DIRECTIVES NATIONALE POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CAMEROUN





Ministère de la Santé Publique

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES ii

PREFACE vi

REMERCIEMENTS vi

SIGLES ET ABREVIATIONS vii

LISTE DES TABLEAUX ix

LISTE DES FIGURES x

DEFINITION DES TERMES OPERATIONNELS x

RESUME EXECUTIF xi

PREMIERE PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC 1

CHAPITRE 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 2

1.1 INTRODUCTION 2

1.2 CIBLES DU DOCUMENT 3

1.3 OBJECTIF DU DOCUMENT 3

1.3.1 Objectif général 3

1.3.2 Objectifs spécifiques 3

1.4 PROCESSUS D'ELABORATION DU DOCUMENT 3

CHAPITRE 2. MODALITES DE DEPISTAGE 5

2.1. APERÇU ET OBJECTIFS DU DEPISTAGE 5

2.2. MOYEN ET METHODES 5

2.2.1. Auto-Examen des Seins (AES) 5

2.2.2. Examen clinique des seins : ECS 6

2.2.3. Mammographie : 6

2.2.4. Echographie mammaire 8

2.2.5. IRM Mammaire 8

2.3. STANDARDISATION DU COMPTE-RENDU DE L'IMAGERIE MAMMAIRE 8

CHAPITRE 3. EVALUATION DU RISQUE 11

3.1. FACTEURS DE RISQUE DEMONTRES 11

3.2. FACTEURS DE RISQUE DISCUTES 11

3.3. CALCUL DU RISQUE 11

CHAPITRE 4. INDICATIONS ET FREQUENCE DE DEPISTAGE 12

4.1. POPULATION GENERALE 12

4.2. POPULATION A RISQUE 12

CHAPITRE 5. MODALITES DIAGNOSTIC 13

5.1. IMAGERIE DE DIAGNOSTIC..... 13
5.2. EXAMEN HISTOLOGIQUE..... 13
5.2.1. Aspiration ou ponction cytologique 13
5.2.2. Biopsie a l'aiguille..... 13
5.2.3. Biopsie chirurgicale 14
5.2.4. Prélèvement ganglionnaire 14
5.3. STANDARDISATION D'UN COMPTE RENDU DE CYTOLOGIE MAMMAIRE SELON L'INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGISTS (IAC) 14

DEUXIEME PARTIE : ASPECTS PROGRAMMATIQUES DU DEPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC 16

CHAPITRE 6. ORGANISATION DU DEPISTAGE-DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN ... 17
6.1. NIVEAUX DE DEPISTAGE 17
6.1.1. Communautaire 17
6.1.2. Centre de Santé Intégré/Centre Médical d'Arrondissement 17
6.1.3. Centre de dépistage permanent et de diagnostic précoce (C2D2P) 17
6.2. MISE EN ŒUVRE DU DEPISTAGE 17
6.2.1. Critères d'éligibilité 17
6.2.2. Identification de la population cible 18
6.2.3. Déroulement du dépistage 18
6.2.4. Déroulement du diagnostic 19
6.2.5. Notifications de rendez-vous 21
6.3. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET PROMOTION A LA PARTICIPATION ... 21
CHAPITRE 7. GESTION DES DONNEES 23
7.1. DONNEES DE ROUTINE 23
7.2 CIRCUIT DES DONNEES 28
7.3 ARCHIVAGE DES DOSSIERS 29
CHAPITRE 8. ASSURANCE QUALITE 30
8.1. STRUCTURE 30
8.2. PROCESSUS 31
8.3. RESULTATS 32
8.4. GESTION DES PLAINTES 33
CHAPITRE 9. CAMPAGNE DE DEPISTAGE 35
9.1. OBJECTIFS DU DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE 35
9.2. APPROCHE ORGANISATIONNELLE ET LOGISTIQUE 35
9.2.1. Préalable 35
9.2.2. Acteurs impliqués 35
9.3. MODALITES DU DEPISTAGE..... 35

9.4. STRATEGIE DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE 36
9.5. DEROULEMENT D'UNE CAMPAGNE DE DEPISTAGE 37
9.6. SYSTEME DE STOCKAGE ET D'ACHEMINEMENT DES ECHANTILLONS 37
9.7. SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES CAS POSITIFS 38
9.8. GESTION DES DONNEES DES CAMPAGNES 38
CHAPITRE 10. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION 40
10.1. LEADERSHIP DU CNLCA ET DES C2D2P 40
10.2. ROLES DES AUTRES PARTIES PRENANTES 40
10.3. MECANISMES DE COORDINATION 45
10.4. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION ET DE RETRO-INFORMATION 45
CHAPITRE 11. FORMATION ET AMELIORATION CONTINUE 47
11.1. OBJECTIFS DE LA FORMATION ET DE L'AMELIORATION CONTINUE..... 47
11.2. PUBLIC CIBLE 47
11.3. CONTENU DE LA FORMATION 47
11.3.1. Formation Initiale : 47
11.3.2. Formation Continue et Perfectionnement 47
11.4. ÉVALUATIONS ET CERTIFICATION 48
11.5. FORMATION PAR LA PRATIQUE ET SUPERVISION 48
11.6. OUTILS ET SUPPORTS DE FORMATION 48
11.7. MECANISMES D'AMELIORATION CONTINUE 48
11.7.1. Suivi et Évaluation des Performances 48
11.7.2. Intégration de la Recherche et de l'Innovation ..... 48 *11.7.3. Collaboration Multisectorielle et Mobilisation des Ressources* 48

TROISIEME PARTIE : PLAN OPÉRATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DES DIRECTIVES NATIONALES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN 49

12.1. APPROCHE STRATÉGIQUE ET PHASAGE 50
12.1.1. Stratégie globale 50
12.1.2. Phasage 2026-2030 50
12.1.3. Principes directeurs 50
12.2. AXES STRATÉGIQUES ET ACTIVITÉS 50
12.3. BUDGET CONSOLIDÉ 2026-2030 55
12.3.1. Budget global par axe stratégique 55
12.3.2. Budget annuel 56
12.3.3. Sources de financement 56
12.4. CIBLES QUANTITATIVES 2026-2030 56
12.4.1. Cibles de dépistage 56
12.4.2. Cibles de capacités 57

12.5. DISPOSITIF DE COORDINATION ET DE PILOTAGE 57
12.5.1. Organes de gouvernance 57
12.5.2. Mécanismes de suivi-évaluation 58
12.6. RISQUES ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION 59
12.7. CADRE DE DURABILITÉ 59
12.7.1. Stratégies de pérennisation 59
12.8. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE 60
12.8.1. Lancement du programme 60
12.8.2. Déploiement par phase 60
12.8.3. Mécanismes de coordination opérationnelle 63
12.9. MÉCANISMES DE SUIVI-ÉVALUATION 63
12.9.1. Cadre de suivi-évaluation 63
12.9.2. Indicateurs de suivi-évaluation 64
12.9.3. Mécanismes de contrôle qualité 65
12.9.4. Apprentissage et amélioration continue 66
12.10. STRATÉGIES DE COMMUNICATION 66
12.10.1. Communication externe (grand public) 66
12.10.2. Communication interne (acteurs du programme) 67
12.10.3. Communication institutionnelle (plaidoyer) 67
12.11. CONCLUSION 68
REFERENCES 69
ANNEXES 71
A. COMPTE-RENDU D'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS 71
B. COMPTE RENDU D'IMAGERIE (MAMMOGRAPHIE OU ECHOGRAPHIE MAMMAIRE) 72
C. COMPTE RENDU D'ANATOMOCYTOPATHOLOGIE 73
D. NORMES POUR LE DEPISTAGE 74
1. Fiche technique pour l'auto-examen des seins 75
2. Fiche technique pour l'examen clinique des seins 76
3. Fiche technique mammographie 78
4. Fiche technique pour l'échographie mammaire 80
5. Fiche technique pour l'IRM Mammaire 81
6. Fiche technique pour la cytoponction à l'aiguille fine 82
7. Fiche technique pour la biopsie au trocart 83
8. Anomalies détectées à l'imagerie mammaire 85
9. Critères évocateurs de malignité à l'échographie mammaire 86
10. Critères de malignité à l'IRM mammaire 86

PREFACE



Le Cameroun est engagé dans un combat perpétuel contre les maladies chroniques non transmissibles et plus particulièrement, les cancers dont le double fardeau sur les populations et l'économie **nationale est à la hauteur des enjeux de structuration de notre système de santé.**

Les données épidémiologiques disponibles révèlent une situation préoccupante avec 20 745 nouveaux cas de cancer et 13 199 décès enregistrés annuellement, soit un taux de mortalité supérieur à 63 %. Les femmes sont particulièrement touchées, représentant 59 % des nouveaux cas. Les cancers les plus fréquents incluent le cancer du sein, du col de l'utérus, de la prostate, les **lymphomes, le cancer du foie et les cancers colorectaux.**

Dans ce contexte, le cancer du sein, première cause de mortalité par cancer chez la femme au Cameroun, s'impose comme une priorité de santé publique. Face à l'augmentation de son **incidence et à la persistance des diagnostics tardifs, le Ministère de la Santé Publique a élaboré les Directives nationales pour le dépistage du cancer du sein, dans le cadre de la** mise en œuvre des politiques nationales de prévention.

Elles ont été élaborées dans un contexte où la prévention primaire et secondaire apparaissent au cœur des priorités d'action de notre système de santé. Elles visent à fournir **un cadre méthodologique clair et fondé sur des données probantes pour la mise en place** d'un programme de dépistage efficace et adapté aux réalités locales **; toute chose qui** permettra à terme d'harmoniser les actions et interventions quelles que soient les acteurs et leur niveau dans la pyramide sanitaire. Il s'agira aussi bien des déci**deurs, des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers.**

Je nourris donc le vœu et l'ambition que ces directives contribuent à l'amélioration de la **santé des femmes au Cameroun en favorisant un diagnostic plus précoce, une prise en charge rapide et une réduction significative de la mortalité liée à cette maladie.**

Dr Manaouda Malachie,
Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

L'élaboration des Directives Nationales pour le Dépistage du Cancer du Sein au Cameroun s'est déroulée sous l'égide du Comité National de Lutte contre le Cancer et de la Sous**direction de la Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles du Ministère de la Santé Publique.**

Ce travail a nécessité la mobilisation, l'engagement et la collaboration de nombreux acteurs issus de divers horizons, tous œuvrant dans le secteur de la santé, et plus spécifiquement **dans le domaine de la lutte contre le cancer du sein. Nous adressons nos sincères remerciements :**

- **Aux différentes directions et programmes du Ministère de la Santé Publique, pour leur précieuse relecture et les nombreuses observations ayant contribué à rendre ce document à la fois pratique et adapté au contexte national ;**
- Au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille ainsi qu'au Ministère des **Affaires Sociales, pour leur engagement et leur participation active tout au long du** processus, permettant d'en faire un document exhaustif, intégré et inclusif ;
- **Aux Sociétés Savantes notamment la Société Camerounaise de Sénologie (SOCASEIN), la Société des Gynécologues Obstétriciens du Cameroun (SOGOC) et la Société** Camerounaise d'Oncologie (SCON), dont les recommandations ont permis d'aligner **ces directives sur les standards et bonnes pratiques internationales ;**
- **Aux professionnels de santé (oncologues, gynécologues, radiologues, médecins généralistes, infirmiers et sage-femmes) et experts, pour leur contribution essentielle à** l'évaluation de la faisabilité et du réalisme de ces directives sur le terrain ;
- **Aux chercheurs et institutions académiques, dont les travaux ont constitué des** fondations solides sur lesquelles ce document s'appuie ;
- **Aux associations engagées dans la lutte contre le cancer et aux organisations de la société civile, pour leurs contributions déterminantes sur les volets communautaire et participatif ;**
- À Vital Strategies, à l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi qu'à l'ensemble des **partenaires techniques et financiers, pour leur appui technique et financier tout au long du processus.**

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLE	SIGNIFICATION

AAF	:	Aspiration a l'aiguille fine
ACR	:	American College of Radiology
ADN	:	Acide Désoxyribonucléique
AES	:	Auto-Examen des Seins
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
ASCO	:	American Society of Clinical Oncology
BI-RADS	:	Breast Imaging-Reporting and Data System
C2D2P	:	Centre de Dépistage Permanent et de Diagnostic Précoce
CIRC	:	Centre International de Recherche sur le Cancer
CSA	:	Centre de Santé Ambulatoire
CSI	:	Centre de Santé Intégré
DHIS2	:	District Health Information System 2
DRSP	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
ECS	:	Examen Clinique des Seins
FFDM	:	Full Field Digital Mammography (Mammographie Numérique Plein Champ)
GDE	:	Gestion des Dossiers Electronique
IAC	:	International Academy of Cytologists
IARC	:	International Agency for Research on Cancer
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
JAMA	:	Journal of the American Medical Association
KAP	:	Knowledge, Attitude, Practice (Connaissances, Attitudes et Pratiques)
MGG	:	May-Grünwald-Giemsa (technique de coloration cytologique)
MINAS	:	Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE	:	Ministère de la Santé Publique
MINPROFF	:	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MLO	:	Medio-Lateral Oblique (Incidence oblique médio-latérale en mammographie)

NCI	:	National Cancer Institute (USA)
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PEC	:	Prise en Charge
QES	:	Quadrant Externe Supérieur
QIS	:	Quadrant Interne Supérieur
QIS/QES	:	Quadrants du Sein utilisés pour la localisation
RCP	:	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SCON	:	Société Camerounaise d'Oncologie
SMS	:	Short Message Service
SOCASEIN	:	Société Camerounaise de Sénologie
SOGOC	:	Société des Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
THS	:	Traitement Hormonal Substitutif
TND	:	Tomosynthèse Numérique
UPEC	:	Unité de Prise en Charge
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	:	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Classification de BI-RADS 9

Tableau 2: Indication et fréquence de dépistage 12

Tableau 3: type de supports de données par étape du parcours de soins 23

Tableau 4: caractéristiques des supports de données 23

Tableau 5: composantes de la structure 30

Tableau 6: récapitulatif du processus 31

Tableau 7: mesure de la performance 32

Tableau 8: Rôles et responsabilités des différents acteurs 41

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Algorithme de depistage CSI/CMA 18

Figure 2: Algorithme du dépistage dans le C2D2P 19

Figure 3: Algorithme de diagnostic 20

Figure 4: Circuit des données 29

Figure 5: Positions lors de l'inspection *Source : https://moodz.co/blogs/infos/octobre-rose-tout-sur-l-auto-palpation-mammaire)* 76

Figure 6: Examen des seins Manuel Merck, A inspection des seins patientes assisse en position naturelle, BCD inspection des seins patientes assisse avec manœuvre dynamique, E palpation des aires ganglionnaires EG palpation des seins dans le sens des aiguilles d'une montre. **..... 77**

Figure 7: Représentation schématique du rapport de l'examen clinique des seins source : atlas of breast cancer early detection 77

DEFINITION DES TERMES OPERATIONNELS

- **Allaitement : Période physiologique de production de lait maternel, généralement postpartum.**
- **Auto-Examen des Seins (AES) : est une méthode simple, réalisée par la femme elle-même, visant à détecter précocement toute anomalie mammaire en observant et en palpant régulièrement ses seins.**
- **BI-RADS : Classification standardisée utilisée pour interpréter les résultats de mammographie,** avec des scores allant de 0 (nécessité d'examens complémentaires) à 6 (cancer confirmé).
- **Cancer du sein : Maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules anormales dans le tissu mammaire.**
- **Cas suspect : Résultat anormal au dépistage nécessitant des investigations supplémentaires pour confirmer ou infirmer un cancer.**
- **Dépistage :** Processus visant à identifier les personnes à risque ou atteintes d'une maladie avant l'apparition de symptômes, afin de favoriser une prise en charge précoce.
- **Diagnostic :** Processus médical confirmant la présence ou l'absence d'une maladie (ex. biopsie **après une mammographie anormale).**
- **Examen clinique des seins (ECS) : Palpation et inspection des seins par un professionnel de santé** pour identifier d'éventuelles anomalies.

- **Faux positif :** Résultat de dépistage erroné suggérant un cancer alors qu'il est absent, entraînant **des examens inutiles et du stress.**
- **Faux négatif :** Résultat de dépistage erroné indiquant à tort l'absence de cancer alors qu'il est **présent.**
- **Facteurs de risque : Éléments augmentant la probabilité de développer un cancer du sein (ex. antécédents familiaux, mutations génétiques, âge avancé).**
- **IRM : L'IRM, ou imagerie par résonance magnétique, est une technique d'imagerie médicale qui permet d'obtenir des images détaillées des structures internes du corps sans utiliser de rayons X.**
- **Lactation : Période de production de lait par les glandes mammaires après un accouchement.**
- **Mammographie : Examen radiographique des seins permettant de détecter des anomalies précoces pouvant être liées à un cancer.**
- **Mammographie de dépistage : La mammographie de dépistage est un examen radiologique essentiel dans la détection précoce du cancer du sein qui permet de détecter des anomalies à un stade précoce, augmentant ainsi les chances de traitement efficace et de guérison.**
- **Mammographie de diagnostic : examen radiologique essentiel pour le diagnostic des anomalies mammaires, permettant de détecter précocement des cancers du sein.**
- **Participantes : Individus inclus dans un programme de dépistage ou une étude.**
- **Population cible : Ensemble des femmes et des hommes éligibles au dépistage en fonction de leur âge et de leur niveau de risque.**
- **Référencement : Orientation des patientes suspectes vers des structures spécialisées pour confirmation diagnostique.**
- **Taux de survie : Pourcentage de patients survivants après un diagnostic de cancer sur une période donnée (ex. survie à 5 ans).**
- **Triple négatif : Sous-type de cancer du sein ne présentant pas de récepteurs hormonaux** (œstrogène, progestérone, HER2), généralement plus agressif et difficile à traiter.

RESUME EXECUTIF

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme au Cameroun, avec une incidence en constante augmentation. Bien que rare, cette maladie peut également toucher les hommes, représentant environ 1 % des cas.

Dans notre contexte, le profil épidémiologique du cancer du sein est caractérisé par une forte proportion de cas diagnostiqués à un stade avancé, entraînant des taux de survie faibles comparativement à ceux observés dans les pays développés. Cette situation se traduit aussi par des coûts de prise en charge particulièrement élevés. Ces constats reflètent des insuffisances du système de santé, notamment en ce qui concerne la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de **dépistage, de diagnostic et de traitement.**

Conscient de ces enjeux, et dans l'optique d'améliorer significativement la qualité de la prise en charge et d'inverser la tendance actuelle, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé dans l'élaboration de **directives nationales pour le dépistage du cancer du sein. Ces directives constituent une base** normative essentielle pour la mise en œuvre d'un programme national structuré de dépistage, tout en **fournissant des orientations claires et applicables pour guider les activités déjà en cours à travers le pays. Le document présente de manière** synthétique les modalités de dépistage reconnues à l'échelle **internationale, afin de faciliter l'information des acteurs concernés. Il aborde notamment :**

- **Les personnes cibles du dépistage,**

- **Les normes de dépistage (méthodes et moyens),**

- **La fréquence (ou intervalle) des dépistages,**
- **Et le séquençage des différentes étapes du processus.**

Au-delà des aspects techniques, les directives couvrent également la dimension programmatique, en s'adressant spécifiquement aux responsables de programmes et aux gestionnaires de structures de **santé. Elles fournissent un aperçu des différentes structures impliqués ainsi que leur cahier de charge.**

Des sections spécifiques sont consacrées à :

- L'assurance qualité,
- **La gestion des données,**
- **Et la formation continue des intervenants.**

Enfin, le document met en lumière les mécanismes de coordination, de pilotage stratégique et de suiviévaluation, avec une proposition d'indicateurs clés pour le suivi des performances et l'amélioration **continue du programme.**

Selon le Global Burden Of Cancer 2020 (GLOBOCAN 2020), près de 20 745 nouveaux cas de cancers sont attendus chaque année ; dans ce même rapport, le cancer serait responsable d'environ 13 199 **décès par an avec un ratio mortalité sur incidence supérieur à 63% (Sung et al., 2021). En matière** d'incidence, les femmes sont les plus affectées avec 12 235 nouveaux cas chaque année contre 8 510 nouveaux cas chaque année chez les hommes. En termes d'incidence annuelle, les principaux cancers **sont (Sung et al., 2021)** : • Le cancer du sein (4170 nouveaux cas) ; • Le cancer du col de l'utérus (2 770 nouveaux cas) ; • Le cancer de la prostate (2 189 nouveaux cas) ; • Les lymphomes (1638 nouveaux cas) • Le cancer du foie (775 nouveaux cas) ; • Les cancers colorectaux (474 **nouveaux cas).**

PREMIERE PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC

CHAPITRE 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 INTRODUCTION

Le cancer du sein représente un fardeau majeur pour les systèmes de santé dans le monde. Selon les données épidémiologiques les plus récentes, il constitue la deuxième cause de cancer en termes d'incidence, avec environ 2,3 millions de nouveaux cas enregistrés en 2022, soit 11,6 % de l'ensemble **des cancers diagnostiqués cette année-**là. Il s'agit également **du cancer le plus fréquent chez les** femmes à l'échelle mondiale. Bien qu'il ne soit que la quatrième cause de mortalité par cancer, il a été **responsable de quelque 666 000 décès en 2022, soit 6,9 % des décès dus au cancer.[1] Les taux** d'incidence varient considérablement selon les régions, reflétant des différences en matière de facteurs de risque, de couverture des programmes de dépistage et d'accès aux soins. En Afrique **subsaharienne, plus de 129 400 nouveaux cas ont été recensés en 2020, faisant du cancer du sein le** plus fréquent chez les femmes, parfois à égalité avec le cancer du col de l'utérus en termes de **mortalité.[2] Les taux de survie à cinq ans, quant à eux, oscillent entre 85 et 90 % dans les pays à revenu élevé, mais chutent à des niveaux compris entre 30 et 60 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces écarts traduisent les retards au diagnostic, les di**fficultés d'accès aux soins **spécialisés et les ruptures dans la continuité des traitements.[3,4]**

Bien que le cancer du sein puisse affecter les deux sexes, il constitue un lourd fardeau principalement pour les femmes. Cette réalité impose à la lutte contre cette maladie une forte dimension liée à l'équité **de genre, à la dignité humaine et aux droits fondamentaux. Dans nos sociétés, la femme représente souvent un pilier du foyer et un vecteur clé de stabilité au sein des communautés. En Afrique subsaharienne, près de la moitié des décès liés au cancer du sein surviennent chez des femmes de moins de 50 ans[5], on note également une prévalence plus élevée de tumeurs agressives, notamment les cancers triples négatifs et HER2+ dans cette région[6,7]. Chaque décès entraîne en moyenne deux enfants orphelins, soit environ 210 orphelins pour 100 femmes décédées, la majorité étant mineurs.** Ce lourd tribut social souligne l'urgence de renforcer les actions de prévention, de détection précoce **et de soutien aux familles.[8,9]**

Malgré les progrès significatifs enregistrés au cours des dernières décennies avec une vingtaine de pays parvenant à réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 2 % par an sur trois années consécutives, contribuant ainsi à une baisse globale allant jusqu'à 40 % ces avancées restent **largement concentrées dans les pays à revenu élevé. Cette réussite met en évidence une inégalité flagrante : dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les taux de mortalité demeurent élevés en** raison de diagnostics souvent tardifs et d'un accès limité à des traitements de qualité. Si aucune action **déci**sive n'est entreprise, les projections mondiales annoncent une aggravation du fardeau : environ 2,74 millions de nouveaux cas et 857 000 décès par an sont attendus d'ici à 2030, et jusqu'à 3,19 millions de cas et 1,04 million de décès à l'horizon 2040.[10]

Au Cameroun les cancers génésiques représentent près de la moitié des cas de cancer chez la femme, touchant souvent des patientes relativement jeunes[11]. En 2022, selon les estimations du Global Cancer Observatory (Globocan), 4207 cas de cancer du sein ont été enregistrés au Cameroun, dont plus de la moitié soit 2285 décédées la même année. Cette situation s'inscrit dans une tendance à la hausse observée depuis 2010, avec une augmentation progressive de l'incidence et de la mortalité**, les cas** étant passés d'environ **1200 à plus de 4200, et les décès de 800 à près de 2800 en douze ans [12,13]. On note également une proportion élevée de tumeurs triple-négatives qui touche en majorité les femmes âgées de 30 à 39 ans[1415].**

Ce profil moléculaire agressif ainsi que l'accès limité aux **traitements rendent indispensable une stratégie axée sur la détection précoce renforcée par des mesures ciblées sur les jeunes femmes et les groupes à risque**. L'objectif **étant de diagnostiquer 60 % des cancers du sein aux stades I ou II, moments où les traitements sont plus efficaces, mieux supportés par les patientes et significativement moins coûteux. Le pays fait face à des défis spécifiques : un système de santé confronté à des inégalités dans la répartition des soins, une sensibilisation encore insuffisante au dépistage précoce et des obstacles structurels pour garantir un suivi de qualité. Dans ce contexte, il devient essentiel** d'impliquer toutes les sectorielles concernées, et les acteurs communautaires, notamment les

acteurs locaux et les organisations non gouvernementales, pour renforcer la sensibilisation et soutenir la mise en place de pratiques de dépistage adaptées au niveau local. Ces acteurs jouent un rôle crucial pour pallier les lacunes des services de santé formels et étendre la diffusion des messages de prévention et les stratégies de dépistage aux communautés les plus vulnérables.

Conscient de ces enjeux, le Ministère de la Santé Publique, à travers le Comité National de Lutte contre le Cancer, s'est engagé à intensifier les efforts en matière de détection précoce du cancer du **sein, en tenant compte des capacités actuelles du système** de santé. Toutefois, la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé à l'échelle nationale n'est envisageable que si des infrastructures **adaptées et des mécanismes de contrôle qualité opérationnels sont mis en place. Cependant, dans une logique de** développement progressif, l'élaboration de directives nationales et la structuration graduelle d'un programme de dépistage apparaissent comme des étapes indispensables pour encadrer **les pratiques actuelles, renforcer la qualité des interventions et poser l**es bases d'un dépistage organisé **à moyen terme.**

1.2 CIBLES DU DOCUMENT

Ce document s'adresse **aux :**

- **Décideurs politiques et les autorités sanitaires**
- **Professionnels de santé**
- **Travailleurs sociaux**
- **Formations sanitaires et structures de dépistage**
- **Associations de patients**
- **Organisation de la société civile**

1.3 OBJECTIF DU DOCUMENT

1.3.1 Objectif général

Donner des orientations/définir les normes de dépistage du cancer du sein au Cameroun, afin de réduire la mortalité et d'améliorer la prise en charge des patientes.

1.3.2 Objectifs spécifiques

- **Standardiser les pratiques de dépistage pour assurer une détection précoce et une prise en charge efficace.**
- Définir des critères d'éligibilité et de suivi basés sur les meilleures pratiques médicales.
- **Structurer un parcours de soins cohérent pour améliorer la continuité entre dépistage, diagnostic et traitement.**
- **Assurer une cohérence avec les recommandations internationales et les réalités locales.**

1.4 PROCESSUS D'ELABORATION DU DOCUMENT

L'élaboration du présent document s'inscrit conformément aux engagements du Gouvernement de la **République du Cameroun en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles. Elle a été conduite par le Comité National de Lutte contre le Cancer, en étroite collaboration avec la Sous-Direction de la Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles.**

- **Élaboration des Termes de Référence : Un document-cadre a été élaboré pour définir les objectifs généraux et spécifiques, les axes stratégiques, les cibles prioritaires ainsi que les modalités de** mise en œuvre. Ce cadrage initial s'est appuyé sur une analyse des besoins nationaux en matière **de dépistage du cancer du sein, en tenant compte des lacunes identifiées dans les politiques et pratiques existantes.**

- **Revue documentaire : Une revue systématique de la littérature scientifique, des textes normatifs et des documents stratégiques nationaux et internationaux a été réalisée. Les thématiques abordées ont couvert**

la prévention, le diagnostic, la prise en charge, les politiques publiques et les stratégies de dépistage du cancer du sein. Les documents ont été classés selon leur pertinence, leur source institutionnelle et leur date de publication, afin d'assurer une base de référence solide **et actualisée.**

- **Réunion de concertation avec les parties prenantes : Une réunion de cadrage a été organisée avec les parties prenantes clés, notamment les représentants des institutions publiques, des sociétés savantes, des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Cette rencontre a permis de présenter les objectifs du projet, de recueillir les attentes des acteurs et de renforcer leur engagement dans le processus.**

- **Élaboration de la première ébauche : Sur la base des données collectées et des consultations initiales, une première version du document (draft 0) a été élaborée. Elle a intégré les réalités locales, les contraintes du système de santé camerounais, ainsi que les recommandations issues des politiques nationales et des standards internationaux.**

- **Concertations bilatérales : Le draft 0 a été soumis à des consultations bilatérales avec les parties** prenantes identifiées. Ces échanges ont pris la forme d'entretiens semi-**structurés, guidés par une grille de relecture. Les observations formulées ont été systématiquement analysées et intégrées dans le document.**

- **Réunion de pré-validation :** Une version consolidée du document a été présentée lors d'une séance technique regroupant les experts sectoriels. Cette réunion a permis d'évaluer la cohérence **interne du document, de discuter des aspects programmatiques et de formuler des recommandations pour son amélioration.**

- **Finalisation du document : Les amendements issus des concertations et de la réunion de pré**validation ont été intégrés dans une version révisée (draft 1), soumise à l'ensemble des parties **prenantes pour validation technique.**

- **Réunion de validation :** Le processus s'est conclu par une réunion plénière nationale, au cours de **laquelle le document final a été présenté, discuté et adopté comme référentiel national pour le dépistage du cancer du sein.**

- **Production et dissémination : La production et la dissémination du document ont été assurées par le Ministère de la Santé Publique, à travers ses structures centrales et déconcentrées, mais également les sectorielles et partenaires du secteur santé. Le document sera diffusé via les canaux institutionnels, les plateformes numériques officielles, les ateliers de formation, briefing et les** campagnes de sensibilisation, afin d'assurer son appropriation par l'ensemble des acteurs du **système de santé.**

CHAPITRE 2. MODALITES DE DEPISTAGE

2.1. APERÇU ET OBJECTIFS DU DEPISTAGE

La détection précoce dans sa vision globale a pour but de diminuer la mortalité et la morbidité liée au cancer, elle englobe deux concepts que sont le dépistage et le diagnostic précoce. Ces deux thématiques d'objectif commun se diffèrent par la présence ou non de symptômes suspects et évocateurs d'un processus malin sous-**jacent avant consultation.**

Le dépistage des cancers est régi 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 (cas suspect) et pour lesquelles d'autres examens plus approfondis sont nécessaires (au terme du dépistage le diagnostic clinique n'est pas posé). Le test

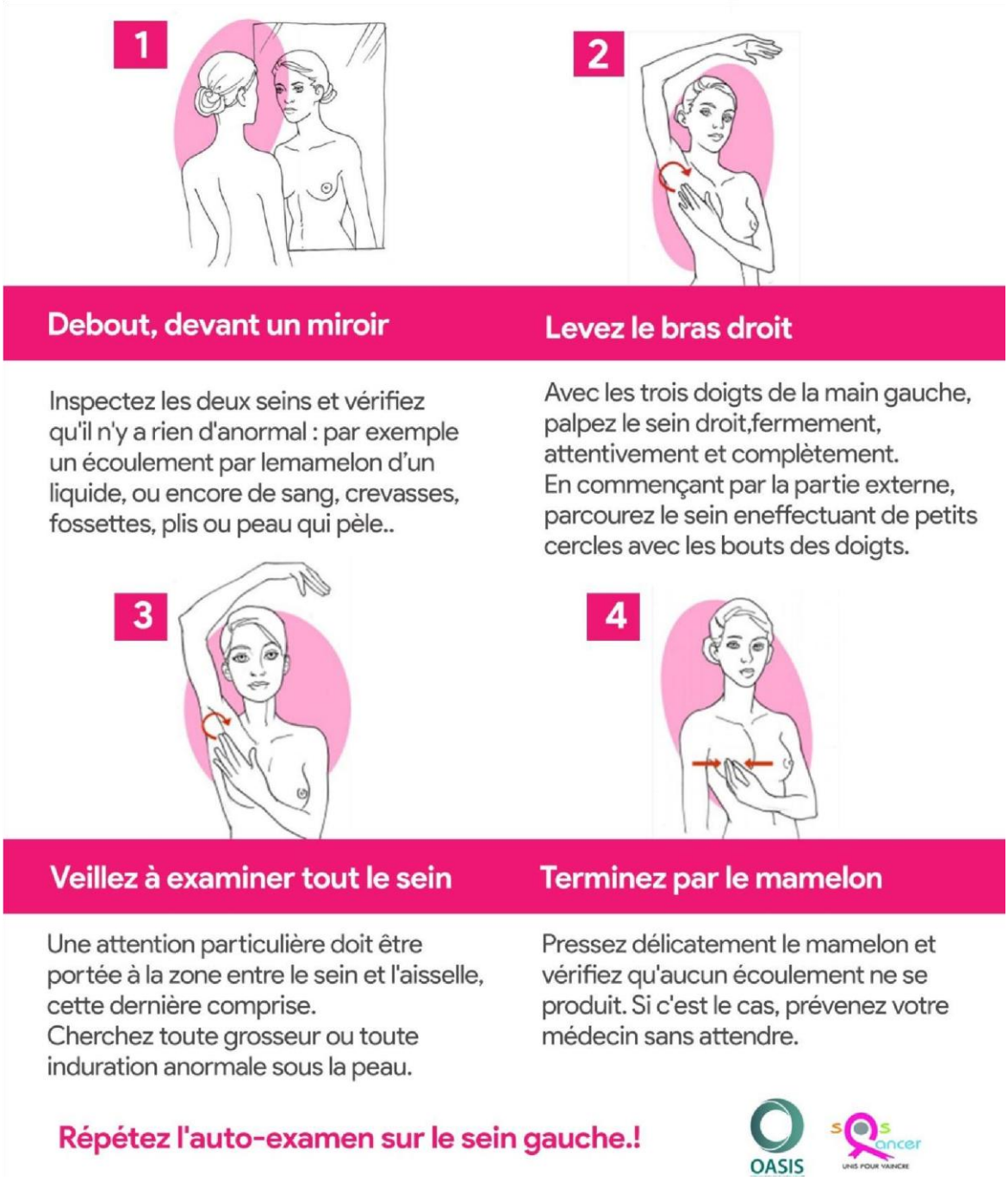
recherche des anomalies chez des individus apparemment **en bonne santé et les classe en positifs ou négatifs. La cible du dépistage dans la plupart des cas est représentée par les populations à risque. Un bon test de dépistage doit être sensible (détecter les cancers) et spécifique (éviter les faux positifs)[16].**

Pour le cancer du sein, l'imagerie mammaire pour détecter les cancers cliniquement occultes chez les femmes qui n'ont aucun signe ou symptôme de cancer s'appelle le dépistage. Le dépistage permet de détecter les tumeurs à un stade moins avancé, où les traitements sont plus efficaces et les taux de survie meilleurs[17]. Les examens disponibles pour le dépistage sont prescrits suivant des indications précises et spécifiques en fonction des participantes. Les femmes ayant un résultat de test de dépistage positif (par exemple, sur la mammographie ou l'examen clinique des seins) nécessiteront une imagerie **diagnostique.**

2.2. MOYEN ET METHODES

2.2.1. Auto-Examen des Seins (AES)

L'**auto-examen des seins encore appelée autopalpation est une méthode simple, non-invasive, réalisée par la femme elle-même à la recherche de toute anomalie mammaire potentielle. Cette méthode contribue à éduquer les femmes à la connaissance de leur propre corps et ne remplace pas le dépistage clinique et radiologique. Il doit se faire une fois par mois, idéalement après les menstrues ou à une date fixe chez les femmes ménopausées.** En cas d'anomalie détectée la patiente doit consulter un **professionnel de santé qualifié dans les plus brefs délais afin de bénéficier un examen approfondi et** si nécessaire d'un examen complémentaire**.**



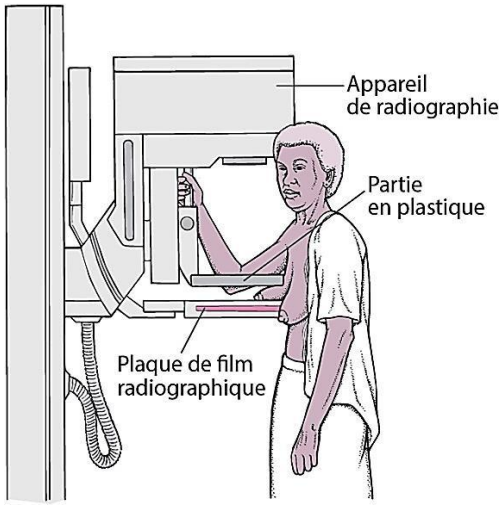
2.2.2. Examen clinique des seins : ECS

L'examen clinique des seins est une évaluation qui a pour but de détecter d'éventuelles anomalies **mammaires. Il comprend** l'interrogatoire, l'inspection et la palpation. **Il est important de former** chaque patiente à l'auto-**examen des seins et la détection de nodules mammaires à un rythme mensuel et de signaler sans délai à leur médecin ou à un professionnel de la santé formé à cet effet toute** grosseur ou anomalie correspondant à l'une des caractéristiques.[18]

2.2.3. Mammographie :

La mammographie est un examen d'imagerie évolué pour détecter les anomalies du sein, utilisé comme dépistage ou diagnostic. C'est l'examen de choix pour le cancer du sein chez les femmes de **45 ans et plus, prouvant une réduction significative de la mortalité entre 45 et 75 ans.**

La mammographie a une sensibilité de 70% et une spécificité de 90%[19]. Deux types de mammographies sont autorisés : la mammographie analogique (dite également conventionnelle ou classique) qui produit une image imprimée sur cliché et la mammographie numérique qui construit l'image à partir de la valeur numérique de chacun des points. La mammographie est réalisée sur chaque sein en deux incidences i) Face cranio-caudale (CC) : vue de haut en bas, ii) Face oblique médiolatérale (MLO) : vue en diagonale.



- **Accueil et préparation de la patiente : La patiente est accueillie et informée sur le déroulement** de l'examen. Elle est invitée à retirer tout vêtement couvrant la poitrine ainsi que les objets métalliques susceptibles d'interférer avec l'image (bijoux, piercings).

- **Positionnement : Chaque sein est positionné sur la plaque du mammographe. Le technicien ajuste la position pour garantir une couverture optimale du tissu mammaire.**

- **Compression du sein : Le sein est doucement comprimé entre deux plaques pour immobiliser le tissu et obtenir une image de qualité. Cette compression, bien que parfois inconfortable, est essentielle pour réduire les artéfacts et améliorer la précision diagnostique.**

- **Prise des clichés en deux incidences standards**
  - ***Incidence cranio-caudale (CC) : Vue de haut en bas du sein.***
  - ***Incidence médio-latérale oblique (MLO) : Vue en diagonale, permettant une meilleure visualisation du quadrant supérieur externe et du prolongement axillaire.***

- **Contrôle de la qualité des images :** Les clichés sont vérifiés immédiatement pour s'assurer de **leur qualité technique et de la couverture anatomique. En cas de doute, des images complémentaires peuvent être réalisées.**

- **Traitement et archivage des images : Selon le type de mammographie :**
  - ***Analogique : Les images sont imprimées sur film radiographique.***
  - ***Numérique : Les images sont enregistrées sous format numérique, facilitant leur archivage, leur transmission et leur interprétation assistée par ordinateur.***

- **Interprétation par un radiologue qualifié : Les images sont analysées pour détecter** d'éventuelles anomalies (nodules, microcalcifications, distorsions architecturales). Un **compte rendu est établi et transmis au médecin prescripteur.**

- **Communication des résultats à la patiente : Selon le protocole en vigueur, les résultats sont** communiqués à la patiente directement ou par l'intermédiaire du professionnel de santé **référent.**

2.2.4. Echographie mammaire

L'échographie mammaire est un examen d'imagerie médicale utilisant des ultrasons pour examiner les structures internes du sein. Elle est souvent utilisée en complément de la mammographie pour analyser des anomalies suspectes ou explorer des seins denses. L'échographie est une procédure sûre et non invasive qui n'utilise pas de rayonnement ionisant. Elle est largement disponible et ne nécessite pas d'infrastructure étendue.

L'échographie mammaire est un outil très utile pour évaluer les femmes présentant des symptômes mammaires ou celles qui sont référées après un résultat de test de dépistage anormal. Elle est un complément utile à la mammographie diagnostique, en particulier pour les femmes ayant un tissu mammaire dense.



2.2.5. IRM Mammaire

L'IRM mammaire (Imagerie par Résonance Magnétique) est un examen de haute précision utilisé pour détecter et caractériser les anomalies du sein. Elle est particulièrement utile en complément de la mammographie et de l'échographie, notamment chez les femmes à haut risque ou pour l'évaluation de certaines lésions suspectes.



2.3. **STANDARDISATION DU COMPTE-**RENDU DE L'IMAGERIE MAMMAIRE

Après chaque examen d'imagerie **:**

- **Décrire le profil clinique (antécédents du patient et résultats de l'examen clinique), l'indication de l'étude (dépistage, diagnostic ou suivi), y compris les détails de toute intervention chirurgicale antérieure et le statut de risque.**
- **Les résultats de la mammographie et de l'échographie sont listés dans le même rapport. La classification BI-RADS finale est ensuite indiquée. Décrire la composition du sein : catégories ACR a–d.**
- **Décrire les résultats de la mammographie en utilisant la terminologie standardisée : masse, calcifications, distorsion architecturale, asymétrie et caractéristiques associées, par exemple "masse avec calcifications, épaississement cutané et rétraction du mamelon".**
- **Localiser le résultat par latéralité, quadrant, distance par rapport au mamelon et profondeur par rapport à la peau.**
- **Corréler les résultats de la mammographie et/ou de l'échographie mammaire avec les informations cliniques.**
- **Décrire les résultats de l'échographie en utilisant la terminologie standardisée**

- **Comparer les images avec celles obtenues lors des examens antérieurs et noter tout changement d'intervalle.**
- **Conclure avec la catégorie d'évaluation finale - catégories BI-RADS 0 à 6 - et la phrase associée.**
- **Suggérer des recommandations pour une évaluation plus approfondie.**

La classification BI-RADS (Breast Imaging-Reporting And Data System) est utilisée par les radiologistes lors de la mammographie, de l'échographie **et de** l'IRM **pour définir les anomalies vues et permettre de savoir ce qui doit être fait par la suite, soit retour au dépistage, suivi rapproché ou biopsie.**

TABLEAU 1: CLASSIFICATION BI-RADS

Catégorie	Imagerie	Risque de cancer	Conduite
0	**Investigation incomplète**		**Investigation à compléter ou comparer avec films antérieurs**
1	**Normal**	**0 %**	**Retour au dépistage**
2	**Anomalie bénigne**	**0 %**	**Retour au dépistage**
3	**Anomalie probablement bénigne**	> 0 % mais ≤ 2%	**Suivi 6 mois**
4 **4A** **4B** **4C**	**Anomalie demandant une biopsie** **faiblement suspecte** **modérément suspecte** **très suspecte**	**> 2 % mais < 95 %** > 2 % à ≤ 10 % **> 10 % à** ≤ 50 % **> 50 % à < 95 %**	**Biopsie**
5	**Anomalie fortement suspecte d'un cancer**	≥ 95 %	**Biopsie**
6	**Cancer prouvé à la biopsie**	**100 %**	**Chirurgie**

Source : American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 5th ed. Reston (VA): American College of Radiology; 2013.

Il existe aussi une classification BI-RADS spécifique pour exprimer la densité mammaire. Dans les rapports du PQDCS, la densité est exprimée par une note qualitative et un pourcentage qui correspond aux catégories BI-RADS.

TABLEAU 2: CLASSIFICATION BI-RADS SELON LA DENSITE MAMMAIRE

Catégorie	Description	% tissu glandulaire
A	**Seins presque entièrement graisseux**	**< 25 %**
B	**Seins composés de zones de densités fibroglandulaires éparses**	**25 à 50 % approximativement**

C	**Seins denses de façon hétérogène, pouvant masquer des petites masses**	**51 à 75 % approximativement**
Catégorie	**Description**	**% tissu glandulaire**
D	**Seins extrêmement denses, diminuant la sensibilité de la mammographie**	**> 75**

Source : American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 5th ed. Reston (VA): American College of Radiology; 2013.

Le diagnostic de certitude de lésion bénigne sera apporté par :

- **Mammographie (si l'image est classée ACR 1 ou ACR 2) ;**
- **Surveillance régulière pour une lésion peu suspecte (ACR 3) ;**
- **Examen cytologique ou histologique après cytoponction ou biopsie en cas de lésion suspecte (ACR 4).**

CHAPITRE 3. EVALUATION DU RISQUE

L'indication du dépistage dépendra du niveau de risque **évalué. Les facteurs de risque pris en considération sont les suivants :**

3.1. FACTEURS DE RISQUE DEMONTRES

- **Âge (femme > 50 ans ; homme > 60 ans);**
- **Antécédent personnel de cancer du sein ;**
- **Antécédent personnel de lésion mammaire avec atypie ;**
- **Antécédents familiaux ;**
- **Prédisposition génétique-** l'altération génétique des gènes BRCA1 ou BRCA2) ;
- Antécédent personnel d'irradiations thoracique **à haute dose pour autre étiologie que le cancer du sein.**

3.2. FACTEURS DE RISQUE DISCUTES

- **Traitement hormonal substitutif ;**
- **Densité mammaire radiologique > 75% après la ménopause ;**
- Antécédent personnel d'âge précoce des premières règles (avant 12 ans), de nulliparité, d'âge tardif à la première naissance (après 30 ans), d'âge tardif à la ménopause (après 50 **ans) ;**
- **Sédentarité ;**
- **Alcool ;**
- **Mode alimentaire riche en graisses animales ;**
- **Obésité ;**

3.3. CALCUL DU RISQUE

Le calcul du niveau de risque personnalisé se fera en utilisant des logiciels et formule d'évaluation du **risque adaptés aux africains et prenant en compte le risque individuel et familial.**

La probabilité pour une femme de développer un cancer du sein, spécifiquement dans les 10 années suivant son âge actuel ainsi que tout au long de sa vie, peut être calculée à l'aide de divers outils d'évaluation du risque. Cependant, le modèle le plus précis pour notre contexte sera le modèle TyrerCuzick. Le calcul peut se faire en accédant à un calculateur en ligne via le lien suivant : https://bcrisktool.cancer.gov/?utm_source=chatgpt.com

Après le calcul, le niveau de risque est catégorisé comme suit :

- **Risque population générale : < 15 % à vie (< 1,66 % à 5 ans)**
- **Risque modéré : De 15 à 25 % à vie (De 1,67 % à 2,49 % à 5 ans)**
- **Risque élevé : >25 % à vie (> 2 5 % à 5 ans)**

CHAPITRE 4. INDICATIONS ET FREQUENCE DE DEPISTAGE

4.1. POPULATION GENERALE

Contexte :

- **La sensibilisation au dépistage constitue un défi majeur ;**
- **Le dépistage gratuit par la mammographie tarde encore à être effectif ;**
- **La réalisation de la mammographie est limitée aux grandes villes ;**
- **Le coût de la mammographie reste hors de portée du citoyen moyen.**

Recommandations :

- Un dépistage systématique par la mammographie chez la femme dès l'âge de 45 **ans puis tous les deux ans si la première mammographie est normale.**
- L'auto-examen des seins chez la femme dès l'âge de 25 ans, ceci tous les mois à la fin des **menstrues et pour les patientes ménopausées, au début de chaque mois.**
- Un examen clinique mammaire annuel en l'absence de tout symptôme.

4.2. POPULATION A RISQUE

Contexte :

- **La Pratique des tests génétiques est encore inexistante dans notre contexte ;**
- **Les coûts des tests génétiques sont élevés ;**
- **La barrière culturelle à laquelle se bute la mastectomie prophylactique.**

Recommandations :

- Une Mammographie de dépistage annuelle dès l'âge de 40 ans ;
- L'auto-**examen mensuel des seins ;**
- **Un examen clinique mammaire annuel par un prestataire qualifié ;**
- **Un test génétique pour ceux qui peuvent le réaliser ;**
- **Encourager la recherche sur les facteurs de risque génétiques au Cameroun ;**
- La proposition d'une Mastectomie prophylactique à partir de l'âge de 35 ans.

TABLEAU 3: INDICATION ET FREQUENCE DE DEPISTAGE

Niveau de risque	Intervalle d'âge	Autoexamen des seins	Examen clinique des seins	Imagerie des seins
Risque faible, proche de la population générale	**45 ans à 75 ans**	**Mensuel dès 25 ans**	**Annuel**	**Mammographie tous les 2 ans**
Risque modéré/risque élevé	**40 ans à 75 ans**	**Mensuel**	**Annuel**	**Mammographie ou échographie mammaire annuel**

CHAPITRE 5. MODALITES DIAGNOSTIC

En cas d'anomalie détecté, par **une imagerie lors du dépistage, il convient de procéder au diagnostic.** Le diagnostic se fait par des examens d'imagerie et **La confirmation diagnostic par un examen histologique d**'un échantillon tumoral**.**

5.1. IMAGERIE DE DIAGNOSTIC

Une mammographie/échographie de diagnostic est prescrite en cas d'anomalie détectée à la palpation **par le professionnel de santé. Elle peut concerner un sein (unilatérale) ou les deux seins (bilatérale) selon les signes observés. Une exploration échographique axillaire est faite systématiquement.**

5.2. EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'examen anatomo-**pathologique a pour objet de préciser :**

- L'origine **: canalaire ou lobulaire ;**
- **La localisation : in situ ou invasif (franchissement de la membrane basale) ;**
- **Le type : cancer du sein différencié ou indifférencié ;**

- **Le statut des récepteurs hormonaux : (ER ou récepteurs aux estrogènes, PR ou récepteurs à** la progestérone), c'est-**à-dire la présence et le pourcentage de récepteurs dans les cellules** tumorales (une tumeur ER ou PR positive est susceptible de réagir à l'hormonothérapie) ; **S'**il existe une surexpression de la protéine HER 2 (human epidermal growth factor receptor 2)**.**

La technique de prélèvement des tissus répond aux critères suivants :

- **Lésion palpable : une ponction cytologique ou une biopsie peut être faite avec le repère de la palpation ;**
- **Lésion non palpable : la ponction ou la biopsie sera faite sous repérage soit par échographie, soit par mammographie.**
- **Microcalcifications : la biopsie sera faite sous repérage mammographique (macrobiopsie stéréotaxique).**

5.2.1. Aspiration ou ponction cytologique

C'est un acte mini**-invasif consistant à introduire une aiguille très fine (généralement 22 à 27 G) dans** une masse ou un organe, sous guidage échographique ou non, afin d'en aspirer des cellules **ou du liquide. L'intervention est rapide, mais peut être inconfortable à cause de la sensibilité des seins.**

5.2.2. Biopsie a l'aiguille

Il s'agit d'une intervention pratiquée sous anesthésie locale ne nécessitant pas d'hospitalisation. **Une aiguille est introduite dans une petite incision pratiquée dans le sein et concerne autant les macrobiopsies que les microbiopsies. Après la biopsie, le sein est sensible et le prélèvement peut entraîner un hématome que de la glace ou un pansement compressif peuvent atténuer.**

- **Anomalie de type masse ou opacités, visibles : microbiopsies,** faites sous échographie à l'aide d'un pistolet automatique muni d'une aiguille. Cette technique peut être faite sous contrôle **mammographique (microbiopsie sous stéréotaxie) ou échographique, sous anesthésie locale.**
- **Foyers de microcalcifications : macrobiopsies, réalisée par biopsie guidée par stéréotaxie, avec une aiguille de prélèvement plus large (aiguille creuse qui protège un petit couteau cylindrique rotatif). Permet de réaliser plusieurs prélèvements par rotation sans nouvelle** piqûre et d'obtenir un échantillon beaucoup plus important (de 35 à 95 mg, contre 20 mg pour **une microbiopsie).**

5.2.3. Biopsie chirurgicale

Elle se fait au bloc opératoire par un chirurgien sous anesthésie locale ou générale. Il s'agit de l'extraction de l'entièreté de la **lésion suspecte palpée ou identifiée à la mammographie ou à** l'échographie.

- La biopsie chirurgicale est recommandée après une biopsie à l'aiguille de gros calibre lorsqu'un cancer du sein a été confirmé.
- Elle est aussi recommandée pour s'assurer qu'il n'y a pas de cancer du sein lorsque la biopsie à l'aiguille de gros calibre a identifié une hyperplasie canalaire atypique.
- Elle sera faite dans de rares cas où on ne peut faire la biopsie à l'aiguille de gros calibre en **échographie ou en stéréotaxie, en raison de problèmes de santé de la femme (exemple : impossibilité de rester couchée sur le ventre) ou de la localisation de l'**image à biopsier.

5.2.4. Prélèvement ganglionnaire

Le prélèvement ganglionnaire se fait lors de la réalisation d'une échographie mammaire de **diagnostic, ou lors de la biopsie tumorale mammaire.**

5.3. STANDARDISATION D'UN COMPTE RENDU DE CYTOLOGIE MAMMAIRE

SELON L'INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGISTS (IAC)

- **La description de la cellularité** : Le rapport doit indiquer l'adéquation du matériel aspiré.
- **Description des caractéristiques cytologiques : Il doit inclure les critères utilisés pour soutenir le diagnostic.**
- **Mention claire de la bénignité de la lésion : Le rapport doit mentionner clairement si la lésion** est complètement bénigne, par exemple : « Aucune cellule maligne n'a été observée ».
- **Conclusion avec un diagnostic descriptif standardisé : Le rapport doit se terminer par un diagnostic aussi spécifique que possible de la lésion. Si un diagnostic définitif ne peut pas être établi, des diagnostics différentiels peuvent être inclus.**

Les codes ou catégories recommandés par le groupe IAC pour être utilisés dans le corps du rapport, mais non dans la conclusion :

- **Code 1 : Matériel insuffisant**
- **Code 2 : Bénin**
- **Code 3 : Atypique, probablement bénin**
- **Code 4 : Suspect, probablement carcinome in situ ou invasif**
- **Code 5 : Malin**

ALGORITHME DÉCISIONNEL – CYTOLOGIE MAMMAIRE SELON IAC

1. Début : Réception du prélèvement cytologique mammaire

2. Évaluation de la cellularité

- Si cellularité insuffisante →
  - ➤ Code IAC 1 : Matériel insuffisant
  - ➤ Action : Répéter la ponction
- Si cellularité suffisante →
  - ➤ Passer à l'étape suivante

3. Évaluation des caractéristiques cytologiques

- Examiner les critères morphologiques :
- Forme cellulaire
- Noyau
- Cytoplasme
- Atypies

4. Classification cytologique

- Si cellules bénignes →
  - ➤ Code IAC 2 : Bénin
  - ➤ Mention explicite : *« Aucune cellule maligne observée »*
- Si cellules atypiques, probablement bénignes →
  - ➤ Code IAC 3 : Atypique, probablement bénin
- Si cellules suspectes, probablement carcinome →
  - ➤ Code IAC 4 : Suspect, probablement carcinome in situ ou invasif
- Si cellules malignes →
  - ➤ Code IAC 5 : Malin

5. Rédaction de la conclusion standardisée

- Fournir un diagnostic descriptif précis
- Si incertitude → inclure diagnostics différentiels
- Exemples :
- *« Lésion fibro-adénomateuse bénigne »*
- *« Probable carcinome canalaire in situ, confirmer par histopathologie »* **6.** Décision clinique associée (suggestion)

Code IAC	**Décision clinique**
Code 1	**Répéter la ponction**
Code 2	**Suivi clinique habituel**
Code 3	**Suivi rapproché ou biopsie si suspicion clinique**

Code 4	**Biopsie diagnostique / intervention chirurgicale**
Code 5	**Planification du traitement oncologique**

DEUXIEME PARTIE : ASPECTS PROGRAMMATIQUES DU DEPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC

CHAPITRE 6. ORGANISATION DU DEPISTAGE-DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN

6.1. NIVEAUX DE DEPISTAGE

6.1.1. Communautaire

Au niveau communautaire, les principales activités comprendront la sensibilisation, la promotion de l'autopalpation mammaire et le référencement des cas suspects.

6.1.2. Centre de Santé Intégré/Centre Médical d'Arrondissement

Dans les FOSA de 6ème et 5ème catégorie, les activités consisteront à réaliser l'examen clinique des seins chez la population cible, promouvoir l'auto-**examen mammaire, à assurer la référence des cas suspects et à sensibiliser la communauté.**

6.1.3. Centre de dépistage permanent et de diagnostic précoce (C2D2P)

Créé par arrêté n°017 du 06 mars 2020 les FOSA, le C2D2P est un service crée au sein des formations sanitaires de 1ère à 4ème catégorie. Ils ont pour mission de :

- **Sensibiliser les communautés ;**
- Mettre en œuvre le programme de **dépistage organisé dans sa zone de couverture ;**
- **Du diagnostic précoce des cancers,**
- **De la référence des cas confirmés vers les structures et services spécialisés ;**
- **De la contribution au renforcement des capacités des acteurs impliqués ;**
- De la participation à la collecte et l'analyse des données ainsi qu'à la recherche.

A titre indicatif les Centres de Prise en Charge (CEPEC) sont des services d'oncologie créés **au sein des formations sanitaires de 1ère à la 3ème catégorie.**

6.2. MISE EN ŒUVRE DU DEPISTAGE

Le dépistage s'effectuera de manière opportuniste selon deux approches :

- **Recommandation obligatoire lors d'une consultation médicale de routine, intégration du dépistage dans les consultations prénatales, les visites de santé reproductive, et les consultations au sein des UPEC-VIH ;**
- **Auto-participation des femmes.**

6.2.1. Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité au dépistage sont **:**

- **Population générale : Toute femme de 3**5 à 75 ans n'ayant jamais participé au dépistage ou dont **le dernier dépistage date de plus de 24 mois.**

- **Population a risque : Toute femme âgée de 40 à 45 ans, présentant des facteurs de risque (Population où une mutation génétique a été identifiée ou ayant eu une forte histoire familiale de** cancer du sein (fratrie)) et n'ayant jamais participé au dépistage, ou ayant participé il **y a plus de 24 mois.**

Les critères de non-éligibilité au dépistage sont :

- **Femmes, ayant eu une mammographie dans les deux ans, âgées de 50 a 74 ans, asymptomatiques.**

6.2.2. Identification de la population cible

Chaque structure devra constituer une équipe de planification qui aura pour rôle l'identification **annuelle de la population cible, des objectifs et des besoins.** L'objectif du taux de participation dans **tous les centres de dépistage est de 50 à 70%.**

La population cible sera calculée indépendamment pour chaque structure suivant la formule suivante :

$$\text{Population cible attendu} = \text{Nombre de femmes dans la tranche d'âge 40 à 75 ans dans la Pop. Générale couverte par le centre} \times \text{taux de participation}$$

6.2.3. Déroulement du dépistage

- **Au niveau du** Centre de Santé Intégré/Centre Médical d'Arrondissement

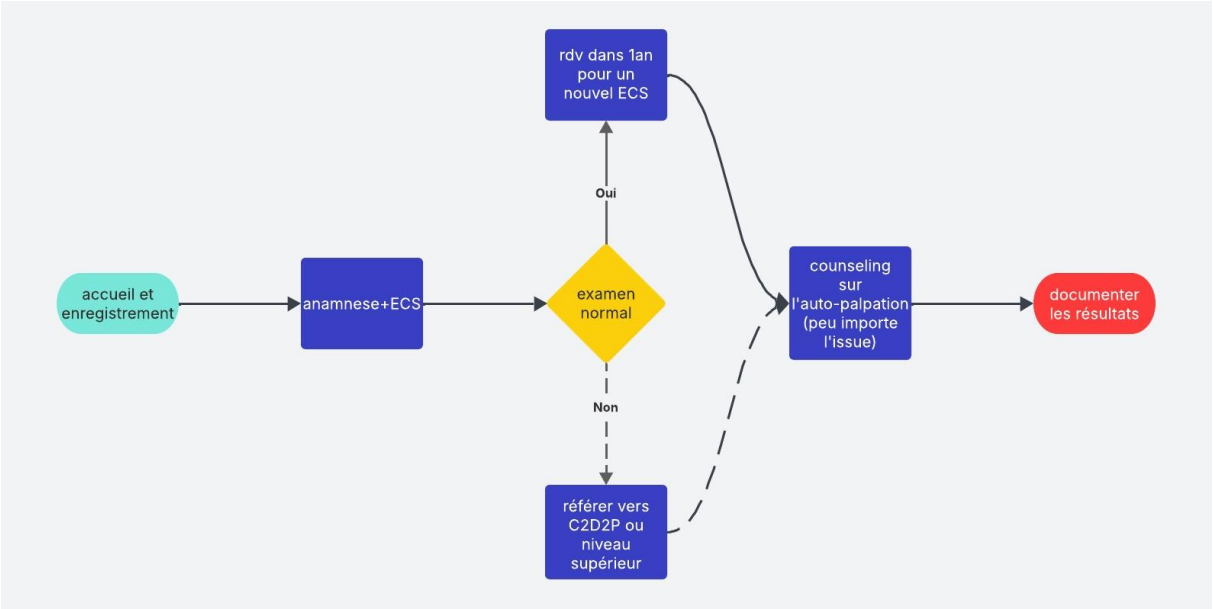


FIGURE 1: ALGORITHME DE DEPISTAGE CSI/CMA

- **Etape 1 : accueil et enregistrement**

Les femmes sont accueillies par le personnel, qui effectue un tri afin de s'assurer qu'elles répondent aux critères d'éligibilité. Les informations des participantes sont ensuite recueillies et enregistrées **conformément aux recommandations, dans les registres prévus à cet effet.**

- **Etape 2 : Examen clinique des seins + counseling**

Le personnel commence par interroger la patiente et recueillir ses antécédents médicaux, en s'assurant qu'aucune information pertinente n'a été omise. Il procède **ensuite au calcul du risque selon** la formule recommandée. L'examen clinique de la patiente suit cette étape. Le prestataire devra prendre le temps d'informer la patiente sur le déroulement et les enjeux du dépistage, discuter avec **elle des éventuelles issues, et** la sensibiliser à la pratique de l'autopalpation des seins.

Si le résultat de l'examen est normal **rendez-vous dans 1an pour un nouvel examen des seins.**

Si le résultat de l'examen est anormal la patiente est referee vers un C2D2P ou toute autre formation **sanitaire de niveau supérieur.**

- **Au niveau du Centre de dépistage permanent et de diagnostic précoce (C2D2P) des cancers**
  - **Etape 1 : accueil et enregistrement** Idem qu'au niveau du CSI/CMA
  - **Etape 2 : examen clinique des seins et counseling** Idem qu'au niveau du CSI/CMA.
  - **Etape 3 : mammographie/ échographie + counseling**

L'imagerie médicale de dépistage est indiquée en présence d'anomalies détectées lors de l'examen clinique des seins ou en cas de facteurs de risque identifiés à l'interrogatoire. Le radiologue ou le technicien en imagerie médicale est tenu d'effectuer un s**econd examen clinique des seins avant** la réalisation de l'examen d'imagerie, ainsi qu'un entretien de counseling avec la patiente.

La relecture des clichés est systématique, qu'ils soient normaux ou anormaux**, l**orsque l'examen d'imagerie est **classé comme normale ou bénigne à la première lecture, le radiologue communique** oralement à la patiente un résultat provisoire et l'informe de la procédure de seconde lecture. Si l**a** seconde lecture est classée comme

normal les résultats et clichés sont transmis au poste d'accueil qui **les remettra à la patiente. La patiente reviendra un an plus tard pour un second examen. Si ce dernier est également normal, le rendez-vous suivant sera fixé deux ans après, tout en maintenant des visites** annuelles pour l'examen clin**ique des seins.**

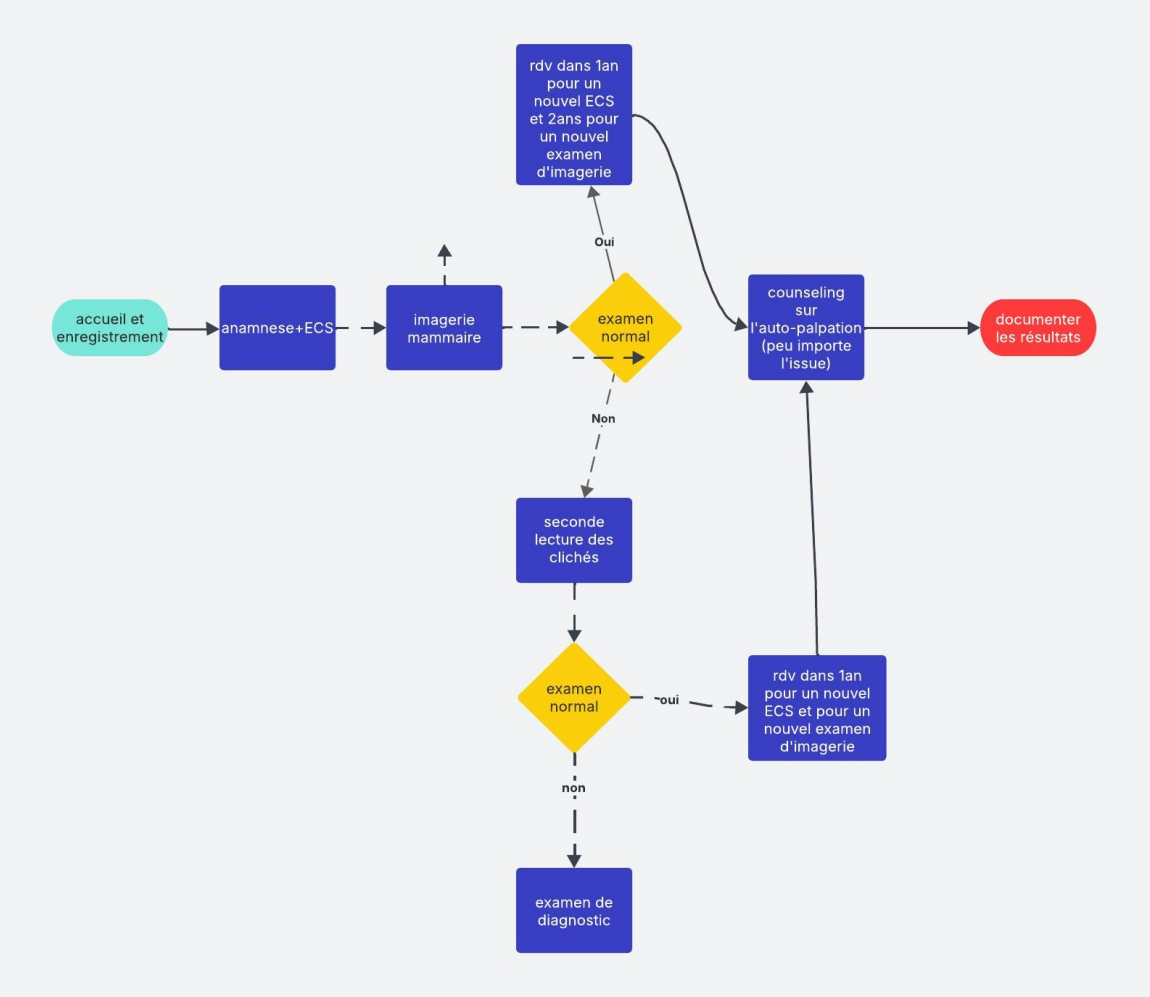


FIGURE 2: ALGORITHME DU DEPISTAGE DANS LE C2D2P

6.2.4. Déroulement du diagnostic

- **Etape 1 : imagerie de diagnostic + counseling**

En cas d'anomalie détectée lors de l'imagerie de dépistage, le radiologue ou le technicien d'imagerie procède immédiatement à un examen d'imagerie diagnostique. Par ailleurs, une imagerie **diagnostique peut être directement prescrite chez une patiente présentant des symptômes, sans** passer par l'étape de dépistage.

Les résultats de mammographie sont classés suivant la classification BI-RADS/ACR afin d'harmoniser **les décisions de prise en charge. Les mammographies considérées comme à priori non pathologiques lors de la première lecture (ACR1 et ACR2) sont à relire systématiquement par un second radiologue au sein de la structure. Cette seconde relecture permet de** détecter d'éventuels cancers passés **inaperçus lors de la première évaluation.**

Pour les mammographies classées ACR4 et ACR5, un bilan diagnostique immédiat est engagé. Des examens complémentaires tels que l'échographie, la cytologie ou la biopsie peuvent être nécessaires **pour confirmer ou infirmer le diagnostic.**

A l'issue de ces examens, le radiologue ayant réalisé la première lecture rédige un compte-**rendu, et** remplit une fiche d'interprétation standardisée. **En cas de mammographie classée comme pathologique lors de la seconde lecture, un rendez-vous est donné à la patiente lors du quelle** l'annonce des résultats accompagné d'un counseling sera fait.

- **Etape 2 : examen histologique + counseling**

En cas d'imagerie révélant une anomalie, un examen histologique est réalisé à partir d'un prélèvement de tissu au niveau de la lésion. Les résultats de l'analyse sont transmis au poste d'accueil dans un **délai maximal de 21 jours. Un rendez-vous est ensuite fixé à l**a patiente pour l'annonce des résultats.

- **Etape 3 : annonce des résultats**

L'annonce des résultats se fait sans un cadre confidentiel et bienveillant, par un professionnel de santé **formé. Elle vise à informer la patiente de manière claire sur les conclusions des examens anormaux. Pendant cette consultation la patiente est orientée vers la suite du parcours de soins. Un accompagnement émotionnel lui sera proposé, en laissant à la patiente le temps de poser ses** questions et d'exprimer ses inquiétudes. L'ensemble de la démarche est tracé dans le dossier médical **et le compte-rendu tra**nsmis au poste d'accueil.

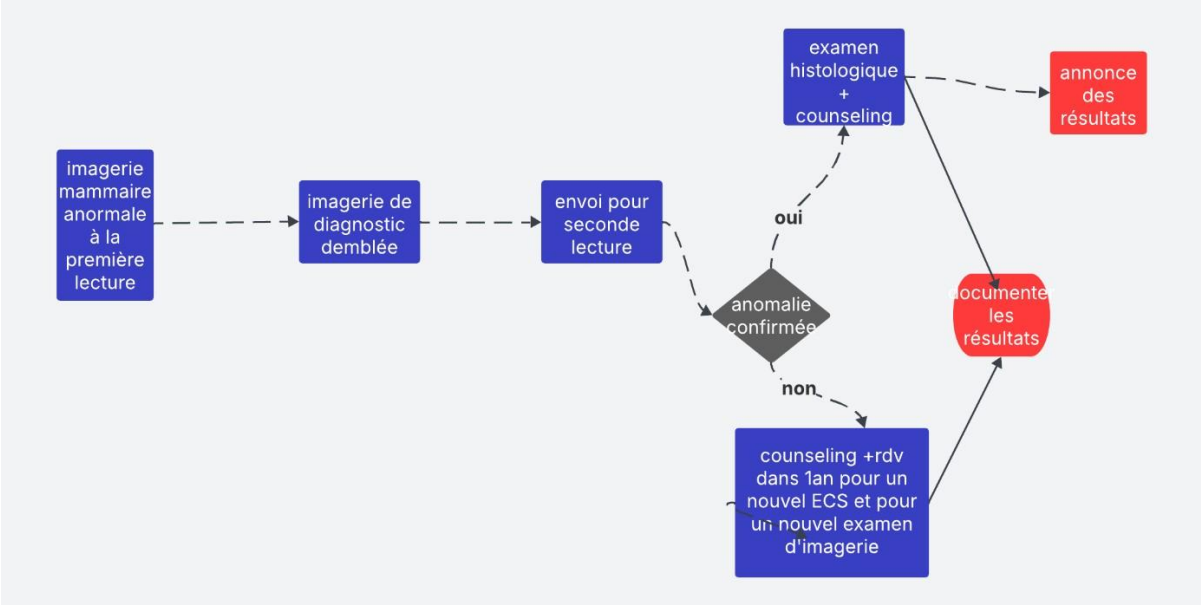


FIGURE 3: ALGORITHME DE DIAGNOSTIC

6.2.5. Notifications de rendez-vous

Il s'agit d'une étape cruciale pour **assurer une gestion efficace des consultations médicales et optimiser la satisfaction des patientes. Une bonne organisation permet non seulement de minimiser les absences, mais aussi de garantir une coordination fluide entre les différents services médicaux. Il est essentiel de recueillir des informations précises et complètes lors de la prise de rendez-vous. Cela inclut :**

- **Le nom complet de la patiente**
- **Ses coordonnées (numéro de téléphone, adresse e-mail)**
- La date et l'heure du rendez-**vous**
- **Les détails spécifiques concernant la consultation (type de consultation, médecin, lieu, etc.)**

Différents canaux peuvent être utilisés pour envoyer des notifications de rendez-vous, tels que :

- **Les appels téléphoniques**
- **Les SMS**
- **Les e-mails**

- **Les applications mobiles de santé**

Le choix du canal dépendra des préférences des patientes et des ressources disponibles au sein du centre. Les messages de notification doivent être clairs, concis et contenir toutes les informations pertinentes. Ils doivent inclure :

- Le rappel de la date et de l'heure du rendez-**vous**
- **Le lieu de la consultation (avec des indications si nécessaire)**
- **Les instructions spécifiques (documents à apporter, préparation requise, etc.)**
- **Les options de confirmation ou de modification du rendez-vous**

Pour maximiser l'efficacité des notifications, il est recommandé de :

- **Envoyer une première notification de rappel environ une semaine avant la date du rendezvous**
- **Envoyer un deuxième rappel 24 à 48 heures avant le rendez-vous**
- **Envoyer une confirmation de réception dès que la patiente confirme ou modifie le rendezvous**

Les systèmes automatisés de gestion des rendez-vous peuvent grandement faciliter la planification des notifications. Ces systèmes permettent de :

- **Programmer les envois de manière automatique**
- **Personnaliser les messages en fonction des patientes**
- **Gérer les confirmations et les modifications en temps réel**
- **Maintenir un historique des communications**

6.3. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET PROMOTION A LA PARTICIPATION

La sensibilisation se fait à tous les niveaux mais plus particulièrement au niveau communautaire. La cible est la population générale. Les activités de sensibilisation qui seront menées sont :

- **Causeries éducatives ;**
- **Entretiens individuels ;**
- **Visites à domicile intégrée ;**
- **Mobilisation sociale ;**
- **Dialogues communautaires.**

Une campagne annuelle de communication sera organisée, avec la majorité des activités concentrées au mois d'octobre. Ces activités **viseront à :**

- **Identifier les personnes à risque ;**
- **Mobiliser les ONGs et la société civile pour soutenir la détection précoce ; • Promouvoir la détection précoce via les médias et les réseaux sociaux ;**
- **Sensibiliser les professionnels de santé aux directives.**

La démarche retenue est celle de l'approche d'information, d'éducation et d'un counseling adapté. **Elle reposera sur différents acteurs que sont** : l'agent de santé communautaire, les leaders d'opinions, **les acteurs de la société civile,** les responsables leaders d'encadrement des **femmes socialement vulnérables, les experts en communication et santé communautaire, professionnels de santé, les** responsables des Services d'Action Sociale du MINAS et le personnel du **MINPROFF.**

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. **En communauté les espaces ciblés sont les**

espaces associatifs, les foyers féminins, les lieux de culte (églises, mosquées), les marchés et les entreprises...etc.

Les thématiques abordés lors des activités de communication sont les suivantes :

- **Facteurs de risques ;**
- **Les premiers signes ;**
- **Promotion de** l'auto-**examen des seins tous les mois après les règles ;**
- **Conseiller la consultation précoce au moindre signe ;**
- **Se faire examiner annuellement les seins à partir de 25 ans :**
- **Se faire dépister par mammographie tous les 02 ans à partir de 45 ans ;**
- Se faire dépister s'il y a 02 ou 03 cas dans la famille à partir de 40 ans **;**

CHAPITRE 7. GESTION DES DONNEES

7.1. DONNEES DE ROUTINE

Les données de routine permettent le calcul de la performance de chaque C2D2P, les centres sont tenus de rédiger mensuellement un rapport indiquant :

- **le nombre de femmes dépistées,**
- **le nombre de femmes ayant un examen des seins anormal,**
- le nombre de femmes orientées vers l'examen de confirmation, • **le nombre d'examens histologiques anormaux,**
- **le nombre de patientes référées pour un suivi.**

Les informations sont collectées à chaque étape du parcours de soin sur des outils dédiés, puis retransmises sur un support électronique.

TABLEAU 4: TYPE DE SUPPORTS DE DONNEES PAR ETAPE DU PARCOURS DE SOINS

Etapes du parcours de soins	Support de données
Accueil et enregistrement	**Carnet de consultation** **Dossier médical** **Fiche de référence/contre référence**
Consultation	**Dossier médical** **Carnet de consultation** **Fiche de référence le cas échéant**
Services d'imagerie médical	Bulletin d'examen **Compte-**rendu d'imagerie
Service de pathologie	Bulletin d'examen **Compte-**rendu d'ana**tomopathologie**
Counseling	**Fiche de consultation (santé mentale)**

TABLEAU 5: CARACTERISTIQUES DES SUPPORTS DE DONNEES

Type de support	Informations collectées

Registre C2D2P	Données d'identification - Numéro d'enregistrement / ID unique - Nom et prénoms (ou code patient si anonymisé) - Âge ou date de naissance - Contact - **Adresse** Données sociodémographiques - Localisation : district, aire de santé - Profession - **N**iveau d'instruction Historique médical pertinent - Antécédents familiaux ou personnels de cancer - **Statut menstruel (ménopausée ou non)** - **Antécédents de dépistage et résultat** **Données de dépistage** - Date de dépistage

	- Type de dépistage effectué : **ECS, mammographie, échographie** - Résultat du test : **Description de la lésion si applicable** **Données de diagnostic** - **Type de prélèvement réalisé** - **Date de prélèvement** - Résultat de l'histologie **Conduite à tenir / Prise en charge** - **Date de la référence** - Nom du centre de référence **Suivi** - Date du prochain contrôle recommandé - Statut final : cas suspect/cas confirmé/cas référé/perdu de vue - Remarques : refus, complications, absences, etc. **Données d'encadrement** - **Référé ? oui/non** - **Si oui nom de la structure** - Nom du prestataire ayant réalisé le dépistage - Observations ou commentaires techniques

Registre anatomopathologie	Données d'identification - Numéro d'enregistrement / ID unique - Nom et prénoms (ou code patient si anonymisé) - Âge ou date de naissance - Contact - **Adresse** Données sociodémographiques - Localisation : district, aire de santé - Profession - **N**iveau d'instruction Historique médical pertinent - Antécédents familiaux ou personnels de cancer - **Statut menstruel (ménopausée ou non)** - **Antécédents de dépistage et résultat** **Données de dépistage** - Date de dépistage - Type de dépistage effectué : **ECS, mammographie, échographie** - Résultat du test : **Description de la lésion si applicable** **Données de diagnostic** - **Type de prélèvement réalisé** - **Date de prélèvement** - Résultat de l'histologie **Conduite à tenir / Prise en charge** - **Date de la référence** - Nom du centre de référence **Suivi** - Date du prochain contrôle recommandé - Statut final : cas suspect/cas confirmé/cas référé/perdu de vue
	- Remarques : refus, complications, absences, etc. **Données d'encadrement** - **Référé ? oui/non** - **Si oui nom de la structure** - Nom du prestataire ayant réalisé le dépistage - Observations ou commentaires techniques
Carnet de consultation	Identification de la patiente - **Nom, âge/date de naissance Examen demandé :** Indications : Type de prélèvements : Heure de prélèvements : Fixation : Coloration : Conclusion :

Carte de dépistage	Informations d'identification - Nom et prénoms de la patiente - Âge ou date de naissance - Numéro de la carte (identifiant unique) - Contact (téléphone, facultatif) **Informations sur la visite de dépistage** - Date du dépistage - Nom ou cachet de l'agent de santé ayant réalisé l'acte **Suivi recommandé** - Date du prochain dépistage ou rendez-vous de suivi - Rappels éventuels à faire (ex. ne pas oublier le prochain test dans 3 ans) **Mentions utiles** - Signature ou cachet officiel de la structure - Informations de contact du centre de dépistage - Mentions de sensibilisation « Gardez cette carte précieusement » « Présentez-la lors de chaque consultation »
Fiche de consultation (santé mentale)	Informations administratives - **Nom et prénoms** - **Sexe** - **Âge ou date de naissance** - **Adresse** - **Contact téléphonique (si consentement)** - **Numéro de dossier / ID unique** - **Situation socio-économique (facultatif)** - Profession, niveau d'instruction (si pertinent) Motif de consultation Antécédents - **Médicaux, psychiatriques et familiaux** Examen clinique et évaluation psychique Outils d'évaluation (si utilisés) - **Échelles standardisées**

	- **Score ou résultat Conclusion :** Conduite à tenir : **Date de suivi ou rendez-vous prochain :** **Signature et nom du prestataire** Observations complémentaires - Comportement durant l'entretien - **Consentement ou refus de traitement** - **Autres éléments utiles (niveau de dangerosité, soutien social...)**

Fiche de demande examen complémentaire	**Informations du patient** **Informations sur la demande** - Date de la demande - Type d'examen demandé : **Indications cliniques** - Résumé du tableau clinique - Hypothèse(s) diagnostique(s) - Antécédents pertinents - Motif spécifique de la demande **Informations administratives** - Nom, fonction et signature du prescripteur **À compléter par le service technique** (Zone réservée au laboratoire ou au service de réalisation de l'examen) - Date de réception - Nature exacte de l'échantillon ou du site examiné (si applicable) - Résultat transmis le : … - Observations / remarques du technicien ou du spécialiste **Mentions utiles** - Mention "urgence" (si nécessaire) - Précautions spécifiques (allergies, grossesse…)
Fiche de référence/contre référence	**Informations** du patient Motif de la référence : - Examen complémentaire - Prise en charge spécifique Résumé du tableau clinique / symptômes Résultats d'examens déjà réalisés Diagnostic présumé Informations administratives - Structure référente (d'envoi) : nom et adresse - Service / unité - Nom et fonction du professionnel référent - Date de la référence - Signature et cachet Destinataire - Structure de destination (nom de l'établissement, service ciblé) - Professionnel destinataire (si connu) - Contact ou numéro de téléphone (facultatif)

	Retour d'information (à remplir par la structure accueillante) - Date de réception - Diagnostic posé - Recommandations pour le suivi - Prise en charge effectuée Informations contre-référence : - Date d'arrivée du patient - Diagnostic d'entrée - PEC Initiale - Signature et cachet
Compte rendu d'examen clinique **des seins**	Informations d'identification **Antécédents pertinents** **Motif de consultation : Dépistage de routine, Douleur mammaire, Masse palpable, Écoulement mamelonnaire, Autre :** **.....** **Examen clinique** - Inspection - Palpation **Conclusion :** - Résultat de l'examen clinique : - Besoin d'examen complémentaire : ☐ **Mammographie** ☐ **Échographie mammaire** ☐ **Biopsie** ☐ **Autre : .....** **Conduite à tenir** - Reassurance, rendez-vous de contrôle dans X mois - Orientation vers centre spécialisé / hôpital - Éducation sur l'auto-examen des seins **Signature et cachet** - Nom, fonction et signature du prestataire - Cachet du centre de santé

Compte rendu de mammographie	Informations d'identification - Nom et prénoms de la patiente - Âge / Date de naissance - N° de dossier / ID - Date de l'examen - Centre de réalisation - Nom du radiologue Indication de l'examen Technique - Type de mammographie : ☐ Numérique ☐ Numérique avec tomosynthèse - Incidences réalisées : ☐ Craniocaudale (CC) ☐ Mediolatérale oblique (MLO) - Autres incidences : …… Description radiologique - Parenchyme mammaire
	- Anomalies détectées Classification BI-RADS® Conclusion / Conduite à tenir Signature
Compte rendu d'échographie	Informations d'identification - Nom et prénoms de la patiente - Âge / Date de naissance - N° de dossier / ID - Date de l'examen - Centre de réalisation - Nom du radiologue Indication de l'examen Description radiologique - Parenchyme mammaire - Anomalies détectées Classification BI-RADS® Conclusion / Conduite à tenir Signature
Registre d'imagerie	Informations d'identification Examens réalisés Médecin prescripteur Conclusion Nom du radiologue

Compte rendu d'anatomopathologie	Informations d'identification - Nom et prénoms de la patiente - Âge / Date de naissance - N° de dossier / ID - Date de l'examen - Centre de réalisation - Nom du prescripteur - Nom du pathologiste Renseignements cliniques et biologiques Examen macroscopique Examen microscopique Conclusion/conduite à tenir Signature
Registre de causerie	Date Personnel responsable Nombre de personnes sensibilisés Thèmes abordés Remarques et recommandations

7.2 CIRCUIT DES DONNEES

Les rapports sont transmis aux points focaux des Districts de Santé et des Délégations Régionales de la Santé Publique. Les différents points focaux veillent à la triangulation et à la vérification croisée des données entre les centres. Une fois la triangulation faite les données sont entrées dans la plateforme du DHIS2.

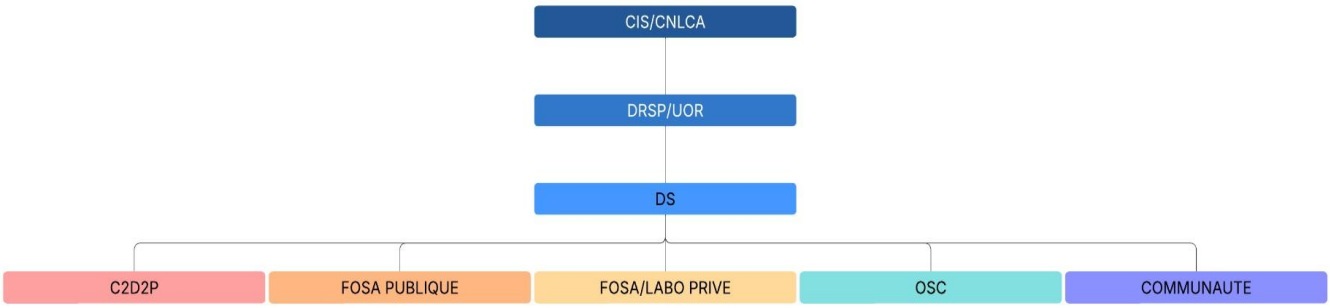


FIGURE 4: CIRCUIT DES DONNEES

7.3 ARCHIVAGE DES DOSSIERS

Les dossiers sont archivés par ordre alphabétique et suivant l'année en respectant les normes de **confidentialité et les réglementations en vigueur. Une fois archivés, ces dossiers doivent être facilement accessibles pour les besoins de suivi et d'évaluation, tout en garantissant leur sécurité et leur confidentialité. Pour une gestion efficace des archives, un système de gestion des dossiers électroniques (GDE) sera mis en place enfin de faciliter la recherche et la récupération des informations. Ce système sera sécurisé par des mots de passe et des niveaux d'accès différenciés pour protéger la confidentialité des patientes. Des sauvegardes régulières seront effectuées pour éviter toute perte de données.**

Remarque : Dans le rapport annuel, il est nécessaire d'inclure les données des campagnes de santé et du dépistage en communauté.

CHAPITRE 8. ASSURANCE QUALITE

L'assurance qualité est essentielle pour garantir la fiabilité et l'efficacité des services de dépistage proposés. Elle permet de s'assurer que les procédures médicales sont effectuées selon les normes établies, réduisant ainsi les risques d'erreurs et augmentant la confiance des patients envers le système de santé. En intégrant des protocoles rigoureux d'assurance qualité, l'unité mobile peut fournir des diagnostics précis et rapides, tout en favorisant une prise en charge optimale des cas détectés. Cela est crucial pour le succès du programme de dépistage, car une qualité constante de service est indispensable pour répondre aux attentes des bénéficiaires et pour maintenir la crédibilité des efforts de santé publique. De plus, la mise en œuvre du dépistage opportuniste demande des **ressources importantes. Il est donc essentiel de vérifier que le programme atteint ses objectifs pour rassurer les décideurs sur sa pertinence[20].**

La qualité englobe les principaux éléments du programme de dépistage : la structure, l'ensemble du processus de dépistage (de l'invitation de la population cible au système d'orientation et au traitement) et les résultats du programme. Dans un premier temps, chaque structure doit consigner ces éléments dans un plan d'assurance qualité **et un système d'information sanitaire doit être mis en place pour collecter et analyser les données conformément aux directives en vigueur. De même la budgétisation des activités de dépistage doit intégrer les activités d'assurance qualité. Le plan d'assurance qualité doit définir:**

- L'équipe et les membres du personnel responsables de la mise en œuvre de l'assurance **qualité;**
- **les calendriers des activités d'assurance de la qualité;**
- **les indicateurs et les normes ou seuils qui leur sont associés;**
- les mécanismes permettant de s'assurer que le plan est bien mis en œuvre. Par exemple : **réunions, audits, visites de sites, formation, rapports, etc.**

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein les éléments d'assurance qualité retenu sont les **suivants :**

8.1. STRUCTURE

La structure est représentée ici par l'ensemble des **moyens disponibles** qui portent l'activité de **dépistage sur le plan institutionnel.** Plus précisément il s'agit de la ressource humaine, les infrastructures, équipements et intrants, les documents normatifs, le système d'information, les **ressources financières.**

TABLEAU 6: COMPOSANTES DE LA STRUCTURE

Composantes	Eléments structurels	Mécanismes d'assurance qualité
Ressources humaines	Compétence du personnel Nombre suffisant de professionnels Répartition géographique adéquate	- Formation initiale et continue avec certification des compétences. - Supervision formative régulière. - Manuels de procédures disponibles et connus. - Accréditation des radiologues/Contrat de performance ou convention signé par les radiologues
Infrastructures et équipements	**C2D2P fonctionnel** **Equipements disponibles et conformes**	- Inventaire régulier des équipements - Plan de maintenance préventive et curative - Conformité aux normes d'hygiène et de sécurité - Étalonnage et contrôle qualité des machines

		- Procédures de gestion des pannes/dysfonctionnements
Documents de référence	Directives nationales de dépistage Protocoles validés	- Mise à disposition physique et numérique des documents - Mise à jour régulière des SOPs selon les évidences Audits internes pour vérifier l'application des - SOPs - Sessions de rappel ou de révision des protocoles pour le personnel
Système d'information **sanitaire**	Fiches de collecte Logiciels ou bases de données Tableau de bord **Registres** **Dossier médical**	- Standardisation des outils de collecte Contrôle de - qualité des données (exactitude, complétude, cohérence) - Vérification croisée - Formation des agents à la collecte et à la transmission des données - Production régulière de rapports avec feedback
Financement et gestion administrative	Budget disponible et alloué Procédures de gestion claire	- Audit financier régulier - Suivi budgétaire avec tableaux de bord - Évaluation de l'efficience des ressources utilisées - Transparence dans la passation des marchés

8.2. PROCESSUS

Le processus correspond à l'ensemble des choses faites pour aboutir au dépistage. **Cela comprend, la** sensibilisation et l'éducation des populations cibles, la prestation du service de dépistage (cliniques **mobiles, centres fixes, campagnes, etc.), le respect des protocoles cliniques : technique utilisée, qualité du prélèvement, interprétation, la prise en charge après un test positif : notification, orientation,** traitement précoce, la supervision, le suivi et l'évaluation : visites de terrain, revues de perfo**rmance.**

TABLEAU 7: RECAPITULATIF DU PROCESSUS

Composantes	**Eléments structurels**	Mécanismes d'assurance qualité
Sensibilisation et mobilisation communautaire	**Campagne de sensibilisation** **Couverture médiatique**	- Validation des messages de communication - Utilisation de canaux appropriés et testés (radios locales, leaders communautaires, réseaux sociaux) - Suivi de la couverture des campagnes (qui est touché, où, quand) - Évaluation de l'impact des actions de sensibilisation (études KAP, taux de fréquentation des centres)

Prestation du service de dépistage	**Qualité du service Accessibilité et disponibilité du service**	- Utilisation de procédures normalisées (SOPs) - Formation pratique du personnel sur les techniques de dépistage (**ECS**, mammographie, **échographie** etc.) - Contrôle qualité du matériel utilisé (**mammographe, échographe**) - Observations directes et **évaluation** cliniques **régulières** - Feedback sur les erreurs ou écarts de pratiques
Lecture et interprétation des résultats	**Fiabilité des résultats Promptitude et complétude**	- Double lecture ou relecture par un second professionnel accrédité - Utilisation de critères de lecture standardisés - Surveillance des taux d'erreurs, de faux positifs/négatifs
Prestation examen de confirmation	**Qualité du service Accessibilité et disponibilité du service**	- Utilisation de procédures normalisées (SOPs) Formation pratique du personnel sur les techniques d'échantillonnage - Contrôle qualité du matériel utilisé (aiguille, lame,etc) - Observations directes et **évaluation** cliniques **régulières**
Orientation et prise en charge des cas positifs	**Effectivité et efficacité**	- Mise en place d'un système de référencement/contreréférencement formalisé - Suivi des délais entre dépistage et traitement - Rappels téléphoniques ou via agents communautaires pour limiter les perdus de vue - Traçabilité des dossiers patients tout au long de la prise en charge

PS : le protocole comprend une seconde lecture de tous les clichés jugés normaux ou bénins. Le niveau acceptable de cliches relus juges positifs doit être inferieur a 15 %. Le nombre de clichés refaits pour raison de qualité doit être comptabilisé et leur taux doit etre maintenu pour chaque installation < 15 %.

8.3. RESULTATS

Il s'agit ici de mesurer la performance de l'activité de dépistage au travers d'indicateurs.

TABLEAU 8: MESURE DE LA PERFORMANCE

Indicateur	Méthode de calcul	Dénominateur	Cible	Source
Taux de couverture	**Proportion de femmes éligibles ayant été dépistée**	**Nombre de Femme ciblée pour le dépistage**	**60%**	**Registre dossier**
Taux de référence pour anomalie du sein (%)	**Nombre de participantes référées pour anomalies du sein**	**nombre de Participantes**	**80%**	**registre/ dossier**

Couverture des examens (%)	**(Nombre de personnes examinées dans la population éligible**	**Nombre de personnes éligibles**	**80%**	**registre/ dossier**
Taux d'évaluation **complémentaire (%)**	**Nombre de personnes dont le résultat du test est positif et nécessitant des investigations complémentaires**	**Nombre de personnes examinées pour lesquelles les résultats des tests sont disponibles**	**80%**	**registre/ dossier**
Taux de	**Nombre de**	**Nombre de**	**80%**	**registre/ dossier**
participation à l'évaluation complémentaire (%) :	**personnes ayant fait l'objet d'une évaluation plus approfondie**	**personnes dont le résultat du test est positif et nécessitant une évaluation plus approfondie**		
Taux de détection (pour 1 000)	**Nombre de personnes chez qui un précancer/cancer pathologiquement prouvé a été détecté**	**Nombre de personnes dépistées**	**40% des femmes participantes**	**registre/ dossier**
Taux de cancers de sein Diagnostiqués (%)	**Nombre de cancers de sein Diagnostiqués**	**Nombre femmes 25-75 ans référées**	**90%**	**registre**
Taux de PEC pour cancer du sein (%)	**Nombre de femmes PEC pour cancer du sein**	**Nombre de femme diagnostiquées**	**90%**	**Centre de traitement, clinique privée(registre)**

8.4. GESTION DES PLAINTES

Ce volet constitue un élément essentiel de l'amélioration continue de la qualité des services offerts. Il s'agit d'identifier les dysfonctionnements, d'ajuster les pratiques et de renforcer **La satisfaction des usagers.**

Les retours et plaintes des participantes seront recueillis à l'aide de boite à suggestions anonyme**s disposées dans les différentes zones des C2D2P ; Ces boites seront dépouillées chaque mois, et les retours seront enregistrés dans un registre dédié. Les plaintes seront classées selon leur nature.**

A un rythme déterminé par la FOSA, les plaintes seront analysées afin d'identifier les tendances et leviers d'amélioration. Des réunions de restitution seront organisées pour intégrer les enseignements **dans la planification, la formation et la supervision. Au même rythme, un rapport de gestion des** plaintes devra être produit et intégré au système d'assurance qualité. Les actions correctives devront **être suivies et dûment documentées.** En cas de difficultés rencontrés dans la mise en œuvre des **actions correc**tives, ou d'absence de résultats significatifs, les plaintes peuvent être transmises au **niveau supérieur afin de permettre une analyse approfondie et un brainstorming ciblé.**

Responsabilité des acteurs impliqués

La gestion efficace des plaintes repose sur la responsabilité partagée de tous les acteurs impliqués. Les équipes de première ligne (personnel de la FOSA) ont la responsabilité directe de collecter, classer et analyser les plaintes, ainsi que de mettre en œuvre les premières mesures correctives. Les responsables hiérarchiques assurent la supervision, le suivi de la mise en œuvre et la transmission **des dossiers nécessitant un traitement au niveau supérieur. Les structures de coordination et de pilotage garan**tissent l'intégration des leçons apprises dans les politiques, la formation continue et le système global d'assurance qualité.

La gestion des plaintes repose sur la responsabilité partagée de tous les acteurs du système de santé camerounais :

- **Personnel des FOSA/C2P2P/OSC/Communauté : collecte, tri, analyse initiale des plaintes et** mise en œuvre des premières actions correctives.
- **District de Santé** : supervision de la gestion des plaintes, suivi de la mise en œuvre des actions et identification des besoins d'escalade.
- **DLMEP / CNLCa : analyse approfondie des plaintes complexes, intégration des enseignements dans les politiques nationales et orientations stratégiques.**
- **Usagers / participantes : fournir des retours honnêtes et détaillés tout en bénéficiant de la confidentialité et de la protection de leurs droits.**

Chaque acteur doit veiller à la transparence, à la confidentialité et au respect des droits des usagers, afin de renforcer la confiance dans les services de santé et améliorer continuellement la qualité des soins.

CHAPITRE 9. CAMPAGNE DE DEPISTAGE

9.1. OBJECTIFS DU DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE

L'objectif principal est d'améliorer l'accès au dépistage afin de réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer du sein. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- **Augmenter le taux de dépistage chez les femmes, en particulier dans les zones rurales et mal desservies.**
- Faciliter l'accès à des services de dépistage de proximité.
- Sensibiliser les communautés à l'importance du dépistage et de la prévention du cancer du **sein.**
- **Assurer un suivi et une prise en charge efficace des cas détectés.**

9.2. APPROCHE ORGANISATIONNELLE ET LOGISTIQUE

Le dépistage communautaire repose sur un modèle décentralisé, utilisant des infrastructures mobiles et des centres de santé communautaires pour atteindre les populations éloignées.

9.2.1. Préalable

- **Disposer** d'une équipe formée
- **Disposer** d'une équipe communautaire
- **Avoir un C2D2P à proximité avec un circuit de référence établi, ainsi que le circuit** d'acheminement des prélèvements.

9.2.2. Acteurs impliqués

- **Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCa) : Coordination générale**
- **DRSP : Supervision générale des activités**
- **DS : Supervision technique et évaluation**
- **C2D2P : réalisation des examens complémentaires, point de chute des données de dépistage.**
- **Structures de santé locales (Centre** Médical d'Arrondissement**, Centre de Santé Intégré, Centre de Santé Ambulatoire) : Points de prestation des services.**
- **Agents de santé communautaire (ASC) : Sensibilisation, mobilisation et accompagnement des femmes vers le dépistage.**
- **ONG, Associations, partenaires techniques et financiers : Appui matériel, technique et financier.**

9.3. MODALITES DU DEPISTAGE

Le dépistage peut être organisé sous plusieurs formes :

- **Dépistage par les agents de santé communautaire (ASC) : Formés à la sensibilisation et à** l'examen clinique des seins au sein des centre de santé ambulatoire. Les ASC sont aussi formées à la reconnaissance de signes et symptômes et sont tenues d'orienter les patientes présentant l'un de ces signes dans les pl**us brefs délais. De plus, ils formeront les femmes dans** la communauté à l'auto-**examen.**

- **Campagnes de dépistage mobile** : Unité mobile équipée d'un mammographe mobile et si possible d'un appareil d'échographie mobile est tenu de réaliser le dépistage en communauté **et fournir les examens complémentaires conformément aux algorithmes de dépistage en** vigueur. Constitution d'un**e unité mobile en annexe, et matériel, rôle et responsabilité.**

9.4. STRATEGIE DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

L'implication de la communauté est cruciale pour garantir une adhésion au programme de dépistage. **Cela passe par :**

- **Des campagnes de sensibilisation via les radios locales, les médias sociaux, les leaders communautaires et religieux.**
- L'implication des femmes leaders et des associations locales pour encourager l'adoption du **dépistage.**
- L'intégration du dépistage dans les campagnes de dépistage courantes pour maximiser la **participation.**

Validation des messages de sensibilisation

La réussite d'une campagne de dépistage repose en grande **partie sur la qualité et la pertinence des messages de sensibilisation, ainsi que sur la capacité des acteurs communautaires à les diffuser correctement. Les Agents de Santé Communautaire polyvalents (ASCp) jouent un rôle central dans** l'information, la mobilisation et l'accompagnement des participantes.

- **Tous les messages éducatifs et supports de communication destinés aux populations cibles doivent être validés par les autorités sanitaires locales et nationales, notamment la DSME et le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLC).**
- **La validation inclut la vérification que les messages sont :**
  - **Clairs et compréhensibles pour le public ciblé (langue locale et termes accessibles),**
  - **Exacts scientifiquement, reflétant les recommandations nationales et internationales sur le dépistage du cancer du sein,** ○ **Culturellement adaptés, respectant les normes et sensibilités locales,**
  - **Inclusifs et non stigmatisants, pour encourager toutes les femmes éligibles à participer.**

Capacitation des ASCp :

- **Avant le lancement de la campagne, les ASCp doivent suivre une formation spécifique portant sur :**
  - La sensibilisation sur le cancer du sein : facteurs de risque, signes d'alerte, importance **du dépistage précoce, parcours de soins, références.**
  - La communication efficace et mobilisation communautaire : techniques d'animation, **réponses aux questions fréquentes, traitement des réticences et des croyances locales.**
  - **La collecte des retours et plaintes : comment recevoir et enregistrer les feedbacks des participantes de manière confidentielle et constructive.**

Intégration dans le déroulement de la campagne :

- **Les ASCp, une fois capacités, seront déployés dans les communautés pour sensibiliser et** mobiliser les femmes éligibles, en s'appuyant sur les messages validés.
- **Les messages et supports de sensibilisation devront être utilisés de manière cohérente dans** tous les sites de dépistage, afin d'assurer une harmonisation de l'information.
- Les retours des ASCp sur la compréhension et l'impact des messages seront recueillis et **analysés par les équipes de supervision pour ajuster la communication en temps réel et améliorer la mobilisation.**

Responsabilité des acteurs :

- **ASCp : diffusion des messages, mobilisation des participantes, collecte des retours et plaintes.**
- **FOSA et district sanitaire : supervision, suivi et support aux ASCp, intégration des feedbacks pour ajustement de la campagne.**
- **CNLCa/DLMEP : validation scientifique et stratégique des messages, coordination nationale et suivi de la qualité des interventions.**

9.5. DEROULEMENT D'UNE CAMPAGNE DE DEPISTAGE

Lors de la campagne, chaque femme suit un parcours structuré :

- **Accueil et enregistrement : collecte des antécédents médicaux et facteurs de risque.**
- **Sensibilisation individuelle ou en groupe** sur l'auto-**examen des seins et la prévention.**
- **Examen clinique des seins (ECS)** réalisé par l'infirmier ou le médecin.
- **Échographie mammaire pour les femmes présentant des anomalies ou ayant des facteurs de risques âgé de moins de 40ans.**
- **Mammographie pour les femmes de plus de 40 ans présentant des anomalies ou ayant des facteurs de risques.**
- **Biopsie si nécessaire, pour les masses suspectes (suivant la disponibilité).**
- **Counseling post examen (annonce de la maladie en cas de suspicion de cancer) +Conseil et orientation :**
  - **Si examen normal** → planification d'un suivi régulier.
  - **Si anomalie bénigne → surveillance rapprochée.**
  - **Si suspicion de cancer → référencement immédiat vers un centre spécialisé.**

La validation de messages de sensibilisation utilisés par les ASCp et leur capacitation doivent être pris en compte

9.6. SYSTEME DE STOCKAGE ET D'ACHEMINEMENT DES ECHANTILLONS

Dans le cadre des campagnes de dépistage, un système rigoureux de gestion des échantillons est essentiel pour garantir la qualité des analyses et la fiabilité des résultats. Ce système comprend plusieurs étapes clés à savoir :

- **Collecte et identification**

Chaque échantillon prélevé est immédiatement étiqueté avec un identifiant unique (code alphanumérique), lié à la fiche d'information de la patiente.

- **Conditionnement et stockage**

Les échantillons sont placés dans des contenants appropriés, respectant les conditions de conservation recommandées. Ils sont ensuite stockés temporairement dans des glacières ou réfrigérateurs portatifs, jusqu'à leur transfert. Un registre local consigne **les détails de chaque prélèvement.**

- **Acheminement sécurisé**

Un système logistique est mis en place pour assurer l'acheminement rapide et sécurisé des échantillons vers le laboratoire d'analyse/le C2D2P, cela implique **:**

- **Des tournées régulières assurées par des agents de liaisons formés ;**
- L'utilisation d'un matériel roulant adapté pour le transport d'échantillons biologiques **;** - La mise en œuvre de procédures standards.

Un bordereau d'envoi accompagne chaque lot d'échantillons, mentionnant le nombre total, les **identifiants, les conditions de transport et les informations de contact du site de prélèvement.**

- **Réception et vérification au laboratoire**

A l'arrivée, chaque échantillon est vérifié par rapport au bordereau. Toute non**-conformité est signalée, et des mesures correctives sont envisagées. Les échantillons sont ensuite enregistrés dans le système du laboratoire/C2D2P pour analyse.**

- **Communication des résultats**

Une fois l'analyse effectuée, les résultats sont transmis à la structure de coordination de la campagne **pour distribution sécurisée aux patientes selon le protocole établi.**

9.7. SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES CAS POSITIFS

Une unité mobile efficace doit assurer un suivi rigoureux des femmes dépistées. Cela implique la :

- Création d'une base de données des patientes avec contacts pour rappel.
- Mise en place d'un système de rappel pour les contrôles de suivi.
- **Collaboration avec des hôpitaux spécialisés pour la prise en charge des cas suspects ou confirmés.**
- **Appui financier ou logistique pour aider les patientes en difficulté à accéder aux soins (subventions, accompagnement social).**

NB : Il est impératif que les acteurs de la communauté (ASC, associations, etc.) soient informés de tous les cas suspects afin de suivre leur évolution au sein de la communauté et de s'assurer qu'ils ont effectivement pris contact avec le centre de référence.

9.8. GESTION DES DONNEES DES CAMPAGNES

Les outils de gestion de données doivent être rempli avec minutie ainsi que les fiches de participants, dossier et tout autre document requis. Des indicateurs doivent être définis pour mesurer l'efficacité **du programme :**

- **Nombre de femmes dépistées par mois et par région.**
- **Taux de détection des anomalies mammaires.**
- **Nombre de patientes référées et prises en charge.**
- Taux d'adhésion au suivi et aux soins.
- **Niveau de satisfaction des bénéficiaires et des acteurs impliqués Les données doivent être compilé et transmise aux C2D2P le plus proche.**

L'équipe mobile doit inclure :

- Un médecin spécialiste (**oncologue ou** gynécologue) **et** un médecin généraliste formé au dépistage du cancer du sein.
- Des infirmiers et sage-femmes pour l'examen clinique des seins (ECS) et l'accompagnement des patientes.
- Un technicien en imagerie médicale pour l'échographie mammaire et la mammographie.
- Un agent de santé communautaire (ASC) et les travailleurs sociaux pour la sensibilisation et la mobilisation des populations.
- **Professionnel de santé mentale**
- Un coordinateur logistique pour l'organisation et la gestion de l'itinéraire des campagnes mobiles.
- Un représentant de la société civile.
- Des représentants des sectoriels et associations.

L'unité mobile doit être équipée pour effectuer un dépistage efficace :

- Véhicule médicalisé ou camion aménagé avec alimentation électrique et climatisation.
- Échographe portable pour l'imagerie mammaire (surtout pour les femmes de moins de 40 ans).
- Mammographe numérique pour la détection des anomalies mammaires (idéalement avec télé-radiologie pour une lecture à distance).
- Kit de biopsie pour les cas suspects nécessitant un prélèvement sur place.
- Équipements de base : stéthoscope, tensiomètre, glucomètre, dossiers médicaux électroniques ou papiers.
- Matériel informatique et connectivité pour la gestion des dossiers et le transfert d'images médicales vers des spécialistes en téléconsultation.

CHAPITRE 10. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION

10.1. LEADERSHIP DU CNLCA ET DES C2D2P

Conformément aux dispositions de l'arrêté n°017 du 06 mars 2020**, portant organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le Cancer. Le CNLCa est responsable :**

- **De Suivre et évaluer les interventions de lutte contre les cancers ;**
- **De promouvoir les actions préventives de lutte contre le cancer au sein des communautés ;**
- **De mobiliser et gérer les ressources pour la lutte contre le cancer ;**
- D'apporter l'appui nécessaire au partenaire de mise en œuvre en matière de planification, **de suivi-évaluation et de renforcement des capacités de lutte contre le cancer ;**
- **De coordonner les interventions des différents partenaires de la lutte contre le cancer ;**
- D'assurer la mise en réseau des structures de lutte contre le cancer **;**
- **De coordonner et de suivre les activités des unités opérationnelles régionales, des centres de dépistage et de diagnostic précoce, ainsi que les registres de cancers.**

De même les centres de dépistage et de diagnostic précoce ont pour mission de :

- **Sensibiliser les communautés ;**
- Mettre en œuvre le programme de dépistage organisée dans sa zone **de couverture ;**
- **Du diagnostic précoce des cancers,**

- **De la référence des cas confirmés vers les structures et services spécialisés ;**
- **De la contribution au renforcement des capacités des acteurs impliqués ;**
- De la participation à la collecte et l'analyse des données ainsi qu'à la recherche.

Fort de ces dispositions, ces deux structures ont la charge de la coordination et du pilotage stratégique l'un au niveau national et l'autre au niveau opérationnel.

10.2. ROLES DES AUTRES PARTIES PRENANTES

L'organisation et la coordination des activités de dépistage est une gestion concertée intégrée et **décentralisée faisant intervenir une multitude** d'acteurs.

TABLEAU 9: ROLES ET RESPONSABILITES DES DIFFERENTS ACTEURS

Niveau	Structures	Acteurs	Rôles	Responsabilités
National	**Comité national de lutte contre le cancer/Section prévention, prise en charge et action sociale**	**Chef de section**	**Piloter et superviser la planification, la mise en** œuvre des interventions de **prévention, de dépistage, de diagnostic précoce et de renforcement des capacités ainsi que la coordination des unités opérationnelles régionales et des C2D2P**	**Elaboration et suivi et mise en oeuvre des plans de prévention**
				Elaboration et suivi et mise en oeuvre des plans de dépistage organisé et diagnostic précoce des cancers
				Participation à l'organisation du diagnostic
				Elaboration du suivi et de la mise en œuvre des **plans de renforcement des capacités du personnel**
				Suivi des activités des unités opérationnelles régionales et des C2D2P
	Cellule des informations sanitaires / Observatoire national de santé publique	Chargé d'étude/ cadres	**Garantir la disponibilité des données de qualités sur les cancers afin de soutenir la planification, le suivi et** l'évaluation des **interventions**	**Collecte et traitement des données provenant des C2D2P et autres sites de dépistage**
				Définition des indicateurs
				Mise à jour de la carte sanitaire
				Sécurisation et la disponibilité des données statistiques
				Publication des données sanitaires
	Direction de l'Organisation des Soins **et de la Technologie Sanitaire/sous direction de la technologis sanitaire/sous direction** de l'organisation des **soins**			
	Direction de la Lutte contre les Maladies les Epidémies et les	**Chef de service**	**Coordonner et suivre la mise** en œuvre des **interventions de**	Mise en œuvre des stratégies de prévention et de **sensibilisation**

	Pandémies/ SDLMCNT/service des maladies métaboliques		**prévention, de sensibilisation et** d'intégration du dépistage **dans les soins de santé primaire ainsi que** l'évaluation de leur impact.	**Suivi de** l'intégration des activités de dépistage **dans les soins de santé primaire**
				Suivi et évaluation des activités de prévention

	Direction de la Promotion de la Santé/Sous-direction de la prévention et de l'action **communautaire/ service éducation pour la santé ; service mobilisation sociale**	**Chef de service**	**Assurer le renforcement et le suivi de la mobilisation sociale en collaboration avec le CNLCA**	**Développement et suivi des activités en liaison avec les administrations et organismes concernés**
				Mise en œuvre des stratégies visant à renforcer l'implication des communautés
			Coordonner et suivre les activités d'éducation et de **sensibilisation en collaboration avec le CNLCA**	**Formulation et supervision de toutes les actions** d'éducation et de **sensibilisation**
				Conception, élaboration et diffusion des supports de communication
				Définition des objectifs éducatifs en matière d'éducation sur le cancer du sein
	Direction de la Santé Familiale/ Sous-Direction de la Santé de la Reproduction/ service de la santé maternelle	**Chef service**		**Suivi et prise en compte des activités de dépistage dans les programmes de promotion et de protection de la santé de la mére**
	Programme de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile	**Chef de section**		**Intégration des activités de dépistage dans les activités de promotion de la santé de la mére**
	Autres sectorielles concernées	**Point focal**	Assurer la mise en œuvre **des activités de sensibilisation, dépistage et liaison avec le CNLCA**	**Intégration des activités de dépistage dans leurs cahiers de charge en lien avec la santé**
				Disponibilisation des données sur les activités menées en lien avec le dépistage
	Organisations internationales		**Apporter un soutien technique, financier et logistique**	**.**

	Instituts de recherche et universités		**Évaluer l'efficacité des modalités de dépistage et proposer des améliorations.**	
	Fournisseurs		Assurer l'approvisionnement **et la maintenance de qualité des équipements**	
	Médias nationaux		**Soutenir la sensibilisation et** l'éducation du grand public **ainsi que le plaidoyer**	

	ONG locales et internationales		**soutenir la mobilisation** sociale et l'autonomisation **des communautés**	
Régional	**Délégation régionale de la santé publique**	**Délégué régional/Chef de brigade/ Point focal**	**Coordonner, superviser et contrôler les activités des de dépistage dans les Districts de Santé**	**Coordination, suivi et évaluation du partenariat dans la région ;**
				Gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;
				Mise à jour de la carte sanitaire de la Région en matière d'offre de dépistage et de diagnostic des **cancers;**
				Collecte, analyse et exploitation des informations sanitaires provenant des Services de Santé de District ;
				Planification des activités de dépistage;
				Production des rapports périodiques d'activités;
				Contrôle et suivi de l'approvisionnement des formations sanitaires, en équipement et intrants pour le dépistage et le diagnostic des cancers et du suivi de leur gestion
	Unité opérationnelle régionale		**Coordonner, suivre et évaluer les activités de**	**Assurer un appui technique aux partenaires impliqués dans les réponses locales et sectorielles**

		Coordonnateur/ Equipe cadre de l'unité **opérationnelle régionale**	**dépistage en liaison avec la DRSP**	**Effectuer les missions de supervision de l'exécution des plans d'action communautaires dans le cadre du dépistage et du diagnostic des cancers**
				Organiser et mener les activités de communication pour le SBC et le marketing social
				Contrôler la qualité de la gestion du système de reportage des informations au niveau communautaire
				Mettre en œuvre et superviser les activités de **sous-traitance conformément aux contrats passés avec les structures concernées**
				Préparer le plan d'action annuel consolidé et budgétisé, et le soumettre au CNLCa pour approbation
				Suivre et évaluer la mise en oeuvre du plan d'action
				Rapporter ses activités au CNLCa
Opérationnel / périphérique	**District**	**Chef de district/Point focal/Equipe cadre de district**	**Coordonner, superviser et contrôler les activités des de dépistage dans les aires de Santé**	**Organisation, de la mise en oeuvre et du suivi des activités de dépistage dans les FOSA ;**
				Suivi-évaluation des activités de tous les intervenants et partenaires du secteur de la santé de son ressort en matière de dépistage et de l'établissement des rapports périodiques d'activités;
				Surveillance épidémiologique;
				Suivi, gestion et maintenance des équipements intrants relatifs à l'activité de dépistage dans les **formations sanitaires;**
				Collecte, analyse et exploitation des données relatives au dépistage ;

	Autres sectorielles	**Travailleurs sociaux**	**Accompagner les populations et faciliter l'accès aux services de dépistage.**	**Communication et sensibilisation sur le cancer du sein et le dépistage**
				Identification et orientation des populations cibles
				Collaboration avec les agents de santé
	Communautés	**Agents de santé communautaires**	**Servir d'intermédiaire entre les services de santé et les communautés**	**Communication et sensibilisation sur le cancer du sein et le dépistage**
				Identification et orientation des populations cibles
				Promouvoir l'autopalpation
		Population cible	**Participer activement aux activités de dépistage.**	
		Leaders communautaires et organisations locales	**Mobiliser et sensibiliser les communautés**	
		Média communautaires et sociaux	**Sensibiliser le grand public y compris dans les langues locales, et promouvoir les campagnes de dépistage.**	
		Survivantes du cancer du sein	**Echanger et partager les expériences qui découlent de leur histoire personnelle**	

10.3. MECANISMES DE COORDINATION

Pour la bonne marche de cette activité de dépistage, les objectifs de coordination sont donnés suivant une approche hiérarchisée impliquant tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Niveau Central (CNLCa)

- **Élaboration des politiques et stratégies de dépistage.**
- **Elaboration des cahiers de charge**
- **Définition des protocoles et normes à appliquer.**
- **Intégration des sectorielles** et mise en place d'un cadre de concertation ● **Mobilisation des ressources et partenariats (ONG, bailleurs de fonds). ● Suivi et évaluation globale du programme de dépistage.**

Niveau Intermédiaire (Délégations Régionales de la Santé Publique, unité opérationnelle régionale et Districts de Santé)

- Adaptation et mise en œuvre des stratégies nationales au niveau régional.
- **Formation et supervision des personnels de santé.**
- **Gestion de la logistique (approvisionnement en tests, matériel, etc.) ● Surveillance épidémiologique et collecte des données.**
- **Elaboration et suivi des contrats de performance, protocole, MOU avec les différents acteurs**

Niveau Périphérique (C2D2P et Communauté)

- **Réalisation effective du dépistage dans les hôpitaux, centres de santé et postes de santé.**
- **Sensibilisation et mobilisation communautaire.**
- **Orientation des cas positifs.**
- **Transmission des données aux niveaux supérieurs.**

10.4. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION ET DE RETRO-INFORMATION

Le suivi-évaluation constitue un pilier essentiel pour garantir l'efficacité et l'impact d'une campagne **de dépistage du cancer du sein. Il repose sur la collecte systématique de données fiables et pertinentes,** leur analyse régulière et l'utilisation des ré**sultats pour ajuster en temps réel les stratégies mises en** œuvre. L'intégration d'un mécanisme de rétro**-information est indispensable afin que les résultats de** l'évaluation et les enseignements tirés soient restitués à tous les acteurs (agents de santé **communautaires, FOSA, responsables régionaux et nationaux, partenaires techniques et financiers,** médias). Ce retour d'information, à travers des canaux formels et informels, permet non seulement de valoriser les succès et bonnes pratiques, mais aussi d'identifier les difficultés rencontrées, d'y apporter des solutions rapides et d'améliorer la qualité globale des services offerts.

➢ **Mécanisme de suivi**

- **Élaboration et affichage de tableaux de bord (au niveau des FOSA et des districts) pour assurer la transparence et la redevabilité.**
- **Organisation de réunions de coordination et de suivi :**
    - **Hebdomadaires au niveau des centres,** ○
    - **Mensuelles aux niveaux régional et national.**

- Mise en place d'une supervision régulière, basée sur une grille harmonisée et un calendrier **préétabli par chaque responsable selon son niveau de compétence.**
- **Organisation de revues hebdomadaires de données, pour validation, analyse et ajustement des interventions.**

➢ **Mécanisme de rétro-information**

- **Partage régulier des résultats avec les ASCp, les équipes locales et les communautés afin de maintenir leur engagement.**
- **Rapports synthétiques adressés aux différents niveaux (district, régional, national) avec recommandations correctives.**
- **Sessions de restitution communautaires via les médias locaux et sociaux pour renforcer la confiance et encourager la participation.**
- Utilisation des résultats de l'évaluation pour adapter les messages de sensibilisation, **améliorer la formation continue et renforcer les stratégies de mobilisation.**

CHAPITRE 11. FORMATION ET AMELIORATION CONTINUE

L'efficacité du programme de dépistage du cancer du sein repose en grande partie sur la formation des professionnels de santé et l'amélioration continue des pratiques. Ces directives visent à garantir **un renforcement des capacités, une mise à jour régulière des compétences et une standardisation des pratiques en accord avec les recommandations nationales et internationales.**

11.1. OBJECTIFS DE LA FORMATION ET DE L'AMELIORATION CONTINUE

- **Renforcer les compétences techniques et cliniques des professionnels impliqués dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.**
- Harmoniser les pratiques médicales pour assurer une prise en charge de qualité sur l'ensemble **du territoire.**
- **Intégrer les avancées scientifiques et technologiques dans les protocoles de dépistage et de suivi.**
- **Améliorer la communication entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer une meilleure coordination des soins.**

11.2. PUBLIC CIBLE

Les formations doivent s'adresser aux différents acteurs impliqués dans le dépistage et la prise en **charge du cancer du sein :**

- **Médecins généralistes et gynécologues**
- **Radiologues et techniciens en imagerie**
- **Anatomopathologistes**
- **Infirmiers et sage-femmes**
- **Travailleurs sociaux**
- **Agents de santé communautaire (ASC)**

11.3. CONTENU DE LA FORMATION

11.3.1. Formation Initiale :

En fonction du cahier de charge et de l'expertise requise, la formation initiale **intègre les thématiques de base suivantes : dépistage et sensibilisation, techniques de dépistage, techniques et méthodes de prise en charge psychosociale, ainsi que la gestion et le suivi des patientes. Des modules complémentaires peuvent être ajoutés selon le profil des participants et les besoins spécifiques identifiés.**

11.3.2. Formation Continue et Perfectionnement

Afin d'assurer une mise à jour régulière des connaissances et l'amélioration continue des **compétences, les formations doivent être périodiques et adaptées aux évolutions des connaissances et technologies.**

- Mise en place de formations selon l'approche DS (quantifier à tous les niveaux) **;**
- **Organisation de formations semestrielles ou annuelles pour la mise à jour des pratiques ;**
- **Partage des nouvelles recommandations internationales et des avancées scientifiques ;**
- **Renforcement des compétences en imagerie mammaire et en anatomopathologie ;**
- Renforcement des capacités en techniques et méthodes d'accompagnement psychosocial **;**

- **Mise en place de système de mentorat entre les centres.**

11.4. ÉVALUATIONS ET CERTIFICATION

- Mise en place d'un système d'évaluation des compétences après chaque formation.
- **Certification des professionnels ayant suivi avec succès les modules de formation.**
- **Obligation de recyclage tous les 2 à 3 ans pour garantir la qualité du dépistage.**

11.5. FORMATION PAR LA PRATIQUE ET SUPERVISION

- **Intégration de formations pratiques sur site (formations cliniques en milieu hospitalier).**
- **Supervision régulière des centres de dépistage par des experts nationaux et internationaux.**
- Création de pôles régionaux d'excellence pour former et encadrer les professionnels de santé.

11.6. OUTILS ET SUPPORTS DE FORMATION

- **Guides et protocoles standardisés pour les professionnels de santé.**
- **Modules de formation en ligne et en présentiel (MOOCs, webinaires, séminaires).**
- Simulations et cas cliniques pour renforcer l'apprentissage pratique.
- Plateformes de télémédecine pour l'échange d'expertise entre centres régionaux et **spécialisés.**

11.7. MECANISMES D'AMELIORATION CONTINUE

11.7.1. Suivi et Évaluation des Performances

- Définition d'indicateurs de performance pour mesurer l'impact des formations (ex. taux de **détection des lésions suspectes, qualité des examens réalisés, taux de suivi des patientes référées).**
- **Supervision régulière des centres de dépistage et audits de qualité.**
- **Enquêtes de satisfaction auprès des professionnels formés et des patientes.**

11.7.2. Intégration de la Recherche et de l'Innovation

- **Encourager la recherche locale sur le cancer du sein et le dépistage en Afrique.**
- **Promouvoir des collaborations avec les universités et les instituts de recherche.**
- Tester de nouvelles approches (ex. intelligence artificielle pour l'interprétation des images, **innovations en dépistage point-of-care).**

11.7.3. Collaboration Multisectorielle et Mobilisation des Ressources

- **Travailler en partenariat avec les ONG, institutions académiques et partenaires techniques** pour le financement et la mise en œuvre des formations.
- **Assurer un plaidoyer auprès du gouvernement pour intégrer ces formations dans les curricula des écoles de santé et des universités.**

TROISIEME PARTIE : PLAN OPÉRATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DES DIRECTIVES NATIONALES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (2026-2030)

Le présent plan opérationnel constitue le cadre de mise en œuvre des Directives nationales de **dépistage du cancer du sein au Cameroun pour la période 2026-2030. Il traduit les orientations stratégiques des directives en actions concrètes, mesurables et réalisables, avec des responsabilités clairement définies et un budget précis.**

Objectifs du plan opérationnel

Objectif général : Mettre en œuvre un programme national structuré de dépistage du cancer du sein **permettant de diagnostiquer 60% des cas aux stades précoces (I et II) d'ici 2030, réduisant ainsi la mortalité de 25%.**

Objectifs spécifiques :

1. **Atteindre un taux de couverture de dépistage de 60% chez les femmes de 45-75 ans d'ici 2030**
2. **Former et certifier 1 000 prestataires de santé d'ici 2030**
3. **Opérationnaliser 50 C2D2P sur l'ensemble du territoire d'ici 2030**
4. **Mettre en place un système d'information sanitaire fonctionnel d'ici 2026**
5. **Réduire le délai moyen entre dépistage positif et diagnostic à moins de 21 jours d'ici 2029**
6. **Réduire la proportion de cancers diagnostiqués aux stades I-II à 60% d'ici 2030**

12.1. APPROCHE STRATÉGIQUE ET PHASAGE

12.1.1. Stratégie globale

La mise en œuvre s'appuie sur une approche progressive en **quatre phases permettant un déploiement graduel, un apprentissage continu et des ajustements basés sur l'expérience acquise.**

12.1.2. Phasage 2026-2030

Phase	Période	Focus principal	Cibles
Phase 1 : Mise en place	2026	Création des conditions de réussite	15 C2D2P, 30 000 femmes dépistées
Phase 2 : Extension	2027-2028	Déploiement national progressif	40 C2D2P, 230 000 femmes dépistées (cumulé)
Phase 3 : Généralisation	2029	Couverture nationale complète	50 C2D2P, 380 000 femmes dépistées (cumulé)
Phase 4 : Pérennisation	2030	Institutionnalisation et durabilité	60% de couverture, 530 000 femmes dépistées (cumulé)

12.1.3. Principes directeurs

- **Équité : Assurer l'accès au dépistage pour toutes les femmes, y compris les plus vulnérables**
- **Qualité : Garantir des services de dépistage et de diagnostic conformes aux normes**
- **Intégration : Intégrer le dépistage dans le système de santé existant**
- **Participation : Impliquer les communautés et les acteurs locaux**
- **Données : Piloter le programme par les données et les preuves • Durabilité : Assurer la pérennité financière et institutionnelle**

12.2. AXES STRATÉGIQUES ET ACTIVITÉS

AXE 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES ET HUMAINES

Objectif : Disposer de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant

Résultats attendus 2026-2030

- **1 000 prestataires formés et certifiés**
- **2 000 ASC capacités**
- **Modules de formation standardisés disponibles**
- **Système de formation continue opérationnel**

Activités prioritaires

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
1.1 Validation et dissémination des directives nationales	CNLCa, MINSANTÉ	T3-T4 2025	20 000 000
1.2 Élaboration de modules de formation standardisés	CNLCa, Sociétés savantes	T1-T2 2026	30 000 000
1.3 Formation de 500 médecins à l'ECS	CNLCa, SOGOC	2026-2030	250 000 000
1.4 Formation de 200 gynécologues et sages-femmes	CNLCa, SOGOC	2026-2030	150 000 000
1.5 Formation de 170 radiologues et techniciens imagerie	CNLCa, SOCASEIN	2026-2030	200 000 000
1.6 Formation de 85 pathologistes et techniciens labo	CNLCa, SCON	2026-2030	120 000 000
1.7 Formation de 160 infirmiers au counseling	CNLCa	2026-2030	80 000 000
1.8 Capacitation de 2 000 ASC	Districts, ONG	2026-2029	200 000 000
1.9 Mise en place système de mentorat et compagnonnage	CNLCa, C2D2P	2026-2030	80 000 000
1.10 Organisation de formations continues (recyclage)	CNLCa	2027-2030	70 000 000

SOUS-TOTAL AXE 1			1 200 000 000

AXE 2 : DÉVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS

Objectif : Équiper et moderniser les structures de dépistage

Résultats attendus 2026-2030

- **50 C2D2P équipés et fonctionnels**
- **10 unités mobiles déployées**
- **Taux de disponibilité des équipements > 90% Activités prioritaires**

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
2.1 Équipement de 40 C2D2P en mammographes numériques	MINSANTÉ, Partenaires	2026-2030	1 600 000 000
2.2 Équipement de 50 C2D2P en échographes	MINSANTÉ, Partenaires	2026-2030	500 000 000
2.3 Équipement de 15 laboratoires d'anatomopathologie	MINSANTÉ, Partenaires	2026-2028	450 000 000
2.4 Acquisition de 10 unités mobiles de dépistage	CNLCa, Partenaires	2026-2029	500 000 000
2.5 Aménagement de 50 salles de counseling	DRSP, C2D2P	2026-2029	150 000 000
2.6 Informatisation de 50 C2D2P (logiciel GDE)	CIS, C2D2P	2026-2029	100 000 000
2.7 Connexion internet haut débit des C2D2P	CIS, MINPOSTEL	2026-2029	50 000 000
2.8 Mise en place système maintenance préventive/curative	DOST, Districts	2026-2030	100 000 000
2.9 Approvisionnement en intrants et consommables	CENAME, Districts	2026-2030	50 000 000
SOUS-TOTAL AXE 2			3 500 000 000

AXE 3 : SENSIBILISATION ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Objectif : Informer et mobiliser 80% de la population cible

Résultats attendus 2026-2030

- **80% de la population cible informée sur le dépistage**
- **5 campagnes nationales Octobre Rose organisées**
- **950 dialogues communautaires réalisés**

Activités prioritaires

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
3.1 Campagnes nationales Octobre Rose (annuelles)	CNLCa, MINPROFF, Médias	Octobre 2026-2030	250 000 000
3.2 Production supports de sensibilisation (affiches, dépliants, vidéos)	CNLCa, Agences	2026, 2027, 2029	150 000 000
3.3 Diffusion spots radio/TV (continue)	CNLCa, Médias	2026-2030	200 000 000
3.4 Organisation de 950 dialogues communautaires	Districts, ASC, OSC	2026-2030	95 000 000
3.5 Sensibilisation dans 500 lieux de culte	MINPROFF, Leaders religieux	2026-2030	50 000 000
3.6 Mobilisation via réseaux sociaux	CNLCa, Influenceurs	2026-2030	30 000 000
3.7 Organisation de 390 journées portes ouvertes C2D2P	C2D2P	2026-2030	78 000 000
3.8 Formation de 1 000 leaders communautaires	Districts, MINPROFF	2026-2029	30 000 000
3.9 Intégration sensibilisation dans CPN/PF/UPEC-VIH	DSF, Districts	2026-2030	17 000 000
SOUS-TOTAL AXE 3			900 000 000

AXE 4 : ORGANISATION DES SERVICES DE DÉPISTAGE

Objectif : Structurer le parcours de dépistage et de prise en charge Résultats attendus 2026-2030

- **Circuits de référence opérationnels dans 100% des districts**
- **230 campagnes de dépistage mobile organisées**
- **100% des sites SMI/PF intégrés**

Activités prioritaires

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
4.1 Mise en place registres standardisés dans 50 C2D2P	CNLCa, C2D2P	2026-2029	100 000 000
4.2 Établissement circuits référence/contreréférence	Districts, C2D2P, CEPEC	2026-2028	50 000 000
4.3 Intégration dépistage dans services SMI/PF	DSF, Districts	2026-2030	80 000 000
4.4 Organisation de 230 campagnes dépistage mobile	DRSP, Districts, ONG	2026-2030	690 000 000

4.5 Mise en place système rendez-vous et rappel	C2D2P, Districts	2026-2030	45 000 000
4.6 Déploiement de 10 unités mobiles zones enclavées	CNLCa, Partenaires	2026-2029	150 000 000
4.7 Organisation dépistage opportuniste CSI/CMA	Districts	2026-2030	100 000 000
4.8 Distribution cartes de dépistage aux patientes	C2D2P	2026-2030	80 000 000
4.9 Standardisation comptes-rendus (ECS, imagerie, anapath)	CNLCa, Sociétés savantes	T2 2026	20 000 000
4.10 Création liens fonctionnels C2D2P-CEPEC (RCP mensuelles)	CNLCa, CEPEC	2026-2030	105 000 000
4.11 Mise en place permanences téléphoniques	C2D2P, CNLCa	2026-2030	65 000 000
4.12 Système transport échantillons	Districts, C2D2P	2026-2030	75 000 000
SOUS-TOTAL AXE 4			1 560 000 000

AXE 5 : SYSTÈME D'INFORMATION ET SUIVI-ÉVALUATION

Objectif : Piloter le programme par les données

Résultats attendus 2026-2030

- **Module DHIS2 opérationnel**
- **Complétude et qualité des données > 95%**
- **Rapports mensuels, trimestriels et annuels produits Activités prioritaires**

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
5.1 Intégration module dépistage cancer sein dans DHIS2	CIS, CNLCa	T1-T2 2026	50 000 000
5.2 Formation de 200 gestionnaires de données	CIS, Districts	2026-2029	60 000 000
5.3 Mise en place tableaux de bord automatisés	CIS, CNLCa	2026-2027	40 000 000
5.4 Revues trimestrielles qualité des données	DRSP, Districts, CNLCa	2026-2030 (20 revues)	100 000 000
5.5 Supervision formative intégrée (trimestrielle)	DRSP, CNLCa	2026-2030	150 000 000
5.6 Étude CAP de référence	CNLCa, Universités	T2 2026	40 000 000

5.7 Évaluation de processus	CNLCa, Partenaires	T4 2027	30 000 000
5.8 Évaluation mi-parcours	CNLCa, Consultant externe	T2 2028	50 000 000
5.9 Étude CAP finale	CNLCa, Universités	T4 2029	40 000 000
5.10 Évaluation finale du programme	MINSANTÉ, CNLCa, Externe	T4 2030	60 000 000
5.11 Mise en place système archivage électronique	CIS, C2D2P	2026-2028	30 000 000
5.12 Production rapports périodiques	CNLCa, Districts, DRSP	2026-2030	50 000 000
SOUS-TOTAL AXE 5			700 000 000

AXE 6 : ASSURANCE QUALITÉ

Objectif : Garantir la qualité des prestations

Résultats attendus 2026-2030

- **100% des C2D2P avec protocoles d'assurance qualité**
- **50 C2D2P accrédités**
- **Taux de double lecture mammographique > 95%**

Activités prioritaires

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
6.1 Élaboration protocoles assurance qualité C2D2P	CNLCa, Sociétés savantes	T2 2026, révisions 2028, 2030	30 000 000
6.2 Mise en place double lecture mammographique 50 C2D2P	C2D2P, Radiologues	2026-2029	100 000 000
6.3 Formation radiologues à la double lecture	CNLCa, SOCASEIN	2026-2028	50 000 000
6.4 Supervision formative trimestrielle C2D2P	DRSP, CNLCa	2026-2030 (740 supervisions)	148 000 000
6.5 Audits qualité annuels	CNLCa, Experts externes	2027-2030 (100 audits)	100 000 000
6.6 Processus accréditation 50 C2D2P	CNLCa, MINSANTÉ	2027-2030	150 000 000
6.7 Contrôle qualité équipements d'imagerie	DOST, Fournisseurs	2026-2030	50 000 000
6.8 Mise en place 50 cercles de qualité C2D2P	C2D2P, CNLCa	2026-2029	25 000 000

6.9 Système gestion plaintes et réclamations	C2D2P, Districts	2026-2030	20 000 000
6.10 Contrôle externe qualité anatomopathologie	CNLCa, SCON	2027-2030	27 000 000
SOUS-TOTAL AXE 6			700 000 000

AXE 7 : MOBILISATION DES RESSOURCES ET PARTENARIATS

Objectif : Financer durablement le programme

Résultats attendus 2026-2030

- **90% du budget mobilisé**
- **15 partenariats stratégiques signés**
- **Fonds de soutien aux patientes démunies opérationnel**

Activités prioritaires

Activité	Responsable	Échéancier	Budget (FCFA)
7.1 Élaboration budget programme détaillé	CNLCa, MINSANTÉ	T1 2026	5 000 000
7.2 Plaidoyer Gouvernement pour allocation budgétaire	MINSANTÉ, CNLCa	Annuel 20262030	20 000 000
7.3 Mobilisation partenaires techniques et financiers	CNLCa	2026-2030	30 000 000
7.4 Organisation de 2 tables rondes des bailleurs	MINSANTÉ, CNLCa	2026, 2028	20 000 000
7.5 Établissement de 15 partenariats secteur privé	CNLCa	2026-2030	15 000 000
7.6 Création et gestion fonds soutien patientes démunies	MINAS, OSC, Partenaires	2026-2030	50 000 000
7.7 Mobilisation diaspora et philanthropie	CNLCa	2026-2030	10 000 000
7.8 Partenariat avec mutuelles de santé	MINSANTÉ, CNLCa	2026-2030	10 000 000
7.9 Coordination avec autres programmes MNT	DLMEP, CNLCa	2026-2030	10 000 000
7.10 Mise en place mécanisme suivi financier	CNLCa, DAF	2026-2030	30 000 000
SOUS-TOTAL AXE 7			200 000 000

12.3. BUDGET CONSOLIDÉ 2026-2030

12.3.1. Budget global par axe stratégique

Axe stratégique	Budget (FCFA)	% du total
Axe 1 : Renforcement des capacités	1 200 000 000	14,6%
Axe 2 : Infrastructures et équipements	3 500 000 000	42,7%
Axe 3 : Sensibilisation et mobilisation	900 000 000	11,0%
Axe 4 : Organisation des services	1 560 000 000	19,0%
Axe 5 : Système d'information	700 000 000	8,5%
Axe 6 : Assurance qualité	700 000 000	8,5%
Axe 7 : Mobilisation ressources	200 000 000	2,4%
Imprévus et divers (3%)	240 000 000	2,9%
TOTAL GÉNÉRAL	9 000 000 000	100%

12.3.2. Budget annuel

Année	Budget (FCFA)	% du total
2026	2 700 000 000	30%
2027	2 250 000 000	25%
2028	1 800 000 000	20%
2029	1 350 000 000	15%
2030	900 000 000	10%
TOTAL	9 000 000 000	100%

12.3.3. Sources de financement

Source	Montant (FCFA)	%
Budget de l'État	3 600 000 000	40%
Partenaires techniques et financiers	3 150 000 000	35%
Secteur privé	1 350 000 000	15%
OSC et contributions diverses	900 000 000	10%
TOTAL	9 000 000 000	100%

12.4. CIBLES QUANTITATIVES 2026-2030

12.4.1. Cibles de dépistage

Indicateur	2026	2027	2028	2029	2030	Total cumulé
Femmes à dépister	30 000	80 000	120 000	150 000	150 000	530 000
Taux de couverture	3%	11%	23%	38%	60%	60%
Cancers détectés	1 050	2 800	4 200	5 250	5 250	18 550
Cancers stades I-II (%)	35%	40%	45%	55%	60%	60%

12.4.2. Cibles de capacités

Indicateur	2026	2027	2028	2029	2030
C2D2P opérationnels	15	30	40	50	50
Prestataires certifiés	300	600	850	1 000	1 000
ASC capacités	500	1 100	1 600	2 000	2 000
Unités mobiles	3	6	8	10	10

12.5. DISPOSITIF DE COORDINATION ET DE PILOTAGE

12.5.1. Organes de gouvernance

✞ **Niveau National : Comité de Pilotage Composition :**

- **Président : Secrétaire Général du MINSANTÉ**
- **Vice-Président : Coordonnateur du CNLCa**
- **Membres : Directeurs DLMEP, DSF, DPS, CIS, DOST ; Représentants MINPROFF, MINAS, Sociétés savantes, Partenaires**

Missions :

- **Orientation stratégique**
- **Validation plans et budgets annuels**
- **Suivi mobilisation des ressources**
- **Approbation des rapports Périodicité : Trimestrielle**

✞ **Niveau National : Secrétariat Technique (CNLCa) Missions :**

- **Coordination opérationnelle quotidienne**
- **Élaboration plans d'action et budgets**
- Suivi de la mise en œuvre
- **Appui technique aux niveaux déconcentrés**
- **Gestion du système d'information**
- **Production des rapports**

✞ **Niveau Régional : Comités Régionaux**

Présidence : Délégué Régional de la Santé Publique

Missions :

- **Adaptation du plan aux réalités régionales**
- **Supervision des districts**
- **Consolidation des données régionales Périodicité : Mensuelle**

✞ **Niveau Opérationnel : Équipes de District Responsable : Chef de District de Santé**

Missions :

- Mise en œuvre des activités
- **Supervision des FOSA et ASC**
- **Collecte et transmission des données**
- **Mobilisation communautaire Périodicité : Hebdomadaire**

12.5.2. Mécanismes de suivi-évaluation

Indicateurs clés de performance

Indicateurs de structure :

- **Nombre de C2D2P fonctionnels**
- **Taux de disponibilité des équipements**
- **Proportion de prestataires formés**

Indicateurs de processus :

- **Taux de couverture de dépistage**
- **Délai moyen dépistage-diagnostic**
- **Taux de référence des cas suspects**
- **Taux de double lecture mammographique**

Indicateurs de résultats :

- **Taux de détection de cancer (pour 1 000 femmes dépistées)**
- **Proportion de cancers diagnostiqués aux stades I-II**
- **Taux de prise en charge des cas confirmés**

Indicateurs d'impact :

- **Taux de mortalité par cancer du sein**
- **Taux de survie à 5 ans**

Évaluations programmées

Type d'évaluation	Période	Responsable
Revues trimestrielles de données	Trimestrielle	DRSP, CNLCa
Supervision formative	Trimestrielle	DRSP, CNLCa
Étude CAP de référence	T2 2026	CNLCa, Universités

Évaluation de processus	T4 2027	CNLCa, Partenaires
Évaluation mi-parcours	T2 2028	CNLCa, Consultant externe
Étude CAP finale	T4 2029	CNLCa, Universités
Évaluation finale	T4 2030	MINSANTÉ, CNLCa

12.6. RISQUES ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION

Risque	Probabilité	Impact	Stratégie d'atténuation
Insuffisance de financement	Élevée	Élevé	Diversification sources, plaidoyer renforcé, phasage activités
Faible adhésion population	Moyenne	Élevé	Campagnes intensives, implication leaders, gratuité
Insuffisance personnel qualifié	Moyenne	Élevé	Formation continue, incitations, tasksshifting
Ruptures d'intrants/équipements	Moyenne	Élevé	Gestion des stocks, maintenance préventive, fournisseurs alternatifs
Faible qualité des données	Moyenne	Moyen	Formation, supervision, contrôle qualité régulier
Coordination inter-sectorielle difficile	Faible	Moyen	MOU formalisés, réunions régulières, clarification rôles

12.7. CADRE DE DURABILITÉ

12.7.1. Stratégies de pérennisation

Institutionnalisation :

- **Intégration du dépistage dans le paquet minimum d'activités**
- **Inscription dans les plans d'action annuels**
- **Budgétisation récurrente**

Renforcement du système de santé :

- **Formation continue du personnel**
- **Système de maintenance des équipements**
- **Chaîne d'approvisionnement intégrée**

Appropriation communautaire :

- **Sensibilisation continue via structures permanentes**
- **Groupes de soutien de survivantes**
- **Fonds communautaires**

Partenariats durables :

- **Conventions pluriannuelles**
- **Responsabilité sociale des entreprises**
- **Réseaux de recherche**

12.8. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

12.8.1. Lancement du programme

Date : 4 février 2026 (Journée Mondiale contre le Cancer) Activités de lancement :

- ***Cérémonie officielle de lancement présidée par le Ministre de la Santé Publique***
- ***Dissémination des directives nationales***
- ***Installation officielle du Comité de Pilotage***
- ***Signature des conventions avec les partenaires***
- ***Lancement de la campagne médiatique nationale***

12.8.2. Déploiement par phase

✞ **PHASE 1 : Mise en place (2026)**

• **Trimestre 1 (janvier-mars 2026)** -

Validation finale des directives

- ***Installation des organes de gouvernance***
- ***Élaboration des modules de formation***
- ***Cartographie des 15 C2D2P pilotes***
- ***Intégration module DHIS2***
- ***Lancement campagne de communication***

• **Trimestre 2 (avril-juin 2026)**

- ***Formation de 100 prestataires (première cohorte)***
- ***Équipement de 5 premiers C2D2P***
- ***Capacitation de 200 ASC***
- ***Étude CAP de référence***
- ***Mise en place des circuits de référence***
- ***Distribution des registres standardisés***

• **Trimestre 3 (juillet-septembre 2026)**

- ***Formation de 100 prestataires (deuxième cohorte)***
- ***Équipement de 5 C2D2P supplémentaires***
- ***Capacitation de 200 ASC supplémentaires***
- ***Lancement de 10 premières campagnes mobiles***
- ***Début du dépistage dans les C2D2P opérationnels***

• **Trimestre 4 (octobre-décembre 2026)**

- ***Formation de 100 prestataires (troisième cohorte)***
- ***Équipement de 5 derniers C2D2P pilotes***
- ***Capacitation de 100 ASC***
- ***Campagne Octobre Rose 2026***
- ***Lancement de 10 campagnes mobiles supplémentaires***
- ***Première revue trimestrielle des données***
- ***Rapport annuel 2026***

• **Cibles 2026 : 15 C2D2P opérationnels, 300 prestataires formés, 500 ASC capacités, 30 000 femmes dépistées**

✞ **PHASE 2 : Extension et consolidation (2027-2028)**

• **Trimestre 1 - 2027**

- ***Formation de 150 prestataires***
- ***Équipement de 7 C2D2P***

- *Capacitation de 300 ASC*
- *Évaluation de la phase pilote 2026*
- *Ajustements basés sur les leçons apprises - Extension à 5 nouvelles régions*

  • **Trimestre 2 - 2027**
- *Formation de 150 prestataires*
- *Équipement de 8 C2D2P*
- *Capacitation de 300 ASC*
- *Organisation de 20 campagnes mobiles*
- *Intégration progressive dans services SMI/PF*

  • **Trimestre 3 - 2027**
- *Supervision formative dans tous les C2D2P*
- *Organisation de 20 campagnes mobiles*
- *Renforcement de l'assurance qualité - Formation continue (recyclage)*

  • **Trimestre 4 - 2027**
- *Campagne Octobre Rose 2027*
- *Évaluation de processus*
- *Rapport annuel 2027*
- *Préparation plan 2028*

  • **Cibles 2027 : 30 C2D2P opérationnels, 600 prestataires formés, 1 100 ASC capacités, 80 000 femmes dépistées dans l'année**

  • **Trimestre 1 - 2028**
- *Formation de 125 prestataires*
- *Équipement de 5 C2D2P*
- *Capacitation de 250 ASC*
- *Déploiement de 2 unités mobiles supplémentaires*
- *Extension dépistage opportuniste dans tous CSI/CMA*

  • **Trimestre 2 - 2028**
- *Formation de 125 prestataires*
- *Équipement de 5 C2D2P*
- *Capacitation de 250 ASC*
- *Évaluation mi-parcours du programme*
- *Organisation de 25 campagnes mobiles*

  • **Trimestre 3 - 2028**
- *Lancement processus d'accréditation des C2D2P*
- *Organisation de 25 campagnes mobiles*
- *Audits qualité dans 20 C2D2P*
- *Révision des protocoles si nécessaire*

  • **Trimestre 4 - 2028**
- *Campagne Octobre Rose 2028*
- *Rapport mi-parcours*
- *Ajustements stratégiques - Rapport annuel 2028*

  • **Cibles 2028 : 40 C2D2P opérationnels, 850 prestataires formés, 1 600 ASC capacités, 120 000 femmes dépistées dans l'année**

✞ **PHASE 3 : Généralisation**

- **Trimestre 1 - 2029**

- *Formation de 75 prestataires*
- *Équipement de 5 C2D2P*
- *Capacitation de 200 ASC*
- *Généralisation du dépistage opportuniste*
- *Accréditation de 10 premiers C2D2P*

- **Trimestre 2 - 2029**

- *Formation de 75 prestataires*
- *Équipement de 5 C2D2P*
- *Capacitation de 200 ASC*
- *Organisation de 30 campagnes mobiles - Étude CAP finale*

- **Trimestre 3 - 2029**

- *Organisation de 30 campagnes mobiles*
- *Accréditation de 10 C2D2P supplémentaires*
- *Capitalisation des bonnes pratiques - Recherche opérationnelle*

- **Trimestre 4 - 2029**

- *Campagne Octobre Rose 2029*
- *Accréditation de 10 C2D2P supplémentaires*
- *Rapport annuel 2029*
- *Préparation phase de pérennisation*

- **Cibles 2029 : 50 C2D2P opérationnels, 1 000 prestataires formés, 2 000 ASC capacités, 150 000 femmes dépistées dans l'année**

✞ **PHASE 4 : Pérennisation et institutionnalisation**

- **Trimestre 1 - 2030**

- *Maintien formations continues*
- *Renouvellement équipements nécessaires*
- *Consolidation des acquis*
- *Organisation de 30 campagnes mobiles*

- **Trimestre 2 - 2030**

- *Organisation de 30 campagnes mobiles*
- *Accréditation de 10 C2D2P supplémentaires - Institutionnalisation complète*

- **Trimestre 3 - 2030**

- *Accréditation des 10 derniers C2D2P*
- *Documentation des expériences*
- *Partage des bonnes pratiques*

- **Trimestre 4 - 2030**

- *Campagne Octobre Rose 2030*
- *Évaluation finale du programme*
- *Élaboration plan stratégique 2031-2035 - Rapport final 2026-2030*

- **Cibles 2030 : 50 C2D2P accrédités, 150 000 femmes dépistées dans l'année, taux de couverture 60%, 60% cancers diagnostiqués aux stades I-II**

12.8.3. Mécanismes de coordination opérationnelle

Réunions de coordination

Niveau	Fréquence	Participants	Objectifs
Comité de Pilotage	Trimestrielle	Tous membres	Orientation stratégique, validation, arbitrage
Secrétariat Technique	Hebdomadaire	Équipe CNLCa	Coordination quotidienne, résolution problèmes
Comités Régionaux	Mensuelle	DRSP, UOR, Districts, C2D2P	Suivi régional, supervision
Équipes de District	Hebdomadaire	District, C2D2P, FOSA	Mise en œuvre, résolution problèmes terrain
Réunions intersectorielles	Trimestrielle	MINSANTÉ, MINPROFF, MINAS, Partenaires	Coordination intersectorielle

Circuits de communication

Descendant (du national vers le terrain) :

- ***Directives et orientations stratégiques***
- ***Plans d'action et budgets***
- ***Supports de formation***
- ***Outils de collecte de données***

Ascendant (du terrain vers le national) :

- ***Rapports mensuels, trimestriels, annuels***
- ***Données DHIS2***
- ***Alertes et problèmes***
- ***Demandes d'appui***

Horizontal (entre structures de même niveau) :

- ***Partage d'expériences***
- ***Résolution de problèmes communs***
- ***Coordination des activités transfrontalières***

12.9. MÉCANISMES DE SUIVI-ÉVALUATION

12.9.1. Cadre de suivi-évaluation

Système de collecte des données

Outils de collecte :

- ***Registres de dépistage (C2D2P, CSI/CMA)***
- ***Registres d'anatomopathologie***
- ***Registres d'imagerie***
- ***Fiches de référence/contre-référence***
- ***Dossiers médicaux***

Flux de données :

- ***FOSA*/C2D2P → District (mensuel) → Région (mensuel) → National (mensuel)**

Plateforme : DHIS2 avec module dédié "Dépistage Cancer du Sein"

Rapportage

Type de rapport	Fréquence	Responsable	Destinataire
Rapport mensuel	Mensuelle	C2D2P, Districts	DRSP, CNLCa
Rapport trimestriel	Trimestrielle	DRSP, CNLCa	MINSANTÉ, Comité Pilotage
Rapport annuel	Annuelle	CNLCa	MINSANTÉ, Partenaires, Public
Rapports d'évaluation	Selon calendrier	Consultants	MINSANTÉ, Comité Pilotage

12.9.2. Indicateurs de suivi-évaluation

Tableau récapitulatif des indicateurs

Indicateur	Définition	Cible 2030	Source	Fréquence
STRUCTURE				
Nombre de C2D2P fonctionnels	C2D2P répondant aux normes minimales	50	Cartographie CNLCa	Trimestrielle
Taux de disponibilité équipements	% C2D2P avec équipements fonctionnels	100%	Rapports inventaire	Trimestrielle
Proportion prestataires formés	% prestataires certifiés/total requis	100%	Registre formation	Annuelle
Nombre ASC capacités	ASC formés au dépistage	2 000	Registre formation	Annuelle
PROCESSUS				
Taux de couverture dépistage	(Femmes dépistées/Population cible) x 100	60%	DHIS2	Mensuelle
Taux de participation	(Femmes venues/Femmes invitées) x 100	70%	Registres C2D2P	Mensuelle
Délai moyen dépistage-diagnostic	Temps entre test positif et résultat histologique	≤ 21 jours	Dossiers patients	Mensuelle
Taux de référence cas suspects	(Cas référés/Cas suspects) x 100	90%	Registres référence	Mensuelle
Taux d'évaluation complémentaire	(Femmes avec examen/Test positifs) x 100	85%	DHIS2	Mensuelle
Taux de double lecture mammo	(Clichés relus/Total clichés) x 100	95%	Registres imagerie	Mensuelle

Complétude des données	% données complètes et à temps	95%	DHIS2	Mensuelle
Qualité des données	Score qualité (exactitude, cohérence)	≥ 90%	Audits données	Trimestrielle
RÉSULTATS				
Taux de détection cancer	(Cancers détectés/1000 femmes dépistées)	≥ 40‰	DHIS2, Registre cancers	Trimestrielle
Proportion cancers stades I-II	(Cancers I-II/Total cancers) x 100	60%	Registre cancers	Trimestrielle
Taux de cancers diagnostiqués	(Cancers confirmés/Cas suspects) x 100	90%	Registre anapath	Mensuelle
Taux de prise en charge	(Patientes traitées/Cancers confirmés) x 100	90%	CEPEC	Mensuelle
IMPACT				
Taux de mortalité	Décès/100 000 femmes	Réduction 25%	Registre cancers, INS	Annuelle
Taux de survie à 5 ans	% femmes vivantes 5 ans après diagnostic	70%	Registre cancers	Continue

12.9.3. Mécanismes de contrôle qualité

✞ **Supervision formative**

- **Objectif : Améliorer la qualité des prestations par l'accompagnement**
- **Fréquence : Trimestrielle**
- **Niveaux :**

- ***National → Régional (CNLCa → DRSP)***
- ***Régional → District (DRSP → Districts)***
- ***District → FOSA (Districts → C2D2P, CSI/CMA)***
- ***Outils : Grilles de supervision standardisées***

- **Processus :**

- ***Observation directe des pratiques***
- ***Revue des registres et dossiers***
- ***Entretiens avec prestataires et patientes***
- ***Feedback immédiat - Plan d'amélioration***
- ***Rapport de supervision***
- ***Suivi des recommandations***

✞ **Audits qualité**

- **Objectif : Évaluation indépendante de la qualité**
- **Fréquence : Annuelle**
- **Cibles : 20% des C2D2P chaque année (rotation)**

- **Équipe d'audit :**

- ***1 radiologue expert***

- *1 pathologiste*
- *1 spécialiste assurance qualité*
- *1 gestionnaire de données*

• **Domaines audités :**

- *Respect des protocoles*
- *Qualité technique des examens*
- *Qualité des données*
- *Satisfaction des patientes*
- *Gestion des équipements*
- *Circuit des patientes*

• **Suivi : Plan d'action correctif dans les 30 jours**

✞ **Double lecture mammographique** •
Objectif : Réduire les faux négatifs

• **Modalités :**

- *100% des mammographies relues par un second radiologue*
- *Lecture indépendante (à l'aveugle)*
- *Consensus en cas de discordance*
- *Documentation systématique*

• **Indicateur : Taux de discordance < 10%**

12.9.4. Apprentissage et amélioration continue

✞ **Capitalisation des expériences**

• **Activités :**

- *Documentation des bonnes pratiques*
- *Études de cas*
- *Visites d'échange entre structures*
- *Ateliers de partage d'expériences*
- *Publications scientifiques*

• **Produits :**

- *Recueil de bonnes pratiques*
- *Films documentaires*
- *Articles scientifiques*
- *Présentations dans conférences*

✞ **Recherche opérationnelle** •
Thématiques prioritaires :

- *Acceptabilité du dépistage dans différents contextes*
- *Stratégies efficaces de mobilisation communautaire*
- *Évaluation coût-efficacité des différentes modalités*
- *Facteurs de perdus de vue*
- *Qualité de vie des patientes*

- **Partenaires : Universités, instituts de recherche**
- **Financement : Budget recherche dédié (50 millions FCFA sur 5 ans)**

12.10. STRATÉGIES DE COMMUNICATION

12.10.1. Communication externe (grand public)

- **Objectifs**

- *Informer 80% de la population cible*
- *Changer les attitudes et perceptions*
- *Promouvoir l'adoption du dépistage*

- **Messages clés**

- *Le cancer du sein peut être guéri s'il est détecté tôt*
- *Toute femme à partir de 45 ans doit se faire dépister*
- *Le dépistage est gratuit et disponible*
- *L'autopalpation mensuelle sauve des vies*

- **Canaux**
- **Médias de masse : Radio, TV, presse écrite**
- **Médias sociaux : Facebook, WhatsApp, Instagram**
- **Communication de proximité : Causeries, dialogues, théâtres**
- **Lieux de culte : Églises, mosquées**
- **Événements : Octobre Rose, Journée Mondiale Cancer**
- **Supports**

- *Spots audio/vidéo*
- *Affiches, dépliants, banderoles*
- *T-shirts, casquettes*
- *Messages SMS*
- *Applications mobiles*

12.10.2. Communication interne (acteurs du programme)

- **Objectifs**

- *Informer et mobiliser tous les acteurs*
- *Partager les résultats et leçons apprises*
- *Renforcer la cohésion de l'équipe*

- **Canaux**

- *Bulletins trimestriels*
- *Newsletter mensuelle*
- *Plateforme collaborative en ligne*
- *Groupes WhatsApp*
- *Réunions de coordination*

- **Contenus**

- *Progrès du programme*
- *Bonnes pratiques*
- *Défis et solutions*
- *Témoignages*
- *Agenda des activités*

12.10.3. Communication institutionnelle (plaidoyer)

- **Cibles**

- ***Décideurs politiques***
- ***Partenaires techniques et financiers***
- ***Secteur privé***
- ***Leaders d'opinion***

- **Messages**

- ***Impact sanitaire et économique du cancer du sein***
- ***Retour sur investissement du dépistage***
- ***Progrès du programme***
- ***Besoins en ressources***

- **Outils**

- ***Notes de plaidoyer***
- ***Présentations PowerPoint***
- ***Rapports annuels***
- ***Fiches de synthèse***
- ***Études de cas***

12.11. CONCLUSION

Le présent plan opérationnel 2026-2030 constitue la feuille de route pour la mise en œuvre effective **des Directives nationales de dépistage du cancer du sein au Cameroun. Il se veut réaliste, car fondé sur les capacités actuelles du système de santé et une montée en charge progressive ; mesurable, grâce à des cibles quantitatives claires et des indicateurs de suivi précis ; participatif, en impliquant** l'ensemble des acteurs concernés à tous les niveaux ; et adaptable, permettant des ajustements fondés **sur l'**expérience et les résultats.

Sa réussite repose sur un engagement politique fort au plus haut niveau, la mobilisation effective des ressources humaines, financières et matérielles, une coordination efficiente entre tous les acteurs, l'appropriation communautaire des activités ainsi qu'un suivi rigoureux et une évaluation continue. La mise en œuvre de ce plan contribuera à sauver des milliers de vies grâce à la détection précoce, à **réduire de 25 % la mortalité liée au cancer du sein, à améliorer la qualité de vie des femmes camerounaises, à renforcer le système de santé dans son ensemble et à participer au développement socio-économique du pays.**

Le Comité National de Lutte contre le Cancer, en sa qualité de Secrétariat Technique, s'engage à déployer tous les efforts nécessaires pour l'atteinte des objectifs fixés, en étroite collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. Ce plan opérationnel est un document évolutif, qui fera l'objet d'une **révision annuelle sur la base des résultats obtenus et des leçons apprises.**

REFERENCES

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. Accessed April 22, 2025. https://gco.iarc.who.int/today**

2. Cadre de Mise en Oeuvre de l'Initiative Mondiale Contre le Cancer du Sein **: évaluation, Renforcement et Amplification des Services de détection Précoce et de Prise en Charge du Cancer du Sein. Résumé** D'orientation. Published online 2023.

3. **Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-1075. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3**

4. **Mccormack V, Mckenzie F, Foerster M, et al. Breast cancer survival and survival gap apportionment in sub-Saharan Africa (ABC-DO): a prospective cohort study. Published online 2020. doi:10.1016/S2214-109X(20)30261-8**

5. **Cumber SN, Nchanji KN, Tsoka-Gwegweni JM. Breast cancer among women in sub-Saharan Africa: prevalence and a situational analysis. *Southern African Journal of Gynaecological Oncology*. 2017;9(2):35-37. doi:10.1080/20742835.2017.1391467**

6. **Benitez Fuentes JD, Morgan E, De Luna Aguilar A, et al. Global Stage Distribution of Breast Cancer at Diagnosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Oncol*. 2024;10(1):71-78. doi:10.1001/JAMAONCOL.2023.4837**

7. **Pang J, Toy KA, Griffith KA, et al. Invasive breast carcinomas in Ghana: high frequency of high grade, basal-like histology and high EZH2 expression. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;135(1):59. doi:10.1007/S10549-012-2055-Z**

8. **Galukande M, Schüz J, Anderson BO, et al. Maternally Orphaned Children and Intergenerational Concerns Associated With Breast Cancer Deaths Among Women in Sub-Saharan Africa. *JAMA Oncol*. 2021;7(2):285-289. doi:10.1001/JAMAONCOL.2020.6583**

9. **Teshome M, Chavez-Macgregor M. The Devastating Legacy of Breast Cancer Death in Sub-Saharan Africa-Maternal Orphans and a Cycle of Disadvantage. *JAMA Oncol*. 2021;7(2):197-198. doi:10.1001/jamaoncol.2020.6491**

10. **Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, et al. Global cancer observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, Centre international de recherche sur le cancer. 2022. Accessed April 22, 2025. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en**

11. **Cancer on the Global Stage Incidence and Cancer-Related Mortality in Cameroon - The ASCO Post. Accessed March 17, 2025. https://ascopost.com/issues/december-10-2024/cancer-on-the-globalstage-incidence-and-cancer-related-mortality-in-cameroon/?utm_source=chatgpt.com**

12. **Global Burden of Diseases. VizHub - GBD Results. 2025. Accessed June 15, 2025. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/**

13. **GLOBOCAN. *Statistics at a Glance, 2022 Top 5 Most Frequent Cancers Number of New Cases 19 564 Number of Deaths 12 798 Number of Prevalent Cases (5-Year) 43 618*.; 2022.**

14. **Dina Bell Esther, Tonouo Wouoko Pamela, Atenguena Okobalemba, et al. View of Epidemiological, Anatomopathological, and Clinical Aspects of Triple Negative Cancer in Cameroon. https://doi.org/10.5281/hsd.v25i4.5538. 2024. Accessed June 14, 2025. https://www.hsdfmsb.org/index.php/hsd/article/view/5538/4211**

15. **Engbang JPN, Essome H, Koh VM, et al. Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique: À propos de 3044 cas. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:2893-2917. doi:10.11604/PAMJ.2015.21.242.7269,**

16. **royaume du Maroc M de la santé. *Guide de Détection Précoce Des Cancers Du Sein et Du Col de* *l'utérus*.; 2011.**

17. **Marmot M, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *The Lancet*. 2012;380(9855):1778-1786. doi:10.1016/S0140-6736(12)61611-0**

18. **IARC Screening Group. Quick clinical reference charts. International Agency for Research on Cancer. Accessed April 28, 2025. https://screening.iarc.fr/quick_clinical_reference.php**

19. **IARC Handbooks of Cancer Prevention: Evaluations. Accessed April 28, 2025. https://handbooks.iarc.fr/evaluations/**

20. **GUIDE MÉTHODOLOGIQUE : COMMENT ÉVALUER A PRIORI UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE ? Service évaluation technologique Service évaluation économique. Published online 2004. Accessed April 29, 2025. www.anaes.fr**

ANNEXES

A. COMPTE-RENDU D'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

EXAMEN CLINIQUE DES SEINS

1. IDENTIFICATION

Nom et Prénom de naissance du Patient : _____
Sexe : ❑M ❑F **Date de naissance** (J/MM/AAAA) : /_____/_____/_____/
Lieu de Résidence _____**Tél 1 :** _____ **Tél 2 :** _____
Nationalité : _____**Profession :** _____ **Religion :** _____
Situation matrimoniale : _____

2. ANTECEDENTS

Antécédents médicaux : _____
Facteurs de risque : _____
Antécédents familiaux de cancer du sein : _____
Dépistage antérieur : □ Oui □ Non
Rapports de mammographie/échographie précédents : _____

3. RÉSULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE :

SEIN GAUCHE □ **SEIN DROIT** □
- Forme du sein : _____- Aspect de la peau : _____
- Écoulement mamelonnaire : □ Absent □ Présent – Décrire (couleur, épaisseur, quantité)
- Masse palpable : □ Non □ Oui – Décrire : Localisation : _____
  • Nombre : _____ • Taille (mm) : _____ • Consistance : □ Molle □ Ferme □ Dure
  • Surface : □ Lisse □ Irrégulière • Mobilité : □ Mobile □ Fixe
- Ganglions axillaires : □ Non palpables □ Palpables Oui- Décrire : • Nombre : _____ • Consistance : □ Molle □ Ferme □ Dure
  • Mobilité : □ Mobiles □ Fixés entre eux ou aux plans profonds

(Indiquer les anomalies cliniques sur le schéma ci-dessous)

Right breast **Left breast**



Impression clinique : _____
_____
Conseils ou orientation : _____
_____

DATE DE L'EXAMEN L'EXAMINATEUR

B.

COMPTE RENDU D'IMAGERIE (MAMMOGRAPHIE OU ECHOGRAPHIE MAMMAIRE)

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

COMPTE RENDU DE MAMMOGRAPHIE/ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Nom de la patiente : _____ Âge : _____ Sexe : _____Médecin référent : _____

Date de l'examen : _____

Examen réalisé : □ Bilatéral □ Sein droit □ Sein gauche

Technique : Mammographie numérique standard avec vues crânio-caudales et médio-latérales obliques.

Autre vue_____
latéralité_____

Rapport de mammographie antérieure disponible ? □ Oui □ Non si oui, date_____/_____/_____

Classification BI-RADS : □1 ; □ 2 ; □ 3 ; □ 4 ; □ 5 ; □ 6

Présentation clinique :
_____
_____

Composition/densité mammaire Catégorie ACR : □ Type A □ Type B □ Type C □ Type D

Caractéristiques observées à l'imagerie :

Localisation de la lésion : _____

- Nombre de lésions : _____ - Taille : _____ cm - Forme : □ Ovale □ Ronde □ Irrégulière

- Bords : □ Bien circonscrits □ Flous □ Spiculés - Densité : □ Faible □ Moyenne □ Élevée

Calcifications : □ Aucune □ Typiquement bénignes □ Suspectes

Distribution : □ Diffuse □ Régionale □ Groupée □ Linéaire □ Segmentaire

Autres signes :

- Distorsion architecturale : □ Oui □ Non

- Asymétrie : □ Globale □ Focale □ Développement récent

- Noeud intra mammaire : □ Présent □ Absent

- Épaississement cutané ou rétraction : □ Présent □ Absent

- Autres (ex. rétraction mamelonnaire, adénopathies) : _____

Caractéristiques échographiques de la lésion

- **Localisation** : _____
- **Nombre de lésions** : _____
- **Taille** : _____ cm

Morphologie de la masse :

- **Forme** : ☐ Aucune ☐ Ovale ☐ Ronde ☐ Irrégulière
- **Orientation** : ☐ Parallèle ☐ Non parallèle
- **Bords** : ☐ Bien circonscrits ☐ Indistincts ☐ Anguleux ☐ Microlobulés ☐ Spiculés
- **Échogénicité** : ☐ Anechogène ☐ Hyperechogène ☐ Hypoéchogène ☐ Kystique complexe ☐ Isoéchogène ☐ Hétérogène

Caractéristiques postérieures : ☐ Aucune ☐ Renforcement postérieur ☐ Atténuation postérieure ☐ Ombre acoustique ☐ Combinaison de plusieurs caractéristiques

Calcifications : ☐ Présentes dans la masse ☐ Extérieures à la masse ☐ Aucune

Signes associés : ☐ Distorsion architecturale ☐ Modifications canalaires ☐ Changements cutanés ☐ Œdème ☐ Vascularisation anormale

Cas particuliers observés : ☐ Kyste simple ☐ Kyste compliqué ☐ Microkystes groupés ☐ Masse dans ou sur la peau ☐ Corps étranger ☐ Adénopathies intramammaires ☐ Adénopathies axillaires ☐ Anomalies vasculaires ☐ Résidus de liquide post-chirurgical ☐ Nécrose graisseuse

CONCLUSION RADIOLOGIQUE / IMPRESSION GÉNÉRALE :

Catégorie BI-RADS (à cocher) : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ β ☐ 4A ☐ 4B ☐ 4C ☐ 5 ☐ 6

Évaluation complémentaire recommandée :

- ☐ Aucune
- ☐ Référence pour cytologie
- ☐ Référence pour biopsie à l'aiguille (core biopsy)
- ☐ Référence pour biopsie chirurgicale/exérèse
- ☐ IRM mammaire complémentaire

L'EXAMINATEUR

C.

D.

COMPTE RENDU D'ANATOMOCYTOPATHOLOGIE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

COMPTE RENDU

D'ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE

Nom et Prénom de naissance du Patient : _____
Sexe : ☐M ☐F
Date de naissance (j/mm/aaaa) : /_____/_____/_____/
Lieu de Résidence Actuel (ville/quartier): _____ Lieu de Résidence Habituel (ville/quartier): _____
Tél 1 : _____ Tél 2 : _____
Nationalité : _____ Profession : _____
Religion : _____ Situation matrimoniale : _____

Structure/Laboratoire : Date :	
Médecin Prescripteur Nom et prénom : Qualité : Téléphone : Signature et cachet :	
Pathologiste Nom et prénom : Qualité : Téléphone : Signature et cachet :	

Antécédents du malade			
Cancer (si Oui, préciser le type _____)	☐Oui ☐ Non	Date du diagnostic : ___/___	
Type de traitement reçu : Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Hormonothérapie ☐ Immunothérapie ☐ Nombre de cure : Date de la dernière cure : ___/___			
Cancer dans la famille	☐Oui ☐ Non	Si oui type et lien de parenté	
Chirurgicaux	☐Oui ☐ Non		
VIH	☐Oui ☐ Non	Alcool	☐Oui ☐Non
Hépatite virale B (sérologie)	☐Oui ☐ Non	Tabac	☐Oui ☐Non
Hépatite virale C (sérologie)	☐Oui ☐ Non	Prise de Pharmacopée Traditionnelle	☐Oui ☐Non
Chirurgicaux	☐Oui ☐ Non		
Autres à préciser			

Renseignements cliniques
Renseignements biologiques PSA : Á-foetoproteine : ACE : Beta HCG : Ca125 : Autres : Ca19-9 :
Renseignements Paracliniques Radiographie standard : Echographie : Scanner : IRM :

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Nombre de prélèvements :

conditionnement

☐ Frais
☐ Extemporané
☐ Autre

☐ Fixé Heure de fixation : ___/___
☐ Formol 10% ☐ Formol 10% tamponné ph neutre
Glutaraldehyde (ME)
☐ Autres : _____

Description macroscopique

Organe creux
Longueur : limite de résection :
Largeur : présence d'adénopathie : ☐Oui ☐Non
Dimensions de la lésion :

Masse tissulaire
encapsule : ☐Oui ☐Non Couleur :
Taille de la tumeur : Consistance :

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Description :

CONCLUSION

si tumeur maligne préciser ;
Type histologique
Grade :
Stade :
Présence de ganglions : ☐Oui ☐Non nombres total : __ nombres de ganglions infiltres: __rupture capsulaire:
Limites de résection : ☐saines ☐atteintes distance:
Présence de métastase : ☐Oui ☐Non
Présence d'embol vasculaire : ☐Oui ☐Non
Engainement péri-nerveux ☐Oui ☐Non
Multifocale ☐Oui ☐Non
Lésions associées :
pTNM [année]:
yTNM:
Transformation hématologique ☐Oui ☐Non si oui préciser la date

E.

NORMES POUR LE DEPISTAGE

Niveau de prise en charge	Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de soins	Outils de collecte de données
Communautaire	Centre de santé ambulatoire, Site communautaire	Acteur communautaire, les responsables des Services d'Action Sociale du MINAS et le personnel du MINPROFF	Supports de communications	Activités de sensibilisation (mobilisation sociale .....) · Promotion de l'autopalpation des seins · Référence des cas	Cahier du relais · Registre de commun ication Fiches de référence
CSI/CMA	Salle d'examen (consultation PF, CPN, CPoN consultation generale),	Sage femme Infirmier Aide soignant Médecin généraliste	Table d'examen Lampe d'examen ·Consommables : gants d'examen Supports de communication	Examen mammaire Promotion de l'autoexamen des seins Référence des cas Sensibilisation	Registre de consultation
	Salle de causerie	Sage femme infirmier Aide soignant	Tables, Chaises, Ecrans, Supports de communication	sensibilisation	Registre de causeries
C2D2P	Salle d'examen (consultation PF, CPN, consultation tri, consultation médecin) Salle de counselling, laboratoire	Gynécologue Médecin généraliste Sage femme Infirmier Aide soignant Travailleur social · technicien supérieur en radiologie Educateur pour la santé Technicien supérieur en laboratoire formé en technique anatomo pathologique pathologiste	Table d'examen Lampe d'examen Consommables : gants d'examen Lames, formol, pot pour prélèvement, seringue · tru-cut (Pistolet de biopsie, aiguilles) Equipement de Laboratoire d'ana tomo pathologie Appareil d'échographie Appareil de mammographie Supports de communication	Examen mammaire Promotion de l'autoexamen des seins Ponction cytologique Ponction biopsie Echographie mammaire Activités de sensibilisation	Registre

F.

	Salle de causerie	Expert en santé mentale Infirmier spécialisé en counselling	Tables, Chaises, Ecrans, Supports de communication	sensibilisation	Registre de causerie

1. Fiche technique pour l'auto-**examen des seins**

Définition : L'auto-**examen des seins est une méthode simple, non invasive, réalisée par la femme elle-même, visant à détecter précocement toute anomalie mammaire potentielle.**

Indication : Dès l'âge de 25ans **Une fois par mois, idéalement entre le 7e et le 10e jour du cycle menstruel. Chez les femmes ménopausées : à une date fixe chaque mois (ex. 1er ou 15 du mois).**

Technique d'examen :

1. **Conditions**

La femme se place torse nu devant un miroir

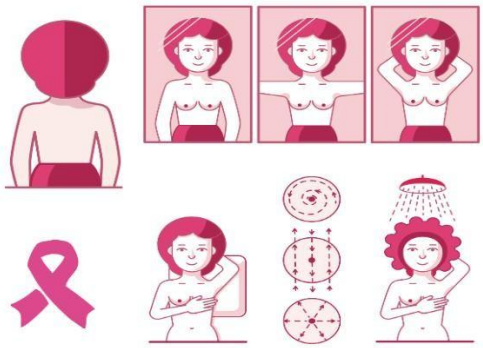
2. **Inspection**

La première étape consiste à observer l'aspect **général des seins. Pour cela, la femme se place torse nu devant un miroir, les mains posées sur les hanches, tendues ou levées derrière la tête,** à ma recherche d'une modification visible de la **peau.** L'observation doit être répétée les bras **levés, afin de vérifier la présence de changements supplémentaires non visibles bras au repos.**

3. **Palpation**

Il existe trois méthodes pour réaliser la seconde étape d'un AES. Quelle que soit la méthode choisie, l'objectif de cette étape est **de palper la totalité de la zone mammaire à la fois en position débout et en position couchée, et de** détecter d'un mois à l'autre tout changement survenu. A la palpation, lorsqu'on **exerce une pression, le sein doit être souple et lisse, comme un oreiller extrêmement ferme.**

- **Méthode en ligne : avec les trois doigts du milieu, former une surface plane, puis palper fermement de haut en bas, en** partant de l'aisselle jusqu'à la base du **sein. Revenir vers le haut en décalant légèrement la main pour couvrir tout le** sin et l'aisselle par fine bandes **verticales.**
- **Méthode circulaire : appliquer fermement les trois doigts en formant des cercles, du bord externe du sein vers le mamelon. Ne** pas oublier de vérifier l'aisselle et la partie **supérieure du thorax.**
- **Méthode par quarts : palper le sein en le divisant en quatre parties. Avec les trois** doigts, commencer à l'extérieur, aller vers **le mamelon, puis revenir et explorer** chaque quart. Vérifier également l'aisselle **et le haut du thorax.**



Source des images : https://kannerklinik.chl.lu/fr/conseils-pourlautopalpation-des-seins

Toute anomalie détectée lors de l'auto-**examen doit être considérée avec attention. En cas de suspicion ou de doute, il est fortement recommandé que la patiente consulte un professionnel de santé qualifié dans les plus brefs délais pour une évaluation clinique approfondie et, si nécessaire, un examen complémentaire.**

2. Fiche technique pour l'examen clinique **des seins**

Définition : L'examen clinique des seins est **une évaluation qui a pour but de détecter** d'éventuelles anomalies mammaires.

Indication : Dès l'âge de 25ans **Une fois par mois, idéalement entre le 7e et le 10e jour du cycle menstruel. Chez les femmes ménopausées : à une date fixe chaque mois (ex. 1er ou 15 du mois).**

Technique d'examen **:**

1. **Interrogatoire**

Avant l'examen, le clinicien **explique la procédure à la patiente. Ensuite, il recueille des** informations essentielles sur l'âge de la **patiente lors de ses premières règles, son état** marital, le nombre d'enfants qu'elle a eu, son **âge à la première grossesse, ses antécédents relatifs à** la lactation et à l'allaitement, son âge **à la ménopause, les antécédents familiaux de** cancers du sein et de l'ovaire de ses parents du premier degré(mère, sœurs, tantes et grand **mères), la prise ou non de contraceptifs oraux, et si oui, sa durée, et le sui**vi ou non d'un traitement hormonal substitutif (THS), d'un traitement contre l'infertilité ou contre le tabagisme. Il est aussi important de s'enquérir **de tout symptômes actuels se pourrait être une massa palpable, une douleur mammaire uni ou bilatérale, une modification cutanée** (rétraction, rougeur, peau d'orange), un **écoulement anormal du mamelon, une altération de la forme ou de la taille des seins.**

2. **Inspection**

la patiente est examinée torse nu et les deux seins doivent être inspectés visuellement en position assise puis couchée, les bras le long du corps puis levées, de façon à détecter une tuméfaction, une grosseur, un changement de taille et d'aspect des seins, la présence de rides ou d'une rétraction, un épaississement de la **peau, un nodule ou une ulcération cutanée, une asymétrie ou une rétractio**n de l'un des **deux seins, un écoulement par le/les** mamelon(s), un eczéma de l'aréole et du **mamelon et la présence de ganglions dans la région axillaire et sus claviculaire.**



FIGURE 5: POSITIONS LORS DE L'INSPECTION *SOURCE : HTTPS://MOODZ.CO/BLOGS/INFOS/OCTOBRE-ROSE-TOUTSUR-L-AUTO-PALPATION-MAMMAIRE)*

3. **Palpation**

Les seins sont palpés en position assise, les bras le long du corps, puis les mains placées derrière la tête. Ensuite, la patiente est invitée à se coucher sur le dos les mains derrière la tête, et vous procédez au même examen. A l'aide de la pulpe de vos **doigts, vous recherchez une petite grosseur de consistance dure en examinant de façon systématique les quadrants externes et internes, les mamelons et la région sous-aréolaire des deux seins. Vous** palpez l'ensemble de la poitrine avec la paume **de votre mai**n afin de vous assurer qu'il n'y ait **pas de nodule. Le caractère mobile ou non du** nodule s'évalue pendant la palpation en demandant à la patiente d'appuyer fortement ses mains sur les hanches. L'examen se termine par l'expression du mamelon à la recherche d'un écoulement anormal et la **palpation des aires ganglionnaires afin de détecter toute tuméfaction nodulaire de consistance dure, fixé et > 1 cm. Les aires ganglionnaires à évaluer sont les suivants :**

- Axillaires (creux de l'aisselle)

- **Supraclaviculaires (au-dessus de la clavicule)**
- **Infraclaviculaires (sous la clavicule)**

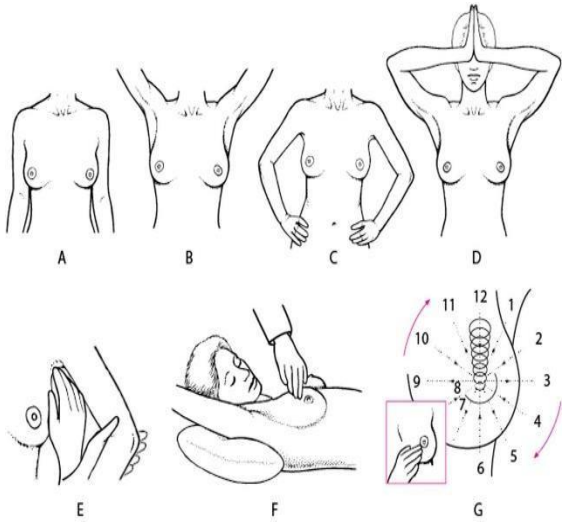


FIGURE 6: EXAMEN DES SEINS MANUEL MERCK, A INSPECTION DES SEINS PATIENTES ASSISSE EN POSITION NATURELLE, BCD INSPECTION DES SEINS PATIENTES ASSISSE AVEC MANŒUVRE DYNAMIQUE**, E PALPATION DES AIRES GANGLIONNAIRES EG PALPATION DES SEINS DANS LE SENS DES AIGUILLES D'UNE MONTRE.**

4. Interprétation :

Documentez les résultats pour les seins gauche et droit séparément en utilisant la liste suivante :

- **Forme du sein**
- **Peau du sein**
- **Écoulement du mamelon : absent/présent. S'il est présent, décrivez sa couleur, son épaisseur, son odeur et sa quantité**
- **Masse mammaire : absente/présente. Si présente, décrivez ce qui suit : Nombre, Localisation par quadrant du sein : QES/QIS/QES/QIS/central, Taille en centimètres, Consistance : molle/ferme/dure, Surface : lisse/irrégulière, Mobilité au sein du tissu mammaire, Mobilité sur les muscles sous-jacents**
- **Ganglions lymphatiques axillaires : non palpables/palpables. Si palpables, décrivez : Nombre de ganglions, Consistance des ganglions : molle/ferme/dure, Ganglions fixés les uns aux autres ?.**

Complétez l'examen clinique des seins en notant le diagnostic clinique probable et l'action à prendre pour les résultats, le cas échéant, avec le formulaire de rapport des résultats de l'examen clinique des seins. Si possible, un diagramme linéaire montrant la position et la taille de la masse avec les ganglions axillaires devrait accompagner le rapport de l'examen clinique des seins. A la fin de l'ECS, le clinicien explique à la patiente les trouvailles de l'examen dans des termes **courants et rassurants.**

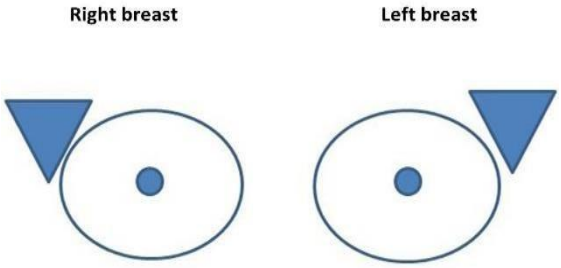


FIGURE 7: REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU RAPPORT DE L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS SOURCE : ATLAS OF BREAST CANCER EARLY DETECTION

3. Fiche technique mammographie

Définition : La mammographie est un examen d'imagerie évolué pour **détecter les anomalies du sein, utilisé comme dépistage ou diagnostic.**

Indication : Femme dès l'âge de 45ans

Conditions : Préparer la malade en lui expliquant la procédure de l'examen. Obtenez des **antécédents cliniques détaillés et notez les informations suivantes:**

- **symptômes mammaires;**

- **antécédents de chirurgies mammaires ou de radiations au niveau des seins;**
- antécédent de pose d'implant mammaire **;**
- **histoire menstruelle et date des dernières règles (si la femme est menstruée);**
- **utilisation de contraceptifs oraux et autres hormones;**
- **antécédents familiaux ou personnels de cancer du sein;**
- **possibilité de grossesse; et**
- **imagerie diagnostique ou de dépistage précédente effectuée et disponibilité de ces images.**

Avant le rendez-vous, la patiente doit recevoir les instructions suivantes :

- **Porter des vêtements amples et confortables le jour de l'examen.**
- **Ne pas appliquer de déodorant, de talc ou de lotion sous les bras ou sur les seins le jour de l'examen. (Ces produits peuvent apparaître sur la mammographie sous forme de taches de calcium et peuvent interférer avec l'évaluation optimale des résultats.)**
- **Si elle allaite, exprimer son lait avant l'étude mammographique.**
- **Si une mammographie a été réalisée auparavant, apporter les rapports et les images antérieurs.**

Déroulement de l'examen

L'examen dure environ **15 à 20 minutes suivant les étapes suivantes :**

- **ACCUEIL ET INSTALLATION**

- **Vérifiez la demande de mammographie pour confirmer l'indication, les antécédents et les résultats cliniques/pathologiques.**
- **Expliquez les étapes de la procédure de mammographie à la patiente. Faites-lui savoir que les seins seront placés sur la plateforme de support et seront comprimés avec la palette de compression et que la radiographie proprement dite prendra quelques secondes, pendant lesquelles elle devra rester immobile.**
- **Discutez avec elle des résultats possibles, de la signification des résultats positifs et négatifs, et du possible nécessité d'imagerie et de procédures diagnostiques supplémentaires. Informez-la que toute la procédure peut prendre jusqu'à 30 minutes pour être complétée.**
- **Demandez à la femme de se déshabiller de la taille vers le haut. Assurez-vous que la confidentialité appropriée est prévue en fermant les rideaux autour de la zone de changement dans la salle de mammographie, en fermant la porte de la pièce et en limitant l'entrée de tout autre personnel pendant que la procédure est effectuée. Assurez-vous de la** présence d'un membre du personnel féminin **dans la pièce pendant toute la procédure**

- **POSITIONNEMENT ET PRISE DES IMAGES**

- **Placez le cassette (récepteur d'image) dans le port cassette avant de positionner et de comprimer les seins (non pertinent pour la mammographie numérique).**
- **Placez des marqueurs d'identification radiopaque dans le quadrant supérieur du sein pour la vue MLO et dans le quadrant extérieur du sein pour la vue CC (ceci n'est pas pertinent pour la mammographie numérique).**
- **Positionnez le sein à examiner sur le support avec des ajustements optimaux de la patiente et de la machine, puis appliquez la compression. Assurez-vous que la patiente est à l'aise avec la compression.**
- **Lorsque la compression adéquate (8-12 kg) est obtenue, placez-vous derrière le bouclier de plomb et prenez la radiographie.**
- **La compression se relâche automatiquement à la fin de l'exposition, et une image latente se forme sur le récepteur d'image.**
- **Changez la position de la patiente entre les projections pour imaginer l'autre sein et suivez les mêmes procédures pour positionner et comprimer le sein.**
- **Si la patiente a besoin d'attention pendant la mammographie, un assistant portant un tablier de plomb doit être disponible pour une assistance immédiate.**
- **Obtenez quatre expositions standard, deux de chaque sein. Des vues supplémentaires peuvent être nécessaires lors de la mammographie diagnostique.**
- Vérification des Images et Fin de l'Examen
- **Lorsque l'examen est terminé, demandez à la patiente d'attendre jusqu'à ce que le radiologue ait déterminé que toutes les images nécessaires ont été obtenues.**

- **À la fin satisfaisante de la procédure, demandez à la patiente de se rhabiller et fournissez-lui des instructions appropriées concernant la disponibilité du rapport et comment procéder pour une consultation supplémentaire.**

o INTERPRETATION ET CRITERES EVOCATEURS DE MALIGNITE

Le traitement des images dépend de la technique utilisée, qu'il s'agisse de mammographie sur film ou de mammographie numérique. Dans la première technique, les images sont obtenues sous forme de films photographiques, tandis que dans la deuxième technique, les fichiers numériques sont visualisés directement sur un écran d'ordinateur. Après capture et traitement, le radiologue examine les images mammographiques pour interpréter les éventuelles observations et caractériser les anomalies observées afin de poser un diagnostic final. Cela nécessite un protocole organisé utilisant les descripteurs standard du lexique BIRADS. Il est important de comparer les images avec celles obtenues précédemment, si disponibles.

Les étapes utilisées pour interpréter une anomalie détectée sur la mammographie sont comme suit :

- **Identifier les caractéristiques suspectes**
- **Différencier les vraies anomalies des apparentes**

Des vues mammographiques supplémentaires sur la tomosynthèse numérique (TND) et la mammographie numérique améliorée par contraste (la vue de compression spot est la plus courante) ou des techniques d'imagerie adjuvantes (l'échographie mammaire est la plus courante) aideront à différencier les vraies anomalies des apparentes. Les tissus mammaires superposés appelés ombres de sommation sont visibles sur une seule vue mammographique. Une vraie anomalie est visible sur plus d'une vue mammographique et nécessite une évaluation ou une biopsie supplémentaire.

- **Catégoriser l'anomalie en utilisant un lexique commun**

La catégorisation des anomalies détectées sur la mammographie dépend de l'observateur et peut varier largement. Pour maintenir l'uniformité de l'interprétation, les descripteurs donnés dans le lexique BI-RADS doivent être utilisés pour documenter les résultats, établir un diagnostic provisoire et suggérer une évaluation supplémentaire.

- **Localiser l'anomalie**

Latéralité, Quadrant du sein et position horaire, profondeur, distance du mamelon (la distance de la masse par rapport au mamelon est mesurée, le mamelon étant le point de référence fixe).

- **Déterminer si lésion multifocale ou multicentrique.**

Examiner le reste du sein et l'autre sein pour détecter d'autres lésions. L'imagerie mammaire peut détecter des anomalies supplémentaires qui sont des lésions bénignes, des lésions précursives ou des néoplasmes malins. La présence de deux ou plusieurs foyers de cancer dans le même quadrant mammaire est défini comme multifocale.

- **Suggérer une évaluation supplémentaire si nécessaire pour confirmer le diagnostic**

Si nécessaire, des évaluations supplémentaires peuvent être suggérées pour confirmer le diagnostic. Toujours penser à expliquer à la patiente les trouvailles dans des termes rassurants.

4. Fiche technique pour l'échographie mammaire

Définition : L'échographie mammaire est un examen d'imagerie médicale utilisant des ultrasons pour examiner les structures internes du sein. L'échographie est une procédure sûre et non invasive qui n'utilise pas de rayonnement ionisant. Elle est largement disponible et ne nécessite pas d'infrastructure étendue.

Indication : Femme âgée de moins de 45ans

Conditions : Aucune préparation spécifique n'est nécessaire pour une échographie mammaire. Un counseling doit être fait à la patiente sur la procédure de l'examen.

Déroulement de l'examen

o ACCUEIL ET INSTALLATION

- **La patiente est accueillie par le radiologue ou le manipulateur en radiologie avec courtoisie. Noter les problèmes présentés (le cas échéant)** et l'indication de l'examen. Examiner les **résultats de l'examen clinique des seins.**
- **Noter les données démographiques de la patiente, y compris l'âge, l'historique menstruel,**

la parité, l'âge du plus jeune enfant, l'historique de l'allaitement, les facteurs de risque de cancer du sein et les chirurgies antérieures.

- **Mettre la patiente à l'aise et assurer sa confidentialité en tout temps.**
- **Demander à la patiente de se déshabiller jusqu'à la taille et de porter une blouse pendant la procédure.**
- **Une infirmière de soutien ou une accompagnatrice féminine est obligatoire pendant la réalisation de l'examen**
- Elle est invitée à s'allonger sur le dos sur une table d'examen, avec les bras levés au-**dessus de la tête pour dégager la poitrine.**

O APPLICATION DU GEL ET EXPLORATION DES SEINS

- **Un gel de contact est appliqué sur la peau pour améliorer la conduction des ultrasons.**
- **Positionner la patiente avec un support sous la poitrine pour élever les seins afin d'assurer une évaluation optimale et complète. Cela limite également les mouvements des seins. Un oreiller repose-tête aide à positionner la patiente.**
- **Demander à la patiente de lever les bras audessus de la tête pour exposer entièrement les seins et les aisselles pour l'examen. Si la patiente a des comorbidités, telles qu'une épaule gelée, une chirurgie de la colonne vertébrale ou une spondylose cervicale, et qu'il est impossible d'obtenir une position idéale, la meilleure position gérable selon les circonstances doit être atteinte.**
- **Tourner la patiente en position de décubitus latéral droit pour examiner l'aisselle gauche et les tissus mammaires latéraux le long de la ligne axillaire gauche. Répéter avec la patiente en position de décubitus latéral gauche pour examiner l'aisselle droite et les tissus latéraux du sein droit.**
- **Le médecin utilise une sonde échographique** qu'il déplace sur chaque sein et parfois sur les **aisselles (zones ganglionnaires).**
- **Il examine les différentes structures du sein en temps réel, en analysant la taille, la forme et** l'échogénicité des éventuelles lésions.

O ANALYSE SPECIFIQUE DES ANOMALIES

- **Si une masse est identifiée, le médecin évalue :**
  - **Sa forme (régulière ou irrégulière).**
  - **Ses contours (bien définis ou flous).**
  - **Sa consistance (liquide = kyste, solide = potentiellement tumoral).**
  - **Sa vascularisation (via un Doppler si nécessaire).**
- **Il doit aussi examiner les creux axillaires, pour détecter toute anomalie associée.**

Fin de l'examen

- **Une** fois l'examen terminé, le gel est essuyé et **la patiente peut se rhabiller.**

- **Le médecin établit un compte-rendu et** classe l'anomalie selon la **classification BI-RADS (si applicable).**

5. Fiche technique pour l'IRM Mammaire

Définition : L'IRM mammaire (Imagerie par **Résonance Magnétique) est un examen de haute précision utilisé pour détecter et caractériser les anomalies du sein.**

Indication : Elle est particulièrement utile en complément de la mammographie et de l'échographie, notamment chez les femmes à haut risque ou pour l'évaluation de certaines **lésions suspectes.**

Conditions

- **Informer le radiologue en cas de grossesse,** d'allaitement ou de port d'un dispositif **médical (stimulateur cardiaque, prothèse métallique, etc.).**
- Programmer l'examen entre le 7e **et le 14e jour** du cycle menstruel, pour limiter l'influence **hormonale sur les images.**
- **Informer la patiente de la procédure ;**
- **Ne pas appliquer de crème ou de déodorant sur la poitrine.**
- **Porter des vêtements confortables sans éléments métalliques (sinon, une blouse sera fournie).**
- **Jeûne de 2 heures avant** l'examen **recommandé si une injection de produit de contraste est prévue.**

Déroulement de l'examen

- **ACCUEIL ET INSTALLATION**

- **La patiente est accueillie et interrogée sur ses antécédents médicaux.**
- **Si nécessaire, une perfusion est posée pour** l'injection du produit de contraste **(gadolinium).**
- **La patiente est installée en décubitus ventral (sur le ventre), les seins positionnés dans des cavités dédiées, sans compression.**

- **ACQUISITION DES IMAGES**

- L'IRM utilise un **champ magnétique puissant et des ondes radio pour obtenir des images détaillées.**
- **Plusieurs séquences sont réalisées avant et** après l'injection du produit de contraste, qui **permet de mieux visualiser les anomalies suspectes.**
- **La patiente doit rester immobile et peut** entendre des bruits forts dus à l'appareil (des bouchons d'oreille sont fournis).

- Fin de l'Examen

- **Une fois les images obtenues, la perfusion est retirée et la patiente peut se rhabiller.**
- **Les résultats sont analysés par un radiologue et transmis au médecin prescripteur.**

6. Fiche technique pour la cytoponction à l'aiguille fine

Définition : C'est un **acte mini-invasif consistant à introduire une aiguille très fine (généralement 22 à 27 G) dans une masse ou un organe, sous guidage échographique ou** non, afin d'en **aspirer des cellules. Le prélèvement est ensuite analysé au microscope par un cytopathologiste.**

Indication

- **Anomalie suspecte de malignité détectée à l'examen clinique.**
- **Anomalie suspecte de malignité détectée à l'imagerie mammaire diagnostique réalisée pour investiguer tout problème mammaire et/ou toute anomalie clinique.**
- **Lésion mammaire non palpable détectée à l'imagerie lors d'un dépistage systématique chez une femme asymptomatique.**
- **Maladies inflammatoires (rares).**
- **Suspicion de tumeurs secondaires ou métastatiques du sein (y compris hémopathies malignes ou lymphoïdes).**
- **Suspicion de récidive maligne après traitement.**

Condition

- **Accompagnez la patiente dans la salle de cytoponction. Demandez-lui de se dévêtir** jusqu'à la taille et de s'allonger sur la table d'examen, le sein à examiner du côté le plus **proche de vous.**
- **Revérifiez dans le dossier clinique, et demandez également à la patiente quel sein doit être examiné.**
- **Palpez le sein pour confirmer la présence et la localisation de la masse, comme indiqué dans le dossier. Il est également utile de demander** à la patiente d'indiquer l'emplacement de la **lésion.**
- **Palpez soigneusement la masse pour évaluer sa taille et sa distance par rapport à la peau en surface.**

Matériel

- **lames porte-objet**
- **seringues propres**
- **pistolet seringue**
- **aiguilles stériles de 6/10e de diamètre et de 25 mm de longueur**
- **Fixateur alcool à 95%**

Déroulement de l'examen

La ponction :

- **Immobilisez la masse avec deux doigts. Pour obtenir un échantillon adéquat, la masse ne doit pas bouger pendant l'insertion de** l'aiguille. Les grosses masses (> 3 cm) peuvent **être maintenues en place avec le pouce et** l'index ; les petites masses sont plus **efficacement im**mobilisées entre l'index et le **majeur. Sans bouger les doigts, désinfectez la** peau avec une compresse imbibée d'alcool avant l'aspiration.
- **Une fois la cible bien immobilisée, prenez la** seringue et l'aiguille préassemblées, puis insérez la pointe de l'aiguille dans la lésion.
- **Tirez sur le piston pour créer une aspiration et** maintenez l'aiguille bien en place pendant **toute la durée du prélèvement.**
- **Effectuez un mouvement de va-et-vient avec** l'aiguille à l'intérieur de la lésion, entre 10 et **20 fois.**
- Relâchez l'aspiration en lâchant le piston.
- Retirez l'aiguille.
- Détachez l'aiguille de la seringue.
- Remplissez la seringue d'air en tirant le piston **au maximum.**
- Revissez l'aiguille.
- **Expulsez le prélèvement sur une lame propre en appuyant rapidement sur le piston. La** pointe de l'aiguille doit être en contact avec le **verre pour éviter toute projection.**

Fin de l'examen

Une fois la cytoponction à l'aiguille fine **terminée, la patiente se rhabille et est informé des prochaines étapes concernant** l'analyse du **matériel prélevé.**

7. Fiche technique pour la biopsie au trocart

Définition

C'est un **acte mini-invasif consistant à prélever** un échantillon de tissu à l'aide d'une aiguille **creuse plus épaisse que celle de la cytoponction à aiguille fine. Le prélèvement est ensuite acheminé pour analyse histopathologique.**

Indication

Cette technique de biopsie est indiqué pour les masses classée BIRADS 4 et 5.

Condition

- **Accompagnez la patiente dans la salle** d'échographie. Demandez-**lui de se dévêtir** jusqu'à la taille et de s'allonger sur la table d'examen, le sein à examiner du côté le plus **proche de vous.**
- **Revérifiez dans le dossier clinique, et demandez également à la patiente quel sein doit être examiné.**
- **Examinez les clichés mammaires, confirmez le côté et l'emplacement de la grosseur et exposez le sein présentant l'anomalie suspecte.**
- **Palpez le sein pour confirmer la présence et la localisation de la masse, comme indiqué dans le dossier. Il est également utile de demander** à la patiente d'indiquer l'emplacement de la **lésion.**
- **Palpez soigneusement la masse pour évaluer sa taille et sa distance par rapport à la peau en surface.**
- **Se rassurer que le matériel nécessaire est disponible**

Matériel

- **Dispositif de biopsie au trocart avec aiguille 14G ou 16G de 22 à 25 mm de long ;**
- **seringue et aiguille de 5 ml ou 10 ml pour** l'application de l'anesthésique local **;**
- **injection de lidocaïne à 1 % (5 à 10 ml) pour** l'anesthésie locale **;**
- **couteau ;**
  écouvillons et désinfectant, tel que de l'alcool **ou de la chlorhexidine ;**
- **gants stériles ;**
- **un bocal ou un flacon à large ouverture et à bouchon à vis contenant 10 % de formaldéhyde ;**
-
- une gaze pour l'hémostase **;**
- **une solution antiseptique (povidone iodée ou alcool).** Déroulement de l'examen

La ponction :

- **Nettoyez la zone du sein avec une solution antiseptique.**
- **Nettoyez la sonde d'échographie et recouvrezla d'une gaine ou d'un gant stérile.**
- **Effectuez une échographie de contrôle pour localiser la lésion à biopsier.**
- **Mesurez et notez la distance entre la lésion et le mamelon.**
- **Positionnez la patiente. La position est similaire à celle décrite pour l'échographie et** la cytoponction fœtale guidée par **échographie.**
- **Placez-vous sur le côté du sein homolatéral si la lésion se situe dans le quadrant externe. Pour une lésion dans les quadrants internes, placez-vous du côté droit de la patiente ou du côté controlatéral à la lésion.**
- **Appliquez un antiseptique sur une large zone autour de la lésion.**
- **Placez des champs stériles sur la patiente, en maintenant la zone à biopsier exposée.**
- **Raccordez l'aiguille de biopsie au dispositif de biopsie par forage. Effectuez un test de déclenchement et informez la patiente qu'elle entendra un clic à chaque prélèvement.**
- **Injecter un anesthésique local au site de biopsie, le long du trajet de l'aiguille jusqu'à la lésion. Éviter les zones situées au niveau du complexe aréolo-mamelonnaire. La quantité d'anesthésique dépend de la profondeur et de la taille de la lésion, ainsi que de sa distance par rapport à l'aréole. Une lésion proche de l'aréole nécessitera une dose d'anesthésique plus importante qu'une lésion plus éloignée. L'injection d'anesthésique permettra également de déplacer la lésion vers une position confortable (par exemple, loin de la**

paroi thoracique), de la fixer aux tissus environnants si elle est petite et de réduire le risque de saignement ou de formation d'un hématome important.

- **Pratiquer une incision de 2 à 3 mm à l'aide d'un bistouri pour créer un orifice d'entrée pour l'aiguille de biopsie.**
- **Positionner l'aiguille de biopsie au bord de la lésion localisée sous guidage échographique, en estimant la distance de projection de l'aiguille pour atteindre le centre de la lésion.**
- **Noter la position de l'aiguille dans le sein (marquer le quadrant et la position de la sonde sur l'image). Enregistrer les images de la biopsie. La première image montre l'aiguille dans le sein. La suivante montre l'aiguille dans la tumeur.**
- **Informez le patient qu'un échantillon va être prélevé et déclenchez l'appareil.**
- **Faites glisser le transducteur transversalement et longitudinalement pour vérifier si l'aiguille a pénétré la lésion et exclure toute lésion de la paroi thoracique.**
- **Prélevez l'échantillon de l'aiguille à l'aide d'une lame de scalpel ou d'une aiguille d'anesthésie.**
- **Maintenez une compression sur la zone avec une compresse de gaze pour éviter la formation d'un hématome.**
- **Transférez immédiatement l'échantillon dans un pot étiqueté contenant une solution de formol tamponnée neutre à 10 % pour la fixation.**
- **Répétez la procédure pour obtenir au moins cinq échantillons adéquats de différentes zones de la lésion.**
- **Comprimez le site de biopsie pendant quelques minutes, puis scellez-le avec un morceau de gaze et un pansement. Aucune suture n'est nécessaire.**

Fin de l'examen

- Une fois la cytoponction à l'aiguille fine **terminée, la patiente se rhabille et est informé que le retrait du pansement se fait après 48 heures et de prendre un analgésique en cas de douleur post-intervention. les prochaines** étapes concernant l'analyse du matériel **prélevé lui sont également transmise.**

8. Anomalies détectées à l'imagerie mammaire

Critères évocateurs de malignité à la mammographie

Condition	Caractéristiques
Masse Suspecte	**Opacité mal limitée ou spiculée, Contours irréguliers ou flous, Augmentation progressive de taille sur les clichés comparatifs antérieurs**
Microcalcifications Pathologiques	**Microcalcifications de petite taille (< 0,5 mm) et irrégulières, Distribution groupée ou linéaire, parfois ramifiée,** Apparence hétérogène, polymorphe ou punctiforme, Présence d'un aspect de "poussière" ou de "grains de sel"
Distorsion Architecturale	Modification de l'organisation normale du tissu mammaire, Rétraction du parenchyme mammaire, Présence de **spicules convergeant vers un centre**
Asymétrie Focale	Une zone d'augmentation de densité non présente sur les anciens clichés, Comparaison avec le sein controlatéral **montrant une différence suspecte, parfois sans corrélation clinique palpable**
Changements de la peau	Epaississement ou induration cutanée localisée, aspect en peau d'orange, rougeur, ulcération ou inflammation persistante visible sur l'image
Rétraction du mamelon	Mamelon tiré vers l'intérieur ou modifiée dans son orientation d'apparition récente et non liée à l'allaitement, peut s'accompagner d'un écoulement suspect ou d'une masse sous aréolaire, modification visible sur les clichés
Ganglions axillaires	**Adénopathies denses arrondies, perte du hile graisseux, éventuelle microcalcification intra ganglionnaire.**

9. Critères évocateurs de malignité à l'échographie mammaire

Caractéristiques d'une Masse Maligne	**Autres Signes Indirects**
Hypoéchogène avec contours irréguliers	**Absence de renforcement postérieur**
Rapport hauteur/largeur > 1	**Vascularisation anarchique au Doppler**
Bords flous ou spiculés	**Atteinte des ganglions axillaires**
Présence d'une ombre acoustique postérieure	**Distorsion architecturale**
	Rétraction cutanée ou épaississement localisé
	Présence de microcalcifications associées

10. Critères de malignité à l'IRM mammaire

Catégorie	**Caractéristiques**
Rehaussement Anormal au Produit de Contraste	**Cinétique de** rehaussement rapide suivie d'un lavage précoce (washout), caractéristique des **tumeurs malignes, Aspect en masse spiculée ou en "anneau", Présence de septa internes épais et irréguliers**
Anomalies Architecturales	Distorsion du parenchyme mammaire, Rétraction cutanée associée, Signes d'invasion du muscle **pectoral**