | Human Papilloma Virus  |
| ONG     | Organisation Non Gouvernementale                                   |
| PF      | Planification Familiale  |
| PNPCC   | Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer               |
| PSGA    | Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement     |
| RAD     | Résection à l'anse Diathermique                                    |
| SIAAP   | Service de l'Infrastructure et de l'Action Ambulatoire Provinciale |
| S.P.C.P | Service Provincial de Chimiothérapie de Proximité                  |
| SR      | Santé de la Reproduction   |
| RCGR    | Registre des Cancers de la région du Grand Casablanca: année 2004  |

**LISTE DES ANNEXES :**

|           |   |
|-----------|---|
| Annexe 1  | Classification TNM  |
| Annexe 2  | Classification FIGO   |
| Annexe 3  | Liste du matériel nécessaire par niveau de prise en charge                        |
| Annexe 4  | Classification ACR  |
| Annexe 5  | Dossier de la participante  |
| Annexe 6  | Fiche de référence contre référence   |
| Annexe 7  | Bon de demande d'examen anatomo-pathologique du cancer du col et du compte rendu  |
| Annexe 8  | Bon de demande d'examen anatomo-pathologique du cancer du sein et du compte rendu |
| Annexe 9  | Bon de demande d'examen radiologique  |
| Annexe 10 | Rapports de suivi   |
| Annexe 11 | Grille de supervision de l'activité de dépistage au CS                            |
| Annexe12  | Grille de supervision du CR SR  |

|  |           |
|--|-----------|
| Liste des acronymes .....  | 4         |
| Liste des annexes .....  | 5         |
| <b>Introduction</b> .....  | <b>8</b>  |
| 1. Objectifs du guide .....  | 8         |
| 2. Public cible .....  | 8         |
| 3. Niveaux de soins .....  | 8         |
| 4. Utilisation du guide .....  | 9         |
| 5. Contenu .....   | 9         |
| <b>Contexte</b> .....  | <b>10</b> |
| 1. Analyse de la situation .....   | 10        |
| 2. Programme d'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin dans la santé reproductive (SR) .....      | 11        |
| 2.1. Objectif du programme .....   | 11        |
| 2.2. Axes stratégiques .....   | 11        |
| 2.2.1. Assurer la disponibilité des services de détection précoce des cancers du sein et du col utérin .....                       | 11        |
| 2.2.2. Assurer la qualité de l'offre de soins .....  | 11        |
| 2.2.3. Renforcer l'utilisation des services de santé reproductive .....  | 11        |
| 2.2.4. Mettre en place un système de suivi-évaluation du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin ..... | 11        |
| 2.3. Population cible et test de dépistage .....   | 12        |
| 2.3.1. Cancer du sein .....  | 12        |
| 2.3.2. Cancer du col utérin .....  | 12        |
| <b>1ère partie : Rappels, Définitions et Concepts</b> .....  | <b>13</b> |
| 1. Définitions et concepts .....   | 14        |
| 1.1. Définitions .....   | 14        |
| 1.2. Principe du dépistage .....   | 14        |
| 1.3. Test de dépistage .....   | 14        |
| 1.4. But de la détection précoce .....   | 15        |
| 1.5. Critères d'organisation d'un programme de dépistage .....   | 15        |
| 1.6. Bénéfices et risques d'un programme de détection précoce .....  | 16        |
| 1.7. Cancers d'intervalle .....  | 17        |
| 2. Cancer du sein .....  | 17        |
| 2.1. Epidémiologie et facteurs de risque .....   | 17        |
| 2.2. Rappel anatomique .....   | 17        |
| 2.3. Histoire naturelle du cancer du sein .....  | 18        |
| 2.4. Symptomatologie clinique du cancer du sein .....  | 19        |
| 2.5. Bilan para-clinique .....   | 19        |
| 2.5.1. Mammographie .....  | 19        |
| 2.5.2. Echographie .....   | 19        |
| 2.5.3. Cytologie .....   | 19        |
| 2.5.4. Examens anatomopathologiques .....  | 20        |
| 2.6. Bilan d'extension .....   | 20        |
| 2.7. Classification : TNM .....  | 20        |
| 2.8. Tests de dépistage du cancer du sein .....  | 20        |
| 2.9. Traitement .....  | 20        |
| 2.10. Surveillance .....   | 20        |
| 3. Le Cancer du col utérin .....   | 20        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.1. Epidémiologie et facteurs de risque .....   | 20        |
| 3.2. Rappel anatomique .....   | 21        |
| 3.3. Rappel histologique et physiologique .....  | 21        |
| 3.4. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus .....                             | 23        |
| 3.5. Sémiologie du cancer du col de l'utérus .....                                     | 24        |
| 3.5.1. Lésions intra-épithéliales .....  | 24        |
| 3.5.2. Le cancer du col invasif .....  | 24        |
| 3.6. Traitement .....  | 25        |
| 3.6.1. Lésions intra épithéliales .....  | 25        |
| 3.6.2. Cancer invasif .....  | 25        |
| <b>2ème partie : Détection précoce des cancers du sein et du col utérin</b>            |           |
| <b>Aspects pratiques et aspects programmatiques et gestionnaires .....</b>             | <b>26</b> |
| 1. Aspects pratiques .....   | 27        |
| 1.1. Détection précoce du cancer du sein .....   | 27        |
| 1.1.1. Etape du dépistage du cancer du sein .....                                      | 27        |
| 1.1.2. Etape du diagnostic .....   | 30        |
| 1.1.3. Etape de prise en charge du cancer .....  | 32        |
| 1.2. Détection précoce du cancer du col utérin .....                                   | 33        |
| 1.2.1. Etape du dépistage du cancer du col utérin .....                                | 33        |
| 1.2.2. Etape du diagnostic du cancer du col utérin .....                               | 35        |
| 1.2.3. Etape de la prise en charge thérapeutique du cancer invasif du col utérin ..... | 40        |
| 2. Aspects programmatiques et gestionnaires .....                                      | 42        |
| 2.1. Détection précoce du cancer du sein .....   | 42        |
| 2.2. Détection précoce du cancer du col utérin .....                                   | 42        |
| 2.3. Principes de la planification .....   | 43        |
| 2.3.1. Niveau provincial .....   | 43        |
| 2.3.2. Niveau régional .....   | 45        |
| 2.3.3. Niveau national .....   | 45        |
| 2.4. Principes de l'organisation et de la coordination .....                           | 46        |
| 2.4.1. Au niveau des CS et des CR SR .....   | 46        |
| 2.4.2. Au niveau provincial .....  | 47        |
| 2.4.3. Au niveau régional .....  | 47        |
| 2.4.4. Au niveau national .....  | 48        |
| 3. Suivi et évaluation .....   | 48        |
| 3.1. Système d'information .....   | 48        |
| 3.1.1. Objectifs .....   | 48        |
| 3.1.2. Supports d'information .....  | 49        |
| 3.1.3. Indicateurs .....   | 50        |
| 3.1.4. Circuit de l'information .....  | 50        |
| 3.2. Outils de suivi .....   | 51        |
| <b>3ème partie : Communication et Counseling .....</b>                                 | <b>52</b> |
| 1. Contexte .....  | 53        |
| 2. Organisation des activités éducatives .....   | 54        |
| 2.1. Niveau des centres de santé urbains et communaux .....                            | 54        |
| 2.2. Niveau du centre de référence de santé reproductive .....                         | 54        |
| 2.3. Niveau du centre d'oncologie .....  | 55        |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>56</b> |
| Liste des références .....   | 75        |

# INTRODUCTION

## 1. Objectifs du guide

Ce guide pratique à pour but de :

- disposer d'un référentiel pour la gestion des différentes étapes de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin,
- normaliser les actes du dépistage et du diagnostic précoce des cancers du sein et du col utérin,
- spécifier les tâches des professionnels de santé à différents niveaux de compétences et de responsabilité.

## 2. Public cible

Ce guide est destiné à tous les professionnels de santé des centres de santé urbains et communaux et au personnel spécialisé tels que les gynécologues, les chirurgiens, les oncologues médicaux, les radiothérapeutes, les radiologues, les anatomopathologistes et les techniciens de radiologie et d'anatomopathologie. Ces spécialistes exercent au niveau des centres de référence de la santé de la reproduction, des maternités, des centres régionaux d'oncologie et des laboratoires d'anatomopathologie des centres hospitaliers provinciaux, régionaux et universitaires. Il est également destiné à tous les gestionnaires à tous les niveaux de responsabilité.

## 3. Niveaux de soins

L'offre de soins proposée, concernant la détection précoce et la prise en charge des cancers du sein et du col utérin, s'organise en trois niveaux :

- Niveau primaire (centres de santé urbains et communaux) : c'est le niveau du dépistage où se fera l'inspection visuelle du col utérin avec l'acide acétique (IVA) et l'examen clinique des seins.
- Niveau intermédiaire (centre de référence de santé reproductive) : c'est le niveau de la confirmation du diagnostic (Radiologie, coloscopie, biopsie, cytoponction) et ou de la prise en charge thérapeutique pour les lésions précancéreuses du col utérin (résection à l'anse diathermique).
- Niveau secondaire (Hôpitaux provinciaux avec les maternités) : c'est le niveau où se fera le bilan d'extension. La prise en charge thérapeutique se fera selon le degré de gravité des lésions dépistées. Les femmes traitées seront suivies à ce niveau.



- Niveau tertiaire (maternités universitaires et centres d'oncologie) : C'est le niveau de dernier recours pour assurer la prise en charge des formes de cancer nécessitant une prise en charge spécialisée : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie.

#### 4. Utilisation du guide

Ce guide peut être utilisé par tous les professionnels de santé y compris les superviseurs et les formateurs.

- Il s'agit d'un manuel de référence qui fournit l'information essentielle sur les différentes étapes du dépistage et du diagnostic des cancers du sein et du col utérin.
- Il peut servir pour la préparation de sessions de formation et d'apprentissage des professionnels de santé du niveau primaire mais peut aussi être utilisé comme manuel d'auto-apprentissage.
- Il propose les réponses à apporter à certaines situations aussi bien au cours des étapes du dépistage que celles du diagnostic.
- Il permet de comprendre les interactions entre les prestataires des différents niveaux d'intervention et de soins.

#### 5. Contenu

Ce guide comporte 3 parties dont la première a pour objectif de mettre à niveau les connaissances des différents prestataires de soins en terme de définitions, de concepts concernant le dépistage, le diagnostic et la détection précoce des cancers. Elle traite tous les rappels anatomiques, histologiques du sein et du col utérin ainsi que les rappels de l'histoire naturelle et de la symptomatologie clinique des cancers du sein et du col utérin.

La 2<sup>ème</sup> partie décrit le rôle, les tâches et les responsabilités des prestataires de soins à différents niveaux de compétence, des gestionnaires à différents niveaux de responsabilité en ce qui concerne les aspects pratiques, programmatiques et de gestion de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ainsi que les principes et les mécanismes du système d'information.

La 3<sup>ème</sup> et dernière partie donne le rôle et les tâches des professionnels de santé en termes d'éducation à la santé et de counseling.

## CONTEXTE

### 1. Analyse de la situation

Les activités de détection précoce sont très importantes dans la réduction de l'incidence de certains cancers. Grâce à des programmes efficaces d'information et de détection précoce et à une prise en charge thérapeutique au début de leur apparition, la morbidité et la mortalité liées à certains cancers peuvent être réduites du tiers. Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) a retenu parmi ses priorités la détection des cancers du sein et du col de l'utérus.

Dans le Monde, les cancers du sein et du col utérin représentent les cancers les plus fréquents chez la femme. Au Maroc, d'après le registre des cancers de la Région du Grand Casablanca pour l'année 2004, ces deux cancers constituent environ la moitié des cancers féminins et 27% de tous les cancers. Le cancer du sein représente le premier cancer de la femme, son incidence standardisée est de 30 pour 100.000 femmes par année. Il représente 36,1 % de tous les cancers féminins. L'âge moyen de survenue est de 48,1 ans.

Le cancer du sein est une maladie générale pour laquelle il n'existe pour le moment aucun moyen de prévention primaire puisque l'étiologie de ce cancer n'est pas complètement élucidée. Néanmoins, le cancer du sein peut être guérissable ou au moins avoir un meilleur pronostic lorsqu'il est détecté précocement. Sa détection précoce permet d'instaurer une thérapeutique chirurgicale conservatrice moins lourde sur les plans psychologique et médicale, et permet d'améliorer le pronostic du cancer. Les moyens de diagnostic sont basés sur l'examen clinique et l'exploration radiologique du sein par mammographie associée parfois à l'échographie. Des études ont montré que la mise en oeuvre d'un programme de détection précoce, durant plusieurs années peut faire diminuer de 25 % le taux de mortalité due à cette maladie.

Par ailleurs, dans les pays en développement le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes. En 2005, selon l'Organisation Mondiale de la Santé cette maladie a entraîné plus de 250 000 décès, dont près de 80% vivaient dans les pays en voie de développement. En l'absence d'intervention rapide, la mortalité associée au cancer du col augmenterait de 25% dans les dix prochaines années. Les femmes qui décèdent du cancer du col sont la plupart du temps des femmes jeunes qui ont encore des enfants à élever et des responsabilités familiales à assumer. Leur disparition représente non seulement une tragédie familiale mais également une grande perte économique. Cette perte est inutile car le cancer du col est l'un des cancers les plus faciles à prévenir et à traiter à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement.

Le Maroc n'échappe pas à ce constat, d'après les résultats du registre du cancer de Casablanca de l'an 2004, l'incidence standardisée du cancer du col est de 10 pour 100 000 femmes et une extrapolation au niveau national montre que chaque année il y aurait environ 2 000 nouveaux cas de cancer du col. Avant 2010, il n'existait aucun programme de dépistage systématique et

les conséquences sont dramatiques puisque les 2/3 des cas de cancer du col sont diagnostiqués et pris en charge à un stade très avancé dans les différents centres d'oncologie.

La détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus est intégrée dans les activités de santé de la reproduction et est progressivement mise en place au niveau national. La mise en oeuvre du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin doit répondre aux mesures édictées par le PNPCC.

Toutes les activités de détection précoce des cancers du sein et du col utérin sont intégrées à tous les niveaux du système de soins.

## **2. Programme d'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin dans la santé reproductive (SR)**

### **2.1. Objectif du programme**

Améliorer la prise en charge des femmes atteintes de cancers du sein et du col utérin en mettant en place un système organisé de dépistage, de diagnostic précoce et de traitement de ces deux cancers.

### **2.2. Axes stratégiques :**

#### **2.2.1. Assurer la disponibilité des services de détection précoce des cancers du sein et du col utérin :**

- Intégrer la détection précoce des cancers du sein et du col utérin dans les ESSB;
- Développer le circuit de la participante et les mécanismes de référence et de contre référence entre les différents niveaux de prise en charge;
- Renforcer le plateau technique à tous les niveaux de prise en charge.

#### **2.2.2. Assurer la qualité de l'offre de soins :**

- Développer les compétences des professionnels de santé;
- Mettre en place les normes de qualité en matière de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

#### **2.2.3. Renforcer l'utilisation des services de santé reproductive :**

- Promouvoir la détection précoce des cancers du sein et du col utérin auprès du grand public;
- Développer des partenariats avec les ONG;
- Faire un plaidoyer politique aux niveaux local, régional et national.

#### **2.2.4. Mettre en place un système de suivi-évaluation du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin :**

- Assurer le monitoring du programme de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin;
- Suivre les patientes en termes de calendrier, de diagnostic et de prise en charge;
- Mettre en place un système d'information;
- Développer la recherche.

### **2.3. Population cible et test de dépistage**

#### **2.3.1. Cancer du sein**

- La population cible pour le dépistage du cancer du sein est représentée par toutes les femmes âgées de 45 ans à 69 ans révolus et les femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein (grand-mère, mère, tante, soeur). Sont exclues du programme toutes les femmes ayant déjà eu un cancer du sein.
- Le test de dépistage retenu par le PNPC est l'examen clinique des seins. Il doit être effectué par un professionnel de santé au niveau des centres de santé urbains et communaux avec ou sans module d'accouchement.
- Ce test doit être refait tous les deux ans si le résultat du test antérieur est négatif.

#### **2.3.2. Cancer du col utérin**

- La population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne toutes les femmes âgées de 30 ans à 49 ans révolus. Sont exclues du programme, les femmes ayant déjà eu un cancer du col de l'utérus et les femmes enceintes à partir de la 8ème semaine d'aménorrhée.
- Le test de dépistage retenu est l'Inspection Visuelle du col utérin avec l'Acide acétique (IVA). Le test sera effectué au niveau des centres de santé urbains et communaux avec ou sans module d'accouchement par un professionnel de santé dûment formé.
- Le test doit être refait tous les trois ans quand le résultat est négatif.

***1<sup>ère</sup> partie***

***Rappels, Définitions et Concepts***

## 1. Définitions et concepts

### 1.1. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le **dépistage** est défini comme étant une action collective de santé publique minutieusement préparée permettant l'identification d'une maladie ou d'une anomalie non connues chez des sujets considérés comme indemnes.

Le **diagnostic précoce** consiste à diagnostiquer des signes précurseurs et symptômes du cancer afin de faciliter le diagnostic avant que le mal ne soit à un stade avancé, ce qui permet un traitement plus léger et plus efficace.

La **détection précoce** est l'implantation organisée et systématique d'interventions qui comprennent le **dépistage, le diagnostic précoce et le traitement** qui s'en suit.

### 1.2. Principe du dépistage

Le dépistage est une action dirigée vers toute la population, supposée être exposée au risque de présenter une anomalie en faveur d'un cancer; ce n'est pas une action pour proposer des services de diagnostic (clinique) ni examiner un échantillon de la population.

Le principe du dépistage est de rechercher par un test (examen ou autre procédure), une anomalie ou un marqueur de cancer potentiel dans une population apparemment non malade. Le test de dépistage n'est pas un test diagnostic. Il permet de classer la population en deux groupes : un groupe de personnes présentant l'anomalie : groupe des positifs et un groupe de personnes ne présentant pas l'anomalie : groupe des négatifs.

### 1.3. Test de dépistage

On définit un test de dépistage par les valeurs suivantes : vrais positifs (VP), vrais négatifs (VN), faux positifs (FP), faux négatifs (FN), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN).

Un bon test de dépistage devra être très sensible (ne pas laisser "passer" des cancers) et spécifique (ne pas faire croire à un cancer et engendrer des examens complémentaires inutiles).

Tableau 1 : Sensibilité, spécificité et valeur prédictive des tests de dépistage

|              | Malades               | Bien Portants             | Total tests         | Valeur prédictive |
|--------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|
| Test positif | Vrai positifs (VP)    | Faux Positifs (FP)        | Total positifs (TP) | VPP = VP/TP       |
| Test négatif | Faux négatifs (FN)    | Vrai négatifs (VN)        | Total négatifs (TN) | VPN= VN/TN        |
| Total tests  | Total malades (TM)    | Total Bien portants (TBP) | -                   | -                 |
| -            | Sensibilité = VP / TM | Spécificité = VN/TBP      | -                   | -                 |

Généralement, plus un test est sensible, moins il est spécifique. A l'inverse, souvent, plus il est spécifique, moins il est sensible.

**La valeur prédictive positive** est la probabilité qu'une personne soit vraiment malade si le test se révèle positif.

**La valeur prédictive négative** est la probabilité qu'une personne ne soit pas vraiment malade lorsque le test est négatif.

Une valeur prédictive positive faible fait pratiquer, pour essayer d'affirmer le diagnostic, beaucoup d'examens pénibles stressants et coûteux inutiles à des gens bien portants.

Une valeur prédictive négative faible fait rassurer à tort des personnes porteuses de cancer.

#### **1.4. But de la détection précoce**

L'objectif de la détection précoce est de diminuer la mortalité et la morbidité liées au cancer.

Plus spécifiquement, l'objectif du diagnostic précoce est de détecter les cancers à un stade de curabilité en vue de diminuer la mortalité liée au cancer et en utilisant des moyens de diagnostic susceptibles d'être proposés à un grand nombre de personnes et un traitement moins agressif.

L'objectif du dépistage du cancer est de détecter des cancers voire des lésions précancéreuses à un stade de meilleure curabilité en vue de diminuer la mortalité voire l'incidence du cancer par l'utilisation de tests abordables, fiables, sans danger et acceptés par le plus grand nombre de personnes. Le résultat de ces tests est de séparer les personnes non porteuses du cancer de personnes pouvant potentiellement être atteintes de cancer et pour lesquelles d'autres examens plus approfondis sont nécessaires.

**En conclusion, le but de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin est de réduire la morbidité et la mortalité dues au cancer du sein et/ou au cancer du col utérin par une reconnaissance précoce voire à la phase préclinique en vue de mettre en oeuvre le traitement le plus efficace le plus précocement possible.**

#### **1.5. Critères d'organisation d'un programme de dépistage**

Pour qu'un programme de dépistage soit efficace, trois types de critères doivent être remplis :

- critères relatifs au cancer;
- critères relatifs aux tests de dépistage;
- critères relatifs aux moyens de diagnostic et au traitement.

**Critères relatifs au cancer :**

- Le cancer doit constituer un véritable problème de santé publique tant au niveau individuel (mortalité élevée) qu'au niveau communautaire (fréquence élevée);
- L'histoire naturelle du cancer recherché doit être connue;
- Le cancer doit rester pendant longtemps à un stade préclinique (longue période entre les signes précliniques et les signes de gravité).

**Critères relatifs aux tests de dépistage :**

Ces derniers doivent être :

- simples à administrer;
- sensibles et spécifiques;
- sans danger pour la population, acceptables et peu onéreux;
- fiables dans leurs résultats.

**Critères relatifs aux moyens de diagnostic et de traitement : il faut que :**

- les procédures de diagnostic et de traitement soient simples et efficaces;
- les services soient disponibles et équipés.

**Au Maroc, en pratique de santé publique, seuls les cancers du sein et du col utérin peuvent, actuellement, faire l'objet d'un dépistage.**

Les cancers du sein et du col utérin constituent un véritable problème de santé publique, ils sont les plus fréquents car ils représentent 5 cancers sur 10 chez la femme et environ un tiers des cancers chez l'homme et la femme; en plus ils sont diagnostiqués à des stades très tardifs alors que leur phase préclinique est assez longue particulièrement pour ce qui concerne le cancer du col utérin.

**L'examen clinique des seins et l'inspection visuelle du col utérin avec l'acide acétique** sont les tests de dépistage des cancers du sein et du col retenus par le programme marocain de détection précoce des cancers. Ils sont acceptables, peu onéreux et sont fiables.

Les services de diagnostic précoce de ces deux cancers à travers la création et l'équipement des centres de référence de santé reproductive, ainsi que les traitements (standardisation des protocoles thérapeutiques et accès aux médicaments anticancéreux) sont actuellement disponibles.



### 1.6. Bénéfices et risques d'un programme de détection précoce

Les **bénéfices** incluent :

- un meilleur pronostic pour les malades ayant un cancer détecté à un stade précoce voire à un stade de lésion précancéreuse grâce au programme de dépistage;
- une diminution de la lourdeur du traitement en relation avec une moins grande agression de la tumeur;
- une tranquillité d'esprit pour les sujets ayant un test négatif;
- une diminution des coûts généraux du traitement;
- une diminution de la mortalité en rapport avec le dépistage voire une diminution de l'incidence du cancer.

Les **risques** ou les **aspects négatifs** ne doivent pas être négligés : on s'intéresse, en effet, à une population cliniquement saine, sans aucun symptôme. Ces aspects négatifs peuvent inclure :

- l'inconfort des tests de dépistage,
- les conséquences psychologiques et économiques de faux positifs (examens plus complexes mis en route pour aboutir à un résultat négatif),
- les conséquences plus grandes encore des faux négatifs.

**Au total, la bonne organisation d'un programme de détection précoce doit permettre que les bénéfices soient plus importants que les préjudices. Elle permet d'optimiser les bénéfices et de minimiser les nuisances.**

### 1.7. Cancres d'intervalle

Ce sont les cancers qui surviennent entre deux périodes de dépistage. Il est quasiment impossible d'échapper totalement à la survenue des cancers d'intervalle. En principe, ces cancers sont de petite taille et reflètent le degré d'incertitude des délais entre les dépistages, ajustés en fonction de la vitesse habituelle de développement du cancer et en fonction du coût. Plus rarement, il peut s'agir de formes très évolutives ne correspondant pas à la biologie habituelle de ce type de cancer ou ne répondant pas aux thérapeutiques usuelles. Parfois, malheureusement, ils signent des erreurs d'interprétation des examens de dépistage réalisés et dont la lecture doit être sécurisée.

## 2. Cancer du sein

### 2.1. Epidémiologie et facteurs de risque

Le cancer du sein est très fréquent, c'est le premier cancer féminin responsable d'une mortalité élevée à travers le monde. Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer du sein ne sont actuellement pas connues. Néanmoins les études ont mis en évidence certains facteurs de risque qui favorisent un cancer du sein. Il y a différents types de facteurs de risque :

- l'âge compris entre 45 et 75 ans. Comme pour la plupart des maladies chroniques, le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge.
- les facteurs familiaux ou génétiques : la présence de cas de cancer du sein dans la famille particulièrement du côté maternel (grand-mère, mère, tante ou soeur),
- les caractéristiques propres à l'individu : le risque hormonal (puberté précoce, ménopause tardive, âge tardif de la première grossesse...), la consommation exagérée d'alcool, la consommation de tabac etc.

### 2.2. Rappel anatomique

Le sein est un organe pair et globuleux situé en avant et en haut du thorax. Il est composé d'un tissu adipeux plus ou moins important et d'une glande mammaire constituée d'une vingtaine de lobules qui assurent la sécrétion du lait en période d'allaitement.

A l'extrémité du sein, on trouve l'aréole qui est une surface pigmentée contenant des petits grains disséminés, centrée par le mamelon qui est une saillie dans laquelle s'ouvrent les canaux lactifères. Ces derniers acheminent le lait sécrété par les lobules galactophoriques (Figure 1).

Le sein est soutenu par la peau et par un ligament suspenseur. A sa partie inférieure on trouve le sillon sous-mammaire qui est formé d'un épaissement des travées du ligament suspenseur. La glande mammaire glisse en profondeur sur le muscle grand pectoral qui recouvre le thorax. Il est parcouru par une multitude de vaisseaux sanguins. Quant au drainage lymphatique, le sein est divisé en 4 cadrans, 2 externes et 2 internes. Les cadrans externes sont drainés vers l'artère thoracique externe, le creux axillaire et le ganglion sus claviculaire. Les cadrans internes sont drainés sous le sternum par le ganglion intra thoracique puis le relais sus claviculaire.

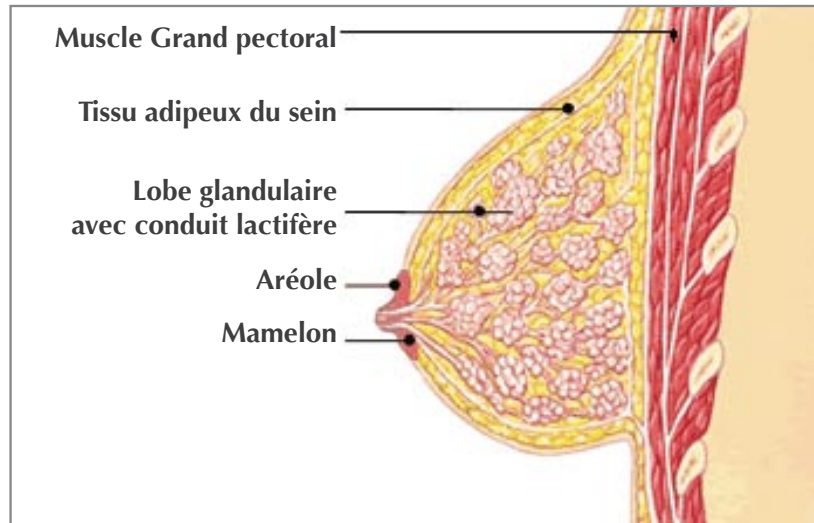


Figure 1 : Structure du sein (glande mammaire)

### 2.3. Histoire naturelle du cancer du sein

Comme la plupart des cancers, le cancer du sein demande 6 à 10 ans pour passer de la première cellule cancéreuse "acceptée par l'organisme" à la tumeur de 2 cm de diamètre.

Le temps moyen de doublement de la taille de la tumeur est de 100 jours. La tumeur devient décelable cliniquement à partir d'une taille d'1 cm de diamètre si le sein est de taille moyenne.

L'évolution du cancer du sein se fait par extension régionale vers les ganglions lymphatiques des chaînes mammaires interne et externe et celles des creux axillaires et sus claviculaires (Figure 2).

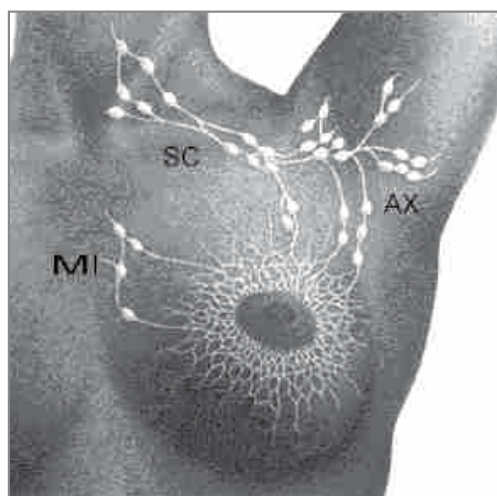


Figure 2 : Extension lymphatique du cancer du sein

L'extension se fait ensuite à distance vers les os, les poumons et le foie. Ce processus métastatique est très variable et dépend à la fois des caractéristiques de la tumeur et des possibilités de défense de l'organisme de la patiente.

#### 2.4. Symptomatologie clinique du cancer du sein :

Généralement, le cancer du sein n'est pas douloureux. La douleur peut exister chez 1 à 15% des cas.

Le signe révélateur le plus fréquent des cancers mammaires est dans 65 à 80% des cas représenté par **la tumeur**. La malignité est évoquée devant une tumeur dure, irrégulière et rétractile avec des **adénopathies axillaires** ou **sus-claviculaires** voire, des **métastases à distance**.

Le cancer du sein peut se manifester par des **modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires**. Il peut s'agir d'un oedème généralisé ou localisé d'un sein, d'une rougeur (aspect de peau d'orange), d'une ulcération, d'une rétraction cutanée ou mamelonnaire ou d'une lésion eczématiforme (Figures 3 et 4).

Dans d'autres situations, le cancer du sein peut se révéler par une adénopathie axillaire isolée, un écoulement mamelonnaire hématique unilatéral et unipore ou par un gros bras quand le stade du cancer du sein est très avancé.



Figure 3 : Tumeur superficielle du sein gauche



Figure 4 : Aspect de peau d'orange

#### 2.5. Bilan para-clinique :

##### 2.5.1. Mammographie :

- Les aspects radiologiques en faveur d'un cancer du sein sont :
- une opacité stellaire, à contours irréguliers, avec prolongements ou spicules, parfois cernée d'un halo clair;
- des signes cutanés : épaissement ou rétraction cutanés;
- des microcalcifications : fines et irrégulières souvent groupées en amas.

##### 2.5.2. Echographie :

L'échographie n'est pas systématique; quand elle est indiquée, elle apporte un complément d'information pour le diagnostic.

### 2.5.3. Cytologie :

L'examen cytologique peut concerner le prélèvement par ponction ou d'un écoulement mammelonnaire. Il peut confirmer le diagnostic de cancer du sein s'il y a présence de cellules malignes. Une cytologie suspecte ou négative ne permet pas d'écarter le diagnostic de cancer.

### 2.5.4. Examens anatomopathologiques :

Le matériel d'étude peut provenir de la microbiopsie à l'aiguille ou de la tumorectomie en vue d'un examen extemporané. L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic, d'établir le grading histopronostique (SBR), de pratiquer le dosage des récepteurs hormonaux aux oestrogènes et à la progestérone ainsi que l'Hercept test.

## 2.6. Bilan d'extension

Ce bilan vise la recherche de métastase à distance au niveau des localisations les plus fréquentes à savoir : les poumons, le foie et l'os. Une exploration cérébrale n'est demandée qu'en cas de signes d'appels cliniques.

## 2.7. Classification : TNM

La classification TNM permet de classer les cancers du sein selon la taille de la tumeur, l'envahissement ganglionnaire et / ou la présence de métastases (Annexe 1).

## 2.8. Tests de dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein peut faire appel soit à l'examen clinique des seins soit à la mammographie. Ce dernier moyen nécessite des ressources humaines et matérielles qui ne sont pas toujours disponibles. De ce fait, beaucoup de pays, particulièrement les pays à revenus intermédiaires optent pour l'examen clinique des seins en raison de la disponibilité de ressources humaines qualifiées et dont la fiabilité a été démontrée.

## 2.9. Traitement

L'objectif du traitement est d'extirper la tumeur, de traiter la maladie générale et de prévenir les récurrences locales ou locorégionales.

Quatre thérapeutiques sont possibles : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

## 2.10. Surveillance

Elle est essentiellement clinique à la recherche des effets de la chimiothérapie, des récurrences locales et régionales et des métastases. Elle se fait tous les 3 mois pendant les 2 premières années puis tous les 6 mois pendant 5 ans et ensuite tous les ans. Cette surveillance pourrait faire appel à des examens complémentaires notamment la radiographie pulmonaire, la mammographie et la recherche du marqueur tumoral CA 15-3.

## 3. Le cancer du col utérin

### 3.1. Epidémiologie et facteurs de risque

C'est le 2ème cancer de la femme après le cancer du sein. D'après le registre des cancers du Grand Casablanca, son incidence standardisée est de 10 pour 100 000 femmes par an, il constitue 12,8% des cancers. Ce cancer est responsable de 250 000 décès par an dans les pays en voie de développement. Le Virus Papilloma Humain (HPV), particulièrement les oncogènes 16 et 18 sont en cause dans la genèse de ce cancer dans 60 à 70% des cas. Le contrôle et la prévention du cancer du col utérin est possible par un programme organisé de détection précoce et de vaccination anti- HPV chez les jeunes filles.

### 3.2. Rappel anatomique

Le col utérin se situe entre le vagin et le corps de l'utérus, de forme cylindrique ou conique, il mesure 3 à 4 cm de longueur sur 2,5 cm de diamètre. Il présente en son centre un conduit aux contours réguliers avec deux orifices, un orifice externe et l'autre interne c'est le canal endocervical. Il est constitué de deux parties l'exocol et l'endocol.

L'exocol est la portion du col qui s'étend à l'extérieur de l'orifice externe. C'est la partie aisément visible du col lors d'un examen visuel au spéculum.

L'endocol est la portion du col située à l'intérieur de l'orifice externe (Figure 5).

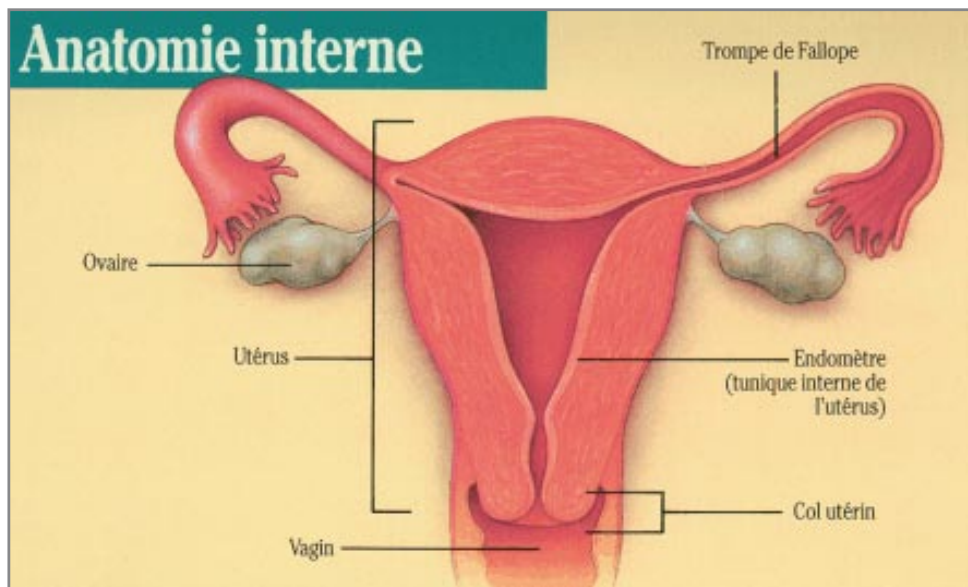


Figure 5 : Schéma de l'anatomie de l'appareil génital féminin

### 3.3. Rappel histologique et physiologique

Au plan histologique, la paroi du col utérin est constituée de 3 tuniques : la tunique périphérique (adventice), la tunique moyenne fibromusculaire et enfin la tunique muqueuse, qui donne naissance à la grande majorité des cancers du col utérin. Cette muqueuse comprend 3 parties : la zone exocervicale, la zone de jonction et la zone endocervicale (Figure 6).

La zone exocervicale du col, située du côté vaginal, est recouverte d'un épithélium pavimenteux malpighien non kératinisé pluristratifié, à surface régulière. Cet épithélium est le siège d'un renouvellement permanent caractérisé, de la partie basale vers la superficie, par une prolifération, une maturation et une desquamation. La maturation, qui a lieu sous l'influence des oestrogènes, se traduit par une diminution progressive du rapport nucléo-cytoplasmique et une augmentation de la charge glycogénique raison pour laquelle il prend une couleur brun acajou ou noire après coloration avec le soluté de Lugol. Tandis qu'une maturation anormale ou altérée se traduit par une absence de production de glycogène. Après la ménopause, les cellules ne subissent pas de maturation au-delà de la couche parabasale, par conséquent, l'épithélium s'amincit et s'atrophie.

Par ailleurs, l'exocol peut être plus ou moins tapissé par l'épithélium cylindrique.

Le canal endocervical est recouvert d'un épithélium cylindrique glandulaire simple à cellules mucosécrétantes, de surface irrégulière, soulevé de multiples papilles et invaginations dans le chorion.

La rencontre entre ces deux épithéliums, appelée jonction pavimento-cylindrique (JPC) (Figure 6), est particulièrement fragile. Théoriquement, elle se fait de façon brutale, avec passage instantané du revêtement malpighien au revêtement cylindrique sous la forme d'une ligne étroite. Sa localisation par rapport à l'orifice externe varie au cours de la vie en fonction de facteurs tels que l'âge, le statut hormonal, la contraception orale et certaines conditions physiologiques telle que la grossesse. En effet, chez la jeune fille, la JPC est située au niveau de l'orifice cervical externe (JPC originelle), pendant la vie génitale, on observe une éversion de l'épithélium cylindrique sur l'exocol donnant naissance à un ectropion. Cette zone va être soumise à des modifications et à des agressions aboutissant à la formation d'une région de transition pouvant présenter des phénomènes métaplasiques à l'origine du remplacement physiologique de l'épithélium cylindrique éversé sur l'exocol par un épithélium pavimenteux nouvellement formé. Cette zone, située entre l'épithélium malpighien mature et l'épithélium glandulaire, est appelée zone de transformation. C'est à ce niveau que vont naître la plupart des néoplasies intra épithéliales cervicales. Ainsi, une nouvelle jonction pavimento-cylindrique se forme entre le nouvel épithélium pavimenteux métaplasique et l'épithélium cylindrique resté éversé sur l'exocol. Au cours de la péri ménopause et après le début de la ménopause, on note un déplacement plus rapide de la nouvelle jonction pavimento-cylindrique vers l'orifice externe et dans le canal endocervical, ce qui la rend souvent invisible lors d'un examen visuel.

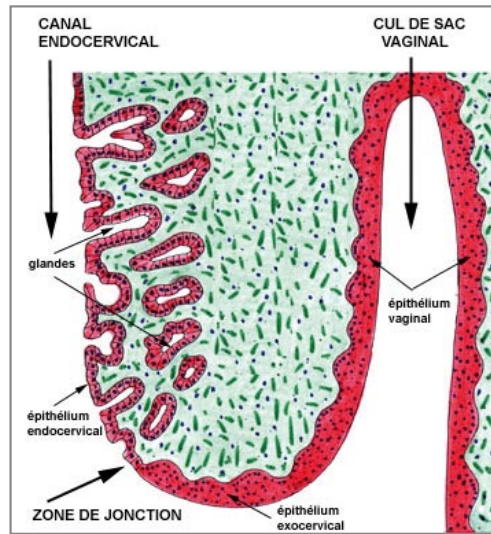


Figure 6 : schéma de l'organisation histologique de la muqueuse cervico-vaginale

À l'examen visuel, l'épithélium pavimenteux originel (natif) est de couleur rose, tandis que l'épithélium pavimenteux métaplasique nouvellement formé apparaît blanc rosâtre, après la ménopause il apparaît pâle avec des pétéchies sous épithéliales. L'épithélium cylindrique apparaît de couleur rouge et d'aspect granuleux. En l'absence de glycogène intracytoplasmique, l'épithélium cylindrique ne change pas de couleur après application du soluté iodé de Lugol.

### 3.4. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus :

La genèse du cancer du col utérin est due principalement à l'infection au VPH. Cette infection survient chez 40 à 50 % des femmes sexuellement actives. Elle est transitoire et dure en moyenne 8 mois puisqu'elle disparaît à 1 an dans 70 % des cas et à 2 ans dans 91% des cas. L'élimination naturelle du virus est possible jusqu'au stade de cancer.

La persistance de l'infection par un phénotype oncogène est nécessaire pour le développement du cancer du col de l'utérus. Il peut y avoir une période allant de 10 à 20 ans avant l'apparition du cancer invasif (Figure 7).

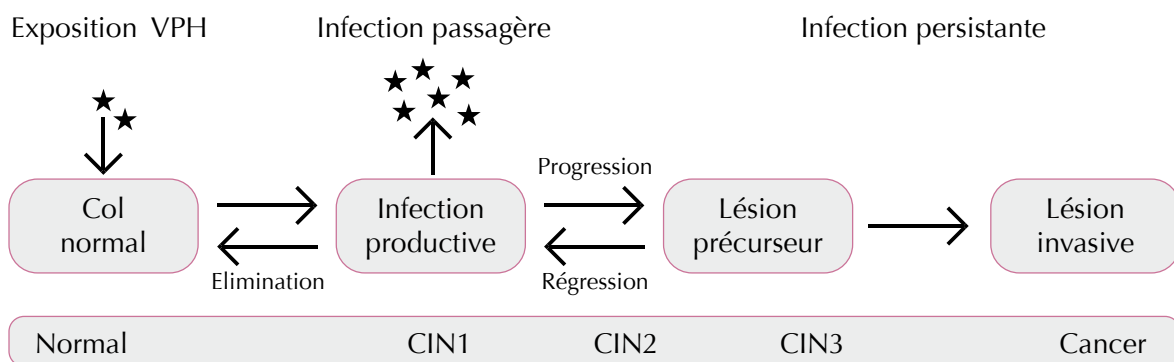


Figure 7 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus



Si l'infection à VPH oncogène persiste au-delà de 2 ans, le risque de lésions intra épithéliales de haut grade (CIN2 et CIN3) est estimé entre 40 et 50 % dans un délai supplémentaire de 2 à 3 ans. Les lésions intra épithéliales de bas grade (CIN 1) peuvent régresser, rester inchangées ou progresser vers des lésions de haut grade ou vers un cancer invasif du col utérin. La régression pourrait être expliquée essentiellement par l'importance de la réponse immunologique et l'âge de la femme. Cette régression se voit entre 6 et 12 mois dans 40 à 65% des cas; l'évolution d'une lésion de bas grade vers l'aggravation se voit rarement. Cependant, l'évolution d'une lésion intra épithéliale de haut grade vers le cancer invasif est estimée à 40% (Figure 8 et 9).

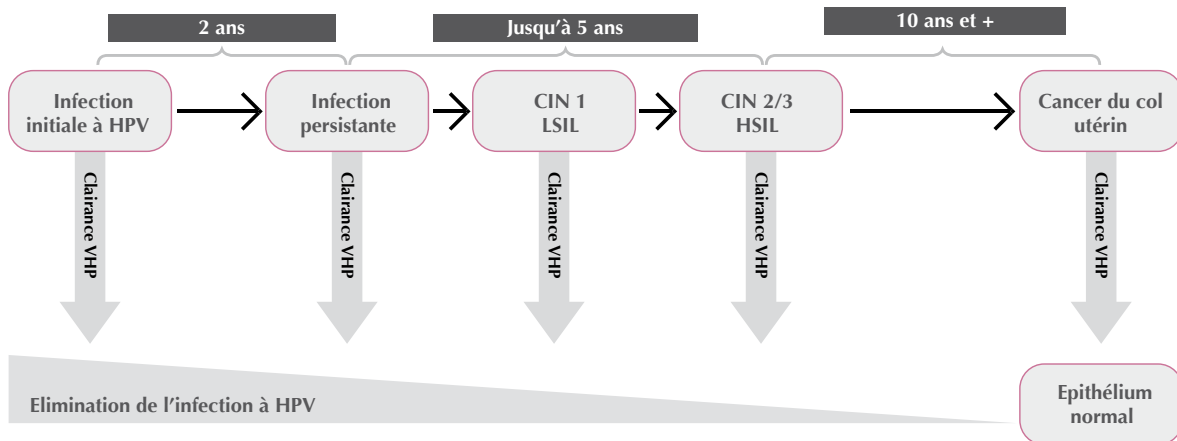


Figure 8 : Histoire naturelle du cancer du col utérin

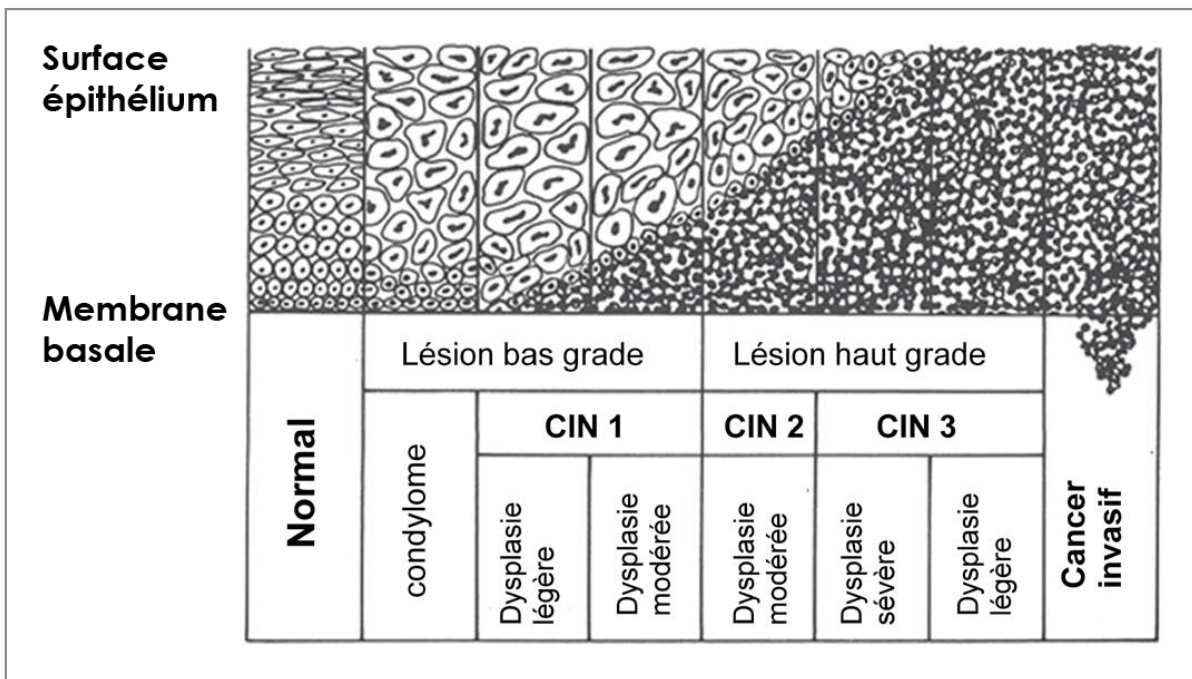


Figure 9 : Evolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif

### **3.5. Sémiologie du cancer du col de l'utérus :**

#### **3.5.1. Lésions intra-épithéliales**

Il n'existe pas de symptômes spécifiques ou de caractéristiques cliniques particulières indiquant la présence d'une CIN. Étant donné le caractère infra-clinique de ces lésions, seul le dépistage permet de les mettre en évidence. Le frottis cervico-vaginal, la détection de l'ADN viral (VPH) ou l'inspection visuelle du col utérin avec l'acide acétique (IVA) permettent le dépistage de ces lésions intra épithéliales. Leur diagnostic est orienté par un examen colposcopique.

#### **3.5.2. Le cancer du col invasif**

Le signe le plus fréquent est représenté par des métrorragies provoquées, parfois il s'agit de leucorrhées récidivantes et rebelles au traitement. Les douleurs pelviennes peuvent révéler un envahissement loco-régional.

L'examen au speculum peut montrer une tumeur bourgeonnante de volume variable ou une ulcération à bords irréguliers. Cette tumeur saigne facilement au contact.

Le toucher vaginal, couplé au toucher rectal, permet de mettre en évidence l'existence d'un envahissement loco-régional.

La confirmation du diagnostic du cancer du col invasif repose sur la biopsie. L'anatomopathologie permet de déterminer le type histologique et le degré de différenciation.

Le bilan d'extension est nécessaire, il comprend une radiographie pulmonaire, une urographie intra veineuse, une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou à défaut d'IRM une tomодensitométrie.

Le cancer du col utérin obéit à la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique : Classification FIGO (Annexe 2).

### **3.6. Traitement :**

#### **3.6.1. Lésions intra épithéliales**

Le traitement des lésions intra épithéliales fait appel soit à des méthodes destructrices telles la cryothérapie, la destruction au Laser ou l'électrocoagulation soit à des méthodes d'exérèse notamment la résection à l'anse diathermique (RAD), la conisation au bistouri, l'amputation du col ou l'hystérectomie.

La surveillance des patientes traitées pour une lésion intra épithéliale est utile et nécessaire, elle doit permettre la détection des lésions résiduelles et récurrentes à partir desquelles un cancer est susceptible de se développer. Ces lésions surviennent en général dans les premières années postopératoires.

#### **3.6.2. Cancer invasif**

Le traitement du cancer invasif fait appel à la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

La surveillance a pour but de rechercher les complications du traitement et les récurrences locorégionales ou à distance.

## **2<sup>ème</sup> partie**

# ***Détection précoce des cancers du sein et du col utérin***

---

## ***Aspects pratiques***

---

## ***Aspects programmatiques et gestionnaires***

## 1. Aspects pratiques

### 1.1. Détection précoce du cancer du sein

#### 1.1.1. Etape du dépistage du cancer du sein

##### A qui s'adresse le dépistage ?

- A toute femme âgée de 45 à 69 ans et à toute femme présentant des antécédents familiaux de cancer du sein (grand-mère, mère, soeur, tante)
- Sont exclues les patientes qui ont eu un cancer du sein ou qui consultent pour une symptomatologie connue en faveur du cancer du sein.

##### Où se fait le dépistage ?

Le dépistage se fait au niveau des centres de santé urbains (CSU) ou des centres de santé communaux (CSC) avec ou sans module d'accouchement. Il se pratique dans une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée : salle de SMI/PF, salle de consultation médicale.

##### Par qui ?

Par des médecins généralistes, des sages-femmes et/ou des infirmières de SMI/PF dûment formés.

##### Par quel moyen de dépistage (test) ?

Le dépistage du cancer du sein se fait par l'examen clinique des seins.

##### Comment est pratiqué l'examen clinique ?

Après un interrogatoire à la recherche des facteurs de risque, l'examen clinique des seins doit être méthodique sous un bon éclairage. L'examen comporte l'inspection et la palpation des seins et des aires ganglionnaires.

###### i. Inspection :

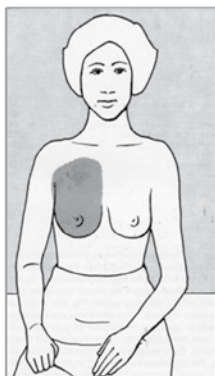
Le professionnel de santé est tenu d'examiner la femme dévêtue jusqu'à la ceinture en position debout les bras le long du corps puis les bras levés, de face et de profil. Il doit apprécier le volume des seins, leur symétrie et noter les signes inflammatoires et les modifications du mamelon et de l'aréole. Le professionnel de santé recherchera systématiquement toutes modifications des contours du sein telles :

- une rétraction discrète (fossette ou ride) ou massive (glande mammaire totalement fixée et rétractée sur le muscle pectoral);
- une saillie ou une modification des contours du sein en cas de tumeur superficielle;
- une ulcération.

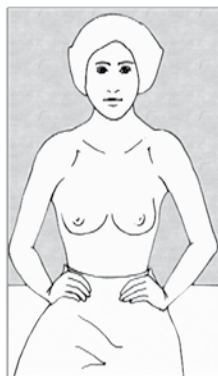
## ii. Palpation :

- Le professionnel de santé est tenu de procéder à une palpation des seins et des aires ganglionnaires chez une participante assise puis couchée. La palpation des seins doit être douce, précise, méthodique et comparative. Elle doit se faire la main bien à plat, avec l'extrémité de l'index et du médius. L'examineur se plaçant toujours du côté à examiner doit effectuer des petits mouvements circulaires de l'extrémité des doigts avec une légère pression de la glande sur le grill costal. La totalité du sein doit être explorée. La palpation des quadrants internes se fait les bras de la participante relevés, la palpation des quadrants externes se fait les bras le long du corps. Si l'examineur découvre une tumeur, il devra préciser ses caractéristiques (nombre, siège, taille, limites, consistance, forme, mobilité) et l'existence d'une inflammation.
- Un cancer est généralement peu mobile voire fixé. En cas de tumeur fixée, l'examineur est tenu de préciser si la fixation est superficielle ou profonde. Une tumeur fixée à la peau se manifeste par la rétraction cutanée et le pincement de la peau est impossible. Une tumeur fixée aux plans profonds présente trois degrés de fixation :
  - 1er degré : fixation de la tumeur au fascia pectoral,
  - 2ème degré : fixation de la tumeur au muscle pectoral,
  - 3ème degré : fixation de la tumeur à la paroi thoracique.
- Pour le 1er et le 2ème degré, l'examineur examinera la participante en position de décubitus dorsal les mains pressées sur les hanches où il pratique l'adduction contrariée (manoeuvre de Tillaux) qui provoque une contraction du muscle pectoral et une immobilisation de la tumeur synonyme de fixation.
- Pour le 3ème degré, Il n'y a pas de mobilité passive de la tumeur malgré le relâchement du pectoral.
- Le professionnel de santé en charge de l'examen appréciera avec le dos de la main une augmentation de la chaleur locale et recherchera également un écoulement mamelonnaire par pression du sein puis expression du mamelon. Il doit noter les caractéristiques de l'écoulement (unilatéral, bilatéral, uniporique, pauci- ou multiporique, la couleur du liquide, la nature sanglante, séreuse ou séro sanglante).
- L'examineur est tenu de palper systématiquement les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires quelque soit les données de l'examen du sein.
  - Les creux axillaires doivent être palpés en position relâchée, les mains de la patiente reposant sur les épaules de l'examineur. La main droite de ce dernier explore le creux axillaire gauche et la main gauche explore le creux axillaire droit. Il faut apprécier le nombre, la consistance, la taille, la mobilité et la situation des adénopathies perçues.

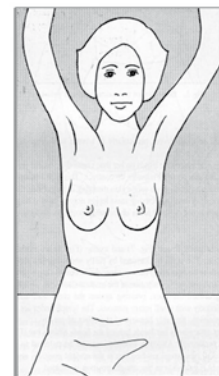
- Les creux sus- et sous-claviculaire doivent être examinés cou tendu et relâché, tête penchée du côté palpé, la femme étant en position assise. L'examineur doit se placer en général derrière la patiente (Figure 10).



Femme debout avec les bras tendus devant



Femme debout avec les bras sur les hanches



L'élévation des deux bras

Figure 10 : Manoeuvres mettant en évidence une asymétrie des seins

### Comment se déroule l'activité de dépistage ?

Pour avoir le consentement de la femme qui répond aux critères d'éligibilité, le professionnel de la santé doit l'informer sur l'intérêt et l'importance du dépistage du cancer du sein. Une fois le consentement obtenu, la femme est orientée vers la salle d'examen où elle est examinée conformément aux recommandations du programme. Les professionnels sont tenus de notifier toutes les informations concernant la participante, les données de l'interrogatoire, les données de l'examen ainsi que la conclusion sur les supports destinés à cet effet.

### Conduite à tenir après l'examen clinique

Trois cas de figures :

- Examen normal sans antécédent familial de cancer du sein : le professionnel de santé est tenu de lui annoncer le résultat en l'assurant sur le caractère normal de l'examen et en lui recommandant de revenir pour un nouvel examen deux ans après. Le résultat et le rendez vous sont notifiés dans le dossier médical et le carnet de santé de la femme.
- Examen normal avec un antécédent familial de cancer du sein : le professionnel de santé doit lui expliquer l'importance d'être réexaminée par un médecin spécialiste et doit la référer systématiquement vers le CR SR. Les informations recueillies lors de l'examen sont notifiées sur le dossier médical et le carnet de la participante, une fiche de référence lui est délivrée (Annexe 6).

- Examen anormal : est considéré comme examen anormal, toute femme présentant un ou plusieurs des signes suivants : des modifications cutanées et aréolo mamelonnaires, une tumeur, un écoulement mamelonnaire ou une adénopathie axillaire ou sus claviculaire. Le professionnel de santé est tenu d'en informer la participante, de la rassurer et de lui expliquer l'importance et la nécessité d'être réexaminée voire suivie par un médecin spécialiste au niveau du CR SR. il doit en outre consigner le siège de l'anomalie et sa taille sur les supports d'information destinés à cet effet. Une fiche de référence lui est délivrée (Figure 11).

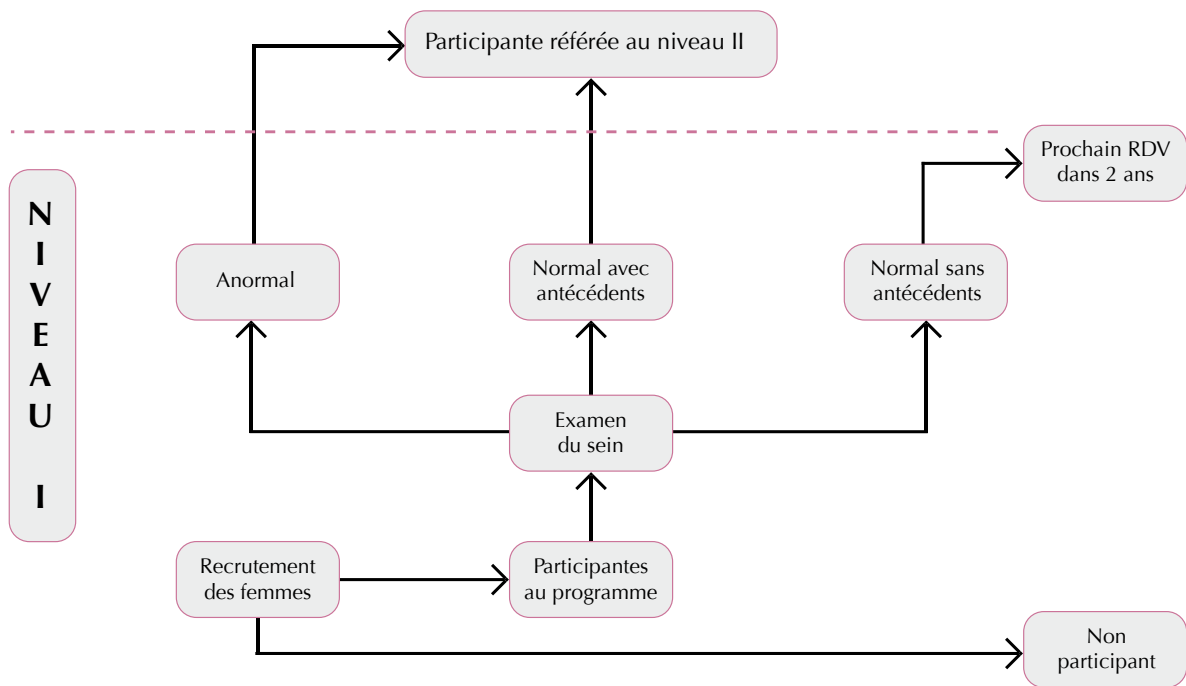


Figure 11 : Etapes du dépistage du cancer du sein

### 1.1.2. Etape du diagnostic

#### A qui s'adresse le diagnostic ?

Toutes les femmes participantes au dépistage référées par les professionnels de santé des CSU et CSC pour une anomalie clinique du sein ou ayant un antécédent familial de cancer du sein.

#### Où se fait le diagnostic de cancer du sein ?

Au niveau du centre de référence de santé reproductive.

#### Par qui ?

Le gynécologue, le radiologue, l'anatomopathologiste, les techniciens de radiologie et d'anatomopathologie.

## Quels sont les moyens de diagnostic ?

- L'examen clinique par le gynécologue
- La mammographie par un appareil de mammographie conventionnel ou numérisé
- L'échographie mammaire par un échographe muni d'une sonde mammaire
- La cytologie (Cytoponction + cytologie de l'écoulement)
- La micro biopsie.

## Comment se déroule l'activité de diagnostic ?

La femme est accueillie par l'infirmière dans le CR SR, elle est rassurée et informée sur les examens qu'elle pourrait avoir. La participante est ensuite présentée au gynécologue qui est tenu de faire un examen clinique approfondi des seins. Le gynécologue pourrait demander une mammographie et/ou une échographie devant toute anomalie clinique du sein ou une adénopathie axillaire même isolée. Le technicien de radiologie doit explorer les deux seins et pratiquer deux incidences une de face et l'autre de profil. L'interprétation des clichés doit être faite par un radiologue qui peut être amené en concertation avec le gynécologue à pratiquer une échographie mammaire.

Devant toute anomalie suspecte, le gynécologue est tenu de pratiquer une cytoponction ou une microbiopsie à l'aiguille. Les prélèvements seront envoyés au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.

Le gynécologue, le radiologue et l'anatomopathologiste sont tenus de notifier toutes les informations concernant la participante, les données de l'examen clinique et les examens complémentaires ainsi que la conclusion sur les supports d'information destinés à cet effet.

## Conduite à tenir :

- L'examen clinique est normal : le gynécologue annonce à la participante le résultat de l'examen en la rassurant sur le caractère normal de ce dernier et en lui recommandant de revenir dans son centre de santé. Les données de l'examen sont notées dans le dossier médical de la participante par le gynécologue qui est tenu également de lui remettre une fiche de contre référence.
- L'examen clinique révèle une lésion suspecte, le gynécologue demandera une mammographie (Annexe 9).
  - Si la mammographie se révèle normale, le gynécologue annonce à la participante le résultat de l'examen en la rassurant sur le caractère normal de ce dernier et en lui recommandant de revenir dans son centre de santé. Le gynécologue est tenu de notifier les données des examens clinique et radiologique sur le dossier de la femme (Annexe 5) avant de lui remettre une fiche de contre référence.



- Si la mammographie révèle une anomalie notamment une opacité stellaire (Figure 12) avec ou sans microcalcifications fines, irrégulières et groupées en amas et des signes radiologiques cutanés, le radiologue est tenu de classifier l'image radiologique selon la classification ACR (Annexe 4). Le gynécologue doit réaliser une microbiopsie et à défaut une cytoponction (Annexe 8).



**Figure 12 : Opacité stellaire hautement suspecte de cancer.**

- Si les résultats de la cytologie et de la microbiopsie confirment la malignité de la lésion, le gynécologue doit annoncer à la patiente les résultats des examens pratiqués et lui expliquer qu'elle doit être référée au centre d'oncologie pour le traitement approprié.
- Si les résultats de la cytologie sont suspects : le gynécologue doit pratiquer une microbiopsie pour un contrôle histologique.
- Si les résultats de la cytologie et de la microbiopsie sont négatifs : le gynécologue prendra une décision en fonction de la confrontation des données cliniques, radiologiques et histologiques (Figure 13).

Dans tous les cas de figure, le gynécologue doit systématiquement notifier sur le dossier de la patiente les données de tous les examens et lui remettre une fiche de référence pour le niveau du traitement ou de contre référence le cas échéant.

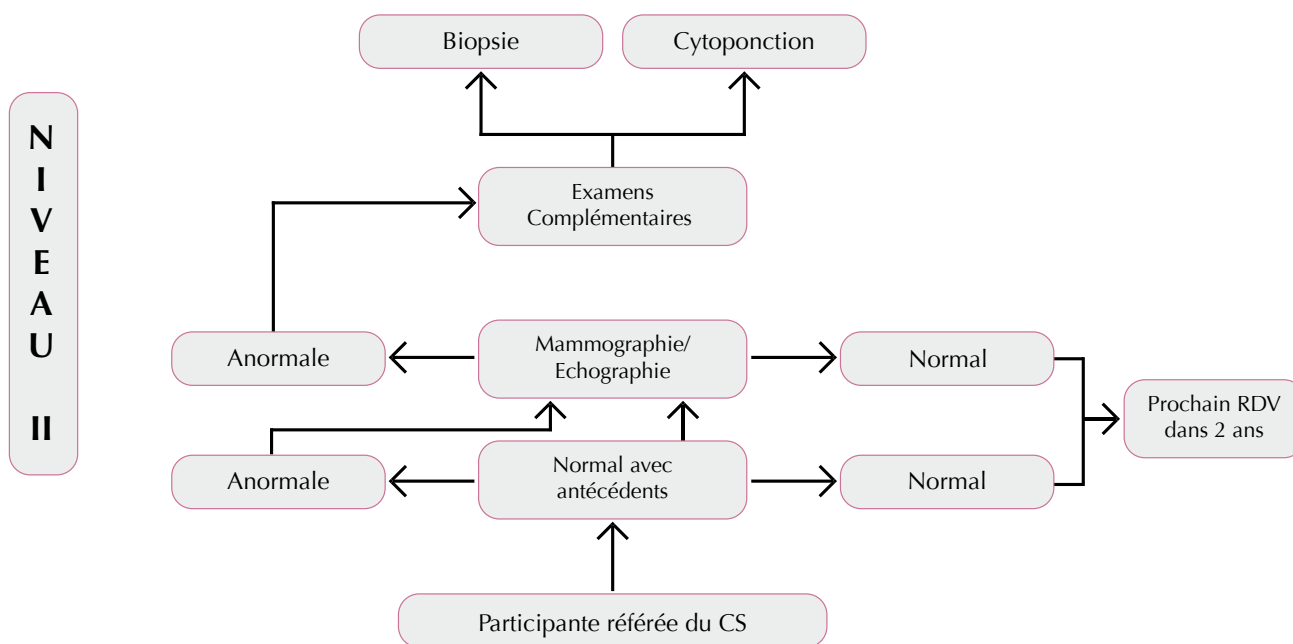


Figure 13 : Etapes du diagnostic du cancer du sein

### 1.1.3. Etape de prise en charge du cancer :

La prise en charge thérapeutique des femmes ayant un cancer du sein se fait au niveau du centre de traitement le plus approprié et est décidée lors des réunions de consensus pluridisciplinaires. Le médecin traitant est tenu d'informer le médecin référant du protocole thérapeutique instauré.

#### Points essentiels :

- Le cancer du sein est le premier cancer de la femme; c'est la première cause de mortalité par cancer.
- Le cancer du sein est dépistable, le test à utiliser est l'examen clinique des seins.
- Une femme ayant une anomalie du sein à l'examen clinique, doit avoir une exploration par mammographie et/ou échographie mammaire, une cytoponction et une biopsie.
- La cytologie n'a de valeur que si elle est positive.
- En cas de discordance entre la cytologie et les autres examens, une vérification histologique par un examen extemporané s'impose.
- Les femmes ayant un cancer du sein, seront prises en charge conformément à la décision du staff multidisciplinaire dans une structure de soins appropriée.
- Les différentes informations seront notifiées sur les supports d'information en respectant le circuit de la détection précoce (Figure 14).

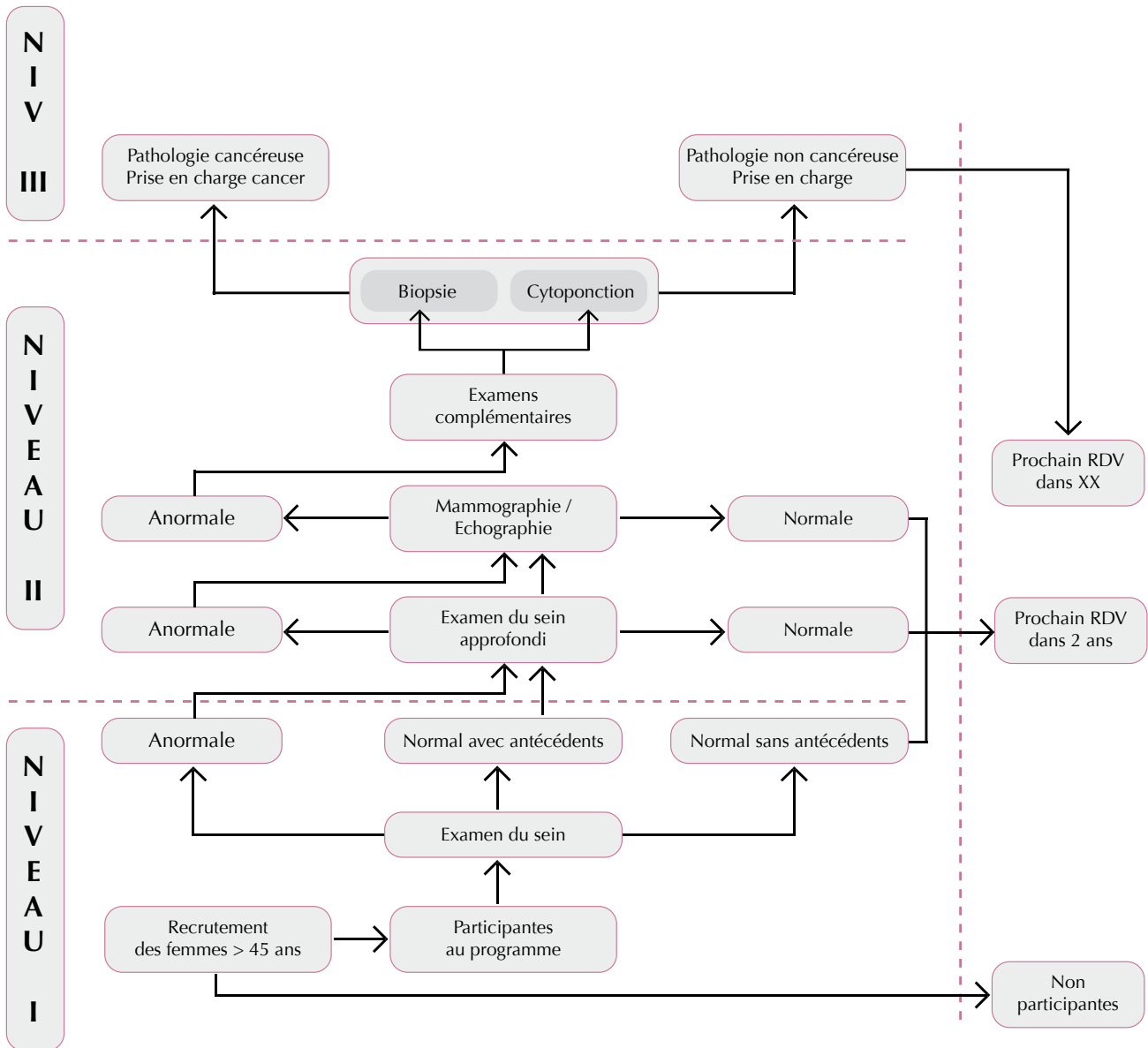


Figure 14 : Algorithme de la détection précoce du cancer du sein

## 1.2. Détection précoce du cancer du col utérin

### 1.2.1. Etape du dépistage du cancer du col utérin

#### A qui s'adresse le dépistage ?

A toute femme apparemment bien portante âgée de 30 à 49 ans révolus. Sont exclues les patientes déjà traitées pour cancer du col, les grossesses au-delà de 8 semaines et les femmes durant la période du post partum jusqu'à la 6ème semaine après l'accouchement.

#### Où se fait le dépistage ?

Le dépistage se fait au niveau des CSU et CSC avec ou sans module d'accouchement. Il doit se faire dans une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée telles les salles de SMI/PF et de consultation médicale.

## Par qui ?

Le dépistage se fait par les médecins généralistes, les sages-femmes et les infirmières de SMI/PF dûment formés.

## Par quel moyen (test) ?

Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer a retenu pour le dépistage du cancer du col l'inspection visuelle du col utérin avec l'acide acétique (IVA). Le principe physiopathologique ainsi que la technique de l'IVA, tels que décrits dans le "guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales" du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de Lyon.

## Comment se déroule l'activité de dépistage ?

Pour avoir le consentement de la femme qui répond aux critères d'éligibilité, le professionnel de la santé doit l'informer sur l'intérêt et l'importance du dépistage du cancer du col. Une fois le consentement obtenu, la participante est orientée vers la salle d'examen où elle est examinée conformément aux recommandations du programme.

L'examen de la femme se fait en position gynécologique à l'oeil nu moyennant une source de lumière adéquate. L'examineur procédera à la mise en place d'un spéculum avant de procéder au nettoyage soigneux du col utérin à l'aide du coton et du sérum physiologique. L'examineur inspectera le col à la recherche d'une rougeur, d'un polype, des oeufs de Naboth ou d'une leucoplasie. Le professionnel de santé procédera ensuite au badigeonnage du col utérin avec de l'acide acétique à 5% préalablement préparé, l'inspection du col se fera après un temps d'attente d'une minute. L'examen gynécologique sera complété par l'inspection du vagin et par un toucher vaginal à la recherche d'autres lésions.

Les professionnels de santé en charge de l'activité sont tenus de notifier toutes les informations concernant la participante et le résultat de l'IVA sur les supports destinés à cet effet.

### i. Résultats de l'IVA

- L'IVA est négative quant le col utérin ne change pas de couleur, ou quand il y a la présence d'un ectropion, d'une métaplasie, les oeufs de Naboth ou d'une lésion satellite (Figure 15).
- L'IVA est positive quant le col présente :
  - des zones blanchâtres distinctes, bien définies et larges avec des marges régulières ou irrégulières dans la zone de remaniement ou au niveau de l'épithélium cylindrique, les zones blanchâtres peuvent intéresser l'ensemble du col utérin (Figure 16),
  - un condylome et/ou une leucoplasie proche de la jonction pavimento-cylindrique,

- un cancer invasif avec la présence sur le col d'une tumeur ulcéro-proliférative qui blanchit sous l'effet de l'acide acétique et peut facilement saigner au toucher.

- L'IVA est négative et la jonction pavimento-cylindrique est non visible (totalement ou partiellement), l'examen n'est pas concluant (Figure 17).



Figure 15 : IVA négative



Figure 16 : IVA positive



Figure 17 : IVA négative, jonction partiellement vue

ii. Conduite à tenir

- Si l'IVA est négative, le professionnel de santé est tenu d'annoncer le résultat à la participante en la rassurant sur le caractère normal du test et en lui recommandant de revenir pour un nouvel examen après une période de 3 ans. Le résultat et le rendez vous sont notifiés dans le dossier médical et le carnet de santé de la femme.
- Si l'IVA est positive, ou négative et la jonction pavimento-cylindrique non visible, le professionnel de santé est tenu d'annoncer le résultat de l'examen à la participante, de la rassurer et de l'orienter systématiquement vers le CR SR (Figure 18) afin de bénéficier d'une colposcopie pour un diagnostic plus précis; la référence se fera en utilisant le support de référence approprié (fiche de référence). Le résultat et le rendez vous sont notifiés dans le dossier médical et le carnet de santé de la femme.

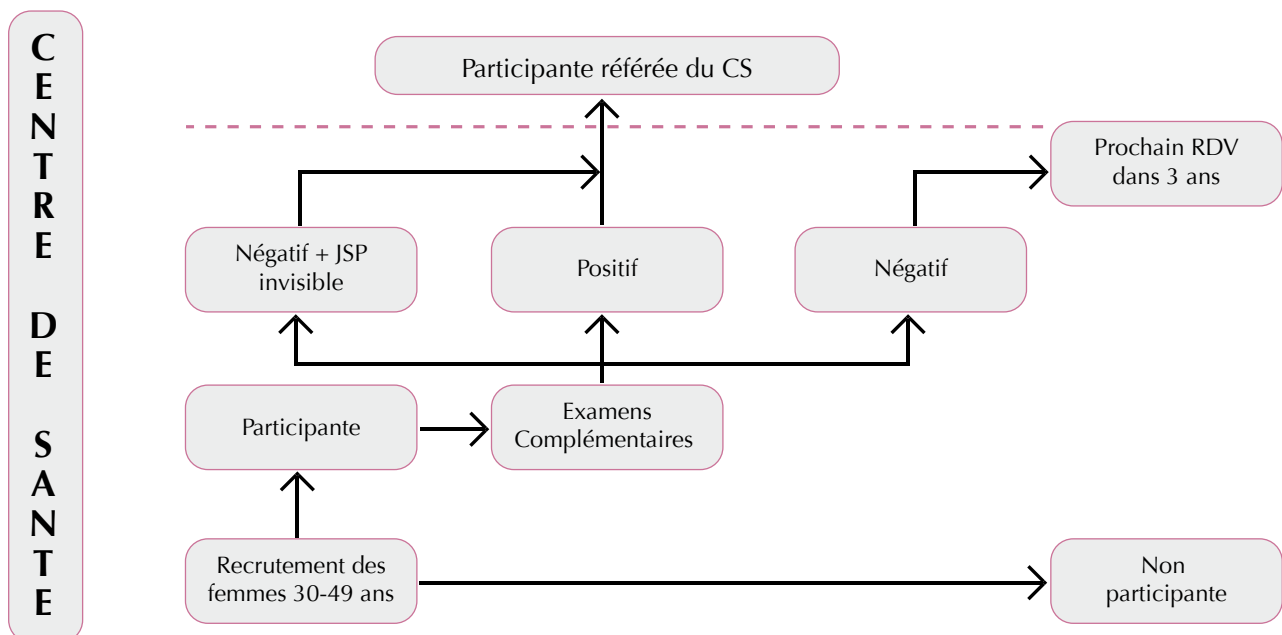


Figure 18 : Etapes du dépistage du cancer du col utérin

## 1.2.2. Etapes du diagnostic du cancer du col utérin

### A qui s'adresse le diagnostic ?

Toutes les femmes participantes et ayant été référées par les professionnels de santé des CSU et CSC après une IVA positive ou une jonction pavimento-cylindrique non visible.

### Où se fait le diagnostic de cancer du col ?

Au niveau du centre de référence de santé reproductive.

### Par qui ?

Les professionnels de santé du CR SR particulièrement le gynécologue qui est tenu de rassurer la femme et lui expliquer l'intérêt de l'investigation pour laquelle elle a été référée.

### Quels sont les moyens de diagnostic ?

La colposcopie qui doit être faite par le gynécologue, l'anatomopathologiste assurera l'interprétation des éventuels prélèvements.

### Comment se déroule l'activité de diagnostic ?

La femme est accueillie par l'infirmière dans le CR SR, elle est rassurée et informée sur les différents types d'examens qu'elle pourrait avoir. Elle est orientée vers la salle d'examen où le gynécologue est tenu de l'examiner en position gynécologique à la recherche d'éventuelles leucorrhées, la présence de sang et appréciera la qualité de la glaire; il doit nettoyer soigneusement le col pour le débarrasser des sécrétions en prenant garde de ne pas le faire saigner. Il procédera par la suite à l'examen colposcopique en respectant ses trois temps :

- examen sans préparation,
- examen après application de l'acide acétique,
- examen après application du lugol.

**Examen sans préparation :** le gynécologue mettra en place le colposcope pour apprécier l'aspect du col utérin et de l'état de sa vascularisation. Cette dernière est mieux visualisée en utilisant le filtre qu'il est toujours intéressant d'utiliser avant de terminer l'examen sans préparation.

Normalement l'épithélium de recouvrement du col est rose uniforme. On note parfois une zone rouge le plus souvent centrée par l'orifice externe, voire des zones blanches spontanément visibles.

**Examen après application d'acide acétique à 5 %** qui constitue le temps capital de l'examen colposcopique : l'examineur pratiquera un badigeonnage soigneux du col utérin avec l'acide acétique à 5% à l'aide d'un écouvillon (à défaut une pince et du coton). L'examen proprement dit se fera après un temps d'attente d'une minute. Il est parfois nécessaire de répéter l'application de l'acide acétique toutes les 2 à 3 minutes pendant la durée de l'examen car le blanchiment à l'acide acétique se développe progressivement en l'espace de 60 secondes et peut disparaître aussitôt après.

**Examen après application du lugol :** c'est le test de Schiller qui est pratiqué systématiquement après l'examen à l'acide acétique à 5%. Le gynécologue procédera à un badigeonnage généreux du col utérin par le soluté du Lugol et observera le résultat du test. Le test de Schiller permet de délimiter clairement les limites d'une lésion avant de procéder à la biopsie ou au traitement de celle-ci.

Normalement le col utérin prend une coloration brun acajou après utilisation du Lugol témoignant d'un épithélium Malpighien mature. Les zones qui ne se colorent pas sont dites iodonégatives.

#### i. Résultats de la colposcopie :

**L'examen colposcopique est normal devant les situations suivantes :** L'épithélium pavimenteux apparaît lisse, translucide et d'une teinte rosée. L'épithélium pavimenteux originel paraît rose foncé comparé à la couleur rose pâle de l'épithélium pavimenteux métaplasique. La jonction pavimento-cylindrique est totalement visible. Par ailleurs, des papilles coalescentes en « grains de raisin » peuvent se voir et sont synonymes de l'épithélium cylindrique. Souvent, la vascularisation n'est pas visible au niveau de l'épithélium pavimenteux originel. Dans l'épithélium métaplasique nouvellement formé, on distingue des vaisseaux arborescents. A l'examen avec l'acide acétique, il n'y a pas de blanchiment et la jonction apparaît sous forme de liseré blanchâtre. Après application du Lugol, l'épithélium pavimenteux prend une teinte brun acajou ou noir tandis que l'épithélium cylindrique ne change pas de teinte.



Figure 19 : aspect de col normal aux trois temps de la colposcopie.

Parfois l'examen peut montrer un ectropion qui est une extériorisation (diamètre supérieur à 1 cm) de l'épithélium cylindrique normal; ou un épithélium métaplasique immature sous forme de languettes de couleur blanc rosé à l'acide acétique, ne prenant pas de couleur au lugol.

### Aspects colposcopiques de lésions bénignes

Inflammation du col utérin : se caractérise par une congestion, une ulcération, des taches acidophiles blanchâtres, mal délimitées et diffuses sur le col et le vagin.

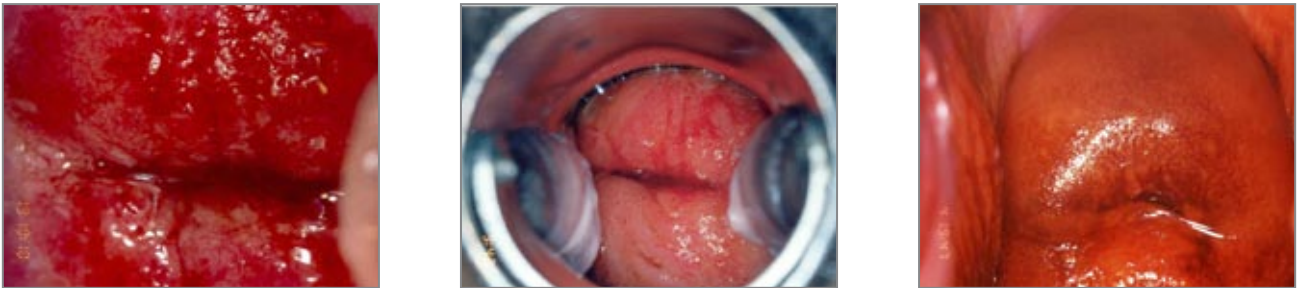


Figure 20 : Aspect d'une colpite en colposcopie

Dystrophie du col utérin : se caractérise par une zone blanchâtre en carte géographique en dehors de la zone de remaniement et iodonegative (Figure 21).

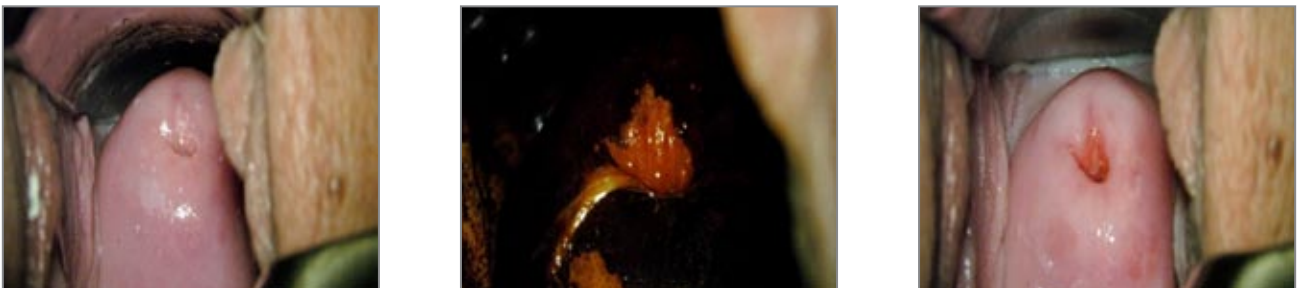


Figure 21 : Aspect d'une dystrophie en colposcopie

- Polype : se caractérise par une excroissance rougeâtre ne changeant pas de couleur après application d'acide acétique et de lugol.

### Aspects colposcopiques de néoplasies intra épithéliales

A l'examen sans préparation, les lésions intra-épithéliales paraissent rouges, périforificielles avec vascularisation anormale. Elles deviennent rapidement blanches après application de l'acide acétique 5%. La réaction acidophile est intense et rapide (< 1min) avec une marge bien nette. Cette zone présente des limites floues et elle est iodonegative (Figure 22).





Figure 22 : aspect d'une lésion intra-épithéliale en colposcopie

### Aspect colposcopique du cancer invasif

Il se caractérise par la présence, sur le col, d'une tumeur ulcéro-proliférative qui blanchit fortement sous l'effet de l'acide acétique et saigne au toucher (Figure 23).

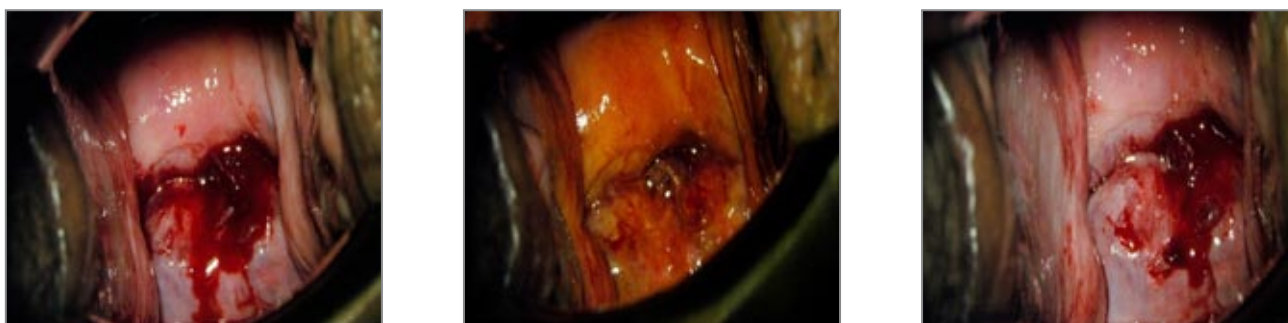


Figure 23 : Aspect d'un cancer invasif du col utérin aux trois temps de la colposcopie

### Conduite à tenir (Figure 24) :

- Si à la colposcopie l'aspect du col est normal : le gynécologue annonce à la participante que l'examen est normal. L'examineur est tenu de noter toutes les informations, relevées lors de l'examen, sur le dossier médical de la femme ainsi que sur son carnet de santé; il lui recommande de revenir au centre de santé en lui remettant une fiche de contre référence.
- Si la colposcopie révèle un aspect de cancer invasif du col utérin, le gynécologue doit pratiquer une biopsie au niveau de la tumeur cervicale et l'envoyer au laboratoire d'anatomopathologie. Un rendez-vous sera donné à la patiente pour lui communiquer le résultat de l'investigation et la conduite à tenir.
  - Si le résultat de l'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de cancer invasif la patiente est référée au centre de traitement pour une prise en charge par un staff spécialisé multidisciplinaire.
  - Si le résultat de l'examen anatomopathologique confirme une lésion intra épithéliale quelque soit son grade (CIN1, CIN2 ou CIN3), ou un cancer micro invasif, le gynécologue propose à la patiente une résection à l'anse diathermique (RAD) conformément aux instructions décrites dans le guide sur la colposcopie du CIRC de Lyon.

- Si la colposcopie révèle un aspect de transformations atypiques, le gynécologue est tenu de proposer à la patiente une RAD.

Pour plus d'information se référer au manuel pratique sur la colposcopie du centre international de la Recherche sur le Cancer de Lyon.

Avant de pratiquer la résection, le gynécologue doit informer la patiente sur le type de la lésion dont elle souffre et la nécessité de faire une ablation de cette dernière. Le gynécologue demandera le consentement éclairé de la patiente. Si la femme accepte, l'examineur est tenu de procéder à la résection à l'anse diathermique dont l'objectif est d'éviter l'évolution vers un cancer invasif. L'ablation devra être la plus complète possible de l'épithélium pathologique tout en préservant les fonctions physiologiques du col (fécondation, grossesse et accouchement).

La RAD est contre indiquée (différée) en cas de grossesse ou d'infections cervico-vaginales. Si on constate une nette atrophie du col liée à un déficit en oestrogènes chez une femme plus âgée et que la coloration du contour externe de la lésion (iodonégative) est floue, il est préférable de retarder la RAD jusqu'à ce qu'un traitement à base d'oestrogènes ait fait son effet.

Une fois la RAD pratiquée, le gynécologue est tenu d'envoyer la pièce d'exérèse pour un examen anatomopathologique.

- Si l'examen anatomopathologique révèle un cancer invasif ou micro-invasif de type I.A.2, le gynécologue est tenu d'annoncer le résultat de l'examen et de rassurer la patiente avant de la référer vers la structure de soins adéquate où un staff multidisciplinaire décidera de la stratégie thérapeutique appropriée. L'examineur doit noter toutes les informations concernant la patiente sur le dossier médical de la patiente et lui remettra une fiche de référence.
- Si l'examen anatomopathologique révèle une lésion intra épithéliale (CIN1, CIN2, CIN3 ou cancer in situ) ou un cancer micro-invasif stade I.A.1, le gynécologue doit annoncer le résultat de l'examen à la patiente et lui expliquer la nécessité d'un suivi médical régulier. L'examineur doit noter toutes les informations concernant la patiente sur le dossier médical de la patiente.
- Si l'examen anatomopathologique ne révèle pas de lésion maligne ni de lésion précancéreuse, le gynécologue rassure la patiente et prescrit un traitement si nécessaire. L'examineur doit noter toutes les informations concernant la patiente sur le dossier médical de la patiente avant de l'adresser au centre de santé d'où elle a été référée (fiche de contre référence).

ii. Surveillance des patientes ayant des lésions intra épithéliales ou un cancer micro-invasif traitées par la RAD :

La patiente doit être convoquée pour un contrôle colposcopique 9 mois après la RAD puis tous les ans pendant 5 ans. Si tous les examens s'avéraient normaux, la patiente doit être adressée au CS pour être suivi dans le cadre du programme de dépistage habituel tous les 3 ans.

Si lors de l'un des différents contrôles, le gynécologue note l'apparition d'une anomalie, une décision de prise en charge sera prise en fonction des aspects retrouvés (Figure 24).

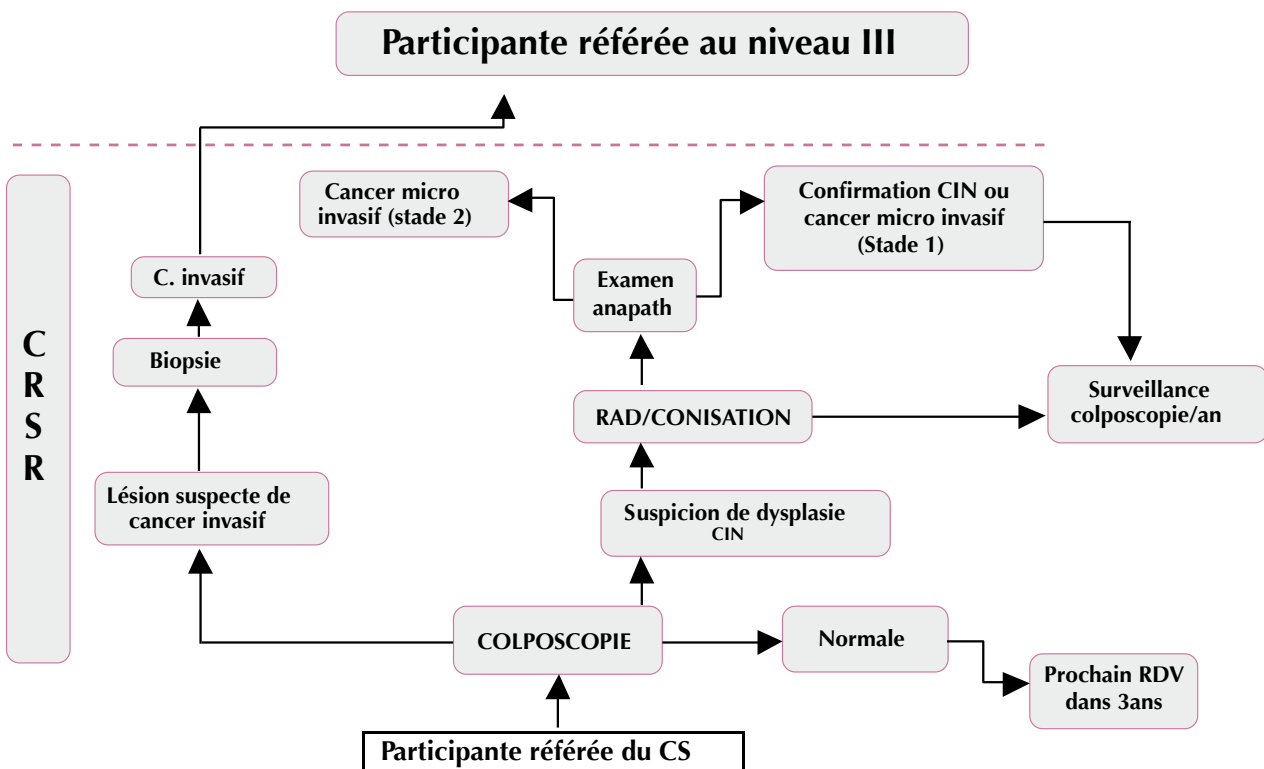


Figure 24 : Etapes du diagnostic du cancer du col utérin

1.2.3. Etape de la prise en charge thérapeutique du cancer invasif du col utérin

Tous les cas de cancers du col doivent être pris en charge dans une structure de soins appropriée dans le cadre des réunions de consensus pluridisciplinaires. Au terme des investigations faites à ce niveau, le médecin traitant doit informer les niveaux référant (Figure 25) en utilisant le support d'information réservé à cet effet (fiche de contre référence).

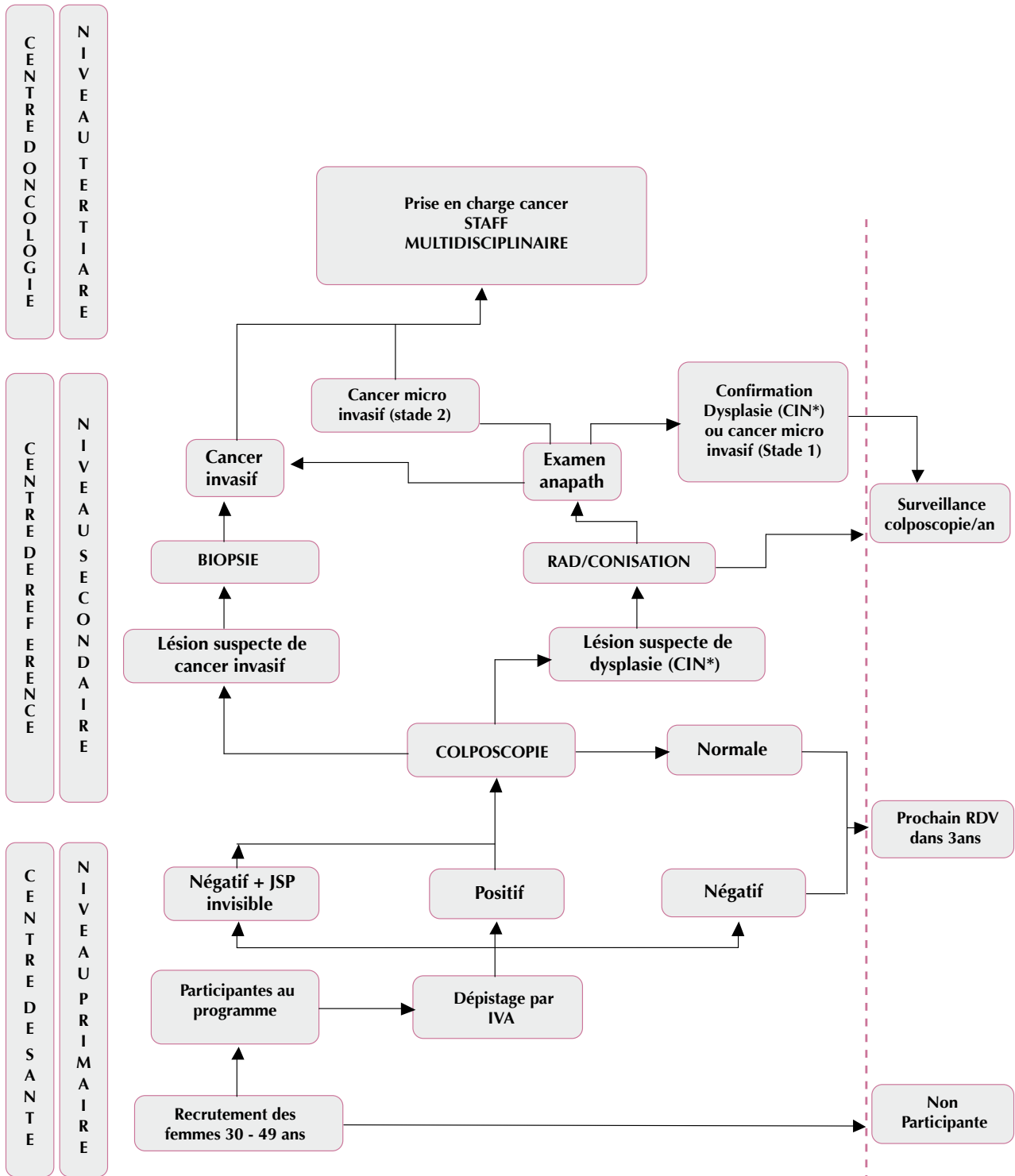


Figure 25 : Algorithme de la détection précoce du cancer du col utérin

**Points essentiels :**

- Le cancer du col est le deuxième cancer de la femme, c'est la deuxième cause de mortalité par cancer.
- C'est un cancer dépistable et le test de dépistage est l'IVA.
- Une femme ayant un test IVA positif nécessite une colposcopie. Si cette dernière objective une lésion intra épithéliale ou un cancer micro invasif stade 1, une résection à l'anse diathermique (RAD) sera proposée.
- La RAD est un procédé relativement simple, rapide, sous anesthésie locale et d'apprentissage facile.
- Toute femme traitée pour lésion intra épithéliale doit bénéficier d'une surveillance prolongée afin de détecter une lésion résiduelle ou récidivante.
- Les femmes chez qui la biopsie ou l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse montre un cancer invasif du col, seront prises en charge par un staff multidisciplinaire dans une structure de soins appropriée.

## 2. Aspects programmatiques et gestionnaires

### 2.1. Détection précoce du cancer du sein

Le dépistage systématique est recommandé dans la tranche d'âge de 45 à 69 ans dans tous les ESSB. Le bénéfice du dépistage du cancer du sein en terme, de mortalité évitée, est démontré dans cette tranche d'âge. Toute femme qui a une prédisposition familiale au cancer du sein, doit être intégrée dans le programme de dépistage. Cependant, la bonne organisation du dépistage systématique impose que toutes les femmes des tranches d'âge retenues soient invitées au dépistage.

Le délai recommandé entre deux examens cliniques doit être au maximum de deux ans, sinon le risque de survenue des cancers d'intervalle est nettement plus élevé.

Les cas d'anomalie de sein qui sont dépistés sont référés au centre de référence de santé reproductive où sont pratiquées une mammographie et/ou échographie et le cas échéant les examens anatomopathologiques (cytologie et biopsie) utiles pour le diagnostic du cancer du sein.

Les cas confirmés de cancer du sein sont référés aux centres d'oncologie. Leur traitement est décidé lors de réunions tenues par des staffs spécialisés multidisciplinaires.

### 2.2. Détection précoce du cancer du col utérin

Le dépistage du cancer du col utérin est, en théorie, un des plus efficaces qui soient puisqu'il permet de détecter des lésions précancéreuses et d'éviter la survenue du cancer. Une fois le processus de cancérisation enclenché, il permet de détecter des lésions in situ, c'est-à-dire à un stade où 100% des malades peuvent être guéries.

Le dépistage du cancer du col utérin est basé sur la pratique régulière et systématique de l'inspection visuelle du col utérin avec l'acide acétique tous les 3 ans chez les femmes âgées de 30 à 49 ans.

Le gros avantage du dépistage du cancer du col utérin est la possibilité de dépister et de traiter les états précancéreux. Pour les femmes présentant, après le dépistage, une lésion acidophile précancéreuse ou un cancer micro invasif, une résection à l'anse diathermique (RAD) leur sera pratiquée au niveau du centre de référence de santé reproductive. La pièce anatomique réséquée fera l'objet d'un examen anatomopathologique. Si ce dernier confirme la lésion intra épithéliale ou un cancer micro-invasif stade 1, le traitement (RAD) est suffisant. Si par contre, il s'agit d'un cancer micro invasif stade 2 ou d'un cancer invasif, la femme sera convoquée pour être référée au centre d'oncologie où son cas sera étudié dans les réunions de staff multidisciplinaire.

### 2.3. Principes de la planification

Quelque soit le niveau d'intervention, le professionnel de santé est tenu d'être en mesure d'arrêter des objectifs opérationnels et de planifier les ressources nécessaires pour aboutir aux résultats escomptés.

#### 2.3.1. Niveau provincial

- Au niveau du Centre de santé urbain et communal

Les activités qui doivent être développées à ce niveau sont celles relatives au dépistage des cancers du sein et du col utérin. A ce niveau, les responsables du centre de santé sont tenus de :

- calculer les populations cibles,
- fixer les objectifs à atteindre en terme, de participation à ce programme,
- déterminer les besoins en ressources humaines en équipement technique, informatique et audiovisuel.

#### Populations cibles

- **Dépistage du cancer du sein : population totale féminine couverte par le CS X 8%.**
- **Dépistage du cancer du col utérin : population totale féminine couverte par le CS X 13%.**

L'objectif du programme de dépistage des cancers du sein et du col est d'atteindre et de se maintenir à un taux de participation de 50 à 60 % après 3 ans de dépistage.

#### Le taux de participation annuel se calcule :

- **Dépistage du cancer du sein : Nombre de femmes âgées de 45 – 69 ans ayant participé au programme de dépistage / Nombre annuel de femmes totales ayant 45 – 69 ans ciblées par le programme X 100.**
- **Dépistage du cancer du col : Nombre de femmes âgées de 30 – 49 ans ayant participé au programme de dépistage/Nombre annuel de femmes totales ayant 30 – 49 ans ciblées par le programme X 100.**

## Ressources humaines

L'intégration du dépistage des cancers du sein et du col utérin dans la santé reproductive au niveau des CSU et CSC nécessite le recours aux professionnels de santé en charge de l'accueil, de la consultation médicale et de la santé maternelle et infantile. Ainsi, il est souhaitable de disposer des personnels suivants :

- Pour l'accueil : un(e) infirmier (e) formé (e) en communication interpersonnelle
- Pour l'examen : un médecin généraliste et deux infirmières de SMI
- Pour les aspects programmatiques et gestionnaires : le médecin chef et le major du CS.

## Equipements et produits fongibles :

L'opérationnalisation de l'intégration du dépistage des cancers du sein et du col utérin dans les activités de la santé reproductive, nécessite le recours aux équipements suivants : Table gynécologique, source de lumière, spéculum, gants, doigtiers, acide acétique, coton, pince, cuvette, chariot (Annexe 3), ainsi que le matériel informatique pour le système d'information et le matériel audiovisuel pour la communication et la promotion du dépistage des cancers.

- Centre de Référence de la Santé de la Reproduction (CR SR)

Le CR SR est le maillon essentiel de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin, puisque c'est à ce niveau que le diagnostic de ces deux cancers sera confirmé.

A l'instar des CS, les responsables du CR SR sont tenus de procéder annuellement à la planification de leurs activités. Pour cela, ils doivent disposer de tous les éléments programmatiques de tous les centres de santé de la province. Ces données leur permettront de suivre les activités développées ainsi que le niveau des réalisations pour chacun des CSU et CSC.

D'après les expériences dans d'autres pays et d'après les résultats du projet pilote développé dans la préfecture de Témara, le volume d'activités en terme de femmes référées au CR SR pour un diagnostic du cancer du sein et du col est de l'ordre de 12 à 15% de l'ensemble des femmes ayant bénéficié du dépistage.

Les responsables du CR SR sont tenus de calculer le nombre attendu de cancers du sein et du col utérin dans l'année.

- **Nombre attendu de cas de cancers du sein : Nombre de femmes âgées de 45 à 69 ans X 30 femmes pour 100 000 femmes par an.**
- **Nombre attendu de cas de cancers du col utérin : Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans X 10 femmes pour 100 000 femmes par an.**



Pour déterminer les besoins en ressources humaines et en équipements, les responsables du CR SR sont tenus de prendre en considération le paquet d'activité arrêté pour la SR et contenu dans le guide du CR SR. Pour l'activité du diagnostic des cancers du sein et du col utérin, la disponibilité des profils suivants est souhaitable:

Pour l'accueil, une infirmière dûment formée en technique de communication interpersonnelle et counseling.

Pour le diagnostic, le gynécologue formé en colposcopie, le radiologue, l'anatomopathologiste et les techniciens de radiologie et d'anatomopathologie.

Pour les aspects programmatiques et gestionnaires du programme, le médecin chef et le major.

Les responsables du CR SR sont tenus de planifier leurs besoins en équipements médicaux, informatiques et audiovisuels selon la liste donnée en Annexe 5.

- Centre Hospitalier Provincial (CHP)

Quand le CR SR ne dispose pas d'appareil de mammographie du fait qu'il est situé dans l'enceinte du centre hospitalier provincial, ce dernier doit assurer le plateau technique nécessaire pour le diagnostic des cancers du sein et du col utérin et une éventuelle prise en charge thérapeutique (radiologie, anatomopathologie, chirurgie...).

- Délégation

Au niveau provincial, la gestion et la planification des différents aspects du programme, doit être assurée par le SIAAP en coordination avec la direction du CHP. Le délégué du Ministère de la Santé, en concertation avec les médecins chefs du SIAAP, du CHP et du CR SR, est tenu de préparer un plan d'action provincial émanant des planifications faites au niveau des CSU, des CSC, du CR SR et du CHP.

Pour atteindre les objectifs du programme, le Délégué est également tenu de :

- mettre à la disposition des différentes structures provinciales en charge du programme, les ressources humaines en fonction des besoins exprimés, des disponibilités et des recommandations du programme;
- acquérir les équipements et les fongibles nécessaires pour les activités de dépistage et du diagnostic des cancers du sein et du col utérin;
- assurer et mettre en oeuvre les activités de communication afin d'améliorer l'utilisation des services SR.

### 2.3.2. Niveau régional

Le responsable de l'unité régionale de santé publique est tenu d'assurer la gestion et la planification des différents aspects du programme à l'échelle de la région en coordination avec les responsables du CHR et du CRO. Le responsable de l'unité régionale de santé publique est tenu de :

- Elaborer le plan d'action annuel régional qui consiste entre autre à :
  - arrêter les besoins en ressources humaines et en équipements des provinces et préfectures en matière de détection précoce des cancers du sein et du col;
  - arrêter les besoins en formation continue et assurer sa mise en oeuvre;
  - planifier des actions avec la société civile et les collectivités locales;
- Assurer la mise en oeuvre et le suivi du plan d'action régional.

### 2.3.3. Niveau national :

Les responsables des différents services de l'administration centrale sont tenus d'assurer la normalisation des différents aspects en rapport avec la gestion et la planification de l'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col dans la SR au niveau national et de coordonner la mobilisation des différentes ressources tant humaines que financières nécessaires au bon déroulement du programme.

## 2.4. Principes de l'organisation et de la coordination

### 2.4.1. Au niveau des CS et des CR SR

Quelque soit le niveau d'intervention (dépistage ou diagnostic), les professionnels de santé sont tenus d'accomplir les missions suivantes :

- l'accueil et l'information adéquate au niveau des structures de soins;
  - la disponibilité des prestations;
  - la continuité des soins entre le dépistage, le diagnostic et le traitement des cancers du sein et du col utérin;
  - les standards de qualité au niveau des structures de soins.
- **Assurer un accueil et une information adéquate au niveau des structures de soins**

Le prestataire de soins est tenu de :

- procéder au bon accueil de chaque femme;

- répondre aux questions des femmes et les informer sur le déroulement des examens et de tout le processus de détection précoce des cancers;
- expliquer la nature et la portée du consentement;
- évaluer et prendre en considération le niveau d'anxiété qui risque d'être généré par le dépistage, le diagnostic et l'éventuelle prise en charge.

- **Assurer la disponibilité des prestations**

Le prestataire de soins est tenu de :

- intégrer les prestations de détection précoce des cancers du sein et du col utérin dans le paquet d'activité de la santé reproductive;
- suivre rigoureusement les différentes procédures de la détection précoce en fonction du niveau des structures de soins;
- respecter les règles de confidentialité et d'intimité.

- **Assurer la continuité des soins entre le dépistage, le diagnostic et le traitement des cancers du sein et du col utérin**

Le prestataire de soins est tenu de :

- assurer le dépistage de façon continue au niveau des CSU et CSC (sans rendez-vous);
- assurer le diagnostic de façon continue et lors de la première visite au CR SR (sans rendez-vous);
- réduire les délais entre les différentes interventions (principe de la détection précoce);
- respecter le système d'orientation et de recours (système de référence et contre référence);
- relancer les femmes participantes et perdues de vue (chaque responsable de structure de soins appliquera le système de relance le plus approprié).

- **Instaurer des standards de qualité au niveau des structures de soins**

Le prestataire de soins est tenu de :

- veiller à ce que l'accès à tous les services offerts soit de qualité;
- assurer une information complète et précise;
- donner le libre choix à la femme pour décider de sa participation au dépistage (consentement éclairé);

- veiller à la bonne gestion et l'entretien des équipements techniques;
- assurer les normes d'hygiène des structures et la gestion des déchets;
- instaurer les outils d'amélioration de la qualité (cercle de qualité, méthode de résolution de problème...);
- appliquer les standards et les protocoles conçus et diffusés par le niveau national.

#### 2.4.2. Au niveau provincial

Le délégué est tenu d'assurer la mise en place des directives de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin au niveau des différentes structures de soins de la province. Ainsi il doit :

- mettre en place une cellule de santé de la reproduction (PF, PSGA, PNLS,) qui veillera sur l'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col dans les activités de la santé reproductive;
- adapter le circuit de la participante entre les niveaux d'intervention;
- assurer la coordination entre les différents niveaux d'intervention et avec la région;
- exécuter le plan de la formation continue relatif au programme;
- veiller à la répartition rationnelle des ressources humaines, matérielles et des produits nécessaires pour le programme;
- instaurer les mécanismes visant à assurer la qualité du programme;
- assurer le transfert des informations et rapports périodiques au niveau régional;
- veiller au respect des directives du programme de détection précoce des cancers du sein et du col par les différents prestataires de soins afin de réduire au maximum les délais entre les différents niveaux d'intervention;
- suivre et évaluer l'exécution du programme au niveau provincial.

#### 2.4.3. Au niveau régional

Le Directeur Régional de la Santé est responsable de la mise en oeuvre du programme, de sa gestion et de son adaptation au niveau de toute la région. Ainsi, il est tenu de :

- impliquer l'unité de santé publique dans la mise en oeuvre du programme et dans son intégration dans les activités de la santé reproductive au niveau régional;
- mettre en oeuvre le plan de communication relatif au programme afin d'améliorer l'utilisation des services SR au niveau régional;

- adapter le circuit de la participante selon le nombre de centres de référence dont dispose la région;
- mettre en place les principes et les mécanismes visant à assurer la qualité du programme au niveau de la région;
- assurer le transfert des informations et rapports périodiques au niveau national;
- assurer l'organisation de la formation des prestataires de soins selon les besoins exprimés par les différentes délégations provinciales et préfectorales;
- veiller au respect des directives du programme de détection précoce des cancers du sein et du col par les différentes délégations;
- assurer la coordination régionale du programme et la collaboration interrégionale exigée par le programme;
- contribuer à définir des pistes de recherche relatives à la détection précoce des cancers du sein et du col;
- évaluer et adapter le programme sur le plan régional.

#### 2.4.4. Au niveau national

Les services de l'administration centrale sont tenus de définir et d'arrêter les orientations stratégiques, les normes et les exigences du Programme de détection précoce du cancer du sein et du col de l'utérus. Ils sont tenus d'apporter l'appui nécessaire aux Directions Régionales de la Santé pour la mise en oeuvre et la gestion des différentes phases du programme. Ils sont tenus également d'assurer la coordination avec tous les partenaires stratégiques du programme avec lesquels ils doivent assurer la qualité et le suivi des performances du programme. Les responsables des services centraux sont tenus de coordonner toutes les activités de recherche concernant la détection précoce et d'assurer la gestion des informations à l'échelle nationale y compris la promotion du programme à l'échelon international.

## 3. Suivi et évaluation

Les principes et les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin s'appuient sur le système d'information informatisé et les études de recherche opérationnelles.

### 3.1. Système d'information

La gestion de l'information est essentielle pour toutes les étapes du processus de détection précoce des cancers du sein et du col utérin d'où la nécessité de mettre en place un système d'information prenant en considération l'ensemble des étapes du processus de détection précoce des cancers du sein et du col. Ainsi, ce système permettra de suivre le dépistage des femmes de façon longitudinale (compliance) et de façon verticale (suivi de la femme entre les différents niveaux de prise en charge). Le système d'information permettra également d'assurer le suivi des femmes en terme, de calendrier de diagnostic et de prise en charge thérapeutique. La collecte, la transmission, le traitement ainsi que la diffusion de l'information sont des points importants pour le suivi et l'évaluation des performances du programme à tous les niveaux. Cette information doit être standardisée, exhaustive et confidentielle.

#### 3.1.1. Objectifs

L'objectif visé à travers la mise en place d'un système d'information concerne l'automatisation du processus de détection précoce des cancers du sein et du col utérin ainsi que le stockage de toutes les données pertinentes issues de chaque étape de ce processus (Figure 26).

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- suivre l'évolution du dépistage des différents CSU et CSC;
- suivre le dossier de chaque femme en terme, de calendrier, du diagnostic réalisé et de la prise en charge dans tout type de structure sanitaire;
- automatiser la production de rapports synthèses;
- assurer une meilleure planification des étapes du dépistage et du diagnostic et une meilleure prise en charge.

Le processus de détection précoce est hiérarchisé en trois niveaux d'interventions (Figures 14 et 25) :

- **Niveau I** : représenté par les CSU et CSC, est le niveau où se fait le dépistage. Les professionnels de santé, selon la tâche qui leur est dévolue, sont tenus de consigner les informations concernant les participantes consentantes sur les supports retenus pour ce niveau.

- **Niveau II** : représenté par les centres de référence de santé reproductive où a lieu le diagnostic. Les professionnels de santé du CR SR sont tenus de notifier toutes les données des examens cliniques et para cliniques nécessaires au diagnostic, des lésions précancéreuses et des cancers du sein et du col utérin.
- **Niveau III** : c'est le niveau de la prise en charge des patientes diagnostiquées avec une pathologie cancéreuse ou non cancéreuse. Ce sera donc soit le centre d'oncologie, la maternité ou le cas échéant un service provincial de chimiothérapie de proximité (S.P.C.P).

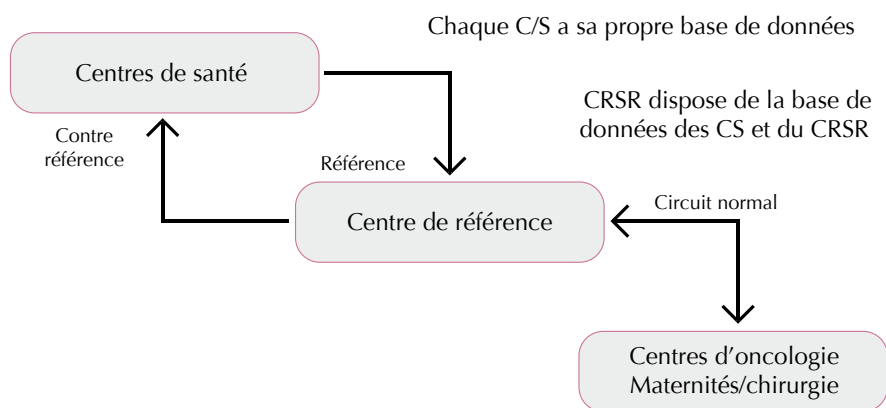


Figure 26 : Circuit de l'information entre les différentes structures de PEC

### 3.1.2. Supports d'information

Les différents supports d'information mis en place pour assurer le suivi de ce programme sont:

- Dossier de la participante en papier et format électronique (application informatique) : le prestataire de soins doit remplir de façon correcte et automatique le dossier de la participante. Ce dossier va accompagner la participante au programme durant toute la période de son suivi que ce soit pour le suivi des différents examens de dépistage (compliance) ou le suivi en terme de calendrier et de diagnostic (voir Annexe 5).
- Registre pour la santé de la reproduction : le professionnel de santé doit remplir de façon correcte et automatique le registre mis à sa disposition. Ce registre servira de base de collecte de données de toutes les prestations de la santé de la reproduction au niveau de toutes les structures de soins notamment au niveau des centres de santé urbains et communaux et des centres de référence de la santé reproductive.
- Carnet de Santé de la Femme : outil de communication entre la femme et le professionnel de santé et le personnel soignant. Ce carnet englobe les informations relatant les antécédents de la femme et les différents soins de santé reçus. A chaque consultation, le prestataire doit y rapporter les principales informations concernant la femme en matière de SR et y notifier la date du prochain rendez-vous.

- Fiche de référence et contre référence : la fiche de référence et contre référence est un outil de liaison entre les différents niveaux de prise en charge de la participante qui doit être systématiquement rempli chaque fois qu'il y a lieu de référer la femme pour une lésion suspecte (Annexe 6).
- Rapports réguliers : afin de permettre aux différents responsables de suivre l'évolution du programme, des rapports réguliers doivent être communiqués de façon mensuelle au niveau des provinces et trimestrielle pour les régions et le service central.

### 3.1.3. Indicateurs

Tableau II : indicateurs de suivi et leurs méthodes de calcul

| Indicateur objectivement vérifiable  | Méthode de calcul  | Cible à atteindre   | Source   |
|--|--|---|--|
| <b>Taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein</b>         | Nombre de femmes (45-69 ans) participantes / population ciblée pour dépistage cancer du sein X 100 | Atteindre et se maintenir à un taux de participation de 60 % après 3 ans de dépistage | Centre de sante (registre/dossier des participantes) |
| <b>Taux de participation au programme de dépistage du cancer du col utérin</b>   | Nombre de femmes (30-49 ans) participantes / population ciblée pour dépistage cancer du col X 100  | Atteindre et se maintenir à un taux de participation de 60 % après 3 ans de dépistage | Centre de sante (registre/dossier des participantes) |
| <b>Taux de référence pour anomalies du sein</b>                                  | Nombre de participantes référées pour anomalies du sein/ nombre de participantes X 100             | 10% à 13 % des femmes participantes au programme                                      | Centre de sante/ CR SR (registre)                    |
| <b>Taux de référence pour anomalies du col</b>                                   | Nombre de participantes référées pour anomalies du col utérin / nombre de participantes X 100      | 10% à 13 % des femmes participantes au programme;                                     | Centre de sante/ CR SR (registre)                    |
| <b>Taux de cancers de sein diagnostiqués</b>                                     | Nombre de cancers de sein diagnostiqués / nombre femmes 45-69 ans référées X 100.                  |   | CR SR (registre)                                     |
| <b>Taux de cancers du col de l'utérus diagnostiqués</b>                          | Nombre de cancers du col utérin diagnostiqués / nombre femmes 30-49 ans référées X 100             |   | CRSR (registre)                                      |
| <b>Taux de lésions intra épithéliales (LIE) du col de l'utérus diagnostiqués</b> | Nombre des LIE/ nombre de femmes 30 à 49 ans référées X 100  |   | CRSR (registre)                                      |
| <b>Nombre de RAD réalisées</b>   |  |   | CS SR  |
| <b>Taux de PEC pour cancer du sein</b>   | Nombre de femmes PEC pour cancer du sein/ nombre de femme diagnostiquées X 100                     | 100%  | CHP, CHR, CHU, CRO<br>Cliniques privées              |
| <b>Taux de PEC pour cancer du col utérin</b>                                     | Nombre de femmes PEC pour cancer du col utérin / nombre de femme diagnostiquées X 100              | 100%  | CHP, CHR, CHU, CRO<br>Cliniques privées              |



### 3.1.4. Circuit de l'information

Les informations sanitaires produites dans le cadre du programme doivent circuler entre les différents niveaux de prise en charge et les différents niveaux de gestion du programme de façon régulière et fluide tout en veillant sur la qualité des informations recueillies. Le schéma ci-dessous illustre le circuit de l'information (Figure 27).

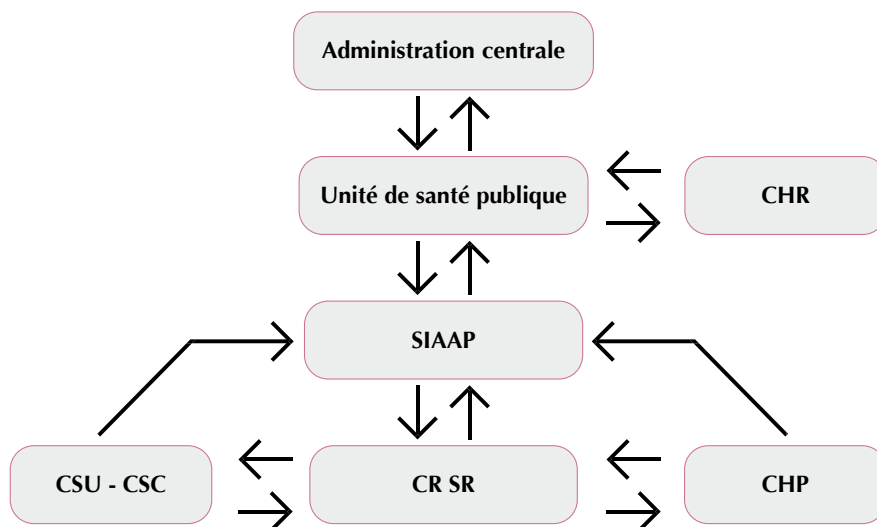


Figure 27 : Illustration du circuit de l'information

### 3.2. Outils de suivi

- Chaque responsable, quelque soit son niveau de compétence, est tenu d'afficher un tableau de bord concernant le programme de détection précoce (CS – CR SR – SIAAP – Délégation – Unité Régionale de Santé Publique). Ce tableau de bord aidera le gestionnaire à assurer le suivi régulier des réalisations du programme et comportera toutes les informations clés telles : les populations cibles, les objectifs annuels du programme, les indicateurs clés, des graphiques...
- Tous les responsables sont tenus d'organiser des réunions pour assurer la coordination et le suivi du programme. Ces réunions doivent être hebdomadaires au niveau des C/S, mensuelles au niveau des provinces et trimestrielles au niveau central.
- La supervision doit être instaurée de façon régulière pour évaluer la qualité des activités. Chaque responsable selon son niveau de compétence devra établir un calendrier de supervision et informera les niveaux à superviser. La grille qui sera utilisée sera la même pour tous les responsables (Annexes 11 et 12).

## ***3<sup>ème</sup> partie***

# ***Communication et Counseling***

## 1. Contexte

L'intégration de la promotion de la santé à la détection précoce des cancers du sein et du col utérin est d'une importance capitale; elle se fait par l'intermédiaire de l'éducation à la santé, le conseil et le plaidoyer, trois stratégies qui permettent de diffuser des messages dans le cadre de la détection précoce des cancers particulièrement en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic des cancers du sein et du col. Cependant, ces stratégies nécessitent de réelles compétences en matière de communication.

Cette partie du guide présente des informations complémentaires utiles dans la mise en oeuvre de la stratégie du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin, les principaux messages destinés à promouvoir les changements de comportement et les réponses aux questions les plus fréquentes posées sur le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus indiquant comment faire participer la communauté, la famille et la femme à la détection précoce de la maladie.

Le coeur de cible du programme de détection précoce est constitué des femmes âgées de 45 à 69 ans pour le cancer du sein et de 30 à 49 ans pour le cancer du col de l'utérus. Afin d'atteindre cette cible la stratégie de communication prévoit l'implication des professionnels de santé et les relais relevant d'autres départements institutionnels et de la société civile.

Quelque soit leur niveau d'intervention, les professionnels de santé ainsi que les relais doivent être en mesure de :

- promouvoir des attitudes et des pratiques favorables à la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus;
- augmenter la participation de la population cible au programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus;
- mobiliser les acteurs de la société civile pour promouvoir la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus;
- dispenser les messages en rapport avec la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus à tous les niveaux de soins.

La démarche retenue par le plan de communication est basée sur une approche d'information, d'éducation et d'un counseling adapté. La communication vise l'ensemble des cibles identifiées et s'appuiera essentiellement sur une approche de proximité. L'approche éducative a pour objectif de développer et de renforcer des compétences auprès des cibles relais afin de leur permettre d'assurer un rôle d'éducateurs relais.

Le niveau communautaire constitue un espace d'information et de sensibilisation notamment les espaces associatifs, les foyers féminins, les mosquées et les entreprises... Les activités sont menées par des personnes relais.

## 2. Organisation des activités éducatives

Les activités éducatives doivent intéresser tous les niveaux d'intervention.

### 2.1. Niveau des centres de santé urbains et communaux

Le recrutement des participantes pour bénéficier du dépistage des cancers du sein et du col utérin se fait à l'occasion de consultations médicales, de consultations au niveau des cellules de SMI / PF ou de toute autre opportunité et contact avec les participantes au niveau des établissements de soins de santé de base ou lors dans les points de contact des infirmiers itinérants et de l'équipe mobile. Cependant, les actions éducatives doivent avoir lieu dès l'accueil des usagers du centre de santé où le premier contact est capital pour l'adhésion des participantes, le personnel chargé de l'accueil doit :

- être aimable, accueillant, ouvert, présentable et avoir une attitude positive, instaurer un climat de confiance et rassurer la participante pour avoir son consentement;
- être à l'écoute des questions des participantes et être prêt à apporter les réponses les plus adaptées possible;
- informer des services disponibles et expliquer le déroulement de tout le processus.

En plus des habilités relationnelles et de communication, les professionnelles de santé, chargés de pratiquer l'examen, sont tenus d'expliquer l'intérêt du dépistage des cancers du sein et/ou du col utérin, l'organisation et le circuit de la prise en charge, la gratuité du dépistage dans le centre de santé et le déroulement de l'examen et tout le bénéfice engendré par le dépistage en terme de traitement, de suivi et de pronostic. Le personnel de santé doit veiller à l'intimité, au respect de la femme et la confidentialité des résultats de l'examen.

Une fois l'examen achevé, les professionnels de santé sont tenus d'annoncer le résultat des examens aux participantes :

Si le test de dépistage est négatif, les professionnels de santé doivent rassurer la participante, l'informer sur les autres services de la santé de la reproduction et lui expliquer l'intérêt du suivi régulier tous les deux ans pour le dépistage du cancer du sein et tous les trois ans pour le dépistage du cancer du col utérin,

Si le test est positif, avant d'orienter la participante vers le CR SR, les professionnels de santé doivent la rassurer en procédant avec tact tout en utilisant un langage adapté, pour lui expliquer l'intérêt d'un diagnostic plus précis et l'importance de consulter un médecin spécialiste. Aussi, les professionnels de santé sont tenus d'éviter de brusquer et de traumatiser la participante.

## 2.2. Niveau du centre de référence de santé reproductive

Tenant compte de l'état psychologique de la participante référée par le centre de santé, l'accueil au CR SR revêt une importance capitale. A ce niveau, le personnel doit avoir des habilités relationnelles et de communication et être en mesure de mener un counseling adapté dont l'objectif est d'assurer la continuité des examens de diagnostic dans les meilleures conditions psychologiques de la participante.

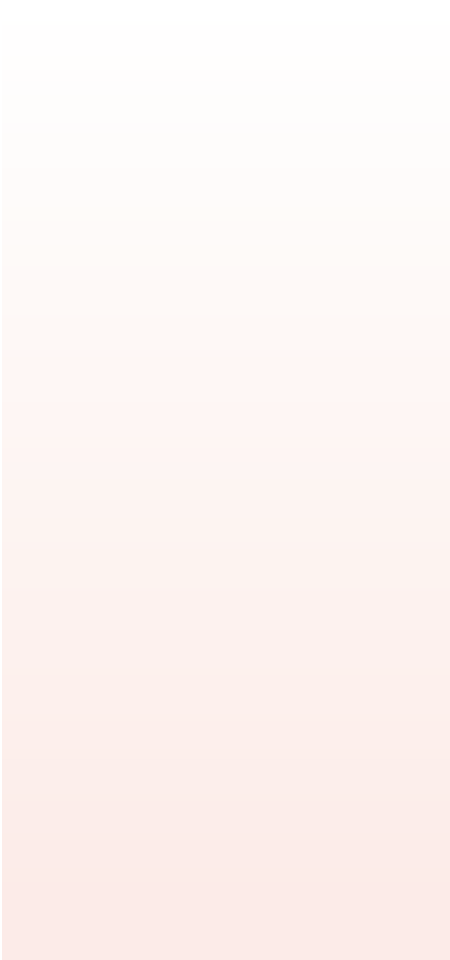
Avant de procéder à l'examen proprement dit de la participante, le gynécologue est tenu de lui expliquer toutes les investigations nécessaires au diagnostic (examens cliniques et para cliniques) et de la préparer sur le plan psychologique aux différentes éventualités. Au terme de l'examen, trois options de résultat sont possibles; dans tous les cas de figure, le gynécologue est tenu d'annoncer le résultat à la participante et à sa famille si elle est consentante.

Les résultats doivent être communiqués à la participante, deux situations :

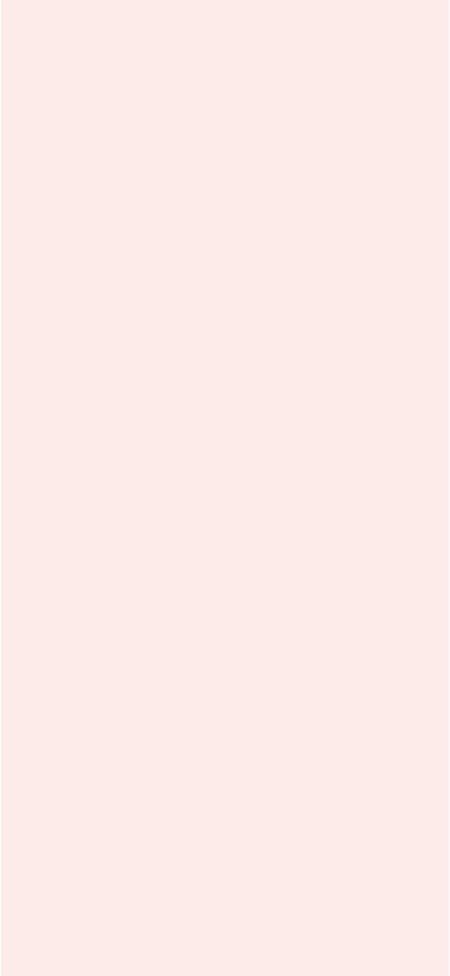
- Si le diagnostic du cancer n'est pas confirmé : le gynécologue doit rassurer la participante, lui expliquer l'intérêt du suivi régulier et la référer au centre de santé pour un rendez vous selon les protocoles dictés par le programme.
- Si le diagnostic du cancer est confirmé : avant de communiquer le résultat à la patiente, le gynécologue doit évaluer et gérer l'état émotionnel de la femme en procédant avec tact, s'assurer du soutien familial auprès de la participante et doit lui expliquer la conduite à tenir pour la prise en charge du cancer diagnostiqué. Le gynécologue procédera ensuite à la référence de la patiente au centre d'oncologie le plus approprié.
- Si les examens confirment une lésion précancéreuse du col utérin (lésion intra épithéliale ou cancer micro invasif), le gynécologue est tenu d'expliquer la conduite à tenir et la nécessité de pratiquer une RAD pour laquelle la patiente devra donner son consentement.

## 2.3. Niveau du centre d'oncologie

A ce stade, l'accompagnement psychologique et social ainsi que le soutien familial de la patiente s'avèrent nécessaire. Les prestataires de soins sont tenus d'expliquer l'intérêt de l'observance du traitement, les effets indésirables de certains médicaments et la nécessité du suivi.



***ANNEXES***



## Annexe 1 : Classification TNM

### Taille de la tumeur (T)

- T0 : pas de tumeur palpable,
- T1 : tumeur de moins de 2 cm,
- T2 : tumeur de 2 à 5 cm,
- T3 : tumeur supérieure à 5 cm,
- T4 : tumeur de toute dimension avec :
  - T4-a : extension à la paroi thoracique.
  - T4-b : extension à la peau (infiltration, ulcération)
  - T4-c : T4a + T4b
  - T4-d : cancer inflammatoire.

### Ganglions (N)

- N0 : absence de ganglion axillaire palpable,
- N1 : adénopathies axillaires homolatérales mobiles,
- N2 : adénopathies homolatérales fixées,
- N3 : adénopathies mammaires internes.

### Métastases (M)

- M0 : absence de métastase retrouvée
- M1 : présence de métastases.
- Mx : détermination impossible.

## Annexe 2 : Classification FIGO

- Stade 0 : cancer in situ
- Stade 1A : cancer micro invasif
  - Stade 1A1 : profondeur < 3 mm, extension horizontale < 7 mm
  - Stade 1A2 : profondeur > 3 mm et <5 mm, extension horizontale < 7 mm
- Stade 1B : cliniquement visible
  - Stade 1B1 : < 4 cm
  - Stade 1B2 : > 4 cm
- Stade 2 : au delà de l'utérus sans extension aux parois pelviennes ni au tiers inférieur du vagin
  - Stade 2A : paramètre respecté
  - Stade 2B : paramètre atteint
- Stade 3 : tiers inférieur du vagin / paroi pelvienne / hydronéphrose
  - Stade 3A : tiers inférieur du vagin
  - Stade 3B : paroi pelvienne / hydronéphrose
- Stade 4A : muqueuse vessie ou rectum, au delà du petit bassin
- Stade 4B : métastases à distance

## Annexe 3 : Liste des équipements nécessaires par niveau

### 1. Matériel centre de santé :

- Table d'examen avec paravent,
- Source de lumière
- Acide acétique à 5%
- Escabot, spéculum, coton, gants, pince, cupule, pissette
- Moyen de chauffage si nécessaire
- Matériel informatique
- Matériel de communication : téléviseur, lecteur DVD

### 2. Matériel du CRSR :

Matériel nécessaire pour la colposcopie et la RAD :

- La table d'examen gynécologique, paravent, escabot
- Un colposcope,
- Instruments un spéculum bi-valve de taille variable,
  - Spéculum endocervical ou les pinces à dissection
  - Rétracteur latéral des parois vaginales à défaut on peut utiliser un préservatif.
  - Pince languette (porte-coton), une longue pince à dissection (au moins 20cm de long),
  - Curette endocervicale,
  - Pince à biopsie,
  - Pince à griffe,
  - Pince de Pozzi,
  - Cupule, haricot,
  - Pissette
  - flacon de prélèvement,
  - Produits hémostatiques
  - Coton,
  - Anses de différentes tailles à manche longue
  - Boules de coagulation
  - Générateur de courant à haute fréquence
  - Aspirateur de fumée
- Moyens pour la stérilisation
- Un moyen de chauffage si nécessaire





## Annexe 4 : Classification ACR

La classification ACR préconise le classement des anomalies mammographiques en cinq catégories :

1. ACR 1 : il n'y a rien à signaler, les seins sont symétriques, il n'y a ni masse, ni distorsion architecturale, ni calcification suspecte.
2. ACR 2 : les anomalies décelées sont typiquement bénignes : fibroadénome calcifiés, calcifications sécrétoires multiples, lésions de tonalité grasseuse telles que le kyste huileux et le lipome, ou de tonalité mixte telles que la galactocèle, l'hamartome et les ganglions intramammaires. Il n'y a pas lieu de pousser plus loin les investigations quand le diagnostic est formel.
3. ACR 3 : bénignité est hautement probable; un contrôle mammographique à court terme peut être suggéré (des modifications futures sont probables).
4. ACR 4 : sont probablement malignes, elles n'ont pas les caractères typiques d'un cancer du sein mais leur aspect fait prescrire un examen cytologique ou tissulaire.
5. ACR 5 : l'image anormale à un aspect malin et la lésion est quasi certainement un cancer.

## Annexe 5 : Dossier de la patiente

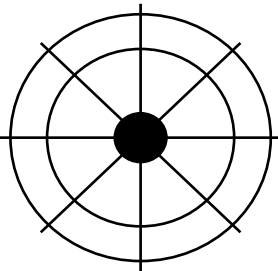
|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|  <p style="font-size: small;">جمعية للتصديح لأمراض السرطان<br/>ASSOCIATION MAROCAINE DE LUTTE CONTRE LE CANCER</p> | <p><b>Royaume du Maroc</b><br/><b>Ministère de la Santé</b></p> |  | <p>المملكة المغربية<br/>وزارة الصحة</p> |
| FICHE DE PARTICIPANTE   |   |   |   |
| CENTRE DE SANTE.....PROVINCE..... Région .....  |   |   |   |
| DATE:.....  |   |   |   |
| CODE CENTRE:.....   | N° DOSSIER:.....  |   |   |
| IDENTIFICATION  |   |   |   |
| NOM:.....PRENOM:.....CIN:.....  |   |   |   |
| DATE DE NAISSANCE:.....   |   |   |   |
| SITUATION FAMILIALE:.....   |   |   |   |
| ADRESSE DE RESIDENCE:.....  |   |   |   |
| TELEPHONE 1:.....TELEPHONE 2:.....  |   |   |   |
| AFFILIATION AMO: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PROFESSION:.....   |   |   |   |
| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  |   |   |   |
| Caractéristique du cycle menstruel: Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>   |   |   |   |
| Date dernière règles:...../...../.....  |   |   |   |
| Age de la première grossesse:.....  |   |   |   |
| Contraception hormonal (pilule): Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée d'utilisation de la pilule:.....   |   |   |   |
| Traitement hormonal substitutif: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée d'utilisation substitutif:.....  |   |   |   |
| Antécédents de maladie mammaire: Non <input type="checkbox"/> Mastose <input type="checkbox"/> Phylode <input type="checkbox"/>   |   |   |   |
| Antécédents familiaux du cancer du sein: Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>                                   |   |   |   |
| Consommation de tabac: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                   |   |   |   |
| Examen du sein  | Effectué par:.....  |   |   |

| Informations Médicales                |  |  |                                   |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Sein anormal:                         | Néant <input type="checkbox"/>         | Droit <input type="checkbox"/>                     | Gauche <input type="checkbox"/>   |
| <b><u>Sein Droit</u></b>              |  |  |                                   |
| <b>Anomalie du contour mammaire:</b>  | Aucune <input type="checkbox"/>        | Rétraction <input type="checkbox"/>                | Voûssure <input type="checkbox"/> |
| <b>Anomalie du surface du sein:</b>   | Aucune <input type="checkbox"/>        | Aspect en peau d'orange <input type="checkbox"/>   | Rougeur <input type="checkbox"/>  |
| <b>Anomalie aréo-mammelonnaire:</b>   | Aucune <input type="checkbox"/>        | Rétraction <input type="checkbox"/>                | Erosion <input type="checkbox"/>  |
| <b>Ecoulement hémorragique:</b>       | oui <input type="checkbox"/>           | Non <input type="checkbox"/>                       |                                   |
| <b>Palpation du sein:</b>             | Aucun nodule <input type="checkbox"/>  | Nodules <input type="checkbox"/>                   |                                   |
|                                       | Nodule: libre <input type="checkbox"/> | Fixé <input type="checkbox"/>                      |                                   |
| <b>Palpation du creux axillaire :</b> | libre <input type="checkbox"/>         | Adénopathie <input type="checkbox"/>               |                                   |
| <b>Palpation sus-claviculaire:</b>    | libre <input type="checkbox"/>         | Adénopathie <input type="checkbox"/>               |                                   |
| <b><u>Sein Gauche</u></b>             |  |  |                                   |
| <b>Anomalie du contour mammaire:</b>  | Aucune <input type="checkbox"/>        | Rétraction <input type="checkbox"/>                | Voûssure <input type="checkbox"/> |
| <b>Anomalie du surface du sein:</b>   | Aucune <input type="checkbox"/>        | Aspect en peau d'orange <input type="checkbox"/>   | Rougeur <input type="checkbox"/>  |
| <b>Anomalie aréo-mammelonnaire:</b>   | Aucune <input type="checkbox"/>        | Rétraction <input type="checkbox"/>                | Erosion <input type="checkbox"/>  |
| <b>Ecoulement hémorragique:</b>       | oui <input type="checkbox"/>           | Non <input type="checkbox"/>                       |                                   |
| <b>Palpation du sein:</b>             | Aucun nodule <input type="checkbox"/>  | Nodules <input type="checkbox"/>                   |                                   |
|                                       | Nodule: libre <input type="checkbox"/> | Fixé <input type="checkbox"/>                      |                                   |
| <b>Palpation du creux axillaire :</b> | libre <input type="checkbox"/>         | Adénopathie <input type="checkbox"/>               |                                   |
| <b>Palpation sus claviculaire :</b>   | libre <input type="checkbox"/>         | Adénopathie <input type="checkbox"/>               |                                   |
| <b><u>Conclusion</u></b>              |  |  |                                   |
| <b>Conclusion clinique:</b>           | Normale <input type="checkbox"/>       | Anormale <input type="checkbox"/>                  |                                   |
| <b>Type d'anomalie:</b>               | Nodule isolé <input type="checkbox"/>  | Nodule + Autres anomalies <input type="checkbox"/> |                                   |
| Référée au:.....                      |  |  |                                   |
| Date prochaine visite:.....           |  |  |                                   |
| <b>Signature du Médecin:</b>          |  |  |                                   |



S.I.D.C.C.

Centre de Santé/Référence.....

| Examen du Col Utérin  |   |
|---|---|
| <b>Identification</b>   |   |
| Date:.....  |   |
| Code Centre:.....N°   |   |
| Dossier:.....   |   |
| Nom:.....Prénom.....C.I.N.:.....                              |   |
| <b>Information médicale</b>                                   |   |
| <b>Programme de détection précoce du cancer du col utérin</b> |   |
| Examen  | Jonction Squamo Cylindrique visible: Complètement <input type="checkbox"/>          |
|   | Partiellement <input type="checkbox"/>  |
|   | Pas du tout <input type="checkbox"/>  |
|   | Résultat d'IVA: Négatif <input type="checkbox"/>                                    |
|   | Positif <input type="checkbox"/>  |
|   | Jonction non visible  |
| Dessin du siège   | Siège de la lésion sur le dessin suivant  |
|   |  |
| Conclusion  | Conclusion Clinique : Non Référée <input type="checkbox"/>                          |
|   | Référée <input type="checkbox"/>  |
| Référée au: .....   |   |
| Date prochaine visite:.....                                   |   |
| Médecin:.....   |   |

## Annexe 6 : Fiche de référence et de contre référence



Détection précoce du cancer du Sein et du col utérin  
Province.....



جمعية لاسلمة لمحاربة داء السرطان  
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

| Fiche de référence                       |                           |
|--|---------------------------|
| N° d'ordre.....                          | Région de.....            |
| Province de:.....                        | Formation sanitaire:..... |
| Nom et prénom:.....                      | Age:.....                 |
| Adresse:.....                            |                           |
| .....Tél:.....                           |                           |
| Donnés cliniques:.....                   |                           |
| .....                                    |                           |
| Diagnostic:.....                         |                           |
| .....                                    |                           |
| Orientée au centre de référence le:..... |                           |
| <b>Signé:</b>                            |                           |

| Fiche de contre référence                                   |                |
|---|----------------|
| N° d'ordre:.....  |                |
| Formation sanitaire:.....                                   | Province:..... |
| Nom et Prénom:.....   | Age:.....      |
| Reçu au centre de référence le:.....                        |                |
| Examen clinique à la consultation spécialisée:.....         |                |
| .....   |                |
| .....   |                |
| Résultats des examens complémentaires:.....                 |                |
| Résultats de l'examen mammographique ou colposcopique:..... |                |
| .....   |                |
| .....   |                |
| Résultats de l'examen échographique ou RAD / Biopsie:.....  |                |
| .....   |                |
| .....   |                |
| les autres examens demandés:.....                           |                |
| .....   |                |
| Diagnostic retenu:.....                                     |                |
| .....   |                |
| .....   |                |
| décision prise:.....  |                |
| A revoir le:.....   |                |
| Fait le:.....   | <b>Signé:</b>  |

## Annexe 7 : Bon de demande d'examen anatomo-pathologique du cancer du col de l'utérus et du compte rendu

|  |  |
|--|--|
| Royaume du Maroc   | Province :   |
| Ministère de la santé  |  |
| <b><u>BON D'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u></b>                   |  |
| <b><u>CANCER DU COL UTERIN</u></b>                               |  |
|  | Centre de Référence de la Santé de la<br>Reproduction..... |
|  | Médecin responsable .....                                  |
|  | Tel : .....  |
|  | Fax.....   |
| Nom : .....  | Prénom : .....   |
| Adresse : .....  |  |
| Age : .....  | Profession : .....   |
| Renseignements cliniques et colposcopiques:                      |  |
| .....  |  |
| .....  |  |
| .....  |  |
| .....  |  |
| .....  |  |
| Indication:.....   |  |
| .....  |  |
| Type de prélèvement : Biopsie <input type="checkbox"/>           | RAD <input type="checkbox"/>                               |
| Siège du prélèvement :   |  |
| Nombre de fragments : .....                                      |  |
| SIGNATURE ET CACHET  |  |
| DATE :        /        /   |  |
| .....  |  |
| <b><u>COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u></b>                  |  |
| Centre d'Anatomo-pathologie .....                                |  |
| Anatomo-pathologiste .....                                       |  |
| Tel : .....  |  |
| Fax.....   |  |
| Nom : .....  |  |
| Prénom : .....   |  |
| Date de l'examen : .....   |  |
| Résultat de l'examen :   |  |
| Normal <input type="checkbox"/>                                  | Inflammation/ Cervicite <input type="checkbox"/>           |
| Atypie : Condylome plan  | CIN 1 <input type="checkbox"/>                             |
|  | CIN2 <input type="checkbox"/>                              |
|  | CIN3 <input type="checkbox"/>                              |
| Membrane Basale: Respectée <input type="checkbox"/>              | Envahie <input type="checkbox"/>                           |
| Profondeur de l'invasion : .....                                 | Largeur de l'invasion : .....                              |
| Emboles Lymphatiques/ Vasculaires : Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/>                               |
| Conclusion Anatomo-pathologique:.....                            |  |
| .....  |  |
| .....  |  |
| SIGNATURE ET CACHET  |  |
| DATE :        /        /   |  |

## Annexe 8 : Bon de demande d'examen anatomo-pathologique du cancer du sein et du compte rendu

|   |  |
|---|--|
| Royaume du Maroc<br>Ministère de la santé   | Province :   |
| <b><u>BON D'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u></b>  |  |
| <b><u>CANCER DU SEIN</u></b>  |  |
|   | Centre de Référence de la Santé de la<br>Reproduction..... |
|   | Médecin responsable .....                                  |
|   | Tel : .....  |
|   | Fax.....   |
| Nom : ..... Prénom : . .....  |  |
| Adresse : .....   |  |
| Age : ..... Profession : .....  |  |
| Renseignements cliniques et mammographiques/ échographiques:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |  |
| Indication:.....<br>.....   |  |
| Type de prélèvement : Cytoponction <input type="checkbox"/>   | Micro biopsie <input type="checkbox"/>                     |
| Siège du prélèvement :  |  |
| Nombre de lames ou de fragments : .....   |  |
| SIGNATURE ET CACHET   | DATE :        /        /                                   |
| .....   |  |
| <b><u>COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u></b>   |  |
|   | Centre d'Anatomo-pathologie .....                          |
|   | Anatomo-pathologiste .....                                 |
|   | Tel : ..... Fax.....                                       |
| Nom : ..... Prénom : . .....  |  |
| Date de l'examen : ...../...../.....  |  |
| Résultat de l'examen :  |  |
| Normal <input type="checkbox"/>   | Bénin <input type="checkbox"/>                             |
| Suspect <input type="checkbox"/>  | Malin <input type="checkbox"/>                             |
| Conclusion Anatomo-pathologique:.....<br>.....<br>.....<br>.....  |  |
| SIGNATURE ET CACHET   | DATE :        /        /                                   |

## Annexe 9 : Bon de demande d'examen radiologique

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Royaume du Maroc<br>Ministère de la santé  | Province :                 |
| <b><u>BON DE MAMMOGRAPHIE</u></b>  |                            |
|  | Centre de santé .....      |
|  | Médecin responsable .....  |
|  | Tel : .....                |
|  | Fax.....                   |
| Nom : .....  | Prénom : .....             |
| Adresse : .....  |                            |
| Age : ..... Profession : .....   |                            |
| Renseignements cliniques :   |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| Indication:.....   |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| SIGNATURE ET CACHET  | DATE : / /                 |
| .....  |                            |
| <b><u>RESULTATS DE LA MAMMOGRAPHIE</u></b>   |                            |
|  | Centre de Radiologie ..... |
|  | Radiologue .....           |
|  | Tel : ..... Fax.....       |
| Nom : .....  | Prénom : .....             |
| Date de l'examen : ...../...../.....   |                            |
| Résultat de l'examen :   |                            |
| Sein droit :   |                            |
| Normal <input type="checkbox"/> Micro calcification <input type="checkbox"/> Opacité : Non suspecte <input type="checkbox"/> Suspecte <input type="checkbox"/> |                            |
| Localisation et taille de l'anomalie : .....   |                            |
| .....  |                            |
| Sein gauche :  |                            |
| Normal <input type="checkbox"/> Micro calcification <input type="checkbox"/> Opacité : Non suspecte <input type="checkbox"/> Suspecte <input type="checkbox"/> |                            |
| Localisation et taille de l'anomalie : .....   |                            |
| .....  |                            |
| conclusion mammographique et classification ACR:.....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| .....  |                            |
| SIGNATURE ET CACHET  | DATE : / /                 |



## Annexe 10 : Rapport de suivi

| Programme d'intégration du dépistage du cancer du sein dans la SR |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
|---|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------|
| Rapport trimestriel   |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Période du  |                        |                                     |                         | au                                   |                     |                              |                  |
| Région :  |                        |                                     |                         | Province/Préfecture :                |                     |                              |                  |
| Nombre de C.S.U :   |                        |                                     |                         | Nombre de C.S.C :                    |                     |                              |                  |
| Population cible 45 - 69 ans urbain :                             |                        |                                     |                         | Population cible 45 - 69 ans rural : |                     |                              |                  |
| Population cible 45 - 69 ans provinciale :                        |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Milieu de résidence   | Objectif participation | femmes ayant participé au dépistage | Taux de participation % | femmes référées au CR SR             | Taux de référence % | Taux de réalisation objectif | contre référence |
| Milieu urbain   |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Milieu rural  |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Total   |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |

| Programme d'intégration du diagnostic du cancer du sein dans la SR |                               |                         |                         |                        |                          |                    |               |                    |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| Rapport périodique   |                               |                         |                         |                        |                          |                    |               |                    |
| Période du   |                               | au                      |                         |                        |                          |                    |               |                    |
|  | total de femmes vues au CR SR | Femmes référées des C.S | Mammographies réalisées | Echographies réalisées | Cyto-ponctions réalisées | Biopsies demandées | cas confirmés | Taux de diagnostic |
| Milieu urbain  |                               |                         |                         |                        |                          |                    |               |                    |
| Milieu rural   |                               |                         |                         |                        |                          |                    |               |                    |
| Total  |                               |                         |                         |                        |                          |                    |               |                    |

### Rapport trimestriel prise en charge thérapeutique cancer du sein

| Milieu de résidence | femmes référées au CRO | Femmes opérées au CHP au CHR | Femmes traitées par Chimiothérapie | Femmes traitées par radiothérapie | Femmes traitées par hormonothérapie | Total femmes PEC | Tx traitement | Tx de contre référence du CRO |
|---------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------|
| Urbain              |                        |                              |                                    |                                   |                                     |                  |               |                               |
| Rural               |                        |                              |                                    |                                   |                                     |                  |               |                               |
| Total               |                        |                              |                                    |                                   |                                     |                  |               |                               |

| Programme d'intégration du dépistage du cancer du col de l'utérus dans la Santé de la Reproduction |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
|--|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------|
| Rapport trimestriel  |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Période du _____ au _____  |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Région :   |                        |                                     |                         | Province/Préfecture :                |                     |                              |                  |
| Nombre de C.S.U :  |                        |                                     |                         | Nombre de C.S.C :                    |                     |                              |                  |
| Population cible 30 - 59 ans urbain :  |                        |                                     |                         | Population cible 30 - 49 ans rural : |                     |                              |                  |
| Population cible 30 - 49 ans provinciale :   |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Milieu de résidence  | Objectif participation | femmes ayant participé au dépistage | Taux de participation % | femmes référées au CR SR             | Taux de référence % | Taux de réalisation objectif | contre référence |
| Milieu urbain  |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Milieu rural   |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |
| Total  |                        |                                     |                         |                                      |                     |                              |                  |

| Programme d'intégration du diagnostic du cancer du col utérin dans la SR |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| Rapport trimestriel  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
| Période du _____ au _____  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
|  | Total de femmes vues au CR SR | Femmes référées des C.S IVA positive | Colposcopies réalisées    | Diagnostic après colposcopie |               |                      |                    |
|  |                               |                                      |                           | Cancer invasif               | CIN bas grade | CIN Haut grade       | Taux de diagnostic |
| Milieu urbain  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
| Milieu rural   |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
| Total  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
|  | R.A.D réalisées               | Examens anapath réalisés             | Lésions intraépithéliales |                              |               | Cancer Micro invasif |                    |
|  |                               |                                      | CIN 1                     | CIN 2                        | CIN 3         | Stade 1              | Stade 2            |
| Milieu urbain  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
| Milieu rural   |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |
| Total  |                               |                                      |                           |                              |               |                      |                    |

| Rapport trimestriel prise en charge thérapeutique cancer du col utérin |                        |                              |                                    |                                   |                  |               |                               |
|--|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------|
| Milieu de résidence  | femmes référées au CRO | Femmes opérées au CHP au CHR | Femmes traitées par Chimiothérapie | Femmes traitées par radiothérapie | Total femmes PEC | Tx traitement | Tx de contre référence du CRO |
| Urbain   |                        |                              |                                    |                                   |                  |               |                               |
| Rural  |                        |                              |                                    |                                   |                  |               |                               |
| Total  |                        |                              |                                    |                                   |                  |               |                               |

## Annexe 11 : Grille de supervision du dépistage au CS

Région :

Province :

C/S :

| Formation sanitaire   |                  | Observation/Précision |              |
|---|------------------|-----------------------|--------------|
| <b>Etat de l'hygiène des locaux</b>   |                  |                       |              |
| • Salle de SMI/PF   | Bon /__/<br>/__/ | Mauv /__/<br>/__/     |              |
| • Salle de consultation   | Bon /__/<br>/__/ | Mauv /__/<br>/__/     |              |
| Existe-t-il un <b>espace réservé pour l'accueil</b> des participantes à la DPCSC ?                  | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Si oui, y a-t-il des chaises dans cet espace ?  | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| <b>Equipements</b>  |                  |                       |              |
| Salle d'examen : l'intimité des participantes est-elle respectée ?                                  | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Existe-t-il une table d'examen gynécologique ?  | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Le Centre dispose-t-il d'un appareil de stérilisation des équipements ?                           | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Si oui de quel type s'agit-il ?   | Préciser :       |                       |              |
| • Existe-t-il une source de lumière adéquate ?  | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Y a-t-il des spéculums suffisants pour réaliser l'IVA ?   | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      | Nombre :     |
| • Les spéculums utilisés sont-ils jetables ou réutilisables ?                                       | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Les spéculums réutilisables sont-ils stérilisés après chaque usage ?                              | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Les spéculums jetables sont-ils acquis par la DMS ou par les participantes ?                      | DMC /__/<br>/__/ | Part /__/<br>/__/     |              |
| • L'acide acétique est-il préparé quotidiennement ?   | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Les gants sont-ils disponibles : jetables /__/<br>/__/ ; réutilisable /__/<br>/__/                |                  |                       |              |
| • Comment est-il stocké ? pissette /__/<br>/__/ ; flacon quelconque /__/<br>/__/ ; Préciser :       |                  |                       |              |
| • Les écouvillons (tige + coton) sont-ils préparés à l'avance ?                                     | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| • Les déchets sont-ils disposés dans une poubelle ?   | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      |              |
| <b>Personnel</b>  |                  |                       |              |
| <b>Profil et nombre de personnels formés et présents</b> médecin /_F_//_P_/ ; infirmiers /_F_//_P_/ |                  |                       |              |
| La tenue réglementaire du personnel paramédical est-elle respectée ?                                | Oui /__/<br>/__/ | Non /__/<br>/__/      | Argumenter : |
| La tenue réglementaire du personnel médical est-  |                  |                       | Argumenter : |

|  |          |          |              |
|--|----------|----------|--------------|
| elle respectée ?   | Oui /__/ | Non /__/ |              |
| La tenue réglementaire du personnel chargé de l'information est-elle respectée ?   | Oui /__/ | Non /__/ | Argumenter : |
| <b>Activités de dépistage</b>  |          |          |              |
| <b>Organisation</b>  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les activités de dépistage sont-elles programmées quotidiennement /__/ ; selon un calendrier pré établi /__/ ? Préciser : fréquence</li> </ul>  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Au cas où les activités sont programmées selon un calendrier, ce dernier est-il respecté ? oui /__/ ; non /__/</li> </ul>   |          |          |              |
| <b>Information des participantes</b>   |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes sont-elles informées sur le dépistage des cancers du col et/ou du sein ? systématiquement /__/ ; parfois /__/ ; le demandent elle-même /__/ ; jamais /__/</li> </ul>   |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment l'information de la participante se fait-elle ? information collective /__/ ; information individuelle /__/</li> </ul>  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Quel support utilise-t-on pour sensibiliser les usagers des centres de santé pour leur participation au dépistage ? support écrit /__/ ; un film /__/ ; Autre /__/ préciser :</li> </ul>                                  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il un support où sont enregistrées les femmes qui acceptent de participer au dépistage ? oui /__/ ; non</li> </ul>  |          |          |              |
| <b>Examen</b>  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestations du dépistage du cancer du sein sont-elles dispensées ?</li> </ul>   | Oui/__/  | Non /__/ | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestations du dépistage du cancer du col sont-elles dispensées ?</li> </ul>  | Oui/__/  | Non /__/ | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>L'examen des seins est-il pratiqué conformément aux instructions données au cours de la formation ?</li> </ul>  | Oui /__/ | Non /__/ | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>L'IVA est-elle pratiquée conformément aux instructions données au cours de la formation ?</li> </ul>  | Oui/__/  | Non /__/ | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de référence clinique pour l'IVA est-il couramment utilisé ?</li> </ul>  | Oui/__/  | Non /__/ | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La participante au dépistage est-elle informée sur l'observance du dépistage (2 ans pour le sein et 3 ans pour le col) ?</li> </ul>   | Oui /__/ | Non /__/ |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de d'anomalie (suspicion d'anomalie du sein, ou de lésion du col), la participante est-elle informée systématiquement sur le résultat avant d'être référée au CR SR /__/ ; non informée et référée /__/</li> </ul> |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de d'anomalie, le RV pour le CR SR est-il donné au CS /__/ ; la femme est référée au CR SR où le RV est donné /__/</li> </ul>  |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La participante est-elle informée sur l'importance du prochain rendez-vous ?</li> </ul>   | Oui/__/  | Non /__/ |              |
| <b>Système d'information</b>   |          |          |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce qu'il existe un registre spécifique pour le dépistage des cancers du sein et du col ?</li> </ul>   | Oui/__/  | Non /__/ |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les dossiers des participantes et les fiches de référence sont-ils disponibles ?</li> </ul>   | Oui/__/  | Non /__/ |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les dossiers des participantes sont-ils correctement utilisés ?</li> </ul>  | Oui/__/  | Non /__/ |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>les données recueillies sont-elles saisies sur les ordinateurs ?</li> </ul>   | Oui/__/  | Non /__/ |              |

| <b>Gestion du programme</b>   |             |           |  |
|---|-------------|-----------|--|
| • Y a-t-il un plan d'action spécifique au CS ?  | Oui /__/    | Non /__/  |  |
| • Y a-t-il un tableau de bord affiché concernant le dépistage des cancers du sein et du col ? | Oui/__/     | Non /__/  |  |
| • Les rapports d'activités sont-ils disponibles ?   | Oui/__/     | Non /__/  |  |
| <b>Vérification des Indicateurs</b>   |             |           |  |
| • Taux de participation par type de cancer  | Col<br>/__/ | Sein /__/ |  |
| • Taux de référence   | Col<br>/__/ | Sein /__/ |  |
| • Taux de pertues de vue  | Col<br>/__/ | Sein /__/ |  |
| • Nombre de contre référence reçues des centres de référence                                  | Col<br>/__/ | Sein /__/ |  |
| • Nombre de contre références reçues des centres d'oncologie                                  | Col<br>/__/ | Sein /__/ |  |
| <b>Gestion des équipements et des produits</b>  |             |           |  |
| • Les documents de gestion des équipements et des produits sont-ils mis à jour ?              | Oui/__/     | Non /__/  |  |
| • La conservation de l'acide acétique se fait-elle selon les normes enseignées ?              | Oui/__/     | Non /__/  |  |
| <b>Commentaires et recommandations générales</b>  |             |           |  |
| • Points forts  |             |           |  |
| • Points faibles  |             |           |  |
| • Points à améliorer  |             |           |  |
| • Supervisé   |             |           |  |
| • Superviseur   |             |           |  |
| • Date et signature   |             |           |  |

## Annexe 12 : Grille de supervision du CR SR

Région :

Province :

CR SR :

| Formation sanitaire   |              |             | Observation/Précision |
|---|--------------|-------------|-----------------------|
| <b>Etat de l'hygiène des locaux</b>   |              |             |                       |
| • Espace d'accueil  | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| • Salles des consultations  | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| • Salle de colposcopie  | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| • Salle de mammographie   | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| • Salle des actes   | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| • Salle d'observation   | Bon / __ /   | Mauv / __ / |                       |
| <b>Equipements</b>  |              |             |                       |
| Salles d'examen : l'intimité des participantes est-elle respectée ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Existe-t-il une table d'examen gynécologique ?  | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Le Centre dispose-t-il d'un appareil de stérilisation des équipements ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Si oui de quel type s'agit-il ?   | Préciser :   |             |                       |
| • Existe-t-il une source de lumière adéquate ?  | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Y a-t-il des spéculums suffisants pour réaliser l'examen gynécologique ?  | Oui / __ /   | Non / __ /  | Nombre :              |
| • Les spéculums utilisés sont-ils jetables ou réutilisables ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Les spéculums réutilisables sont-ils stérilisés après chaque usage ?  | Ou i / __ /  | Non / __ /  |                       |
| • Les spéculums jetables sont-ils acquis par la DMS ou par les participantes ?  | DMC / __ /   | Part / __ / |                       |
| • L'acide acétique et le Lugol sont-ils préparés quotidiennement ?  | Ou i / __ /  | Non / __ /  |                       |
| • Comment sont-ils stockés ? pissette / __ / ; flacon quelconque / __ / ; Préciser :  |              |             |                       |
| • Les gants sont-ils disponibles : jetables / __ / ; réutilisables / __ /   |              |             |                       |
| • Les écouvillons (tige + coton) sont-ils préparés à l'avance ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Les déchets sont-ils disposés dans une poubelle ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Les pinces, les anses diathermiques... sont-ils disposés dans des boîtes conformément aux recommandations de la formation ? | Ou i / __ /  | Non / __ /  |                       |
| • Le colposcope est-il bien entretenu ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Le colposcope est-il opérationnel ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Le CR dispose-t-il d'un appareil de mammographie et d'un échographe ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Si oui sont-ils opérationnels ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Y a-t-il un négatoscope ?   | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Les radios effectuées sont-elles archivées ?  | Oui / __ /   | Non / __ /  |                       |
| • Sinon pourquoi ?  | Argumenter : |             |                       |
| <b>Personnel</b>  |              |             |                       |
| <b>Profil et nombre de personnels formés et présents</b> médecin / _F_ / _P_ / ; infirmiers / _F_ / _P_ /                     |              |             |                       |

|   |                                       |            |              |
|---|---------------------------------------|------------|--------------|
| La tenue réglementaire du personnel paramédical est-elle respectée ?  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| La tenue réglementaire du personnel médical est-elle respectée ?  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| La tenue réglementaire du personnel chargé de l'information est-elle respectée ?  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| <b>Activités de diagnostic</b>  |                                       |            |              |
| <b>Organisation</b>   |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les activités de diagnostic sont-elles programmées quotidiennement / __ / ; selon un calendrier pré établi / / ? Préciser : fréquence</li> </ul>   |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Au cas où les activités sont programmées selon un calendrier, ce dernier est-il respecté ? oui / __ / ; non / /</li> </ul>   |                                       |            |              |
| <b>Information des participantes</b>  |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment l'information des patients se fait-elle ? information collective / __ / ; information individuelle / /</li> </ul>  |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Quel support utilise-t-on pour informer les usagers des centres de référence sur les activités du diagnostic ? support écrit / / ; un film / / ; Autre / / préciser :</li> </ul>                       |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Y a-t-il un registre où sont enregistrées les femmes qui arrivent du CS après le dépistage ? oui / / ; non</li> </ul>  |                                       |            |              |
| <b>Examen</b>   |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>L'examen clinique des seins est-il systématiquement refait par le médecin spécialiste ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La mammographie est elle faite systématiquement à toutes les femmes référées pour anomalie du sein ?</li> </ul>  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>L'échographie est-elle systématiquement pratiquée avec la mammographie ou seulement sur indication ?</li> </ul>  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La cytoponction est-elle pratiquée le même jour que la mammographie ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinon quand ? sur RV ?</li> </ul>  | Estimer en nb de jours le délai du RV |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La biopsie du sein est-elle pratiquée dans le CR SR ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La colposcopie est elle faite systématiquement ?</li> </ul>  | Oui / __ /                            | Non / __ / | Argumenter : |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La résection à l'anse diathermique est-elle pratiquée systématiquement à toute transformation atypique quelque soit le grade de la lésion ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La pièce anatomique réséquée est-elle examinée au centre de référence ou adressée au laboratoire d'anatomie pathologie ? Sur place / __ / ; Labo anapath Hôpital / __ / ; Labo privé / /</li> </ul>    |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de confirmation du diagnostic de cancer, qui est chargé de communiquer le résultat à la patiente ? Médecin gynécologue / / ; Infirmière / / ; médecin chef / / ou autre : Préciser :</li> </ul> |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Quel document est utilisé pour la référence des femmes aux centres de traitement ? fiche de référence / / ; carnet de santé / / autre à préciser :</li> </ul>  |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Une fois le traitement mis en route, y a-t-il un feedback du centre de traitement ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / |              |
| <b>Système d'information</b>  |                                       |            |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce qu'il existe un registre spécifique pour le diagnostic des cancers du sein et du col ?</li> </ul>   | Oui / __ /                            | Non / __ / |              |

|   |               |             |  |
|---|---------------|-------------|--|
| • Les dossiers des participantes et les fiches de référence sont-ils disponibles ?                          | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| • Les dossiers des participantes sont-ils correctement utilisés ?   | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| • les données recueillies sont-elles saisies sur les ordinateurs ?  | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| <b>Gestion du programme</b>   |               |             |  |
| • Y a-t-il un plan d'action spécifique au CR ?  | Oui / __ /    | Non / __ /  |  |
| • Y a-t-il un tableau de bord affiché concernant le dépistage et diagnostic des cancers du sein et du col ? | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| • Les rapports d'activités sont-ils disponibles ?   | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| <b>Vérification des Indicateurs</b>   |               |             |  |
| • Nombre de femmes reçues des CS  | Col<br>/ __ / | Sein / __ / |  |
| • Taux de diagnostic  | Col<br>/ __ / | Sein / __ / |  |
| • Taux de traitement  | Col<br>/ __ / | Sein / __ / |  |
| • Taux de perdues de vue  | Col<br>/ __ / | Sein / __ / |  |
| • Nombre de contre référence reçues des centres d'oncologie   | Col<br>/ __ / | Sein / __ / |  |
| <b>Gestion des équipements et des produits</b>  |               |             |  |
| • Les documents de gestion des équipements et des produits sont-ils mis à jour ?                            | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| • La conservation de l'acide acétique se fait-elle selon les normes enseignées ?                            | Oui/ __ /     | Non / __ /  |  |
| <b>Commentaires et recommandations générales</b>  |               |             |  |
| • Points forts  |               |             |  |
| • Points faibles  |               |             |  |
| • Points à améliorer  |               |             |  |
| • Supervisé   |               |             |  |
| • Superviseur   |               |             |  |
| • Date et signature   |               |             |  |



## **LISTE DE REFERENCES :**

7. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer du Maroc 2010-2019
8. Registre des Cancers de la région du Grand Casablanca: année 2004, édition 2007
9. La lutte contre le cancer du col de l'utérus « Guide des pratiques essentielles » OMS 2007
10. Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies Cervicales ; Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), publication technique N°41, Lyon 2004
11. Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales « Manuel à l'usage des débutants » Lyon 2004.
12. Atlas du corps humain Version 2006
13. Dictionnaire virtuel du corps humain
14. Syrjänen and Syrjänen. HPV and cervical adenocarcinoma. In: Papillomavirus infections in human pathology. Wiley & Sons, Chichester; 2000. P.189–206.
15. Clifford et al. Int Papillomavirus Conférence 2004.