

UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU
Faculté des Sciences Economiques, Sciences de Gestion et Sciences
Commerciales

Département des Sciences Economiques

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques
Spécialité : Economie de la santé



Thème

**L'efficacité de lutte contre le cancer du sein entre
action publique de santé et rôle du mouvement
associatif**

Cas du CAC de DBK

Présenté par :

HOUARI Dihia

AMRANI Anissa

Encadré par :

Mr. ACHIR Mohamed

Devant le jury composé de :

President: M^r ABIDI Mohamed

Examinatrice: M^r OUALIKENE Salim

Promotion 2019

REMERCIEMENT

**Nos plus vifs remerciements s'adressent à Monsieur
ACHIR MOHAMMED, notre promoteur, pour sa
disponibilité, son aide, ses orientations et ses précieux
conseils qui ont permis l'aboutissement de notre travail.**

Nous remercions ainsi, le Madame

**Boulahdid notre encadreur au niveau du Centre de Lutte
Contre le Cancer à DRAA BEN KHEDAA**

TIZI-OUZOU, pour ses orientations et sa présence.

**Je remercie mes très chers parents, qui ont toujours été là pour
moi, « Vous avez tout sacrifié pour vos enfants n'épargnant ni
santé ni efforts. Vous m'avez donné un magnifique modèle de
labeur et de persévérance. Je suis redevable d'une éducation dont
je suis fier ».**

**Enfin, je remercie mes amis qui ont toujours été là pour moi. Leur
soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une
grande aide.**

**À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon
respect et ma gratitude.**

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A mon chère père et chère mère, a qui je souhaite une bonne sante.

A ma sœur Lynda, et mes frères Houcine, Boussad, Yacine, Djafer, Ahmed, Youcef, pour leurs encouragements.

A mon marie Lounes et ma petit princesse Maylis et ma belle famille.

A mes ami(e)s proches qui m'avez toujours soutenu et encouragé durant les années d'études, pour leurs aides et supports dans les moments difficiles.

A mon cher binôme, Anissa pour son entente et sa sympathie.

A tous ceux que j'aime et ceux qui m'aiment.

DIHIA

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mes chères parents que j'aime beaucoup, dieu les garde.

A mes frères pour leur conseil précieux tout au long de mes études.

A mes sœurs

A mes ami(e)s

ANISSA

Liste des abréviations

UNICEF- FONDS DES Nation Unies pour L'enfance

OMS- Organisation Mondiale de Sante

CLCC- Centre de Lutte Contre le Cancer

UICC-Union For International Cancer Control

FIGO-Fédération International des Gynécologues et des Obstétriciens

LH-Luteining Hormone

RH-Releasing Hormone

ANAES-Agence National d'Accréditation et Dévaluation en Sante

CCI-Conférence on Computationnel

AALFS -l' Amicale Algérienne de Lutte contre les Fléaux Sociaux

IRM-Imagerie Par Résonance Magnétique

ACR- L'américaine Collègue of Radiology

CPMC-Centre Pierre et Marie Curie

CAC-Centre Anti Cancer

BGS- la Biopsie du Ganglion Sentinelle

CCIS -Un Carcinome Cnalaire In Situ

CLIS -un carcinome lobulaire in situ

MSRE- Modulateurs Sélectifs des Récepteurs Eostrogéniques

TVP - Thrombose Veineuse Profonde

DSP-Direction de Sante Publique

Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre I : Généralité sur le cancer	
Introduction.....	4
Section 1 : Les concept de l'économie de sante	4
Section 02 : Le cancer en générale	1
Conclusion.....	29
Chapitre II : Lutte contre le cancer du sein	
Introduction.....	30
Section 1 : Les concept de cancer du sein	31
Section 02 : Le rôle des associations	38
Conclusion	56
Chapitre III : Centre de lutte contre le cancer et implications du mouvement associatifs	
Introduction.....	57
Section1:L'association EL FADJR	58
Section2 : Centre de lutte contre le cancer Draa Ben Khedaa	67
Section 03 : La coordination entre l'association et le centre	73
Conclusion.....	76
Conclusion générale	81
Bibliographie	
LISTES DES SHEMAS FIGURES ET TABLEAUX	
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	

Introduction générale

Introduction générale

La bonne sante est ce qui est le plus précieux pour les être v-humains. C'est pourquoi la préserver est l'une des priorités majeures, a la fois des individus et de l'état. Les Etats allouent des sommes importantes pour le développement et l'amélioration de la qualité de sante de leurs population, c'est pourquoi ils ont toute adopte et développe le domaine de l'économie de sante.

Parmi ces cancer, le cancer du sein qui est devenu un problème de sante publique majeur avec une réelle urgence d'intervention et de prise en charge , c'est le premier cancer touchant la femme dans les pays développées et son incidence progresse également dans le monde en développement , ce cancer et la première cause de mortalité chez les femmes . Malgré son faible pourcentage par rapport aux autres maladies cancéreuses, en Algérie on assiste à une véritable transition épidémiologique marquée par l'amorce de la transition démographique, l'augmentation de l'espérance de vie. Dailleurs depuis quelque année le cancer du sein est devenu un véritable problème de sante publique dans notre paye, cette maladie touche la femme non seulement dans son intégrité physique et psychologique mais également dans sa féminité.

Elle existe beaucoup de moyens thérapeutique ciblées sont aujourd'hui utilisées pour lutter contre le cancer du sein, A titre d'exemple on peut citer la chimiothérapie, la radiothérapie ainsi que la chirurgie mais le choix de l'un de ces traitement est personnalise et adapte à chaque patient, elle est important de ne jamais oublie que le cancer du sein est curable et que la chance de guérisons sont Durand plus grandes que les maladies est détectée a un stade précoce.

Le dépistage précoce reste le principale moyen de lutte contre la maladie, pour une prise en charge efficace et moins couteuse, permettant d'améliorer les chancelé service lessu finale et le pronostic vital, jouent ainsi le rôle d'un indicateur sante publique dans l'évolution des maladies cancéreuses pour une lutte ciblée. si les pratiques de dépistage notamment pour le cancer du sein ainsi que l'amélioration des moyens diagnostiques expliquant le plus grande partie de l'augmentation de cette maladies , celle-ci est également la conséquence d'une évaluation du risque de cancer , sans qu'il soit possible , ou l'Etat actuel des connaissances d'estimer , avec précision la part de chaque facteur de risque , dans le rôle et l'importance dans le développement de la maladie sont variable , ces facteurs correspondant aux :

- Caractéristique de l'individu : l'âge ou la caractéristique héréditaire.
- Comportement individuel et mode de vie : tabac, alcool, alimentation activité physique
....
- Substances et situations à risque auxquelles un individu peut être expose en milieu professionnel ou dans son environnement général.

Introduction générale

Ces différents facteurs peuvent être intégrés entre eux, une personne qui possède un ou plusieurs facteurs de risques peut ne jamais développer un cancer, inversement il est possible qu'une personne n'ayant aucun facteur de risque soit atteinte d'un cancer à la cour de sa vie.

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé, mais aussi il nous importe personnellement, puisque notre intérêt premier en traitement ce sujet, et d'attirer l'attention des économistes de la santé et les détenteurs du pouvoir décisionnels, sur le rôle du dépistage sur la réduction des coûts de la prise en charge de cette maladie cancéreuse notamment le cancer du sein à titre d'exemple : la prise en charge des maladies dans l'établissement hospitalier privé.

Sur le plan scientifique, ce sujet et cette évaluation de la qualité de processus de prise en charge, ainsi servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, ainsi facilite la procuration des informations pouvant révéler des renseignements indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

Les objectifs visés par cette recherche se résument dans les points suivants :

- La présente étude vise l'évaluation de la qualité de processus de prise en charge de diagnostic du cancer du sein au niveau du système de santé Algérien en général et l'hôpital C.C.B (l'hôpital de lutte contre le cancer Draa ben khedaa) en particulier.
- Démontrer si le diagnostic précoce ou la reconnaissance des premiers signes et symptômes, facilite le diagnostic et le traitement à un stade précoce.
- Inciter autrui au dépistage qui n'est que l'exécution systématique d'un test très peu coûteux, dans une population normalement symptomatique, elle vise à trouver les individus porteur d'une anomalie évocatrice d'un cancer et ce précocement.
- Evaluer le niveau de l'efficacité de la prise en charge de femmes atteintes du cancer du sein.
- Formuler quelques recommandations qui pourraient la façon de lutter contre le cancer du sein.
- Un dépistage précoce afin d'améliorer l'issue de la maladie et les chances de survie reste le principal moyen de lutter contre le cancer du sein.

Motifs de choix du sujet de recherche :

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de présenter les motifs de choix de celui-ci sont d'ordre objectifs et subjectifs :

Motifs subjectifs : on a choisi ce thème pour des raisons subjectives telles que :

- La transition épidémiologique que connaît l'Algérie en l'occurrence l'émergence des maladies cancéreuses qui demeurent un problème de santé publique ces dernières années.
- Les définitions des bonnes pratiques pour une prise en charge adéquate.
- La prise en charge du cancer du sein est un sujet lié directement à notre spécialité.
- Pour des raisons personnelles : ayant fait face à ces maladies dans notre entourage plus ou moins proche.

Introduction générale

- C'est un sujet rarement traité au niveau de notre faculté alors que c'est un sujet d'actualité qui peut toucher n'importe qui et personne n'est à l'abri.
- Approfondir et enrichir notre connaissance sur le financement du cancer du sein.

Motifs objectifs : et pour des raisons objectives telles que :

- Le cancer du sein est un sujet d'actualité qui est au centre des préoccupations dans la stratégie nationale de prévention de détection, de thérapie, et de prise en charge.
- La réponse aux attentes des patients dans les domaines de la prévention du dépistage, du diagnostic et l'ensemble du traitement dans la radiothérapie en particulier.
- Démontrer l'importance de prévention pour réduire les frais de soin.
- La responsabilité de tout un chacun dans la sensibilisation et la lutte contre ces maladies.
- L'incitation des gens à se prendre en charge rapidement contre cette pathologie ce qui permettra d'améliorer les chances de survie ainsi que le fardeau du cancer.
- L'observation et l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer.
- La prise en charge des équipements et la garantie de pérennité de leur maintenance.
- L'amélioration de la qualité de vie pendant et après les maladies et l'élimination de toute forme d'exclusion et d'iniquité dans les soins.
- Le développement et la mise en œuvre de projets adéquats et le développement des centres médicaux spécialisés notamment en matière de radiothérapie.

A cet effet nous avons posé la problématique suivante :

Dans certains pays qu'on peut qualifier de pays développés, il est noté que la caractéristique principale de ce cancer, c'est qu'il est en nette d'augmentation en termes d'incidence, du fait de plusieurs facteurs sociaux, environnementaux et démographiques. Néanmoins, il faut noter aussi une diminution de la mortalité dans ces pays disposant de stratégies de prévention basées sur le dépistage et le traitement précoces comme la mammographie ou la radiothérapie, mais ces dernières restent très coûteuses donc inaccessibles pour certaines catégories ou couches sociales.

C'est l'idée que nous remettons en question dans ce travail cherchant à répondre à la problématique suivante :

La lutte contre le cancer :

Le dépistage précoce contre l'action publique de la santé et le rôle du mouvement associatif ?

En prenant comme cas d'étude l'hôpital de lutte contre le cancer du sein (DBK) et l'association (AL FADJR) à la ville de Tizi-Ouzou.

-La réponse de cette question principale nécessite de passer par les questions suivantes :

- Quels sont les moyens alloués dans la prévention contre le cancer ?
- Comment le cancer de sein est pris en charge par les institutions médicales ?
- Quelle place détient le secteur public (l'Etat) dans la prise en charge des maladies atteintes du cancer du sein ?

-Pour répondre à ces questions nous avons émis les hypothèses suivantes :

Introduction générale

Première hypothèse : le dépistage du cancer du sein ne se fait correctement et à l'âge adéquat.

Deuxième hypothèse : la prise en charge correspond aux normes standards exigées par les institutions nationales et internationales.

Troisième hypothèse : l'étude approfondie de la démarche de dépistage de prévention et de prise en charge, permet de faire un état des lieux, ainsi faire ressortir une série d'actions correctives qui permettront de corriger les anomalies existantes dans le processus de prise en charge des femmes atteintes de cancer du sein.

Pour ce qui est la méthode de recherche qui a été suivie pour la réalisation de ce travail ou cette recherche ne peut pas être qu'une approche descriptive analytique, celle-ci s'inscrit principalement sur deux niveaux.

-le premier consiste en un cadre exploration qui abordera l'approche théorique des maladies cancéreuses en générale et plus précisément le cancer du sein , une recherche documentaire (ouvrage , travaux universitaire , articles , études médicales , documents officiels , site internetetc.) .

- le second est constituer d'un ordre empirique à travers lequel, essayent de vérifier nos hypothèses de travail, tout en respectent l'approche théorique développée dans le premier niveau de l'étude.

-A ce niveau nous allons essayer de décrire le plus explicitement possible la démarche utilisée par autorité compétences , entre autre , le pouvoir public , les organismes sociaux , association caritatives et les ménages afin de démontrer la façon dont les femmes atteintes de la maladie du cancer du sein sont prises en charge et ce avant même l'apparition des premiers symptômes , dès lors ces derniers constatés ou diagnostic , quel serait la meilleure façon pour un suivi efficace et peu coûteux , et pour cela on doit intégrer des données statistiques pour démontrer chiffres à l'appui l'évolution de la maladie dans un sens ou dans l'autre sur une voie ascendante ou descendante .

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Introduction

La sante est un don bien précieux. Le désir de tous est de le sauvegarder le plus longtemps possible , et la sante telle qu'elle se définit par l'OMS en 1974 étant un état complet de bien être physique , mentale et sociale , ne consiste pas seulement en absence de maladies ou d'infirmité .

Le cancer sous toutes ses formes occupe une grande place dans le jargon médicale et sanitaire, du fait de sa dangerosité de son étendue et de sa distribution un peu partout dans le monde. Elle se développe dans les pays développés mais aussi dans les pays en développement.

Elle n'épargne personne et tout sexe confondu, parmi ces cancers on trouve le cancer du sein.

Le cancer du sein est une préoccupation majeure de santé publique , elle le premier cancer chez les femmes , il est également la première cause de décès féminins par le cancer , près d'une femme sur huit est atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie , elle faut noter , qu'il touche aussi l'agent masculin , car contrairement à ce que pensent certaines personnes . Les hommes peuvent également développer un cancer du sein mais les risques restent minimes : environ 1%, l'incidence de cette pathologie progresse dans le monde dit en développement du fait d'une plus longue espérance de vie, de l'urbanisation, le changement des habitudes quotidiennes dans le monde de vie et l'exposition à des facteurs environnementaux en perpétuel changement peuvent être néfastes pour la sante.

Les facteurs de risque multiples et complexes favorisant la survenue de cancers du sein tels que le tabagisme , l'alcool ...etc. , mais aussi les indicateurs de santé publique tel que la morbidité , la mortalité et le coût de prise en charge , ont fait naître une véritable conscience morale, incitant en premier lieu les individus à se prendre en charge , et en second lieu l'Etat qui agit de manière conséquente pour réduire la prévalence et préserver la sante des individus tablant ainsi sur la prévention , qui reste un axe majeur de politique de sante de pays , celle-ci s'appuie sur les résolutions et les recommandations de l'OMS en matière de diagnostic de dépistage et de lutte intégrée contre le cancer du sein .

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Section 1 : LES CONCEPT DE L'ECONOMIE DE SANTE

1.1. Les concepts de sante :

1.1.1. Définition de la sante :

Selon l'OMS¹ la sante est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

- La sante est une dimension essentielle de la qualité de vie, l'opportunité de faire des choix et d'être satisfaite de vivre.
- Intégrité anatomique, physiologique et mentale. capacité a assumé son rôle familial professionnel et social. capacité a gère le stress, sensation de bien être, et absence de risque de maladie ou de décès primature.

1.1.1.1. Définition UNICEF² (1984) :

La sante n'est pas l'absence des maladies, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de sante, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés.

1.1.1.2. La notion³ de sante :

La sante est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels des êtres humains, au point de constituer l'un des indicateurs principaux des développements. En effet, la sante est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. La sante est une préoccupation majeure pour tout les individus est encore plus difficiles a définir car elle ne peut pas être ressentir de la même façon par tous.

Parmi ces définitions, la plus fréquente c'est celle de l'Organisation Mondiale de Sante (OMS), qui l'a définit comme étant : un état de bien-être complet, comprenant état physique, mental, social, environnemental ...

Autrement dit, le concept de sante se répercute sur l'absence de maladies et effectuions. En d'autre termes, la sante peut être définit comme étant le niveau d'efficacité fonctionnelle et métabolique d'un organisme sur le plan micro cellulaire et macro social.

Le style de vie, c'est-a-dire l'ensemble des comportements développés par une personne, peut être bénéfique ou nuisible a la sante. Par exemple une personne qui entretien une alimentation équilibrée et qui pratique du sport au quotidien a de plus grandes possibilités de bénéficier d'une bonne sante. Au contraire, une personne qui mange et qui boit en excès, qui dort peu et qui fume, risque de souffrir des maladies peuvent être évitées.

En générale, la sante peut être devisée en sante physique et sante mentale, bien qu'en réalité ce soit deux aspects qui sont en rapport. Pour veiller a la sante physique, il est

¹ Organisation national de sante

² FONDS DES NATION UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF).

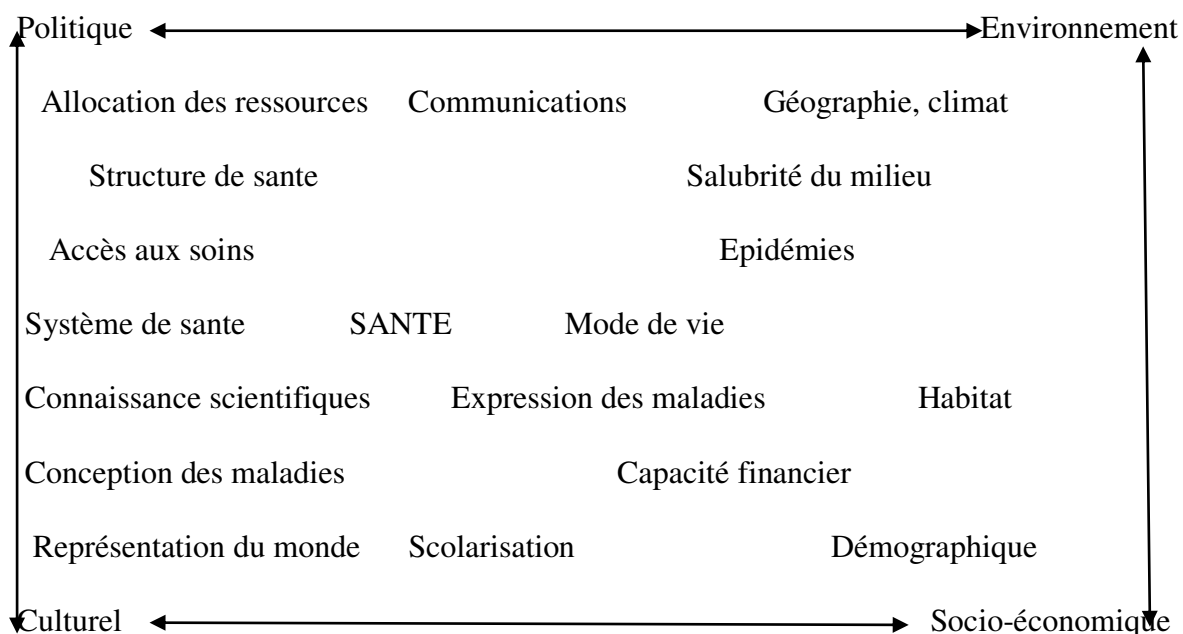
³ Définitions, approches et concepts en santé publique Pr M. Mrabet
Santé publique-Master USSAC/2018

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

recommande de bouger de façon régulier, d'avoir une alimentation équilibrée et saine, en variant les nutriments et les protéines.

La sante mentale, d'une part, est liée au bien-être émotionnelles, se développer en société et résoudre les enjeux qui se présentent au quotidien. Il ya lieu de retenir que les sciences de la sante sont celles qui apportent les connaissances adéquates pour la prévention des maladies et la promotion de la sante et du bien-être aussi bien de l'individu que de la communauté. La biochimie, la bromatologie, la médecine et la psychologie, entre autre, sont des sciences de la sante.

1.1.2.. Les déterminants de la sante :



1.1.3. Le rôle de la sante :

Une meilleure sante est essentielle au bonheur et au bien être. Une meilleure sante contribue également de manière importante au progrès économique , puisque les populations en bonne sante vivent plus longtemps , sont plus productives et épargnent plus (Organisation Mondiale de la Sante) .

1.2. Les concepts de l'économie de la sante⁴ :

⁴ Le dico des définitions. Définition de santé. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/sante>

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

1.2.1. Définition de l'économie:

Etymologiquement, l'économie est l'art de bien administrer une maison, de gérer les biens d'une personne, puis par extension d'un pays. Plus généralement, l'économie est une science sociale qui étudie la production, la répartition, la distribution et la consommation des richesses d'une société.

L'économie est la science qui étudie comment des ressources rares sont employées pour la satisfaction des besoins des hommes vivant en société ; elle s'intéresse d'une part aux opérations essentielles que sont la production, la distribution et la consommation des biens, d'autre part aux institutions et aux activités ...

1.2.1.1.. Quelques brèves définitions⁵ :

L'économie est la science qui étudie comment l'homme lutte contre la rareté des biens pour satisfaire ses besoins.

L'économie consiste à observer et à résoudre les contradictions entre les ressources et les besoins des individus.

L'économie cherche à fournir aux individus des solutions qui leur permettront d'obtenir le maximum de satisfaction à partir des ressources rares dont ils disposent.

L'économie, c'est la vie des hommes au travail afin de produire des biens et des services nécessaires à la satisfaction de ses besoins.

L'économie traite de ce que nous gagnons et de ce que nous pouvons acheter. Elle est au cœur de la vie sociale.

L'économie comprend 4 chapitres:

- La production de biens et services
- Les échanges (marché) ou circulation.
- La répartition (distribution)
- La disposition (investissement, consommation)

L'Economie est l'étude de la façon dont les personnes et la société emploient des ressources productives rares (pour lesquelles des utilisations alternatives sont possibles) pour produire différentes marchandises, les distribuer dans les différents groupes de la société et les consommer. Notez que par « ressources rares », les économistes ne veulent pas dire situation précaire (comme une famine). Ils désignent des ressources qui sont insuffisantes pour répondre à la demande.

⁵ Sante publique master : PR M. MRABET APPROCHE ET CONCEPT DE SANTE

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Le but principal des économistes est de trouver des moyens pour allouer les ressources plus efficacement. Il y a différents types d'efficacité en termes économiques. Efficacité peut signifier:

- Utiliser le nombre le plus réduit d'entrées pour produire un résultat donné, ou maximiser les résultats à partir d'un nombre défini d'entrées (c'est l'efficacité technique)
- où réaliser cela de la façon la moins coûteuse (efficacité économique)
- ou allouer des ressources entre plusieurs activités possibles, de manière à maximiser globalement le bénéfice (efficacité allocative)

Quoi qu'il en soit, la société ne demande pas toujours que les ressources soient allouées avec une efficacité parfaite. Il peut être inefficace de fournir des services à des régions isolées ou de subsidier le prix des aliments ou d'établir un salaire minimal, mais la société demande tous ces services pour que l'allocation des ressources soit équitable. L'équité est un autre concept clé en économie, il signifie justice. Equité veut dire que:

- les personnes devraient être traitées de la même manière si elles ont un problème similaire, peu importe leur origine sociale ou géographique, ni leur salaire. C'est l'équité horizontale.
- les personnes devraient payer des sommes différentes, en fonction de leurs possibilités de payer. C'est l'équité verticale.

La manière la plus commune d'allouer des ressources est le mécanisme de marché. En termes économiques, le marché est un ensemble d'arrangements par lesquels des vendeurs et des acheteurs sont en contact pour échanger des biens ou des services. Une grande part de l'économie concerne le fonctionnement du marché, par ex. la demande de l'acheteur pour les biens et le désir du vendeur de les fournir interagissent pour déterminer les prix. Vous pourrez entendre les termes: économie positive et normative. L'économie positive est l'étude des biens et services produits sur le marché, des ressources utilisées pour les produire et de comment elles sont distribuées. L'économie normative va une étape plus loin. Elle essaye d'estimer quels biens et services seront produits, quelles ressources vont être employées pour les produire et comment on les distribuera pour maximiser le bénéfice pour la société.

L'économie sert à conseiller des décisions politiques dans de nombreuses situations. Tout comme vous décidez comment répartir votre revenu annuel dans la nourriture, le logement, la santé, l'éducation, etc., pour vos propres besoins, un pays doit lui aussi prendre des décisions similaires. Au niveau du Ministère national, l'avis économique peut aider à informer les décideurs sur des moyens efficaces et équitables de distribution des ressources entre les secteurs nationaux : la défense, l'agriculture, le transport et la santé. Au niveau des autorités de la santé du district, , un avis économique peut conseiller sur les moyens efficaces et équitables de distribuer les ressources entre, disons, le personnel des hôpitaux régionaux, les moyens de transport au niveau des hôpitaux de première ligne, le matériel nécessaire à la promotion de la santé, et l'approvisionnement en médicaments essentiels

1.2.1.2.. Une définition synthétique :

"L'économie est la science qui étudie comment des ressources rares sont employées pour la satisfaction des besoins des hommes vivant en société ; elle s'intéresse d'une part aux opérations essentielles que sont la production, la distribution et la consommation des biens,

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

d'autre part aux institutions et aux activités ayant pour objet de faciliter ces opérations." E. Malinvaud.

1.2.1.3. Le rôle de l'économie ;

Les sciences économiques (ou la science économique ou encore l'économie) sont une discipline des sciences humaines et sociales qui étudient de façon scientifique le fonctionnement de l'économie c'est-à-dire la description et l'analyse de la production, des échanges et de la consommation des biens et des services.

1.2.2. Définition de l'économie de la sante :

C'est une branche de l'économie⁶ qui traite de la production de biens et de services médicaux , de leur répartition , c'est-à-dire de l'accès aux soins et de la formation du prix

L'économie de la sante fait partie de la sante publique.

-Economie de la santé•

Une branche des sciences économiques qui étudie le secteur de la santé, producteur de biens et services répondant à des besoins.

L'économie de la Santé est une forme d'économie normative, aussi appelée "économie du bien-être; son but est d'estimer combien le travail économique contribue au bien-être de la société. Vous entendrez aussi les termes macroéconomie et microéconomie. La macroéconomie concerne les situations économiques à large échelle, comme l'économie d'un pays.

- Economie de la Santé L'économie de la santé est l'application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé.

La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui peut être acheté ou vendu – dans certaines situations, aucune somme d'argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchand ables. Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé (préventifs ou curatifs).

On a souvent mis en doute le rôle de l'économie dans la fourniture des soins de santé. L'argument était qu'idéalement, les soins de santé devraient être prodigués sur base de la nécessité de soins, pas sur un calcul d'efficacité. Mais en réalité, comme le savent les responsables sanitaires, les ressources sont toujours limitées et les problèmes de ressources influencent inévitablement les décisions. Le rationnement des soins de santé est une réalité. La recherche d'informations sur les meilleures façons de distribuer des ressources limitées est un moyen pertinent pour ne pas les gaspiller.

⁶ BRAS Pierre-louis et al, «Traité d'économie et de gestion de la santé».France: Editions de santé, 2009, p.05..

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Des informations sur une allocation efficace des ressources peuvent aider les gestionnaires de programmes à démontrer aux autres autorités financières, pourvoyeurs du budget — que les ressources limitées sont dépensées de la meilleure façon possible dans les services les plus appropriés. Cela peut aussi aider ces gestionnaires à distinguer des domaines qui, s'ils étaient mieux financés, seraient de bons investissements. Cette information peut permettre des économies dans des domaines inattendus. Elle est utile aussi pour clarifier et énoncer le coût de certains domaines où l'efficacité économique est sacrifiée au profit d'autres considérations.

Par exemple: après avoir établi l'allocation de ressources la plus efficace dans un système de soins de santé, on peut décider qu'un hôpital de campagne, qui n'est pourtant pas aussi efficace que l'hôpital de la ville, devrait rester ouvert parce qu'il n'est ni juste, ni équitable pour les personnes des environs de devoir se déplacer jusqu'à la ville pour recevoir des soins de santé. Cette décision a sa valeur, car c'est un choix de conscience au sein d'une politique globale de santé. Mais il faut aussi être capable de quantifier combien ce choix de « non-efficacité » va coûter à l'ensemble du système de santé

Economie de la santé Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales Organisation mondiale de la Santé

1.2.3. Relation économie et santé :

Une relation étroite entre économie de santé , la situation de l'une influe grandement sur l'autre et un cercle vicieux peut s'installer en effet devant un faible niveau sanitaire de la population , des conséquences négatives sont observées : un faible niveau de production et de productivité de biens et services entraîne un faible niveau de revenus , de faible niveau de consommations de services de santé et autre de bien être et donc un faible niveau sanitaire .

A l'opposé, un cercle vertueux : un état de santé satisfaisant de la population entraîne un appréciable niveau de production et de productivité de biens et services et par conséquent un niveau élevé de revenus et un niveau élevé de consommation de services de santé et d'autres de bien être.

-Le danger économique de la santé viendrait de la croissance élevée des dépenses de santé (consommation médicale) qui augmente beaucoup plus vite que la croissance économique du PIB (revenu national, produit national).

La persistance du danger économique de la santé est synonyme de politiques de rationalisation budgétaire, de maîtrise des dépenses de santé et une meilleure organisation des structures et des services de santé. L'économie est l'outil nécessaire pour l'identification de priorités sanitaires et l'introduction de techniques de management et de gestion.

Autres relations Economie –santé

Une Économie moribonde limite les moyens du secteur de la santé. Un chômage important, des recettes fiscales moindres, budget santé insuffisant et déficits des organismes de la sécurité sociale d'où un rationnement médicaments et équipements en plus de la dévaluation monétaire (coûts des inputs importés - médicaments et équipements) Par contre une Forte croissance économique peut augmenter le budget de la santé et stimule un bon état de santé, en effet une bonne croissance crée l'emploi et augmente les ressources de la ce qui implique la réduction des sécurité sociale ; elle renforce la parité de la monnaie locale coûts des inputs (médicaments, équipements).

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Section 2 : les concepts de cancer

2.1. Bref histoire sur le cancer :

Le mot cancer tire son origine du mot latin homonyme qui signifie crabe. C'est Hippocrate qui le premier compare le cancer à un crabe par analogie à l'aspect des tumeurs du sein avec cet animal lorsqu'elles s'étendent à la peau. La tumeur est une masse centrée par une formation arrondie entourée de prolongements en rayons semblables aux pattes d'un crabe. Cette comparaison est reprise ultérieurement par Galien qui écrit un traité des tumeurs et décrit avec beaucoup de précision le cancer du sein.

Le cancer est une maladie caractérisée par la présence d'une tumeur maligne. Comment l'expliquer et quels sont les différents cancers ?

2.1.1. Définition 01: le cancer, qu'est ce que c'est ?

Selon l'OMS⁷ le cancer est un terme générale appliquée à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent envahir dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases.

De nombreux cancers peuvent être prévenus en évitant les principaux facteurs de risque, comme le tabagisme. Un nombre significatif de cancers peuvent être soignés par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie surtout s'ils sont détectés suffisamment tôt.

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire, ou tumeur maligne, anormalement importante formée à partir de la transformation par mutation ou instabilité génétique d'une cellule initialement normale.

Parfois, les cellules cancéreuses envahissent les tissus environnants, ou se détachent de la tumeur d'origine pour migrer vers d'autres régions du corps, c'est ce qu'on appelle des métastases. C'est pourquoi il est important de dépister le cancer le plus tôt possible afin d'éviter cette migration.

La majorité des cancers prennent plusieurs années à se former et peuvent apparaître à tout âge. Ils sont cependant découverts généralement chez des personnes âgées de 60 ans et plus. Les symptômes sont très variables d'une personne à l'autre mais aussi en fonction du type de cancer et de son stade.

Maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase).

⁷ © Organisation mondiale de la Santé 2003.

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Définition 02 :

Toutes les informations des cellules sont dans leur code génétique propre. Chaque jour les cellules meurent et ce code est recopié pour être transmis aux cellules filles.

Des erreurs se produisent et sont réparées et exceptionnellement, une erreur irrémédiable survient et permet l'initiation du processus cancéreux. Une caractéristique déterminant le cancer est de la création rapide de cellule anormale qui dépasse leur limite habituelle et qui peuvent ensuite envahir des parties adjacentes du corps et se propager à d'autres organes, ce dernier processus étant appelé métastase.

Les métastases sont une cause majeure de décès par cancer.

- **La cancérogenèse**

C'est un ensemble d'événements qui conduisent à la transformation d'un tissu physiologique (normal) en tissu cancéreux ainsi qu'une accumulation d'altérations génétiques et une acquisition progressive des propriétés des cellules cancéreuses.

Propriétés des cellules cancéreuses

- Insensibilité aux signaux extérieurs : perte de l'inhibition du contact.
- Formation anormale de vaisseaux : néo angiogènes.
- Échappement aux défenses immunitaires.
- Potentiel de prolifération illimité « immortalisation ».
- Échappement à la mort cellulaire programmée.
- Prolifération incontrôlée : processus autocrine
- Invasion des tissus et création de métast.

2.1.2. Les caractéristiques d'une cellule cancéreuse •

Les cellules susceptibles de conduire à la formation d'un cancer présentent plusieurs particularités :

- elles sont immortelles : en se multipliant activement sans jamais mourir, elles s'accumulent pour former une tumeur ; elles n'assurent pas les fonctions des cellules normales dont elles dérivent : une cellule de cancer du sein ne va pas assurer les fonctions d'une
- elles sont capables de détourner les ressources locales pour s'en nourrir : les tumeurs développent souvent un réseau de vaisseaux sanguins qui leur permet d'être directement alimentées en oxygène, énergie et facteurs de croissance. Ce processus est nommé néoangiogenèse ; elles sont capables d'empêcher les défenses immunitaires de l'organisme de les attaquer. ne cellule mammaire normale.

2.1.3. Les type de tumeurs :

Le cancer est un terme générique qui regroupe différents types de tumeurs malignes. Chacune d'entre elles porte un nom spécifique en fonction du tissu qui lui a donné naissance.

- Les carcinomes se développent à partir de l'épithélium, c'est-à-dire du tissu de revêtement interne ou externe de certains organes (poumon, sein, peau, côlon, prostate...).

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

- Les adénocarcinomes présentent des récepteurs au facteur de croissance HER2, mais pas de récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone (rE- et/ou rP- et HER2+).
- Les sarcomes sont des tumeurs malignes développées à partir des tissus dits de soutien de l'organisme, soit essentiellement les muscles et les os.
- Les Lymphomes sont des tumeurs malignes qui se développent essentiellement dans les ganglions et vaisseaux lymphatiques, c'est-à-dire des tissus en charge des défenses immunitaires de l'organisme.
- Les Leucémies sont des cancers développés dans la moelle osseuse à partir des cellules qui donnent normalement naissance aux globules blancs.

les voies de la cancérisation

cette illustration englobe les capacités des six marqueurs tumoraux

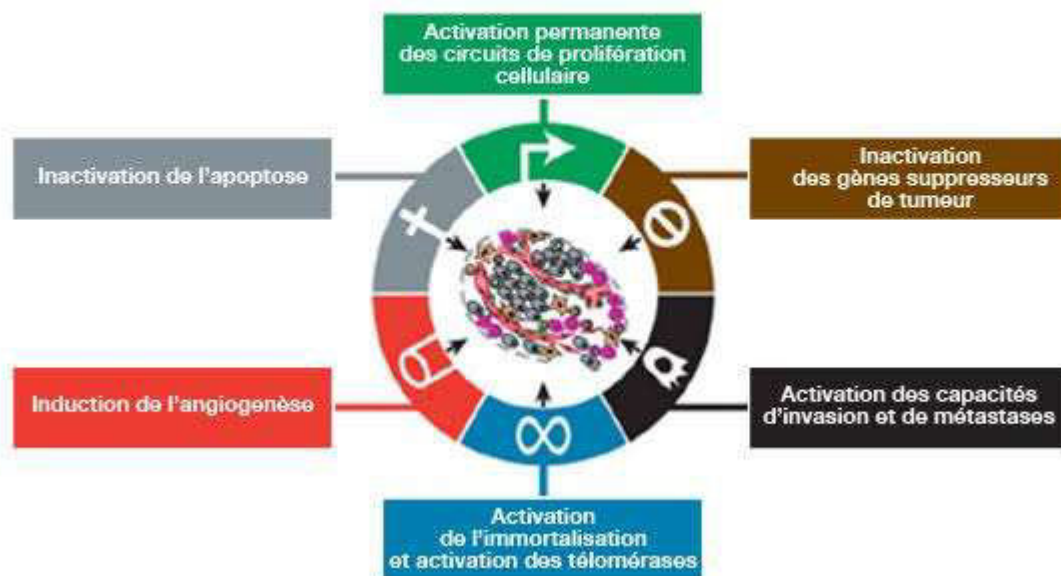


Figure n°1 : Propriétés des cellules cancéreuses

. Les étapes de la cancérogenèse

a. Phase d'initiation

Apparition de cellules qui se transforment et qui possèdent des capacités cancéreuses.

b. Phase de promotion

La multiplication des cellules va en augmentant parallèlement aux mutations de l'ADN du noyau.

c. Phase de progression

Etape finale dans le développement de cancer et le néoplasie et cliniquement détectable

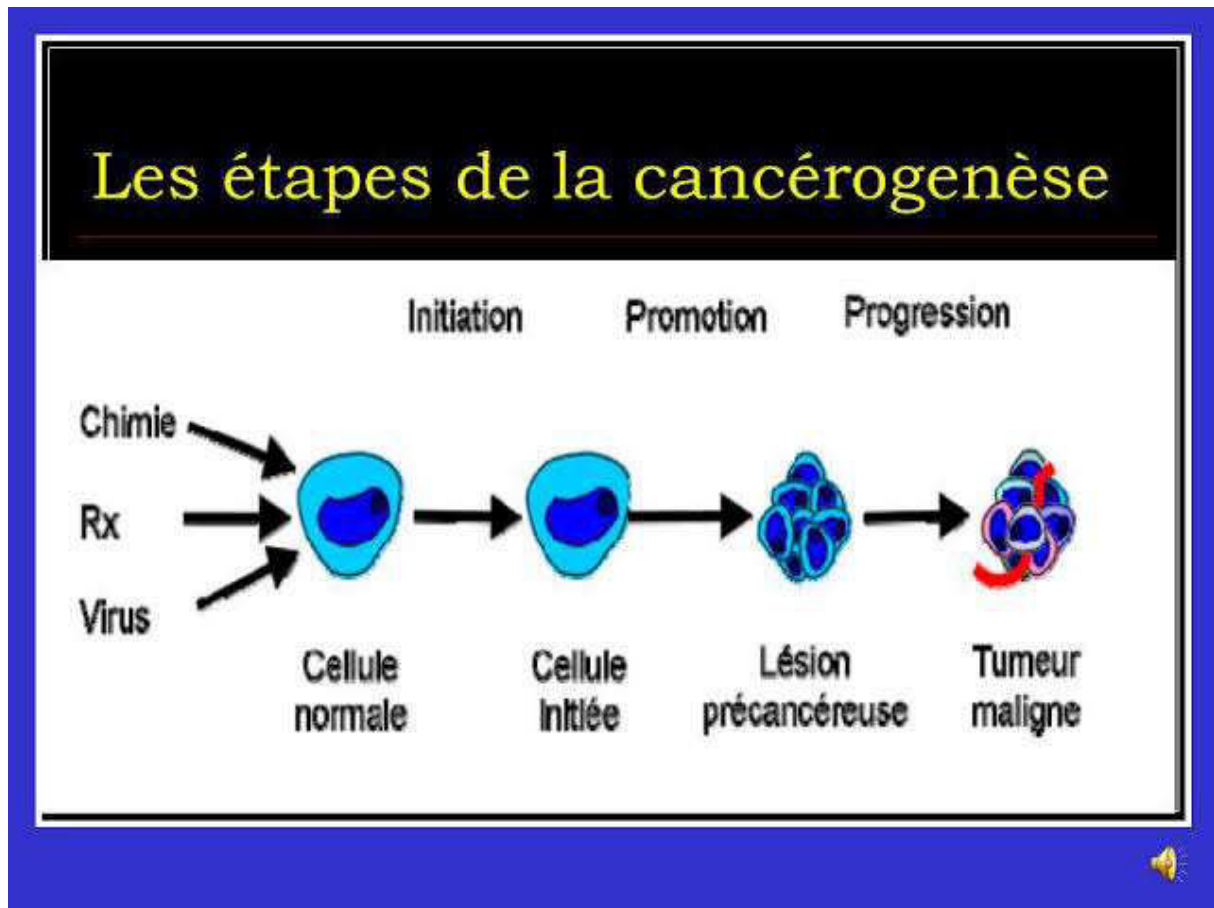


Figure n°2 : les étapes de cancérogenèse

2.1.4. . Constitution d'un cancer: Elle se fait en plusieurs stades :

2.1.4.1. Formation de la cellule maligne initiale:

Les anomalies génétiques apparaissent successivement. La cellule ne devient pas maligne d'emblée, mais passe par plusieurs stades (Cavenée et al, 1995 in Mihoubi, 2009):

- Première mutation: cellule apparemment normale, mais tendant à une prolifération excessive.
- Deuxième mutation: cellule apparemment normale, mais avec une prolifération nettement excessive.
- Troisième mutation: prolifération plus rapide et changement de forme de la cellule.
- Quatrième mutation: cellule maligne, totalement anormale, échappant à tout contrôle. Ce processus est souvent très long, étalé sur plusieurs années.

2.1.4.2. Formation de la tumeur maligne :

Une cellule précancéreuse ou cancéreuse, ayant échappé à la surveillance immunologique, va se multiplier pour donner une tumeur de volume croissant.

Une cellule maligne peut se répliquer sans limites, en raison de certaines modifications :

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

* Des altérations des gènes des protéines tyrosine kinases (PTKs) vont dérégler les fonctions des protéines PTKs, qui sont régulatrices de la transduction intracellulaire de signaux (Blume- Jensen et al, 2001 in Mihoubi, 2009).

* La cellule cancéreuse ne reçoit plus les signaux d'apoptose, devient insensible aux signaux inhibiteurs de croissance et produit ses propres signaux qui la poussent à proliférer (Paul et al, 2001 in Mihoubi, 2009).

* Le cancer est assimilable à une maladie de la signalisation (Maillard, 2002 in Mihoubi, 2009), des signaux normaux ne passent plus, alors que des signaux erronés sont transmis.

* Les mutations du gène APC (Polypose Adénomateuse Coli) entraînent l'apparition de centrosomes multiples et d'un excès de microtubules. Les mitoses sont non seulement accélérées, mais anarchiques, car elles sont sous la dépendance des centrosomes.

Il faut plusieurs mois ou plusieurs années pour que la tumeur atteigne un volume suffisant pour devenir perceptible, soit à l'examen clinique, soit par l'imagerie médicale, soit par la sécrétion de marqueurs tumoraux. Une tumeur ne peut grossir au-delà de quelques millimètres cubes sans un apport d'oxygène et de substances nutritives fournis par des vaisseaux sanguins. Ceux-ci vont être créés par néoangiogénèse (Marx, 2001 in Mihoubi, 2009).

2.1.4.3. Métastase:

Ce sont des tumeurs secondaires qui se développent à distance de la tumeur primitive, dont les cellules ont essaimé par voie sanguine dans diverses régions de l'organisme. Les métastases constituent le principal danger et la cause majeure de la mort dans les cancers.

La capacité à métastaser n'est pas donnée à tous les cancers. Au niveau de la peau, l'épithélioma basocellulaire ne métastase jamais, il est donc rarement dangereux. Au contraire, le mélanome métastase aisément et, s'il n'est pas rapidement éradiqué, s'avère redoutable (Bieche et al, 1996a et 1996b in Mihoubi, 2009).

2.1.5. Prédilection génétique au cancer :

Une mutation germinale peut être transmise à la descendance. Si tel est le cas, elle est alors présente dans toutes les cellules de l'organisme du descendant. Lorsque ce type de mutation est impliqué dans un cancer, on parle de forme héréditaire ou de prédisposition génétique à un cancer (Hagay, 2013)

2.1.5.1. Les proto-oncogènes et les oncogènes :

Physiologiquement, les proto-oncogènes ont une action stimulatrice sur la division cellulaire mais leur expression est soumise à une régulation fine durant le cycle cellulaire. Ils sont susceptibles d'être activés en oncogènes lorsqu'ils subissent des altérations somatiques (mutation ponctuelle, translocation ou amplification) ou plus rarement constitutionnelles (les mutations constitutionnelles du gène RET (La thérapie rationnelle-émotive) prédisposent au cancer médullaire de la thyroïde qui est l'élément clinique central des néoplasies endocrinienne multiples de type 2). Ils échappent alors à leur système de régulation. Leur mode d'action est dominant car il suffit qu'un seul des deux allèles soit muté pour que leur action puisse s'exercer (Hagay, 2013).

2.1.5.1. Les gènes suppresseurs de tumeurs ou anti-oncogènes :

Ces gènes ont été identifiés grâce aux formes héréditaires de cancer. A l'état normal les gènes suppresseurs se comportent comme des inhibiteurs de la division cellulaire. Leur mode de fonctionnement est récessif au niveau cellulaire: c'est-à-dire que, pour que le cancer apparaisse, les deux allèles d'un même anti-oncogène doivent être inactivés (par mutations ponctuelles, délétions ou une combinaison des deux): c'est la théorie du double événement mutationnel décrit par Knudson à partir du rétinoblastome(Hagay, 2013).

2.1.5.2. Les gènes intervenant dans les systèmes de réparation de l'ADN :

Il existe dans nos cellules, des systèmes permettant de réparer les altérations génétiques soit induites par les carcinogènes, soit survenant lors de la réplication normale de l'ADN. Lorsque ces systèmes sont défectueux, il en résulte une accumulation de mutations pouvant toucher l'ensemble du génome et notamment des gènes intervenant dans le contrôle de la prolifération cellulaire. Par exemple, les gènes responsables de l'ataxie téléangiectasie ou du xerodermapigmentosum, maladies récessives, appartiennent à ce groupe(Hagay, 2013).

2.1.5.3. Les gènes du métabolisme des carcinogènes endogènes et exogènes :

Il existe une susceptibilité individuelle différente de la prédisposition génétique qui est liée à l'action de gènes majeurs, Cette susceptibilité est sous la dépendance de polymorphismes génétiques (ou formes alléliques) de systèmes enzymatiques impliqués dans la réponse aux agents toxiques et aux mutagènes carcinogènes et non le résultat de mutations délétères (Hagay, 2013).

2.1.5.4. Le patrimoine génétique :

Sans qu'il soit encore possible de déterminer les systèmes génétiques concernés, le patrimoine génétique d'une cellule, d'un individu, d'une famille ou d'une population intervient vraisemblablement dans le développement ou la résistance au cancer. Par exemple, certains cancers sont rares dans certains groupes ethniques, tel le sarcome d'Ewing dans les populations noires tant africaines qu'américaines, ce dernier point excluant une participation majeure de l'environnement. Dans ce cas on observerait une différence d'incidence entre la population native et le groupe migrant qui abandonne son mode de vie initial pour celui de la population d'accueil. Cela a été retrouvé au contraire pour le cancer du sein dont l'incidence augmente considérablement chez les femmes d'origine japonaise ayant émigré aux Etats Unis. Pour qu'il y ait prédisposition génétique au cancer, il suffit qu'une des étapes, c'est-à-dire une des mutations, se produise au niveau germinale et que cette altération ne soit pas incompatible avec la vie. Le cancer lui-même résultera alors de l'acquisition de mutations supplémentaires successives dans un ou plusieurs clones cellulaires d'un tissu particulier (Hagay, 2013).

2.1.6. Causes : pourquoi le cancer apparaît il ?

Les causes du cancer restent très variables en fonction du type de cancer. Toutefois, il est admis que certains types ont une composante génétique importante comme le cancer du sein. Selon les estimations, l'hérédité serait responsable dans 5 à 15% des cas de cancer.

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Les recherches ont permis également de constater le rôle important de risques dits "environnementaux" dans la survenue du cancer. Ces facteurs tendent à favoriser ou accélérer le développement des tumeurs. L'âge fait partie des critères importants : le risque de cancer augmente en même temps que l'âge avance. Cependant, le cancer peut survenir quel que soit l'âge de l'individu. Il est ainsi admis de nos jours que près de deux tiers des cancers sont liés aux habitudes de vie et notamment au tabagisme, à l'alimentation, ainsi qu'à l'environnement, qui comprend la pollution, la manipulation de substances toxiques, etc. Certains cancers sont également associés à des micro-organismes, notamment des virus.

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

ILLUSTRATION DE CELLULE CANCERIEUSE ⁸

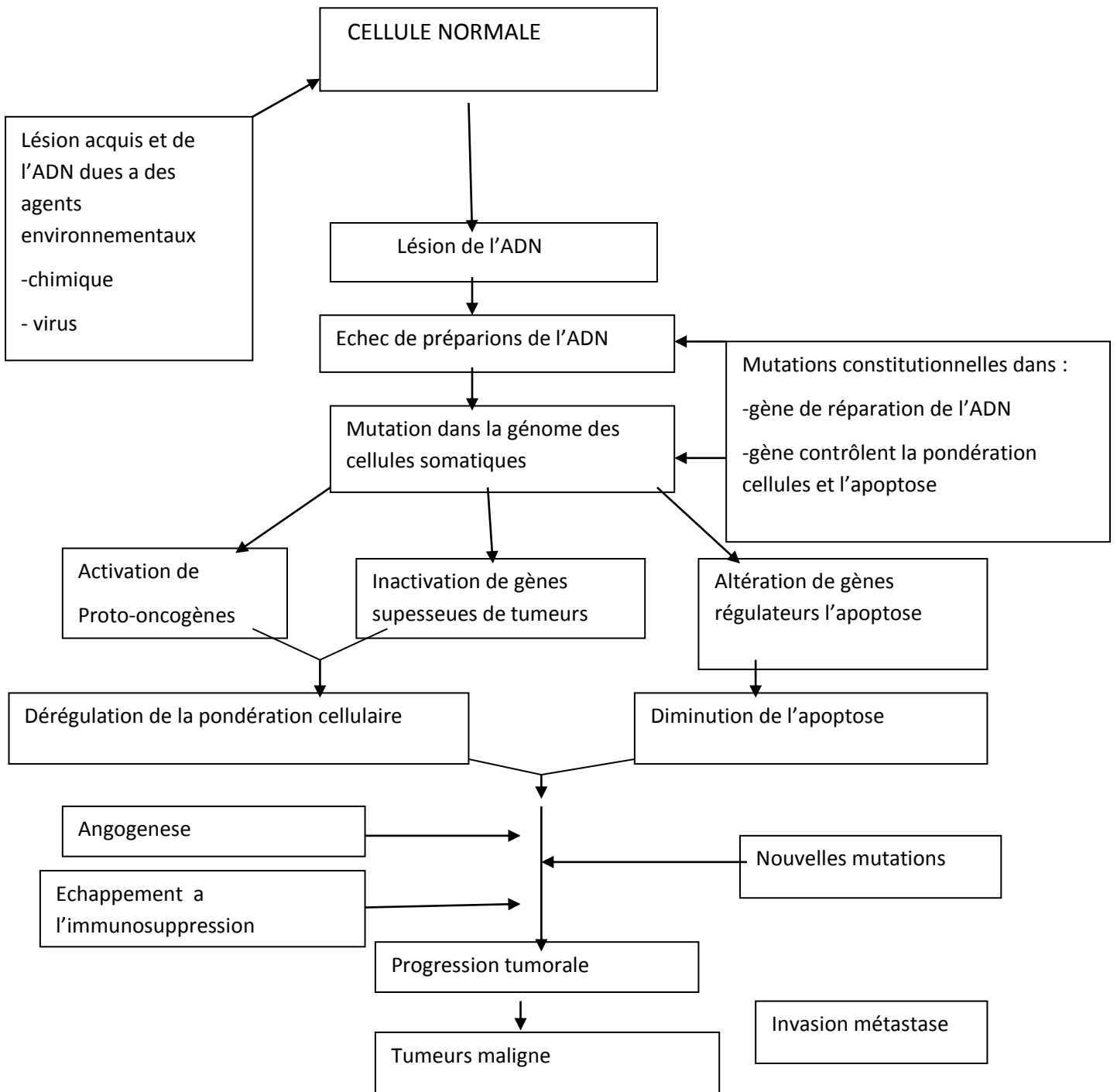


Tableau : Bases moléculaires de la cancérogène

⁸ COUR « cancérologie » 1 années médecin « cytologie »

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

2.1.7.LA différence entre une tumeur⁹ bénigne ou maligne :

Qu'elles soient bénignes ou malignes (c'est-à-dire cancéreuses), les tumeurs sont formées de cellules qui se multiplient de façon très soutenue. Mais contrairement à celles des tumeurs cancéreuses, les cellules de tumeurs bénignes conservent leur fonction-

nalité. De plus, elles n'ont pas la capacité d'envahir d'autres organes. Les tumeurs bénignes sont donc généralement moins dangereuses. Toutefois, lorsqu'elles compriment un organe, certaines tumeurs bénignes doivent être traitées. D'autres peuvent évoluer en cancer : polypes intestinaux, condylome du col utérin... Ces tumeurs bénignes sont dites précancéreuses. Elles doivent être retirées avant que les cellules ne deviennent malignes

2.1.8. Les différents types de cancer :

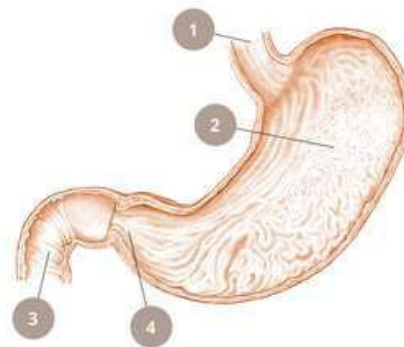
Il existe un certain nombre de cancers différents, ayant chacun leurs propres symptômes et pouvant toucher diverses parties du corps. Parmi les cancers les plus fréquents, on retrouve :

- Le cancer de la peau
- Le cancer du sein
- Le cancer du colon
- Le cancer de la prostate
- Le cancer du poumon
- Le cancer du foie
- Le cancer de l'estomac
- Le cancer de la vessie

2.1.8.1. Le cancer de l'estomac

on dénombre environ 940 nouveaux cas de cancer de l'estomac (carcinome gastrique), ce qui représente près de 2 % de toutes les maladies cancéreuses. Pratiquement 65 % des personnes touchées sont des hommes, un peu plus de 35 % des femmes. Il est plus fréquent chez les personnes d'un certain âge : plus de 90 % des patients ont 50 ans et plus au moment du diagnostic.

1. fin de l'oesophage
2. estomac avec muqueuse de l'estomac
3. intestin grêle
4. orifice de l'estomac (pylore)



⁹ . Le cancer » Comment se forme une tumeur FONDATION CONTRE LE CANCER.

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

Le cancer de l'estomac, ou carcinome gastrique, peut toucher n'importe quelle partie de cet organe. Il se développe pratiquement toujours à partir des cellules de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'estomac.

– Facteurs de risque

- une infection par la bactérie *Helicobacter pylori* ;
- une consommation excessive de viande ou de poisson fumés ou salés, d'aliments très salés et d'agents conservateurs ;
- des inflammations chroniques de la muqueuse gastrique ;
- une exposition à des rayonnements ionisants (rayons X ou gamma) ;
- la maladie de Ménétrier (développement exagéré des cellules du revêtement de l'estomac qui crée des plis géants de la muqueuse) ;
- un cancer de l'estomac chez un parent au premier degré : père, mère, frère (s), sœur(s), enfants ;
- certaines maladies provoquées par une anomalie génétique (p. ex. polypose adénomateuse familiale, syndrome de Perutz-Seghers)

– Symptômes

- une perte d'appétit, une sensation de satiété précoce, des nausées et des vomissements ;
- des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen ;
- des troubles de la déglutition, des douleurs pendant et après le repas ;
- une perte de poids inexplicquée ;
- une intolérance soudaine à certains aliments ;
- des selles noirâtres (selles « goudronneuses »).

Ces troubles peuvent également être provoqués par une autre maladie qu'un cancer. S'ils persistent, il est indispensable de consulter un médecin pour en rechercher l'origine.

• Diagnostic

Le diagnostic est établi au moyen d'une gastroscopie : le médecin introduit dans l'estomac un tube souple muni d'une caméra afin de pouvoir visualiser très précisément l'organe ; des échantillons de tissus sont prélevés au cours de l'examen.

• Traitement¹⁰

Le traitement du cancer de l'estomac est toujours planifié de manière individuelle et adapté à chaque cas particulier. Les éléments déterminants pour le choix de la thérapie sont le type de tumeur, la taille de celle-ci, le stade de la maladie, ainsi que l'état général du patient. Les principales méthodes de traitement sont :

¹⁰ <https://fr.wikipedia.org/wiki/maladie>

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

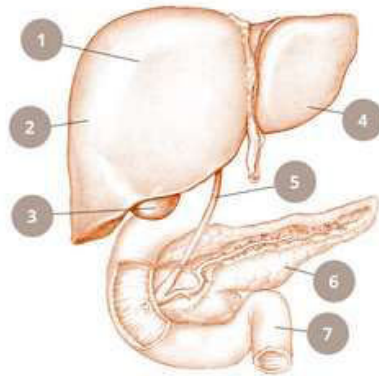
- la résection endoscopique de la muqueuse (mucosectomie endoscopique) : lorsque la tumeur n'a pas franchi la muqueuse de l'estomac, il est souvent possible d'en faire l'ablation lors d'une endoscopie ;
- la chirurgie: ablation partielle ou totale de l'estomac ;
- les traitements médicamenteux (chimiothérapie, thérapies ciblées) ;
- la radiothérapie.

Ces thérapies peuvent être appliquées seules ou combinées entre elles.

2.1.8.2. Le cancer du foie

Il s'agit de 2 % des cancers enregistrés. Les hommes sont près de trois fois plus souvent touchés que les femmes. Le cancer du foie survient principalement avec l'âge: environ 40% des patients ont entre 50 et 69 ans au moment du diagnostic, la moitié des patients ont 70 ans et plus.

1. lobe droit du foie
2. foie
3. vésicule biliaire
4. lobe gauche du foie
5. voie biliaire
6. pancréas
7. intestin grêle



Le foie est logé dans la partie supérieure de l'abdomen, du côté droit. Il est situé en dessous du diaphragme et protégé par les côtes. Le foie participe à pratiquement tous les métabolismes dans le corps humain. Il assure de nombreuses fonctions :

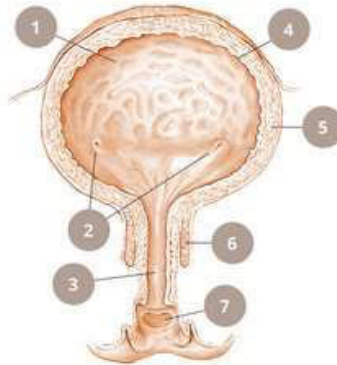
- il produit la bile
- il transforme et assimile les éléments nutritifs
- il forme des substances nécessaires à l'organisme
- il débarrasse le corps des éléments potentiellement nocifs
- il emmagasine des sucres, des vitamines, des éléments constitutifs des protéines, du fer et des minéraux

2.1.8.3. Le cancer de la vessie

Les hommes (75 %) sont davantage touchés que les femmes (25 %). Plus de 60 % des patients ont 70 ans et plus au moment du diagnostic.

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

1. vessie
2. arrivée des deux uretères dans la vessie
3. urètre
4. muqueuse de la vessie
5. couche musculaire de la vessie
6. sphincter
7. arrivée de l'urètre



La vessie est située dans le bas-ventre. Elle a pour fonction de stocker l'urine et de l'évacuer lors de la miction. Elle est composée de deux couches : la couche musculaire et la muqueuse, qui tapisse les parois internes. Le cancer de la vessie se développe à partir de la muqueuse.

-Facteurs de risque

On ne connaît pas les causes exactes du cancer de la vessie. Certains facteurs peuvent cependant augmenter le risque de développer la maladie, le principal étant le tabagisme. Autres facteurs de risque possibles :

- un contact fréquent et prolongé avec certains produits chimiques ;
- une inflammation chronique de la vessie (cystite) ;
- une consommation élevée de médicaments antidouleur ;
- la bilharziose (infection provoquée par certains parasites qui envahissent notamment la vessie) ;
- une chimiothérapie ou une radiothérapie antérieure de la région pelvienne.

-Symptômes

Le cancer de la vessie ne provoque souvent aucun symptôme. La présence de sang dans l'urine peut être un premier signe d'alerte. Il est par conséquent indispensable de consulter un médecin lorsque l'urine présente une coloration rougeâtre, même si cela ne se produit qu'une seule fois. D'autres symptômes, nettement plus rares, sont un besoin fréquent et impérieux d'uriner, ainsi que des difficultés et des douleurs lors de la miction.

-Diagnostic

Le cancer de la vessie est généralement diagnostiqué au moyen d'une cystoscopie : le médecin introduit un endoscope dans la vessie en passant par l'urètre pour en examiner l'intérieur. Il peut également pratiquer une échographie de la vessie et des reins et une urographie (radiographie des voies urinaires après administration d'un produit de contraste pour mettre en évidence les voies urinaires) afin d'obtenir des informations complémentaires.

-Traitement

Pour traiter le cancer de la vessie, on procède pratiquement toujours à une intervention chirurgicale (opération). Lorsque la maladie est limitée à la muqueuse, il est possible de retirer le tissu atteint en conservant la vessie. Lorsque le cancer a franchi la muqueuse, l'ablation de la vessie est nécessaire. Dans ce cas, on pratique une dérivation urinaire durant

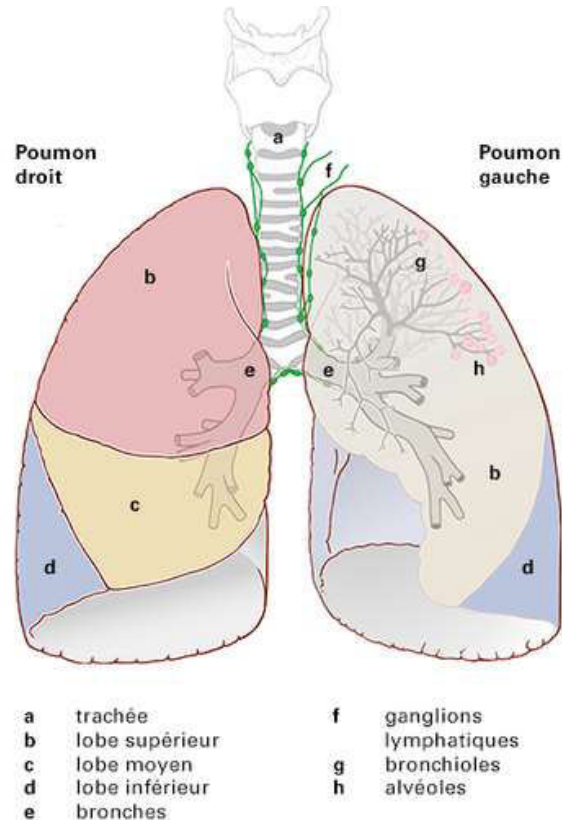
CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

l'opération en créant une vessie de substitution ou en confectionnant un orifice dans l'abdomen (urostomie).

La radiothérapie et la chimiothérapie sont surtout utilisées aux stades avancés.

2.1.7.4. Le cancer du poumon (carcinome bronchique)

On dénombre quelque 2700 nouveaux cas de cancer du poumon chez l'homme et près de 1700 chez la femme. Pratiquement toutes les personnes touchées ont plus de 50 ans au moment du diagnostic.

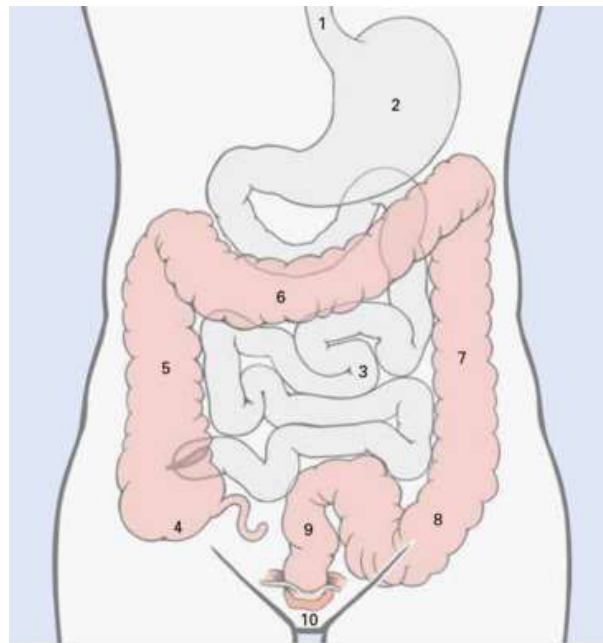


L'être humain possède deux poumons, le gauche, côté cœur, et le droit, qui est plus grand. Le poumon droit est subdivisé en trois lobes (supérieur, moyen et inférieur), alors que le poumon gauche en compte deux (supérieur et inférieur). Les poumons sont traversés par des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

La trachée, les bronches et les alvéoles pulmonaires présentent une structure en forme d'arbre, avec un tronc qui se ramifie en branches toujours plus fines.

2.1.8.5. Le cancer du côlon et du rectum

Lorsqu'on parle de « cancer de l'intestin », on entend généralement une maladie cancéreuse du côlon ou du rectum. On dénomme aussi ce type de cancer carcinome colorectal ou cancer colorectal.



L'appareil digestif

- | | | | |
|---|-----------------|----|------------------|
| 1 | Œsophage | 6 | Côlon transverse |
| 2 | Estomac | 7 | Côlon descendant |
| 3 | Intestin grêle | 8 | Côlon sigmoïde |
| 4 | Caecum | 9 | Rectum |
| 5 | Côlon ascendant | 10 | Sphincter anal |

Le cancer du côlon et du rectum 13

Le cancer colorectal touche environ 4400 personnes. La maladie atteint en particulier le groupe d'âge au-dessus de 50 ans. Elle est légèrement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Au cours des dernières décennies, la mortalité par cancer colorectal a diminué de façon continue grâce au dépistage et à l'amélioration des traitements.

Les cancers colorectaux peuvent se développer à partir de différentes cellules. Plus de 95% d'entre eux apparaissent toutefois dans la muqueuse du côlon et du rectum.

Le renouvellement constant des cellules de la muqueuse intestinale peut conduire à une surproduction cellulaire. Chez les personnes de plus de 40 ans en particulier, ce phénomène peut entraîner la formation de polypes, des excroissances bénignes de la muqueuse qui grandissent lentement et en continu.

Bien qu'ils soient bénins dans la plupart des cas, on considère la majorité des polypes comme précancéreux. En effet, avec le temps, ils peuvent évoluer en tumeur maligne.

1.2.9. Incidence et évolution du cancer en Algérie¹¹

En vue de connaître le profil épidémiologique de la maladie cancéreuse en Algérie, à partir de la fin des années 1980, des registres du cancer ont été mis en place dans différentes régions du pays, ce qui a permis de connaître les localisations néoplasiques prévalentes aussi bien dans le sexe masculin que féminin et surtout d'engager un certain nombre d'actions entrants

¹¹ **GHRIB Soumia , MEBARKT Fatma** , Etat des lieux du plan cancer en Algérie 2014-2019 Université de Blida Faculté de Médecine .

CHAPITRE I : GENERALITE SUR LE CANCER

dans le cadre de la lutte anticancéreuse, telles que campagnes de dépistage du cancer du col et du sein, érection de nouveaux centres anticancéreux, formation médicale en oncologie ainsi que renforcement du parc en machines de radiothérapie. Ces registres du cancer qui, jusqu'à ce jour, ne font que de l'épidémiologie descriptive, devraient dans l'avenir évaluer les 3Abid résultats de ces actions (épidémiologie évaluative) et lancer des études d'épidémiologie causale.

¹²Définition de l'incidence selon l'institut national du cancer : « Nombre de nouveaux cas d'une maladie, pendant une période donnée et pour une population déterminée. En général, l'incidence est établie pour 100 000 habitants »⁵. Voici quelques chiffres clefs concernant l'épidémiologie du cancer du sein en Algérie. Tous les chiffres sont standardisés pour l'âge avec pour référence la population algérienne Figure N°01 : Cancers Homme : incidence pour 100.000 Répartition par tranches d'âges- année 2015

L'aspect général de ces courbes montre bien que, contrairement à une idée reçue, il n'y a pas moins de cancers dans les pays en développement que dans les pays développés. C'est l'effectif de population susceptible de développer cette maladie qui est moins important dans la pyramide des âges de ces pays.

Ainsi, les plus de 60 ans sont moins de 7% de la population générale dans notre pays alors qu'il est proche des 20% dans les pays développés. De plus, l'espérance de vie de la population occidentale étant plus élevée, l'exposition aux risques est plus longue et le nombre de cancers plus élevé. Les modes de vie, l'environnement, notamment industriel, exposent beaucoup plus ces populations aux agents cancérogènes.

Enfin, dernier argument, majeur : la plupart des pays occidentaux, pratiquent le dépistage de 4 cancers (sein, prostate, colon, col), ce qui augmente de façon très significative leur incidence. Par ailleurs, les localisations cancéreuses les plus importantes sont sensiblement les mêmes, indiquant que ce sont les mêmes expositions qui sont à l'origine de cette pathologie⁶. L'incidence brute des cancers en Algérie est en augmentation constante depuis 10 ans avec près de 128 nouveaux cas pour 100.000 hommes et 132 pour 100.000 femmes en 2011. La répartition des cancers par tranches d'âge souligne bien la tendance observée à savoir, un nombre de cas plus élevé chez les femmes, une apparition plus précoce du cancer chez les femmes (39 ans) que chez les hommes (49 ans) et une diminution du nombre de cas à partir de 65 ans chez les femmes, âge auquel commence l'ascension de l'incidence masculine.

¹² La lutte anticancéreuse en Algérie. In www.santemaghreb.com rubrique « Histoire de l'Algérie médicale » OMS (1984) le cancer est aussi un problème dans le tiers-monde. Relevé Epidemiol Hebd no 17

Conclusion

Après avoir développé certain notion, nous pouvons souligner que la santé, la santé st une notion relative et sa définition évolue dans le temps.

Elle est devenue un enjeu sensible en raison de la montée de l'individualisme dans nos sociétés.

Elle n'est plus seulement perçue comme l'absence de maladie ou de handicap mais elle tend à se rapprocher de la notion de bien-être, de bonheur, de mieux être voire de performance.

L'économie joue un rôle dans la fourniture des soins de santé.

Le cancer est l'une des pathologies qui peut atteindre une personne et nuire à sa santé, cette nuisance pouvant aller jusqu'à le tuer. Il existe une multitude de types de cancer, citant comme exemple le cancer de sein qui a fait l'objet de notre étude.

Un ensemble de facteurs à risque peut engendrer cette maladie et la développer non seulement chez la femme mais aussi chez l'homme (1 cas sur 1000), c'est pourquoi la mise en place d'un processus de prévention et de traitement est rendue obligatoire.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus présent chez la femme en termes incidences et mortalité

Ce type de cancer est de loin le premier chez la femme, à la fois dans les pays développés et dans ceux en développement.

En Algérie, l'incidence du cancer du sein progresse régulièrement et actuellement on enregistre plus de 12000 nouveaux cas chaque année.

Un plan national de lutte contre le cancer les campagnes de dépistage précoce du cancer du sein lance par le ministère de la santé dans le cadre de ce plan.

De nombreuses associations proposent des conseils des services et des actions répondant à leurs attentes.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

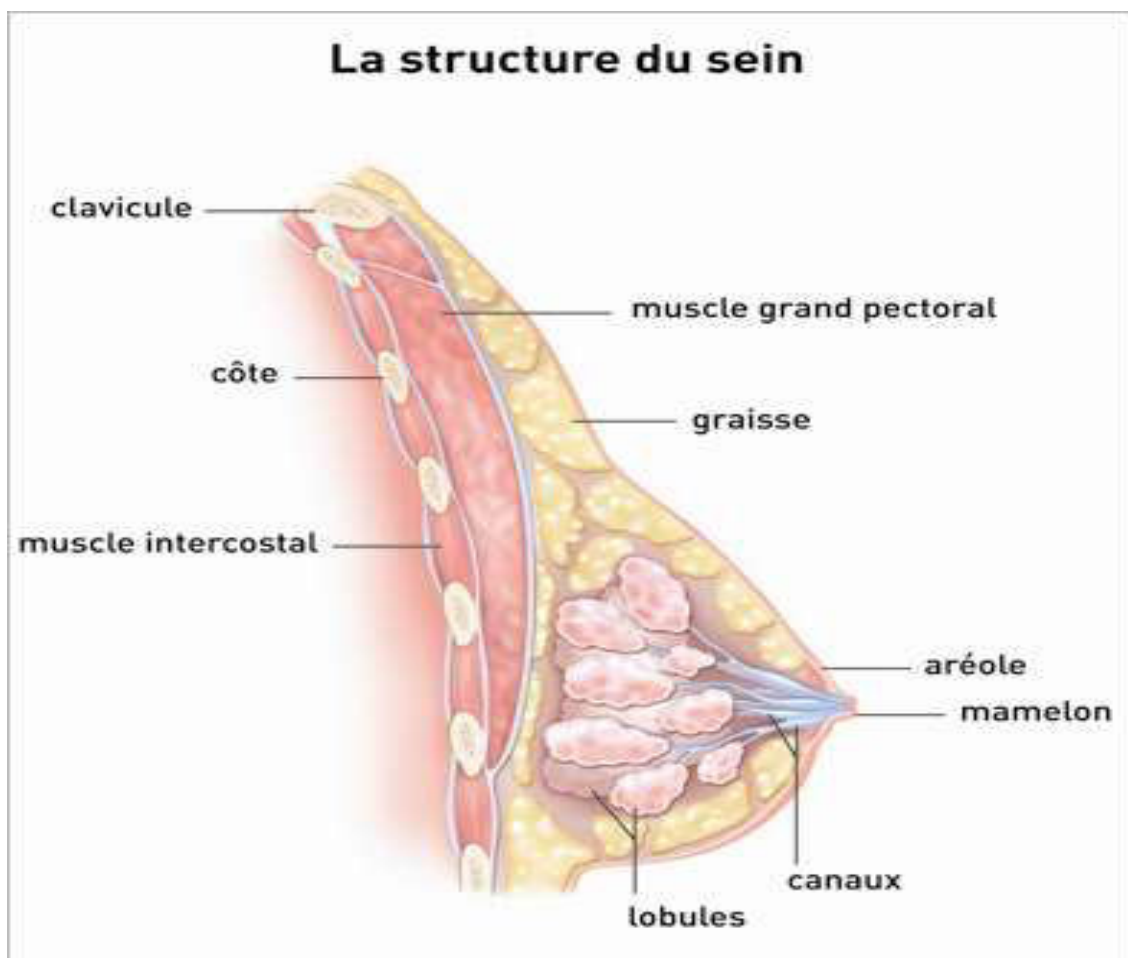
Section 1 :le cancer du sein

1.1Vue L'ensemble Des Concepts Du Cancer Du Sein :

1.1.1. Qu'est-Ce Qu'un Sein ?

Les seins¹ jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme possède de son corps.

Bien que la fonction biologique du sein soit de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né, il s'agit en réalité d'un organe très complexe



¹ Le cancer du sein ; association contre le cancer du sein (EUROPA DONNA France).

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Chaque sein (appelé aussi glande mammaire) est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux qui donne au sein sa forme. Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement; les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon.

Le sein ne contient pas de muscles. Il est en fait sous la peau, situé en avant des muscles de la paroi thoracique. Il est parcouru par des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques. Ces derniers se drainent dans les ganglions lymphatiques des aisselles et derrière le sternum.

Pour mieux visualiser la structure d'un sein, on peut imaginer un arbre avec plusieurs branches (les canaux) rattachées à un point central (le mamelon). Aux extrémités des branches se trouvent les lobules source de la sécrétion du lait après l'accouchement.

À la puberté, la jeune fille observe des changements dans la forme et le volume de ses seins sous l'influence des hormones sexuelles. Ces hormones, fabriquées par les ovaires, ont une influence sur les seins tout au long de la vie. Ce sont:

- **les œstrogènes** : ils permettent le développement des seins au moment de la puberté et les années qui suivent les premières règles. Lors du cycle menstruel les œstrogènes sont sécrétés dès le début du cycle par les ovaires et augmentent progressivement jusqu'à un « pic ovulatoire » lors de l'ovulation. Puis la sécrétion d'œstrogènes est encore assez forte jusqu'à la survenue des règles. Celles-ci surviennent par l'arrêt de la sécrétion des ovaires quand il n'y a pas de grossesse.
- **la progestérone** est sécrétée par les ovaires essentiellement à partir de l'ovulation et jusqu'aux règles. Elle a une action de modération des œstrogènes sur la glande mammaire.

Pendant toute la grossesse, le sein est soumis à de fortes doses de sécrétion d'œstrogènes et de progestérone ce qui induit le développement maximal des lobules et des canaux mammaires, entraînant une augmentation importante du volume du sein. A l'accouchement sous l'influence d'une autre hormone, la prolactine (sécrétée par l'hypophyse), le sein commence sa fonction de sécrétion lactée. Cette sécrétion sera entretenue par la succion du mamelon par le bébé.

À la ménopause, avec l'arrêt de la sécrétion de la progestérone et des œstrogènes, les glandes diminuent progressivement et laissent plus de place au tissu graisseux.

1.2. Le Cancer Du Sein :

1.2.1. Définition D'un Cancer Du Sein² :

La première mention de «cancer du sein» remonte à fort loin. Les Egyptiens Antiques étaient les premiers à noter la maladie il y a plus de 3.500 ans ainsi un papyrus égyptien, datant de 1 600 av. J.-C., comporte huit observations sous forme de descriptions, des tumeurs

² Tubiana M, Koscielny S. Histoire naturelle des cancers humains et facteurs pronostiques. L'exemple du cancer du sein. Bull Cancer 1987

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

du sein. En 460 BC, Hippocrate, le père du Médicament Occidental, a décrit le cancer du sein comme maladie humorale, Il a proposé que le cancer ait été provoqué par l'excès de bile noire.

Ensuite, Galen s'est intéressé au cancer du sein et a suivi le modèle d'Hippocrate proposant l'excès de bile noire comme principale cause mais à la différence d'Hippocrate, il a postulé que quelques tumeurs étaient plus dangereuses que d'autres. Il a proposé des médicaments comme l'opium, l'huile de ricin, la réglisse, le soufre, les onguents Etc. pour le traitement médicamenteux des cancers du sein. Jusqu'au XVII^{ème} siècle les seules théories admises concernant ce cancer étaient celles de Galen et Hippocrate mais en 1680, le médecin Français François de la Boe Sylvius a commencé à contester la théorie humorale de cancer. Il a présumé que le cancer n'est pas venu d'un excès de bile noire. Il a proposé qu'elle soit venue d'un procédé chimique ayant transformé les liquides lymphatiques en acide à âcre. En 1730 le médecin Claude-Deshais Gendron de Paris a également rejeté la théorie systémique de Galen et a indiqué que le cancer s'est développé quand le nerf et le tissu glandulaire se sont mélangés aux récipients de lymphe et depuis bien des théories ont été avancées pour expliquer cette maladie et ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle qu'on démontre que le cancer n'est pas seulement une maladie de l'organisme, une maladie du tissu, mais aussi une maladie de la cellule, une maladie du noyau cellulaire¹.

-Un cancer du sein³ est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme. En Algérie plus de 7000 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année. Le cancer du sein atteint des femmes à des âges différents mais le plus souvent autour de 50 ans.

-La notion de "Cancer du sein" relève d'une nomenclature générique qui fait référence à tout un ensemble de proliférations néoplasiques de la glande mammaire qui diffèrent tant du point de vue histologique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. Le terme de "cancer du sein" ne désigne que les tumeurs malignes, potentiellement agressives, du sein tandis que le terme de "tumeur du sein" désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes.

1.2.3. Les différents types de cancer du sein :

Il existe différents types de cancer :

1.2.3.1. Le cancer in situ :

La prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophore (carcinome intracanalair), soit des alvéoles situées dans les lobules (carcinome intra lobulaire). Il n'y a pas d'infiltration du tissu conjonctif.

Cependant, le carcinome intracanalair peut évoluer vers un cancer infiltrant.

1.2.3.2. Le cancer infiltrant ou invasifs :

Ce sont des cancers dont les cellules tumorales ont envahi le tissu conjonctif et peuvent donner des métastases. Dans 75% des cas, il s'agit d'une forme commune (carcinome canalaire infiltrant), mais il peut y avoir d'autres formes plus rares (le carcinome lobulaire

³ Sur le cancer du sein association d'aide aux malades atteintes du cancer en collaboration avec Le Centre Anti Cancer de Blida et Le Centre Pierre et Marie Curie d'Alger

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

infiltrant, le carcinome mucineux, papillaire, médullaire, tubuleux...). Dans le cas des cancers infiltrants, les métastases peuvent être locorégionales ou générales. Dans le premier cas, elles atteignent les ganglions (N) axillaires, la chaîne mammaire interne et sus claviculaires (cancers centraux et internes). La présence de ganglions démontre que les cellules malignes ont emprunté les vaisseaux lymphatiques qui drainent le sein. C'est la chaîne axillaire (aisselle) contenant environ 80 ganglions lymphatiques exposés au risque métastatique qui est colonisée en premier par les cellules cancéreuses, de bas en haut, puis la chaîne mammaire interne. Dans le second cas, les métastases sont situées à distance du sein en empruntant la voie lymphatique et / ou veineuse et peuvent se disséminer au niveau des os, de la plèvre, des poumons, du foie et du cerveau.

1.2.3.3. Le cancer inflammatoire

1.2.3.4. La maladie de Paget, appelée également eczéma du mamelon, peut être un cancer infiltrant mais aussi un carcinome intracanalair. Une propagation de cellules carcinomateuses au niveau du mamelon est observée.

1.2.4. Les classifications

1.2.4.1- La classification TNM

Cette classification a été instaurée en 1997 par UICC (Union for International Cancer Control) puis révisée en 2002. Elle repose sur les résultats de l'examen clinique.

Elle se base sur :

- la taille clinique à la palpation (T),
- la présence ou non de ganglions axillaires suspects (N),
- la suspicion de métastases (M).

1.2.4.2- La classification FIGO

La classification de FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues et des Obstétriciens) reprend les mêmes items que la classification TNM. Elle permet de classer les cancers du stade 0 au stade IV, selon l'évolution.

1.2.4.3.- La classification PEV

Les cancers du sein inflammatoires sont classés selon leur évolution :

- PEV1 : un doublement du volume tumoral en moins de 6 mois,
- PEV2 : une inflammation d'une partie du sein,
- PEV3 : une inflammation de tout le sein.

1.2.5- Les Traitements

1.2.5.1- Les Traitements⁴ Locorégionaux

➤ La Chirurgie

-Il existe deux types de chirurgie :

- La chirurgie conservatrice qui consiste à retirer la tumeur en préservant le plus possible la glande mammaire et l'esthétique du sein. Ce choix de tumorectomie est dépendant de la taille de la tumeur et de celle du sein.

- La chirurgie non conservatrice (mastectomie) consiste à enlever toute la glande mammaire ainsi que le revêtement cutané. Elle est pratiquée dans le cas d'une tumeur volumineuse ou de tumeurs multiples.

Dans toutes les situations, il faut pratiquer un prélèvement pour évaluer l'envahissement ganglionnaire. Pour effectuer cet examen, il existe deux techniques : soit le curage axillaire, soit le ganglion sentinelle.

Si le prélèvement d'un ganglion sentinelle a été choisi pour le bilan d'extension et que son analyse retrouve des cellules cancéreuses, il sera alors réalisé lors de l'intervention chirurgicale un curage axillaire.

Pendant la grossesse, la chirurgie n'est pas contre-indiquée. Mais, elle peut être plus délicate du fait d'une augmentation de la vascularisation des seins.

Le repérage du ganglion sentinelle n'est pas recommandé du fait des techniques utilisées. L'indication de cette procédure peut être occasionnellement posée. Elle est discutée au cas par cas.

➤ La Radiothérapie

Elle utilise des radiations pour détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier. L'irradiation a pour but de détruire toutes les cellules tumorales tout en épargnant les tissus sains périphériques.

Le plus souvent, elle est réalisée après une chirurgie pour détruire des cellules tumorales résiduelles et réduire le risque de récurrence locale. Plusieurs lieux d'irradiations sont possibles :

- le sein,
- la paroi thoracique,
- la chaîne mammaire interne,
- la région sus-claviculaire,
- la région axillaire.

-Il existe 2 types de radiothérapie ⁵:

⁴ Mise en place de la prise en charge par radiothérapie du cancer du sein Présenté par :
HAMADI Lydia HAMIDI Ahmed.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

- La radiothérapie externe qui détruit les cellules à travers la peau.
- La curiethérapie qui peut être utilisée pour des tumeurs accessibles et de petit volume. Cette radiothérapie utilise une source radioactive placée dans la tumeur et dans son voisinage.

Pendant la grossesse, la radiothérapie est contre indiquée du fait qu'elle expose le fœtus aux irradiations.

1.2.5.2- Les Traitements Généraux

➤ La Chimiothérapie

La chimiothérapie est un ensemble de substances susceptibles de tuer des cellules cancéreuses actives. Elle inhibe la synthèse de matériaux utiles à la cellule pour se reproduire. Elle permet de réduire les risques de récurrence et de mortalité.

Il existe deux types de chimiothérapie :

- La chimiothérapie néo-adjuvante se fait avant tout geste chirurgical. Elle permet un taux de conservation mammaire plus important et permet de diminuer la taille tumorale afin de permettre une chirurgie conservatrice.
- La chimiothérapie adjuvante se fait après une intervention chirurgicale. Le choix du protocole de chimiothérapie tient compte de l'atteinte ganglionnaire, des risques de récurrence ou de décès.

Pendant la grossesse, la chimiothérapie peut être prescrite à partir de 14 semaines d'aménorrhée. Avant cette date, les risques tératogènes sont très importants.

En effet, les produits utilisés peuvent influencer sur l'embryogénèse. Après, les risques de tératogénicité persistent mais sont moindres.

➤ L'hormonothérapie

Elle est indiquée en cas de cancer hormono-dépendant. Il existe plusieurs méthodes d'hormonothérapie :

• Blocage des récepteurs à œstrogène :

La molécule administrée se lie aux récepteurs et empêche la liaison récepteur-œstrogènes. Cette méthode a pour but de bloquer la division cellulaire et d'aboutir à l'apoptose des cellules cancéreuses.

• Diminution de la synthèse des œstrogènes :

⁵ Institut National du Cancer. Cancer du sein non métastatique 2010. Disponible en ligne sur : www.e-cancer.fr.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Pour les patientes non ménopausées, des agonistes de LH-RH (Luteining Hormone Releasing Hormone) sont administrés afin de supprimer la production d'œstrogènes.

Pendant la grossesse, tous les types d'hormonothérapie sont contre-indiqués.

1.2.5.3- Les Traitements Ciblés

Le traitement du récepteur cerb-2 est fait suivant le résultat de l'examen anatomo-pathologique. Il a pour but de bloquer les récepteurs Her-2 quand la patiente présente une sur-expression de Her-2 au niveau des cellules tumorales. Le traitement repose sur des anticorps monoclonaux.

Pendant la grossesse, il n'est pas recommandé car il peut induire un oligoamnios voir un anamnios. Peu de cas sont recensés.

Le but d'un traitement du cancer du sein est d'enlever la totalité de la tumeur. C'est la raison pour laquelle la chirurgie est le traitement de base du cancer du sein .Il y a deux façons d'opérer un cancer du sein : une chirurgie conservatrice ou une mastectomie totale .Dans le cas d'une chirurgie conservatrice, seule la tumeur est enlevée avec une marge de sécurité suffisante. Quand la taille de la tumeur ou le volume du sein l'exigent, une mastectomie totale est pratiquée : le sein est enlevé avec la tumeur. Les deux techniques présentent les mêmes chances de guérison .Généralement, on procède dans le même temps à l'ablation des ganglions sous l'aisselle. Une kinésithérapie est alors proposée afin de préserver la mobilité de l'épaule et de résoudre les éventuels problèmes de gonflement du bras (lymphœdème).En cas de mastectomie totale, il est possible de choisir entre une prothèse externe et une reconstruction du sein.

1.3. Lutte contre le cancer du sein⁶ :

Le plan national de lutte contre le cancer du sein a été réalisé à hauteur de 70%, précisant qu'une véritable évaluation de ce programme ne peut se faire qu'après parachèvement de toutes les étapes, dans le cadre de programme complets de lutte contre le cancer au niveau national qui soient intègres à la lutte contre les maladies non transmissibles d'une manière générale et les autres problèmes apparentes les moyens de lutte contre le cancer du sein doivent comprendre la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement , la réadaptation et les soins palliatifs.

La lutte contre certains facteurs de risque des cancers du sein sur lesquels il est possible d'agir et une prévention intégrée efficace des maladies non transmissibles favorisant

Une alimentation saine, exercice physique et la lutte, le surpoids et l'obésité pourraient avoir un impact et réduire l'incidence du cancer du sein à long terme.

L'objectif essentiel d'un plan national de lutte contre le cancer est de réduire la mortalité et la morbidité cancéreuses, tout en améliorant la qualité de vie de populations visées par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégies de prévention, de détectations précoces

⁶ Organisation mondiale de sante .

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

de diagnostic de traitement et de soins palliatifs reposants sur des données concrètes en tirants le meilleur parti possible des ressources disponibles.

1.4.Prévention Et Dépistage Précoce :

Les facteurs de risques de cancer du sein sont pour la plupart, peu accessibles à la prévention primaire, le diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic vital de ce cancer, car il est fortement corrélé au stade de la tumeur au moment du diagnostic.

Le plus grand succès dans la lutte contre le cancer viennent de l'identification des lésions précancéreuses plus ma tumeur est petite, disons même jeune en âge de développement, plus est facile a soigner dans l'état actuel de nos connaissances.

De ce fait, le dépistage est une démarche qui permet de diagnostiquer tôt certaines cancers.

1.4.1. Définition de la prévention⁷ :

La prévention des cancers regroupe l'ensemble des mesures qui permettent des prévenir l'apparition d'une tumeur maligne ou le développement d'une tumeur localisée asymptomatique

1.4.1.1. Les différents types de prévention :

On distingue trois types de prévention :

- **La prévention primaire :** toute action mise en œuvre avant l'apparition de la maladie, éducation à la santé, vaccination, diagnostic d'état précancéreux, elle est améliorée par la connaissance des facteurs de risque des cancers les plus fréquents chez l'homme et chez la femme.
- **La prévention secondaire :** toute action mise en œuvre pour prendre en charge la maladie précocement avant tout signe clinique. Ces actions permettent de réduire la gravité de la maladie : soins précoces et dépistage.
- **Prévention tertiaire :** vise à réduire les rechutes et complications il s'agit des soins précoces de la surveillance post-thérapeutique.

1.4.1.2. Les facteurs du risque⁸ :

Un facteur de risque est défini par tout facteur dont la présence induit une augmentation de la probabilité d'apparition de tels facteurs participe à la prévention.

-Parmi les facteurs du risque on peut distinguer :

Les facteurs de risques extrinsèques (ou exogènes) ne sont pas liés directement à l'individu mais sont environnement (par ex : la pollution, le tabagisme passif, ...)

⁷ Organisation mondiale de sante.

⁸ Association EL-amel le cancer du sein chez la femmes jeune

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Les facteurs de risques intrinsèques sont propres à l'individu (par ex : son hérédité, son âge, son sexe, son comportement).

On peut parfois essayer de lutter contre ces facteurs (modifier des comportements par exemple), mais le plus souvent on ne peut que les constater, la connaissance de ces facteurs permet cependant de définir des populations dites à risque qui peuvent être dépistées précocement, on réalise alors une action et prévention secondaire.

- **Les types des facteurs de risque⁹ :**

On distingue différents types de facteurs de risque :

-L'âge : le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge, l'âge moyen de diagnostic du cancer du sein en Algérie est 47 ans. Ceci ne signifie pas que plus tôt l'âge de 20,30 ou 40 ans on ne peut pas avoir un cancer du sein ni qu'après 55 ou 60 ans toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein.

-Les caractéristiques personnelles ou des comportements et habitudes de vie :

Certains facteurs de risque ont été identifiés

- ↳ Règles avant 12 ans et /ou une ménopause après 55 ans
- ↳ Absence de grossesse ou une première grossesse après 30 ans ou un défaut d'allaitement maternel
- ↳ traitement hormonal substitutif de la ménopause présent pendant plus de 5 ans.
- ↳ Consommation exagérée d'alcool, de sucres et de graisses d'origine animale ainsi que l'obésité
- ↳ Stress ou un événement douloureux (comme séparation, un deuil, la perte d'un emploi...)

En revanche, le nombre de grossesses et l'allaitement prolongé pourraient diminuer le risque de développer un cancer du sein.

- **-Les facteurs familiaux ou génétiques :**

Dans certains cas, les cancers des seins sont liés à des facteurs familiaux ou génétiques.

Toutes les femmes, dont au moins deux proches parents (mère, sœur, grand-mère..) ont présenté un cancer du sein et/ou l'ont eu ou bien si le cancer d'un proche parent a été diagnostiqué avant l'âge de 40 ans, ont un risque plus grand d'avoir l'un de ces cancers.

Les études scientifiques n'ont pas trouvé de lien en rapport avec :

- L'utilisation de la pilule contraceptive.
- L'utilisation de déodorant ou anti transpirants et le développement d'un cancer du sein.

⁹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer : a global perspective. Washington, DC : American Institute for Cancer Research, 1997.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

- Un traumatisme sur un sein.
- Le tabagisme.

1.4.2. Définition De Dépistage ¹⁰:

Un dépistage est une action de sante publique c'est-a-dire une liste d'opérations à entreprendre de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la sante dune population.

Le dépistage consiste a identifier de manière présomptive a laide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles dune application rapide , les sujets atteints dune maladies ou dune anomalie passée jusque la inaperçue.

Le test de dépistage doivent permettre de faire le portages entre les personnes apparemment en bonne sante mais qui sons probablement atteinte dune maladies données et celles qui sons probablement complets. Ils n'ont pas pour objet de posé un diagnostic les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou détend doivent être orientes vers leur medecins pour vérification du diagnostic et si besoin est pour la mise en place d'un traitement.

1.4.2. Définition De Dépistage :

Généralement, ce concept peut être présenté comme suit :

Selon l'agence nationale d'accréditation et dévaluation en santé (ANAES 1995)¹¹ : « un dépistage est une action de sante publique, c'est à dire une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la sante dune population ».

Selon conférence on computationnel intelligence (CCI) sur la prévention des maladies chroniques qui se tenu en 1951 a donner la définition suivante : « le dépistage consiste a identifier de manière présomptive a laide des tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles dune application rapide, les sujets atteints dune maladie ou dune anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes dune maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes.ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement ».

Le dépistage est le fait d'examiner un ensemble de sujets « bien portants » pour détecter chez certains d'entre eux les signes dune maladie débutantes.

Notre cas s'agit de dépistage des maladies cancéreuses, de ce fait ce concept peut être défini comme suit : « le dépistage est une démarche qui permet de diagnostiquer tôt certains cancers.il vise à détecter, en l'absence de symptômes des lésions susceptibles d'être

¹⁰ Conférence on Computationnel Intelligence (CCI) sur la prévention des maladies cornique

¹¹ Agence National d'accréditation et dévaluation en sante (ANAES 1995).

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. On parle ainsi de dépistage lorsqu'on réalise des examens de surveillance alors qu'on se sent a priori en bonne sante ».

1.4.2.2. Critères De Dépistage¹²

Pour devire raison, la mise en place d'un dépistage doit présenter un choix stratégique fondé sur des arguments scientifiques et sociaux, dans le cadre d'une politique de santé publique et non spontanément, sans justification de son efficacité, et sans une organisation permettant de maximiser les bénéfices et de minimiser les couts.

Pour que le dépistage ait un effet et globalement positif sur la santé d'une population, au moins trois conditions sont nécessaires : une volonté les politiques, financement, et une organisation adéquate

Afin d'éviter l'induction des couts non compensé par les bénéfices de santé, la décision de mettre en place une campagne de dépistage devrait reposer sur les éléments suivants :

-l'importance de la maladie concerné par le programme de la population ciblée (fréquence, gravité) -la démonstration, par les études adéquates, qu'un programme de dépistage utilisant un test simple, non agressif et peu coûteux, permet d'améliorer la santé de la population ciblée

-L'identification de nuisance

-l'absence des meilleurs possibilités (prévention primaire) pour améliorer les résultats

-l'évolution des coûts financiers financière direct et indirect

-la période du problème (la masse financière disponible n'étant pas infini, toute opération mises en œuvre Aubert obère la possibilité d'en effectuer d'autres)

-la possibilité d'une organisation efficiente en termes d'infrastructures et de moyens humains disponibles

-les conséquences qui résulteraient de l'impossibilité de prendre en charge pour des raisons techniques au budgétaires les personnes dont le test est positif seraient sans nul doute très contestables

-Au total, les effets positive est attendue de dépistage doivent en l'emporter sur les effets négatifs qui doivent rester acceptables, et qui peuvent être présenté dans le tableau suivant :

Tableau N°1 :
Bénéfices et resèques potentiels du dépistage

Effets positifs	Effets négatifs
meilleures chances de guérison pour les malades dépistés	Détection et traitement inutiles de cancers qui auraient évolué très lentement sans danger pour le patient (c'est ce que l'on appelle le « sur diagnostic »)
traitement moins lourds et moins invalidants	inquiétudes et examens inutiles pour les personnes dont le test de dépistage est positif

¹² Le dépistage du cancer du sein un enjeu de sante publique deuxième édition coordonne par Brigitte Seradour

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

	mais qui n'ont finalement rien
diminution de la mortalité	réassurance à tort dans les cas où le test n'a pas permis de déceler une anomalie (aucun test de dépistage ne peut être fiable à 100 %)
réduction de coût total de la prise en charge de la maladie	Coût du dépistage

1.4.2.2. Critères De Dépistage ¹³:

Un test de dépistage doit être facile à appliquer est accepté par les biens portants (surtout si on doit le répéter assez souvent), n'avoir que peu d'effets secondaires, et si possible être de cout modéré.

On définit un test de dépistage par des valeurs suivant :

Vrais positifs (VP) ; vrais négatifs (VN)
Faux positifs (FP) ; faux négatifs (FN)
Valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN)

Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire.

1.4.2.3. Méthodes De Dépistages :

Bien qu'une certaine réduction des risques puisse être obtenue grâce à la prévention, les stratégies en ce sens ne peuvent permettre d'éliminer la majorité des cancers des seins qui surviennent.

Par conséquent, un dépistage précoce afin d'améliorer l'issue de la maladie et les chances de survie reste le principale moyen de lutter contre le cancer du sein.

- **Le dépistage organisé :**

C'est un examen proposé a la population générale définie seulement en terme de sexe et d'âge, sans symptôme ni facteur de risque particulier.

- **Le dépistage individuel :**

C'est un dépistage¹⁴ a l'initiative de patient des lors qu'il ya un symptôme ou un antécédent familial.

¹³ La prise en charge des maladies cancéreuses en Algérie réalisé par Belmokhetar sabrina et Bendou nouara en 2017

¹⁴ Institut national de santé publique du Québec. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancercolorectal au Québec .

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Tableaux N° 2 :
Différence¹⁵s Entre Test De Dépistage Et Test De Diagnostic

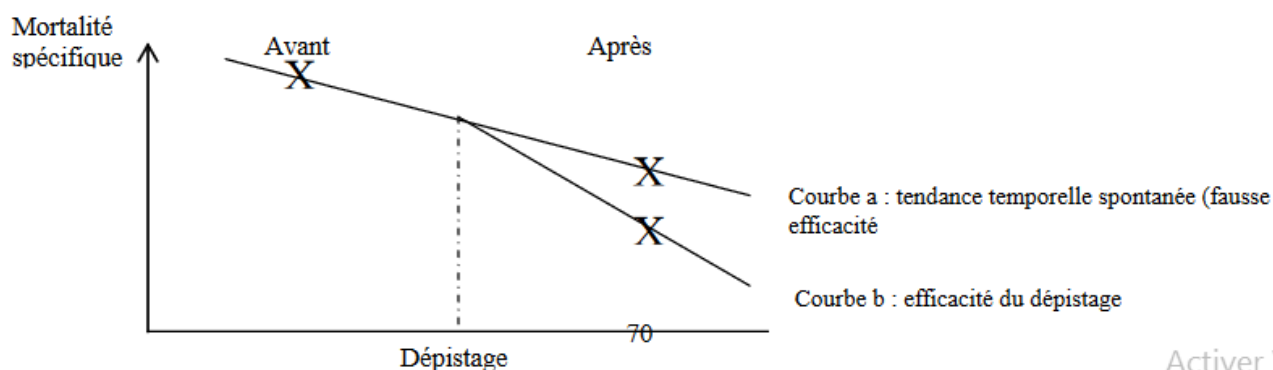
1. Test De Dépistage :	2. Test De Diagnostic :
Appliqué aux personnes apparemment en bonne santé : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Praticqué sur des groupes d'individus ❖ Il ne constitue pas une base de traitement ❖ Moins précis que le test de diagnostic ❖ Coûte moins cher que le test de diagnostic 	Doit donner une certitude diagnostique (examens spécifiques) : <ul style="list-style-type: none"> ❖ il est appliqué aux personnes présentant des troubles définis ❖ essentiellement individuel ❖ il constitue une base du traitement ❖ il est plus précis que le test de dépistage ❖ il coûte éventuellement plus cher que le test de dépistage

1.4.2.5. Comparaisons Avant Et Apres Dépistage

-Comparaison De La Mortalité Avant Et Apres Dépistage

Lorsque la mortalité d'une maladie a une tendance à la diminution, la comparaison des taux de mortalité avant et après dépistage ne peut apporter qu'un argument favorable au dépistage. Cependant, il faut constater une cassure de la courbe descendante (courbe b) avant de juger de l'efficacité de la politique de dépistage.

Fig. 1 : « Amélioration » de la mortalité avant et après dépistage due à la tendance temporelle spontanée



Activer Wi

-Comparaison De La Prévalence Avant Et Apres Dépistage

La comparaison de la prévalence avant et après dépistage n'est pas un bon moyen pour évaluer l'efficacité d'une politique de dépistage. Le dépistage précoce d'une maladie peut en augmenter la prévalence, en augmentant la durée pendant laquelle les sujets se savent malades.

¹⁵ -**belmokhetar sabrina , bendou nouara** , le dépistage comme un levier pour la reduction des cout de la prise en charge des maladies cancéreuses en algérie étude de cas : etablissement hospitalier prive chahids mahmoudi de tizi – ouzou (universite mouloud mammeri tizi_ouzou)

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Dans le cas d'examens de dépistage pratiqués de façon périodique, le dépistage initial ayant diminué le « stock » de malades (cas prévalent), le nombre de cas dépistés ensuite diminue (cas incidents). En effet, comme la plupart des maladies « dépistables » sont des affections d'évolution relativement lente (exemple en cancérologie), le « stock » initial de patients n'aura pas pu se reconstituer, et la prévalence sera alors inférieure à celle constatée lors du premier passage. La diminution de la prévalence signifie donc simplement que les malades sont repérés mais ne prouve en rien que leur survie soit plus longue

-Comparaisons De Survie

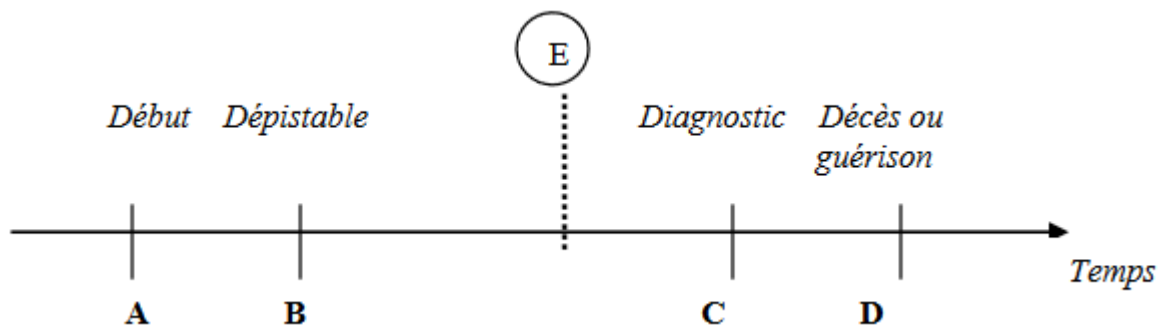
La qualité d'un dépistage peut être mesurée en terme de survie : survie plus longue et/ou de qualité supérieure. Mais même si la date du décès n'a pas été modifiée, il existe au moins deux raisons qui expliquent que les dépistés auront toujours une meilleure survie que les autres patients

1.4.3. Avance Au Diagnostic : Lead Time Bias

Pour un individu donné, la maladie apparaît au moment A, mais elle est alors silencieuse et non dépistable. Le segment BC représente le temps pendant lequel la maladie est infra ou préclinique mais dépistable. Le segment CD représente le temps d'évolution de la maladie.

On appelle avance au diagnostic l'intervalle de temps entre le moment où l'on détecte la maladie par le dépistage et le moment où la maladie aurait été diagnostiquée en l'absence de dépistage. Il est évident que si la maladie est dépistée en E (entre B et C) et si la date de décès D n'est pas modifiée, la survie ED est toujours supérieure à CD.

Fig. 2 : Représentation schématique de l'évolution d'une maladie



Phénomène de sélection des cas de meilleur pronostic : length time bias

Le dépistage va surtout découvrir les cas de meilleur pronostic. En effet, les cas diagnostiqués en dehors des procédures de dépistage sont des cas incidents. Leur survie est moins bonne que celle des cas dépistés (prévalent), même si l'effet de déplacement de l'origine est corrigé.

En effet, on sait que les formes de maladies à évolution lente ont en général un pronostic plus favorable et que les durées des phases cliniques sont en général proportionnelles à la durée de la phase préclinique. Les cas prévalent sont donc, en moyenne, d'évolution plus lente que les cas incidents.

De plus, les études de survie (indépendamment de toute évaluation de dépistage) indiquent de façon incontestable que la survie des patients est d'autant meilleure que le diagnostic a été

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

porté plus tôt. En diagnostiquant encore plus tôt par le biais du dépistage, on peut penser que la survie pourrait être encore améliorée.

1.4.3.1. Les Moyens De Diagnostique :

-Les Symptômes Du Cancer Du¹⁶ Sein:

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ, nodule plus ou moins profond, dur, habituellement non douloureux. Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- une fossette ou une ride creusant la surface du sein, un aspect de «peau d'orange»,
- une déformation du mamelon le rétractant vers l'intérieur,
- un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,
- un écoulement du mamelon, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation d'un de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires nécessaires.

-Diagnostic Du Cancer Du Sein :

Le diagnostic de cancer du sein peut être évoqué soit devant des signes radiologiques frustes, mis en évidence pendant le dépistage, soit devant des signes cliniques découverts par la patiente elle-même; mais quelle que soit les circonstances de découverte, le diagnostic doit reposer sur une confrontation clinico radiologique et surtout sur une confirmation anatomopathologique obtenue par biopsie

-Diagnostic Clinique :

- **L'interrogatoire :**

Il doit être précis et orienté à la recherche de facteurs de risque d'apparition du cancer du sein et analyse le motif de consultation, sa date d'apparition, sa modification depuis son apparition.

- **Motifs De Consultations :**

Ils sont nombreux et variables, isolés ou associés à d'autres symptômes -Tumeur ou nodule, de loin le motif le plus fréquent 65 à 80 %

-Douleur 1 à 15 % des cancers sont révélés par une douleur

-Modification de la peau ou aréole mamelonnaire 5 à 7 %

-Écoulement mamelonnaire retrouvé chez 2 à 10-Gros bras révélateur chez 1 % des patientes

-Métastase à l'occasion d'un signe d'appel osseux, pulmonaire 0 autre

-Examen systématique ou dépistage.

¹⁶ Comité scientifique, octobre, 2008 49 Moniteur belge 22/12/2000 – Protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie
50 Agence de la santé publique du Canada.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

- **Examen Clinique :**

Tout médecin est tenu de faire un examen clinique des seins quel que soit la cause de la consultation. Il est plus performant quand il est réalisé lors de la première phase du cycle menstruel. Il doit être sur une femme dévêtue jusqu'à la ceinture dans une salle éclairée et aérée en position assise puis en position couchée.

- **Inspection : Va Apprécier**

-Le volume des seins (déformation de contours, modification du galbe).
-Asymétrie de volume.
-Anomalie du mamelon ou l'aréole.-Anomalie de surface (signes inflammatoires, ride cutanée, peau d'orange, ulcération).

- **Palpation :**

Toujours palper les seins et les aires ganglionnaires. La palpation doit être douce, méthodique et doit se faire avec les mains bien à plat, en effectuant de petits mouvements circulaires de l'extrémité des doigts, en pressant légèrement sur le gril costal, dans le but de détecter une masse ou un nodule dont il faudra préciser les caractéristiques :siège, taille consistance, limites, forme, mobilité, focalité et l'existence d'une poussée inflammatoire. Les aires ganglionnaires axillaires

Bilatéral les et sus claviculaires doivent être palpées à la recherche d'adénopathie dont on devra préciser aussi la taille, nombre, consistance, siège et fixité ou mobilité. L'examen clinique se terminera par un examen général, à la recherche de signes témoignant d'une extension métastatique de la maladie

- **Examens Complémentaires :**

- La Mammographie¹⁷ :**

Sa sensibilité est de 80%. Examen essentiel, réalisé dans les dix premiers jours du cycle, elle est bilatérale et comparative avec des clichés de face, en oblique externe complété au besoin de profil ou d'agrandissement à la moindre anomalie, afin de rechercher des signes de multifocalité ou de bilatéralité dans le cadre du bilan locorégional préopératoire. Il existe six types d'anomalies mammaires radiologiques :

-**Les Micro calcifications :** révèlent 30 à 50 % des cancers infra cliniques, sont classées selon la classification du Gal en cinq groupes.

-Les opacités spéculaires : 20 à 30 %des cancers infra cliniques sont des images définies par un centre dense et des spicules périphériques qui peuvent être plus courts ou plus longs que le centre dense.

-Les opacités rondes circonscrites : 10 à 20 % des cancers infra cliniques.

-Les effets stellaires sans centre dense : 10 à 20 % des infra cliniques, image de convergence radiaire des travées opaques sans centre dense.-Les distorsions de l'architecture glandulaire : 30 % de ces images sont malignes, ce sont des désorganisations localisées de l'architecture du sein sous forme d'images linéaire divergentes, sans opacité tumorale identifiable.

-Les asymétries et hyperdensités focalisées: identification difficile, l'échographie et L'IRM sont une bonne indication pour homogénéiser la présentation des résultats de la

¹⁷ Institut National du Cancer. Cancer du sein non métastatique 2010. Disponible sur : www.e-cancer.fr..

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

mammographie, les experts de l'Américain Collège of Radiology,(ACR) ont mis au point une classification morphologiques des classifications de le Gal.

-L'échographie Mammaire Bilatérale :

L'échographie est la technique complémentaire de la mammographie dans la précision des caractéristiques tumorales. Elle permet en plus de visualiser le creux axillaire et de détecter des ganglions lymphatiques suspects. Elle est très utile lorsque la mammographie donne résultats faux négatifs ou lorsque la densité mammaire est telle qu'elle perturbe l'interprétation mammographiques des lésions potentiellement classables ACR3 ou ACR4. Elle sert aussi lors du diagnostic positif en permettant une biopsie sous contrôle de la vue, un ciblage de la tumeur ou des micro calcifications avec une plus grande précision.

-L'Imagerie Par Résonance Magnétique(IRM) Mammaire :

L'IRM mammaire est un examen de seconde intention qui permet de préciser la taille et les rapports des lésions volumineuses et de détecter les récidives à un stade plus précoce. Il permet aussi d'orienter la décision de chirurgie initiale en statuant sur la présence de lésions multifocales ou multicentriques, la présence de lésions controlatérales ou d'atteintes ganglionnaires diffuses. Enfin, l'IRM mammaire permet d'avoir une image de référence de la tumeur initiale et d'évaluer la réponse clinique à la chimiothérapie néo-adjuvante pour orienter la décision sur le type de chirurgie secondaire. Il n'est cependant pas demandé dans les stratégies de dépistage ou de débrouillage du fait d'une spécificité proche de celle de l'imagerie conventionnelle et de ce fait d'un fort nombre de résultats faux positifs 'il n'est pas utilisé sur une population ciblée.

- La Cytologie :

Elle fait partie du bilan diagnostic et peut orienter le clinicien dans les cas incertains. Elle doit être de rigueur devant tout nodule.

-La Galactographie¹⁸ :

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uniou pluriorificiel séreux ou sanglant.

L'examen anatomopathologique:

Le diagnostic de certitude d'un cancer du sein est anatomopathologique. L'anatomopathologiste précise la nature maligne de la tumeur, son grade histologique, l'envahissement ganglionnaire associé. Elle peut être extemporanée: se déroulant pendant l'intervention chirurgicale classique après une intervention chirurgicale.

-Dosage Des Récepteurs Hormonaux :

Le dosage des récepteurs hormonaux : récepteur à œstrogène et à progestérone. Ce dosage revêt une importance capitale si une hormonothérapie est à envisagée. Ce sont de bons moyens de dépistage précoce de la maladie, mais aussi de surveillance.

1.4.4. Les Examens De Dépistage Du Cancer Du Sein :

¹⁸ « Fausses évidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein », Santé publique, disponible sur <http://kce.fgov.be/Download>.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Lorsque une anomalie est découverte par la patiente elle-même ou au cours d'un examen de dépistage, différents examens sont nécessaires pour confirmer ou infirmer un diagnostic du cancer du sein.

1.4.4.1. Examen clinique :

Lorsqu'il s'agit de diagnostiquer un cancer du sein, le médecin va en premier lieu réaliser un examen clinique de sa patiente.

Une palpation attentive du sein peut en effet être très instructive. Elle permet d'évaluer la taille, la consistance, la mobilité d'une anomalie... Le médecin observe également si la peau recouvrant le sein se modifie à certains endroits, en demandant à la patiente de mettre ses bras dans différentes positions.

S'il détecte une lésion à la palpation, il faut en vérifier la nature car d'autres pathologies du sein peuvent se traduire par une « boule » au toucher (kystes, mastose...). D'autres examens sont alors nécessaires.

1.4.4.2. Mammographie :

Systématiquement proposée aux femmes dans le cadre du dépistage organisé, la mammographie est aussi prescrite en cas d'anomalie détectée à la palpation.

Pour réaliser cet examen, la patiente est installée debout, torse nu, dans la cabine de radiologie. Des clichés radiographiques sont réalisés pour chaque sein. Pour cela, le sein est comprimé entre deux plaques. Cette manipulation n'est pas toujours agréable mais n'est pas véritablement douloureuse. Pour chaque sein, deux clichés sont pris : l'un de face, l'autre de profil. Au total, l'examen dure entre 5 à 10 minutes.

Par la suite, chaque cliché est étudié par le radiologue. Si une anomalie est repérée, d'autres examens sont prescrits.

1.4.4.3. Échographie ¹⁹:

L'échographie est une méthode qui utilise des ondes sonores de haute fréquence inoffensives (ultrasons) pour générer des images relativement précises de nos organes.

Dans le cadre d'un diagnostic de cancer du sein, elle permet de caractériser plus précisément la nature d'une lésion repérée par mammographie. Elle est utilisée pour faciliter l'interprétation de clichés de mammographie compliqués ou douteux. Elle est aussi directement employée chez les femmes qui ont des seins très denses qui ne peuvent être observés par radiographie.

L'examen est totalement indolore et dure moins de 30 minutes. La patiente est allongée et un gel est appliqué sur le sein à observer. La sonde est alors appliquée fermement contre le sein et orientée dans toutes les directions pour observer la totalité du tissu mammaire. Le médecin s'intéresse plus précisément aux anomalies qu'il peut repérer grâce aux différences de

¹⁹ Le cancer, Ce qu'il faut savoir sur la chimiothérapie, Paris : Presses universitaires de France, 2003.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

contraste existant entre celles-ci et le reste du sein. En évaluant précisément leur profil, il peut orienter son diagnostic vers une anomalie bénigne (par exemple un kyste) ou vers une tumeur maligne. En cas de suspicion de cancer, d'autres examens sont nécessaires.

1.4.4.4. Prélèvements :

Un diagnostic de cancer ne peut être porté qu'après avoir étudié au niveau microscopique la nature des cellules composant la lésion repérée grâce aux techniques d'imagerie.

- **L'aspiration ou ponction cytologique** : une fine aiguille est introduite dans le sein sous contrôle échographique. Elle permet d'aspirer du liquide ou des cellules, dont l'analyse microscopique apportera des premiers éléments relatifs à la nature de la tumeur. Cet examen permet par exemple de différencier un kyste d'une masse solide (qui peut être cancéreuse ou non).
- **La biopsie** : est le seul examen qui permet de confirmer un diagnostic de cancer. Elle est réalisée sous anesthésie locale. Lors de l'examen, le médecin utilise une aiguille fine avec laquelle il pique la peau au niveau du sein atteint. En se guidant grâce à une sonde d'échographie ou sous scanner, il prélève un échantillon du tissu anormal. Cet échantillon est ensuite analysé par microscopie afin que soit confirmée ou non la nature cancéreuse de la lésion et son degré d'extension local (*in situ* ou infiltrant).
- **La macro biopsie** : est généralement proposée pour étudier les foyers de micro calcification. Cette technique suit le même principe que la biopsie classique. Cependant, l'aiguille est un peu plus large et permet – en restant en place pendant quelques minutes – de réaliser plusieurs prélèvements successifs. Au cours de cet examen réalisé sous anesthésie locale, la femme est allongée à plat ventre sur une table, le sein en position pendante à travers un orifice. Le médecin réalise la biopsie guidée par stéréotaxie (une technique de radiologie en trois dimensions qui permet de localiser la lésion).

Lorsqu'un cancer du sein est diagnostiqué, des examens biologiques supplémentaires sont conduits sur les tissus prélevés lors de la biopsie. Ils consistent à rechercher et à doser des récepteurs qui sont présents sur les cellules cancéreuses. Les résultats de ces analyses serviront à orienter le traitement. Sont recherchés et dosés :

- **les récepteurs hormonaux des œstrogènes (RE) ou ceux de la progestérone (RP)**. Leur présence prouve que le cancer est « hormonodépendant » et que sa croissance est favorisée par ces hormones. Le traitement consistera donc notamment à bloquer l'action de ces dernières ;
- **le récepteur HER2/neu**. Cet autre type de récepteur peut être présent à la surface des cellules de tumeur mammaire et peut favoriser la croissance de la tumeur sous l'action du HER2, un facteur de croissance tumorale spécifique.

1.4.4.5. Bilan d'extension :

Un certain nombre d'examen doivent être conduits pour savoir si la maladie s'est étendue à d'autres parties de l'organisme, comme les ganglions lymphatiques voisins, mais aussi les poumons, le foie, les os ou le cerveau.

Tous ces examens constituent le « bilan d'extension ». Il comporte selon les cas des analyses de sang, une radiographie thoracique, une échographie abdominale et éventuellement

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

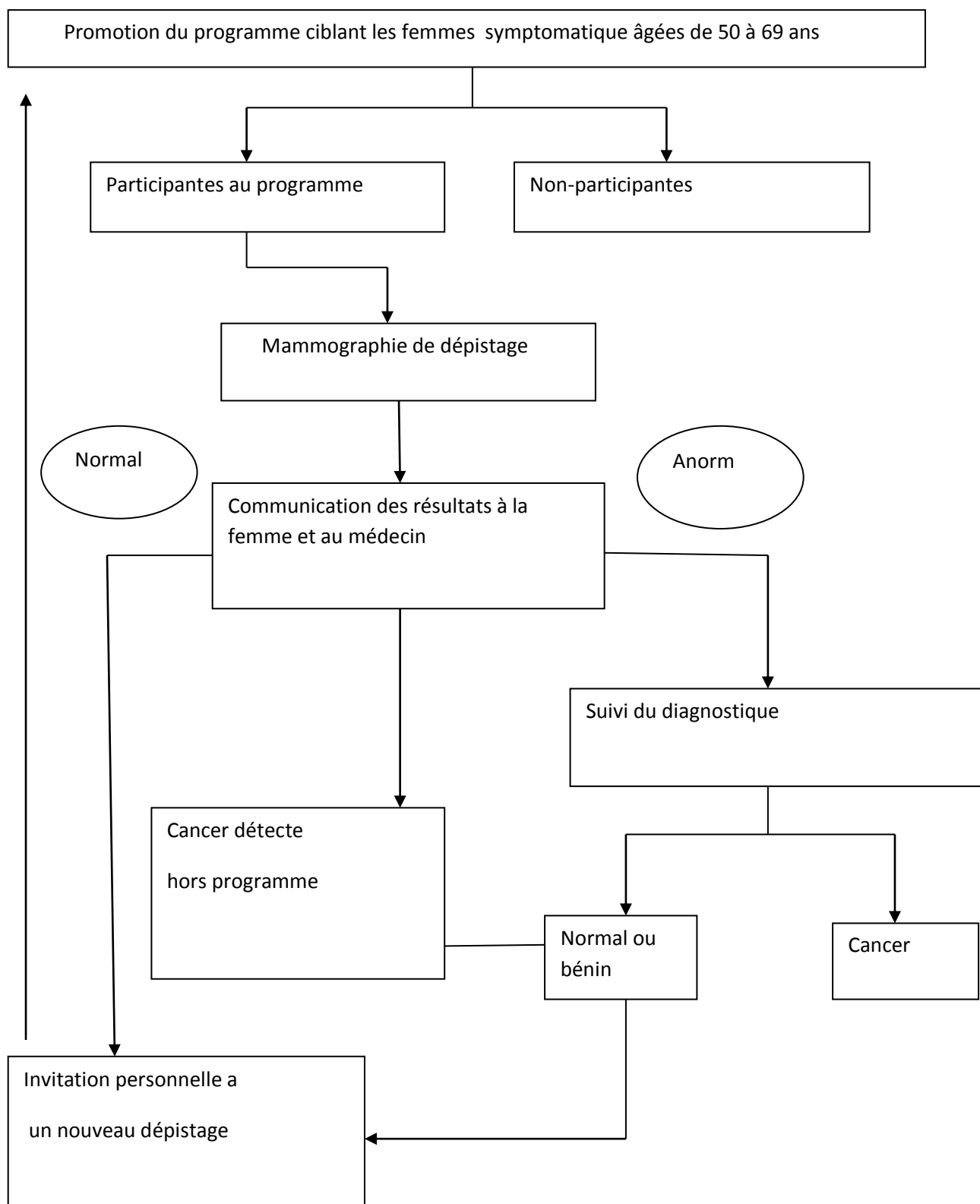
pelvienne, une scintigraphie osseuse et/ou un bilan biologique, avec notamment un dosage des marqueurs tumoraux (par exemple le marqueur CA15-3).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas proposée de manière systématique dans le bilan d'un cancer du sein. Elle peut cependant être proposée dans certains cas.

Grâce aux résultats de l'ensemble de ces examens, le médecin peut évaluer le stade de la maladie, selon la « classification T.N.M » et ainsi élaborer une stratégie thérapeutique.

CHAPITRE II LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Figure N°07 : Déroulement un programme de dépistage²⁰ du cancer du sein.



²⁰ Agence de la sante publique du Canada Op.Cit.p.1

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

SECTION (2) : LE ROLE DES ASSOCIATIONS.

De nombreuses associations, viennent en aide aux malades du cancer, en les soutenant de diverses manières, pour leur permettre de mieux vivre avec la maladie. Il existe des associations généralistes ou d'autres sur des thématiques spécifiques ou selon le type de cancer.

2.1. Qu'est Ce Que Une Association²¹ ?

« La convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ». La formation d'une association est dominée par un principe de liberté. Chacun peut, librement, avec un tiers consentant, constituer une association. En outre, une grande liberté est laissée à l'association pour rédiger ses statuts.

2.2. Les Missions D'une Association :

- Porter aide et assistance aux personnes atteintes du cancer au centre national anticancéreux
- Défendre les droits des patients et soutenir
- Leurs revendicateurs, notamment auprès des organismes et administration concernés.
- Diffuser toute information d'ordre médical ou social ou autre pouvant faciliter la prise en charge des patients.
- Organiser des journées et des campagnes d'information et de sensibilisation afin de faire connaître les différents cancers, les facteurs des risques et surtout comment les prévenir.
- Se mobiliser pour la prévention du cancer du sein particulièrement et vulgariser l'importance du diagnostic précoce.

2.3. Le Rôle Des Associations :

Les associations remplissent plusieurs rôles étant donné la diversité des motivations qui animent ceux qui en sont à l'origine (ex : pratiquer un sport, aider des individus en difficulté) l'association peut jouer un rôle à destination essentiellement de ses membres, ou de l'ensemble de la société.

2.4. Les Associations Du Lutte Contre Le Cancer Du Sein En Algérie :

Il existe plusieurs associations. On peut citer quelques-unes, les plus actives dans la lutte contre le cancer du sein

2.4.1. Association Chouâ el-Amel²²: des efforts constants pour accompagner les patients atteints du cancer

²¹ Les associations Comité éditorial de l'UVMaF
2014

²² L'association el 6Amel Dr M. GUENDOZ

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Créée par un groupe d'employés du Centre Pierre et Marie Curie, centre national anticancéreux en Algérie, L'association El Amel est aussi partenaire du plan cancer national 2015-2019 et est membre du comité de dépistage du cancer du sein qui dépend de ce plan. Elle y représente les patients et la société civile.

2.4.1.1. Les missions de l'association :

- Porter aide et assistance aux personnes atteintes du cancer au centre national anticancéreux Pierre et Marie Curie pôle touchés : la pharmacie, l'hébergement pour (ceux qui viennent d'autres wilayas), et l'aide aux examens d'imagerie.
- Défendre les droits des patients et soutenir leurs revendications, notamment auprès des organismes et administrations concernés.
- Diffuser toute information d'ordre médicale ou sociale, ou autre pouvant faciliter la prise en charge des patients.
- Organiser des journées et des campagnes d'information et de sensibilisation afin de faire connaître les différents cancers, les facteurs de risques et surtout comment les prévenir.
- Se mobiliser pour la prévention du cancer du sein particulièrement et vulgariser l'importance du diagnostic précoce.

2.4.1.2. Actions phare de l'association :

- **Le SICAN** : c'est un salon unique en son genre dans le monde car il regroupe tous les intervenants dans le domaine de la lutte contre le cancer, même les secteurs hors santé comme le sport, la solidarité nationale. Ce salon qui est organisé chaque année pendant le mois d'Octobre (Octobre rose) permet de parler du cancer, surtout le cancer du sein, de façon intensive où le public retrouve des professionnels à sa disposition pour en parler puis également les ausculter... leur apprendre des gestes de prévention comme l'autopalpation, la nutrition saine, l'activité physique...
- **La Côlon Tour (Mars bleu)** : c'est un événement lancé depuis un an pour lutter contre les cancers colorectaux qui ont pris de l'ampleur. Grâce à la représentation d'un côlon géant de 22 m de long, El Amel explique lors de ses portes ouvertes au public dans les wilayas (l'année dernière : Annaba, Sétif, Alger) comment se forme ce cancer et comment s'en prémunir.
- **Le dépistage** : El Amel CPMC lance en 2013, la première opération de dépistage par mammobile (camion mobile contenant une mammographie), en partenariat avec le ministère de la santé. Grâce à cette opération, plus de 10 000 femmes ont bénéficié d'un dépistage gratuit et certains cas de cancer ont pu être découvert à un stade précoce, ce qui permet de les guérir.

2. 4.2.CAC de Sidi Bel-Abbès: un bond qualitatif dans la prise en charge des personnes malades

SIDI BEL-ABBES - Le Centre anti-cancer (CAC) de Sidi Bel-Abbès à vocation régional a réalisé un "bond qualitatif" en matière de prise en charge des cancéreux de l'Ouest et du Sud-ouest du pays eu égard aux prestations offertes et des équipements modernes mobilisés en matière de diagnostic et de traitement.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

Cette structure sanitaire d'une capacité d'accueil de 120 lits a enregistré la prise en charge en radiothérapie de 1.007 cas depuis son entrée en service au mois de septembre 2017, selon un bilan communiqué par son directeur, Benaouda Talha.

Le même responsable a indiqué que les cas pris en charge lors de cette période par le service de radiothérapie sont issus des wilayas de l'Ouest à l'instar de Sidi Bel-Abbès (368), Oran (249), Mascara (141), Saida (118) et 131 cas des autres wilayas.

Il a été procédé durant la même période à la prise en charge de 754 cas par le service d'oncologie alors que le nombre de dossiers déposés auprès de la cellule d'écoute est de 1.967, a-t-il fait savoir, signalant que le centre régional anti-cancer de Sidi Bel-Abbès compte 10 services et 33 unités qui exercent en parfaite collaboration pour assurer une meilleure prise en charge des personnes malades.

Les différents services du CAC accueillent la personne atteinte de cette maladie à son premier rendez-vous par une cellule d'écoute et d'orientation avant de l'orienter vers le service de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'oncologie selon son cas. L'orientation se fera à l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en présence de spécialistes pour décider du traitement adéquat (chirurgie, suivi en chimiothérapie ou en radiothérapie), a indiqué un cadre du staff médical, Dr Yamina Bennafissa.

La coordination entre services a contribué en grande partie à réduire les délais des rendez-vous pour différents cas, a-t-elle affirmé, signalant que les rendez-vous prennent trois mois pour le cancer du sein et ne dépassent pas deux semaines pour les cancers du col de l'utérus, de la prostate, du colon et du rectum.

2.4.3. Centre anti-cancer "Emir Abdelkader" d'Oran: leur d'espoir pour les patients et leurs familles

ORAN - Le centre anti-cancer "Emir Abdelkader" de Misserghine (Ouest d'Oran) est considéré comme une "leur d'espoir" pour les malades et leurs familles qui y viennent de plusieurs wilayas du pays à la recherche de soins, notamment en ce qui concerne le traitement des tumeurs en radiothérapie assuré par un staff médical ayant acquis une grande expérience dans ce domaine.

De nombreux malades font le déplacement de plusieurs wilayas, notamment de Constantine, Batna, Souk Ahras, Adrar et Alger, entre autres, en quête de guérison de cette pathologie maligne, surtout après avoir terminé le long et pénible traitement par chimiothérapie, en vue d'un rendez-vous pour le traitement par radiothérapie.

L'attente d'une séance de radiothérapie est une parfois une "souffrance" qui attend les malades, mais malgré la difficulté et ses effets pénibles sur le patient, elle représente, néanmoins, le seul espoir pour les personnes malades et leurs familles, même si les rendez-vous qui leur sont donnés atteignent parfois ou dépassent les trois mois, selon des avis recueillis auprès de patients au niveau du Centre.

Le centre dispose deux appareils pour le traitement de radiothérapie localisé, une forme de traitement qui consiste à mettre un élément radioactif près de la tumeur et qui a fait ses preuves, selon le même responsable, ainsi que pour le traitement de nombreuses tumeurs. Cependant, cette méthode n'est pas appliquée sur tous les malades et toutes les tumeurs.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN

La radiothérapie localisée est une forme de traitement du cancer qui consiste à mettre la source radioactive directement ou près de la tumeur cancéreuse et permet, dans certains cas, un traitement plus précis, réduisant du même coup les effets sur les tissus sains autour de la tumeur.

Cette thérapie est aussi utilisée conjointement avec les autres traitements comme la radiothérapie externe et la chirurgie.

2.4.3. ORGANISATIONS - ASSOCIATION - LE SOUK²³

Créée en 1995 par un groupe d'étudiants en médecine qui voulaient changer l'environnement dans lequel ils vivaient, l'association Le Souk est le club scientifique de la Faculté de médecine d'Alger. Les étudiants ont commencé par la création d'un journal où ils s'exprimaient, journal distribué contre des dons. Avec l'argent récolté, ils ont fait d'abord une petite fête au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital Parent.

Depuis, la grande histoire du Souk a commencé.

Le journal est sorti régulièrement, les activités touchant les enfants malades de plus en plus nombreuses et le nombre d'adhérents en hausse. Bien d'autres étudiants, en dehors de ceux de médecine, ont rejoint le monde magique du *Souk* qui permet à l'enfant d'être roi et à l'étudiant d'affirmer sa générosité.

L'association est désormais (2012) une association formée à 100% de bénévoles dont 95% ont moins de 25 ans, formée d'environ 70% d'étudiants en médecine, 10% d'étudiants d'autres filières et 10% de différents membres.

Conclusion

Chaque patiente atteinte d'un cancer du sein suit un traitement différent selon le stade et le grade de la tumeur maligne. La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie sont les traitements les plus utilisés mais il existe également l'hormonothérapie et les thérapies ciblées. Un cancer du sein est une situation psychologiquement difficile puisqu'il peut entraîner une ablation du sein, symbole de féminité et de maternité. Cependant avec l'évolution de la médecine les possibilités de reconstruction mammaire sont nombreux et les suivis psychologiques développés par les équipes médicales sont nombreux et assurent une aide pour la réinsertion professionnelle et personnelle. La prévention et le dépistage sont également fortement présents. Un test de dépistage gratuit du cancer du sein (mammographie) est systématiquement proposé tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 75 ans

²³ Pour mieux comprendre et prévenir le cancer du sein association LE SOUK.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Introduction

La santé est un déterminant primordial du développement ou non des pays ainsi que de la qualité de vie de ses habitants, c'est pourquoi tous les pays du monde essaient d'améliorer leurs organisations de santé et leurs allouent des budgets importants pour les développer et les adapter aux besoins des habitants.

L'Algérie, comme tout autre pays, fournit des efforts et progresse dans ce domaine. Désormais, le secteur sanitaire public ne peut pas faire face aux demandes et aux exigences des habitants qui sont en constante évolution et croissance, ce qui a fait que le pays fasse appel afin de subvenir aux besoins en constante évolution et complexité de ses habitants.

L'information et la communication sont les bases d'une compréhension pertinente des pratiques de dépistage des cancers du sein et de leur mise en sens. La logique de prévention populaire est une construction culturelle, elle s'intègre dans le rapport à la santé, elle est modulée par les usages et les soins du corps, par les pratiques médicales, par le mode d'être dans le monde. La perception subjective du dépistage dépend de barrières et de facteurs déclenchant. Les femmes, le réseau de sociabilité, les médias, le corps médical et les institutions (institut national de veille sanitaire, direction général de la santé, institut national du cancer) sont les acteurs principaux de ces pratiques. Les médecins, passeurs d'information, ont un rôle stratégique. Par le « colloque singulier » de la consultation, ils gèrent, avec empathie, l'individualité de cette procédure collective de dépistage. Ils sont un lien entre la singularité et la collectivité, au cœur des tensions psychosociales.

Les instances de santé publique, les associations et l'institut national du cancer organisent les informations générales sur le dépistage des cancers du sein. Ce syncrétisme social, médical et médiatique crée une acculturation qui induit de nouveaux modèles (patterns) dans la population. C'est par cette Co-création de l'information que cette pratique de dépistage des cancers du sein deviendra un rituel propitiatoire à la santé.

Ce chapitre détaillera les différents résultats obtenus lors de notre enquête pour le cas pratique à réaliser au sein de centre de lutte contre le cancer DRAA-BEN-KHEDA et L'association EL FADJR de tizi ouzou.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

SECTION 1 : L'association AL FEDJER

1.1. Présentation de L'association AL FEDJR

En 1981, deux amies séparées pendant vingt ans se retrouvent à Villejuif, dans un hôpital anticancéreux, toutes les deux sont atteintes d'un cancer du sein. Dans cette structure, *elles se sentent sécurisées* par une excellente prise en charge médicale...

Janvier 1988, sept ans plus tard, à Alger, la prise en charge pour leur contrôle annuel est refusée. L'Algérie connaît des difficultés économiques. Nos deux amies, rejointes par une troisième malade, trouvent des services dépassés, une médecine impuissante et pensent ainsi qu'il faut faire quelque chose afin d'aider les autres. Elles décident alors de fonder une association d'aide aux personnes atteintes de cancer. Janvier 1989, au Centre de Pierre et Marie Curie, une centaine de personnes se retrouvent en assemblée générale L'ASSOCIATION EL FEDJR EST 1ère association de lutte contre le cancer.

El FEDJR est composée de plusieurs bureaux régionaux. Le Beauty club deux membres du bureau de Blida, le DR Elhadj Makrachi président de l'Association et Madame Saadi Karima la trésorière. Le bureau de Blida est composé de 15 membres et plus de 1910 adhérents.

Parmi les plus importantes missions de l'association :

- Accompagner dignement jusqu'à la mort tous les malades pour lesquels l'hôpital et la famille ne peuvent plus rien.
- L'organisation de campagnes d'informations et de sensibilisations de l'opinion publique sur cette maladie afin de contribuer à développer une véritable politique de dépistage.
- L'aide aux malades pendant la durée du traitement médical, et après traitement, par sa réinsertion sociale et professionnelle.
- Défendre les droits des patients et soutenir leurs revendications, notamment auprès des organismes et administrations concernés.
- L'accès aux soins : faciliter l'accès aux différents organismes de santé, grâce à la prise en charge d'examens médicaux par l'association et des partenariats avec des centres d'analyses.
- Organiser des caravanes médicales avec des consultations de médecine générale et spécialisée grâce à l'engagement d'une équipe médicale pluridisciplinaire et bénévole et distribution de médicaments pour satisfaire toutes les ordonnances et de produits parapharmaceutiques selon la disponibilité.

1.2. L'objectif de L'association AL Fedjr :

Son but apporter aide et assistance aux malades atteints du cancer.

- El Fedjr active à travers le territoire national, avec des comités et bureaux à Blida, Tiaret, Oran, Constantine et bien sur Tizi Ouzou.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

-Le bureau de Tizi Ouzou a été ouvert le 11 février 1993 à l'initiative du bureau national et à la demande d'adhérents, eux aussi malades de la région.

Présidée par madame Gueznaoui, El Fedjr de Tizi Ouzou compte 500 adhérents bénévoles, composés essentiellement de médecins, infirmier(e)s, assistant(e)s social(e)s et autres bénévoles. Le tout formant un collectif d'un dynamisme et d'un dévouement hors du commun.

En plus de l'aide « classique » qu'elle apporte aux malades, El Fedjr de Tizi Ouzou doit faire face à la propension de certains malades d'abandonner leur soin et certaines familles de retirer leurs malades du circuit thérapeutiques pour les couvrir d'un voile pudique. Le cancer continu malheureusement à être une maladie taboue dans beaucoup de régions du pays. C'est d'ailleurs la première difficulté qu'énumérera Mme Oucherif lorsque nous lui posons la question des problèmes rencontrés. Elle insistera sur « les efforts qu'il faut faire pour amener certains malades à reprendre leurs traitements et convaincre quelques familles réticentes que le cancer n'est pas une fatalité. »

Au chapitre des activités régulières, Mme Oucherif évoque l'aide morale et matérielle aux malades, dont la distribution des médicaments, l'assistance et l'orientation, le suivi des malades en thérapies longues (chimio et radio thérapies)

Mais la colonne vertébrale du travail d'El Fedjr reste la prévention et la sensibilisation. Et ce à travers des portes ouvertes, des campagnes de vulgarisation (dans les Lycées par exemple) et de dépistage (cancer du sein, du col de l'utérus, du colon...). Son slogan: « Nous sommes tous cancer (nés), donc concernés ». Tout un programme.

Coté moyens, El Fedjr vit essentiellement de quelques subventions des autorités (APC, APW) mais surtout les dons de nombreux anonymes et des médecins et cliniques privés ainsi que le formidable soutien du personnel du CHU de Tizi Ouzou.

C'est sans doute ce qui lui permet de faire face à la demande de plus en plus nombreuse. « Plus de 500 malades ont eu recours à nous » dira Mme Oucherif.

Avec très peu de moyens et beaucoup de volonté, El Fedjr est devenue un partenaire incontournable en matière d'aide et de soutien aux malades atteints du cancer. « Le malade a deux familles: celle dont il est issu et nous » nous dira Mme Oucherif avec un brin de fierté et beaucoup d'émotions.

Voilà sans doute une association qui mérite aide et encouragement. Au lieu de subventionner des associations qui brillent par leur absence sur le terrain, le pouvoir serait mieux inspiré de regarder du côté d'El Fedjr et des autres associations qui sont d'une réelle utilité public.¹

1.2.3. Leurs Objectifs Fondamentaux De L'association :

- aider et soutenir les malades pendant la durée de leur traitement médicale
- aider à l'accès aux soins
- contribuer à développer une véritable politique de dépistage par des campagnes et informations et de sensibilisations de l'opinion publique
- créer une chaîne de solidarité pour réaliser les actions de l'association

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

- contribuer a la formation continue de des médecins généralistes
- contribuer a la création d'un centre d'accueil

Nul n'est a labri, évite den faire partie :

Dans Le Monde :

- 1.38 million de femmes sont atteintes du cancer du sein.
- 468 000 décèdent

En Algérie :

- 10 000 nouveaux cas de cancer du sein par ans
- 4 500 sont pris en charge dans nos structures
- 3 500 cas de décès par an

1.2.4. Le Rôle De L'association AL Fedjr :

Comme chaque année, pour accompagner cette catégorie de malades, le bureau régional de Tizi-Ouzou de l'association El Fedjr a mis en place un système de collecte de dons. C'est sous le slogan « Nul n'est à l'abri, aidez-nous à les aider » que cette campagne a été placée. Ainsi, les membres d'El Fedjr ont déposé dans tous les établissements scolaires, les pharmacies, les agences postales ainsi que les mosquées de la wilaya, de petites boîtes présentant une ouverture qui ne laisserait passer que des pièces de monnaie. « C'est une action que nous menons chaque année en vue de collecter de l'argent, sur autorisation du wali, pour aider les malades qui ont besoin d'accompagnement. Car, avec les subventions, on ne peut satisfaire toutes les demandes, c'est pourquoi nous recourons à ce procédé », nous dira un membre de l'association. La sensibilisation a été grande dans les établissements scolaires où les professeurs ont pris quelques minutes pour expliquer à leurs élèves les objectifs de cette action et de l'association. Même dans leurs prêches du vendredi, certains imams ont attiré l'attention des fidèles sur l'importance de ce geste. « Avec les quelques dinars que vous mettrez dans cette boîte, vous sauverez des vies humaines. Et Dieu vous le rendra », a dit un imam dans une mosquée à Draâ El-Mizan. « C'est surtout dans les établissements scolaires que cette opération trouve l'écho escompté », nous a ajouté un autre membre d'El Fedjr. Les membres de cette association comptent, avec cette opération, pouvoir satisfaire de nombreux malades, dont certains manquent de médicaments. En tout cas, cette initiative est louable à plus d'un titre, quand on sait que le nombre des cancéreux augmente chaque jour que Dieu fait. ³

1.2.5. La Lutte Contre Le Cancer Par L'association AL Fedjr :

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Journée de sensibilisation contre le cancer ; Solidarité, prévention et préconisation
Une journée de sensibilisation et de vulgarisation consacrée à la lutte contre le cancer a été organisée, hier à Tizi-Ouzou, par le bureau de wilaya de l'Amicale algérienne de lutte contre les fléaux sociaux (AALFS), en collaboration avec l'association Al-Fadjr de la même wilaya.

Cette action se veut aussi et selon ses initiateurs, comme un élan de solidarité et de soutien envers les personnes atteintes de cette maladie. Selon les organisateurs, cette journées s'inscrit dans la perspective d'anticipation et de prévention afin d'endiguer et, du moins, amoindrir le nombre de personnes atteintes du cancer au niveau de la wilaya de Tizi-Ouzou. Pour M. Dial Aziz, chargé de l'information et de la communication et responsable de la base de données à l'AALFS, il s'agit d'une journée de solidarité qui s'inscrit dans le cadre de la campagne nationale de lutte contre les fléaux sociaux. Selon lui, c'est en luttant contre les fléaux sociaux, comme action de prévention, qu'on peut endiguer la pathologie du cancer.

«Il y a urgence de sensibiliser les citoyens que les fléaux, à savoir le tabac, l'alcool et la drogue mènent directement au cancer», dira-t-il. Et de poursuivre : «Cette journée de sensibilisation nous permet de saisir directement les élus et les responsables locaux de Tizi-Ouzou pour accélérer l'ouverture du Centre anti-cancer de Draa Ben Khedda». D'après M. Dial, ce Centre, une fois inauguré, permettra à la fois de soulager les malades en leur évitant les déplacements en dehors de la wilaya et d'amoindrir en parallèle la pression exercée sur les autres Centres anti-cancer au niveau national.

Pour sa part, Mme Oucherif Lila, assistante sociale à l'association El-Fadjr de Tizi-Ouzou, nous a donné une esquisse sur l'effort entrepris par ladite association et les actions qui seront menées toujours sans le but de la sensibilisation, de soutien et d'aide aux personnes atteintes du cancer.

«Nous recevons au moins dix cas par jour et il y a approximativement des milliers de cas qui sont enregistrés au niveau de l'association», a-t-elle affirmé. Avant d'ajouter : «Ces personnes sont totalement prises en charge par l'association en terme de moyens, de soins, de traitement ainsi qu'en terme d'accompagnement et de soutien psychologique».

En ce qui concerne les actions de sensibilisation et de prévention, Mme Oucherif a souligné que des campagnes de dépistage sont régulièrement organisées par l'association. Selon cette assistante sociale, des campagnes de dépistage seront menées durant ce mois d'Octobre à travers plusieurs localités de la wilaya de Tizi-Ouzou, entre autres Béni Yenni, Akbil, Ighil Bouchène ainsi que des journées d'information qui seront organisées au niveau des lycées à Iferhounène.

Toujours d'après Mme Oucherif, il s'agit d'un effort entrepris en collaboration avec la clinique Sbihi Tassadit et les services d'oncologie, de gynécologie et de radiologie de Tizi-Ouzou. Il est à noter aussi la présence de M. Rachid Attou, président de l'Amicale algérienne de lutte contre les fléaux sociaux (AALFS). Ce dernier a remis des cadeaux symboliques aux personnes atteintes du cancer à Tizi-Ouzou, via l'association El-Fadjr et en collaboration avec l'adite association, il a lancé le programme d'actions mis en place pour la journée d'hier.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

À noter qu'un programme riche et varié de soutien, d'accompagnement et de prévention a été concocté. Outre les caravanes de sensibilisation qui seront menées au niveau national, on notera l'organisation d'un match de solidarité avec les personnes atteintes du cancer au stade Oukil Ramdane de Tizi-Ouzou et la remise de cadeaux au profit de ces personnes par la présidente de l'association El-Fadjr.

SECTION 2 : CENTRE ANTICANCER DE DRAA BEN KHEDDA

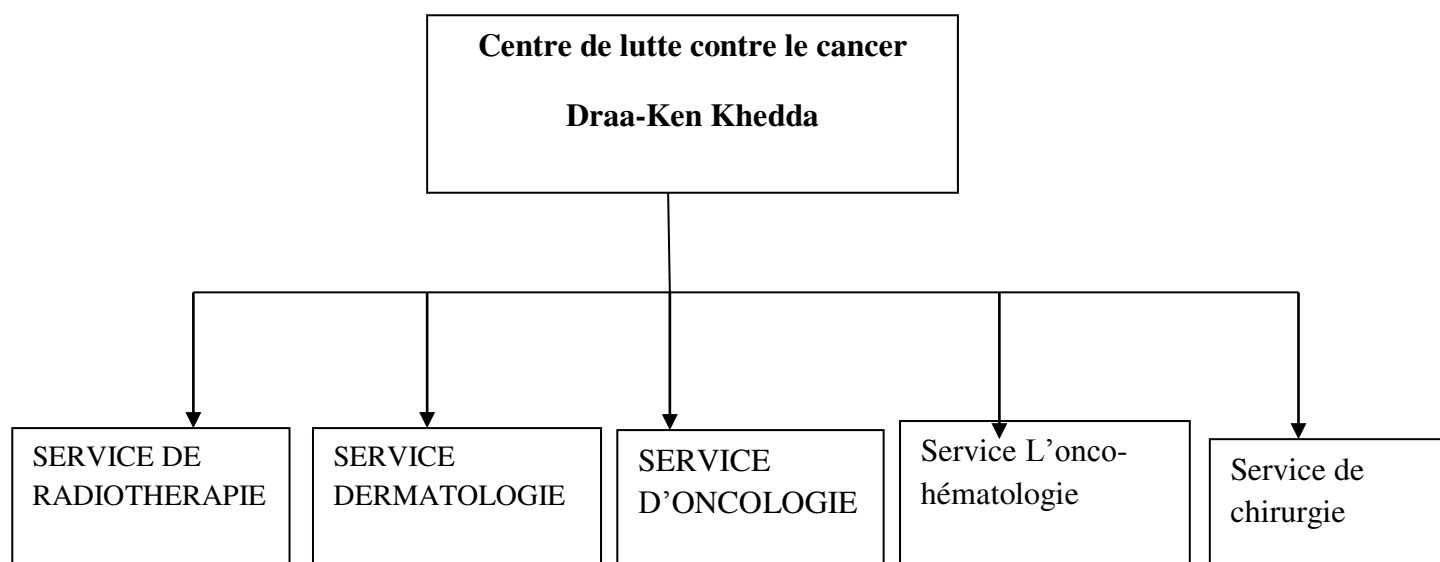
2.1. Présentation Du Centre Draa Ben Khedda (CLCC) :

C'est un centre de lutte contre le cancer qui consiste à prendre en charge des malades cancéreux sur le plan chirurgicale, oncologue radiothérapie.

La mise en place de centres anticancer dans les différentes wilayas, notamment les services de radiothérapie et l'ouverture des structures privées ont permis à des centaines de patients de bénéficier de ce traitement qui est d'ailleurs indispensable pour certains cancers. Mis en service en janvier 2019, le centre anti cancer de Draâ Ben Khedda, dans la wilaya de Tizi Ouzou, est aujourd'hui un exemple de réussite à suivre.

Un centre qui vient enfin soulager la population locale, dont de nombreux patients sont contraints de se déplacer dans d'autres wilayas du pays. «Ce qui permet également de réduire la charge sur les autres centres, tels que Blida et Alger, où tous les malades de la wilaya de Tizi Ouzou sont pris en charge», relève le Pr Ziri, le DSP de Tizi Ouzou qui rappelle que l'incidence du cancer est en augmentation dans la wilaya, où quelque 12 000 cas, toutes localisations confondues, sont enregistrés chaque année. «Actuellement, 150 patients nécessitant une radiothérapie sont programmés par jour.

Schémas N°3 :



2.1.1. Le processus de dépistage des actions de sensibilisation

Consiste à informer les passions sur le risque du cancer des seins à partir d'un certain âge, d'où l'intérêt de dépistage qui permet de découvrir la maladie à un stade précoce

L'action de dépistage permet de découvrir un cancer a un stade précoce où la maladie n'est pas encore symptomatique ce qui permettent d'assurer une prise entaient charge pour la patiente et permettre la guerisson parce que généralement c'est des stades après une action de dépistage

Le dépistage du cancer du sein consiste en un l'examen clinique des 2 seins la patiente va faire une mammo échographie Villa intégral elle va revenir au médecin qui a demandé

L'examen, une fois le résultat reçu on oriente la Passion selon le cas

Dans tous les un a deux type de résultat soit

2.1.2. Maladie résultats benin :

Pour ce cas il faut du surveillance régulière que l'oncologue connee, c'est des patientes qu'il surveille, en conclusion, soit tous les 3 mois ou 6 mois vois les pathologies benin qui ne nécessite aucune surveillance dans le cas d'un concert du sein la malade oriente vers un chirurgien, un oncologue vois un radiothérapeute pour une prise en charge totale de sa maladie cancéreuse .

Leur but dépister la maladie à un stade précoce :

Le dépistage permet la guérison et de réduit le cout de la maladie sur le plan économique que une maladie très avancé qui nécessite des années de prise en charge

le dépistage consiste à découvrir la maladie un stade qui est symptomatique

chez une patiente qui est en bonne santé elle n'a aucun symptôme ça touche une tranche d'âge, pas tous les patientes c'est des patientes à partir de l'âge de 40 ans

les hôpitaux algérienne n'ont pas de mammographie, en général les patientes le fond chez le privé le centre essaie d'avoir une convention avec le privé par le billet d'association par des bien faiteurs ils leur aide pour un peu réduire le coût de la mamographie pour permettre à ses patientes de les faire normalement c'est l'état qui organise, il essaie toujours de faire cette mammographie à un prix réduit ou à moitié prix en contactant des associations pour par exemple association el fedjr elle les à aider à réduire de la prise en charge les coûts de la mammographie et des biens faitiers, des radiologues privé

Ils ont une aide est accepté de prendre en charge sur tous les cas sociaux à moitié prix

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

La patiente revient avec la mammographie et lorsque le concert est là il est révélé elle vient à un chirurgien, chez l'oncologue et chez le thérapeute pour la prise en charge de la maladie.

2.2. La prise en charge de dépistage du cancer du sein :

2.2.1. Radiothérapie pour le cancer du sein

En radiothérapie, on a recours à des rayons ou à des particules de haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses. On administre souvent une radiothérapie pour traiter le cancer du sein. Votre équipe de soins prendra en considération vos propres besoins pour choisir le type de radiothérapie, la dose à administrer, la façon de le faire et l'horaire à suivre. Vous pourriez aussi recevoir d'autres traitements.

On administre la radiothérapie pour différentes raisons. Vous pouvez recevoir une radiothérapie pour :

- réduire le risque de réapparition, ou récurrence, du cancer après la chirurgie (traitement adjuvant);
- réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie (traitement néoadjuvant);
- traiter un cancer du sein qui réapparaît, ou récurrence, dans la région où la mastectomie a été pratiquée;
- soulager la douleur ou contrôler les symptômes d'un cancer du sein de stade avancé (traitement palliatif).

Les médecins ont recours à la radiothérapie externe pour traiter le cancer du sein. Lors de la radiothérapie externe, un appareil émet des radiations à travers la peau jusqu'à la tumeur et une partie du tissu qui l'entoure.

Il est possible que certaines femmes ne soient pas en mesure d'avoir une radiothérapie parce qu'elles en ont déjà reçu une au thorax ou au sein. Les médecins pourraient ne pas proposer la radiothérapie à des femmes atteintes de troubles pulmonaires, de dommages aux muscles cardiaques ou de certaines maladies des tissus conjonctifs.

2.2.1.1. Moment où l'on administre la radiothérapie

On administre la radiothérapie une fois que votre sein a guéri après la chirurgie. De 3 à 4 semaines sont habituellement nécessaires. Cela peut être plus long si vous attrapez une infection ou si vous avez des problèmes de cicatrisation. La recherche démontre qu'on peut administrer une radiothérapie pendant jusqu'à 8 à 12 semaines après la chirurgie.

Si la chimiothérapie et la radiothérapie font toutes les deux partie de votre plan de traitement, on donne habituellement la radiothérapie une fois que la chimiothérapie est terminée parce que les effets secondaires de certains médicaments administrés pour le cancer du sein peuvent être plus intenses si vous recevez en même temps une radiothérapie.

Il y a une liste d'attente dans certains centres de traitement, donc vous risquez de devoir patienter quelque temps avant de commencer la radiothérapie. Essayez de ne pas vous inquiéter si c'est le cas. Des chercheurs ont constaté qu'attendre jusqu'à 7 mois pour recevoir

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

une radiothérapie après une chirurgie (et une fois qu'une chimiothérapie a été administrée) ne fait pas augmenter le risque de réapparition du cancer dans le tissu mammaire (récidive locale).

2.2.1.2. Radiothérapie administrée après une chirurgie mammaire conservatrice

On administre presque toujours une radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice afin de réduire le risque de réapparition du cancer dans le sein. On dirige la radiothérapie externe vers tout le sein, dont la peau et les muscles du thorax. On pourrait aussi vous proposer d'inclure les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) dans le champ de traitement puisque la recherche démontre que cela peut réduire le risque de réapparition du cancer du sein et améliorer la survie.

Il arrive que les médecins administrent une dose supplémentaire, soit un complément d'irradiation, dans la région où on a enlevé la tumeur. Le complément d'irradiation peut être administré si :

- on observe des cellules cancéreuses dans le tissu enlevé avec la tumeur (marges chirurgicales positives);
- la tumeur mesure plus de 5 cm de large;
- le cancer est de haut grade;
- vous avez moins de 50 ans.

Vous pourriez ne pas avoir besoin d'une radiothérapie si tous les énoncés suivants s'appliquent :

- vous êtes âgée de 70 ans ou plus.
- la tumeur mesure 2 cm ou moins.
- le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques.
- les cellules cancéreuses ont des récepteurs hormonaux positifs et vous suivez une hormonothérapie.

2.2.1.3. Radiothérapie administrée après une mastectomie

Après une mastectomie, on peut administrer une radiothérapie externe à la région où le sein a été enlevé, aux ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) et aux ganglions lymphatiques qui sont devant l'épaule, près de la clavicule.

Les médecins peuvent proposer une radiothérapie après une mastectomie si :

- le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques;
- la tumeur mesure plus de 5 cm de diamètre;
- la tumeur a envahi la peau ou les muscles.

On n'administre habituellement pas de radiothérapie après une mastectomie si :

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

- la tumeur mesure moins de 5 cm;
- le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques;
- on n'observe pas de cellules cancéreuses dans le tissu enlevé avec la tumeur (marges chirurgicales négatives).

2.2.1.4. Effets secondaires

Peu importe le traitement du cancer du sein, il est possible que des effets secondaires se produisent, mais chaque personne les ressent différemment. Certaines en ont beaucoup alors que d'autres en éprouvent peu ou pas du tout.

Lors des séances de radiothérapie, l'équipe de soins protège le plus possible les cellules saines qui se trouvent dans la zone de traitement. Mais il est possible que les cellules saines soient endommagées et qu'elles provoquent ainsi des effets secondaires. Si des effets secondaires se manifestent, ils peuvent le faire n'importe quand pendant la radiothérapie, tout de suite après ou quelques jours voire quelques semaines plus tard. Il arrive que des effets secondaires apparaissent des mois ou des années à la suite de la radiothérapie (effets tardifs). La plupart disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains risquent de durer longtemps ou d'être permanents.

Les effets secondaires de la radiothérapie dépendent surtout de la taille de la région traitée, de la région spécifique traitée, de la dose totale et du mode d'administration. Certains troubles médicaux peuvent aggraver les effets secondaires de la radiothérapie.

Voici certains effets secondaires fréquents de la radiothérapie pour le cancer du sein :

- fatigue
- problèmes de peau
- changements de la taille et de la forme du sein
- changements des sensations ressenties dans le sein
- douleur au sein
- lymphœdème
- difficulté à bouger l'épaule
- dommages au cœur
- inflammation du poumon causée par une radiothérapie au thorax (poumon radiqué)

Avisez votre équipe de soins si vous éprouvez ces effets secondaires ou d'autres que vous croyez liés à la radiothérapie. Plus vite vous leur mentionnez tout problème, plus rapidement ils pourront vous dire comment aider à les soulager.

2.2.2. Chirurgie du cancer du sein

La plupart des femmes atteintes du cancer du sein auront une chirurgie. Le type de chirurgie que vous aurez dépend surtout de la taille et de l'emplacement de la tumeur, de la taille du sein, de la propagation du cancer dans les ganglions lymphatiques et de tout autre traitement que vous avez déjà reçu. Quand votre équipe de soins planifie la chirurgie, elle prend aussi en considération d'autres facteurs comme votre état de santé global et le type de chirurgie que vous souhaitez avoir.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

On peut pratiquer une chirurgie pour différentes raisons. Vous pouvez avoir une chirurgie pour :

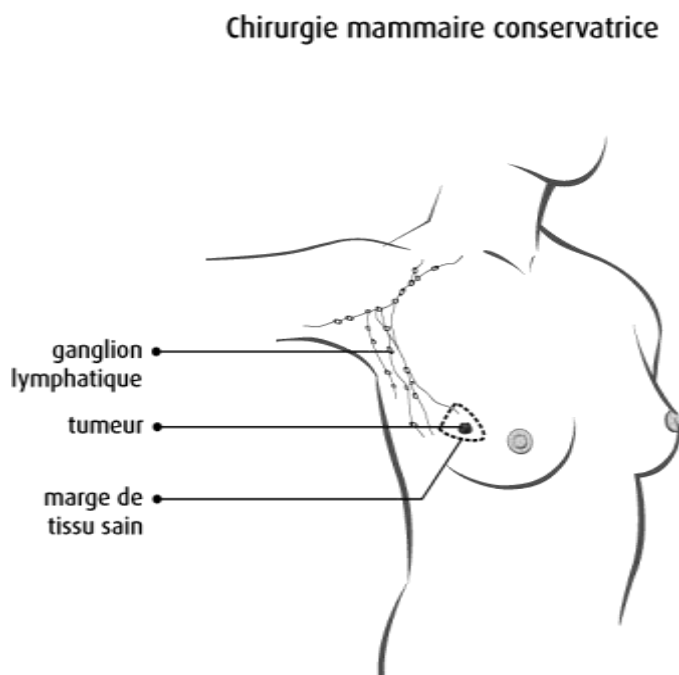
- enlever complètement la tumeur;
- vérifier la présence du cancer dans les ganglions lymphatiques ou les enlever;
- enlever un cancer qui est réapparu dans le sein (récidive locale);
- reconstruire le sein (reconstruction mammaire).

Il est possible qu'on administre une chimiothérapie avant la chirurgie, ce qu'on appelle une chimiothérapie néoadjuvante, pour réduire la taille d'une grosse tumeur afin de la rendre plus facile à enlever.

On a recours aux types suivants de chirurgie pour traiter le cancer du sein. Dans de nombreux cas, on peut pratiquer une chirurgie mammaire conservatrice ou une mastectomie. Votre équipe de soins vous expliquera vos options de traitement afin de vous aider à choisir celle qui vous convient. Le type de chirurgie pour lequel vous opterez peut avoir des conséquences sur d'autres traitements administrés avant ou après la chirurgie. Apprenez-en davantage sur la façon de choisir la chirurgie du sein qui vous convient.

2.2.2.1. Chirurgie mammaire conservatrice

La chirurgie mammaire conservatrice est parfois appelée tumorectomie. Ce type de chirurgie permet de garder, ou conserver, la plus grande partie possible du sein. Dans la plupart des cas, la chirurgie mammaire conservatrice est suivie d'une radiothérapie.



source : image d'une page sur le cancer

On peut proposer la chirurgie mammaire conservatrice si le chirurgien est en mesure d'enlever la tumeur au sein ainsi qu'une marge de tissu sain, et ce, sans danger, et tout en conservant suffisamment de tissu pour que le sein ait l'air naturel. Le sein est légèrement différent après une chirurgie mammaire conservatrice, mais il arrive souvent que les

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

changements soient très peu visibles. Après l'opération, le sein est plus petit et légèrement plus ferme et sa taille diffère un peu.

2.2.2.2. Comment se déroule la chirurgie mammaire conservatrice

On pratique la chirurgie mammaire conservatrice à l'hôpital sous anesthésie locale ou générale. Le chirurgien fait une petite coupure (incision) dans le sein, au-dessus ou près de la région anormale. Il enlève ensuite la région anormale ou la tumeur ainsi qu'une marge de tissu sain tout autour.

Après avoir enlevé la région anormale ou la tumeur, le chirurgien referme la peau à l'aide de points de suture ou d'agrafes spéciales. Puis on recouvre la plaie d'un bandage ou d'un pansement. L'équipe de soins enlève les points ou les agrafes une fois que l'incision s'est cicatrisée. Certains types de points fondent d'eux-mêmes.

2.2.2.3. Après la chirurgie mammaire conservatrice

L'équipe de soins envoie le tissu mammaire au laboratoire. Un pathologiste, soit un médecin qui se spécialise dans les causes et la nature des maladies, examine les bords du tissu prélevé à la recherche de cellules cancéreuses.

S'il n'y a aucune cellule cancéreuse dans les bords du tissu prélevé, on dit que les marges sont saines, ou négatives.

Si on observe des cellules cancéreuses dans les bords du tissu prélevé, on dit que les marges sont positives. Le chirurgien devra enlever plus de tissu puisque les cellules cancéreuses qui restent dans le sein peuvent former une tumeur ou se propager. On fera alors une autre chirurgie mammaire conservatrice pour enlever plus de tissu mammaire au même endroit ou bien une mastectomie pour enlever tout le tissu mammaire.

2.2.3. Mastectomie

Lors de la mastectomie, on enlève tout le sein. On y a recours pour traiter les tumeurs qui sont grosses comparativement à la taille du sein. On peut faire une mastectomie quand le cancer est présent dans plus d'une région du sein ou quand on a constaté que les marges chirurgicales étaient positives à la suite de la chirurgie mammaire conservatrice. On pratique également une mastectomie si le cancer réapparaît, ou récidive, dans le sein après une chirurgie mammaire conservatrice et une radiothérapie. Vous pourriez également décider d'avoir une mastectomie plutôt qu'une chirurgie mammaire conservatrice.

2.2.3.1. Types de mastectomie

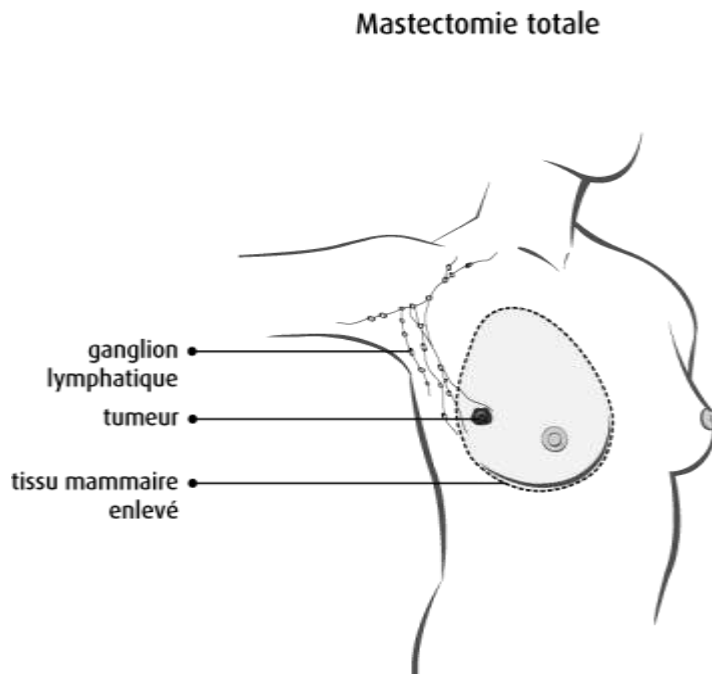
On peut proposer les types suivants de mastectomie.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

2.2.3.2. Mastectomie totale

La mastectomie totale, ou simple, permet d'enlever tout le sein et le tissu qui recouvre les muscles du thorax (fascia pectoral). Les ganglions lymphatiques, les nerfs et les muscles du thorax sont laissés en place. On peut enlever le mamelon.



Si vous souhaitez avoir une reconstruction mammaire, vos médecins peuvent tenter de faire une mastectomie sous-cutanée quand ils enlèvent le cancer. La mastectomie sous-cutanée ressemble à une mastectomie totale sauf que le chirurgien n'enlève pas la peau qui recouvre le sein. Cette approche signifie que la reconstruction mammaire ne laissera qu'un très petit nombre de cicatrices peu visibles.

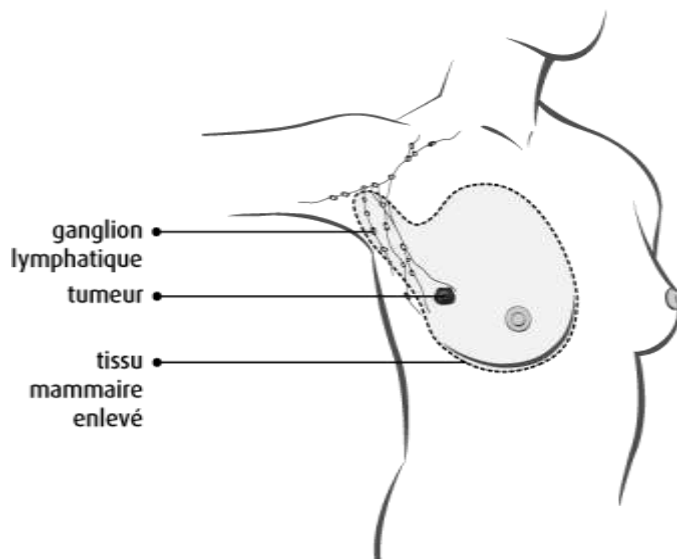
2.2.3.3. Mastectomie radicale modifiée

La mastectomie radicale modifiée permet d'enlever tout le sein, le mamelon, presque tous ou tous les ganglions lymphatiques à l'aisselle et le tissu qui recouvre les muscles du thorax (fascia pectoral). Les nerfs et les muscles sont habituellement laissés en place.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Mastectomie radicale modifiée



On a recours à ce type de mastectomie pour traiter le cancer du sein qui s'est propagé aux ganglions lymphatiques. La mastectomie radicale modifiée permet aussi de traiter le cancer inflammatoire du sein.

La mastectomie radicale est une opération qui permet d'enlever plus de muscles, de ganglions lymphatiques et d'autres tissus que la mastectomie radicale modifiée. On y a de nos jours très rarement recours pour traiter le cancer du sein.

2.2.3.4. Comment se déroule la mastectomie

On pratique la mastectomie à l'hôpital sous anesthésie générale. Après avoir enlevé le sein et d'autres tissus, le chirurgien peut insérer des tubes de plastique ou de caoutchouc dans la région où se trouvait le sein ou à l'aisselle. Ces tubes, ou drains, évacuent le sang et la lymphe qui s'accumulent lors de la guérison. Le chirurgien referme la peau à l'aide de points de suture ou d'agrafes spéciales. Puis on recouvre la plaie d'un bandage ou d'un pansement.

2.2.4. Chirurgies des ganglions lymphatiques

Dans le cadre du processus de stadification du cancer du sein, le chirurgien enlève les ganglions lymphatiques qui seront analysés afin de savoir s'ils sont atteints par le cancer.

2.2.4.1. Biopsie du ganglion sentinelle

Lors de la biopsie du ganglion sentinelle (BGS), on enlève le ganglion sentinelle afin de savoir s'il est atteint par le cancer. Le ganglion sentinelle est le premier ganglion lymphatique d'une chaîne ou d'un groupe ganglionnaire qui reçoit la lymphe provenant de la région qui entoure la tumeur. Les cellules cancéreuses se propageront le plus vraisemblablement au ganglion sentinelle. Il peut y avoir plus d'un ganglion sentinelle selon où les vaisseaux lymphatiques transportent la lymphe en provenance de la région qui entoure la tumeur.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

On propose une BGS si la tumeur au sein mesure moins de 5 cm et si les ganglions axillaires ne peuvent pas être sentis au toucher lors de l'examen physique. Si le ganglion sentinelle n'est pas atteint par le cancer, on n'a pas besoin d'enlever d'autres ganglions. Si le ganglion sentinelle est atteint par le cancer ou si les médecins sont incapables de le trouver, on pourrait proposer à la femme de choisir entre l'évidement ganglionnaire axillaire ou une radiothérapie de la région où se trouvent les ganglions axillaires.

Apprenez-en davantage sur la biopsie du ganglion sentinelle.

2.2.4.2.Évidement ganglionnaire axillaire

L'évidement ganglionnaire axillaire permet d'enlever les ganglions lymphatiques à l'aisselle (ganglions axillaires). C'est le type de chirurgie des ganglions lymphatiques le plus pratiqué quand le cancer du sein s'est propagé aux ganglions lymphatiques.

Apprenez-en davantage sur l'évidement ganglionnaire axillaire.

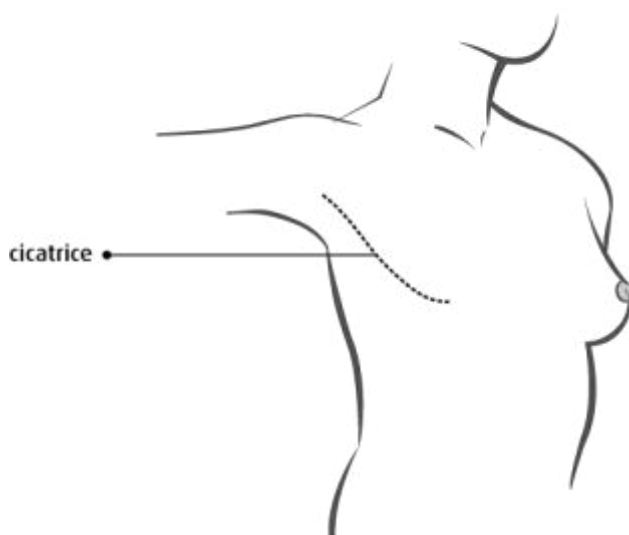
2.2.5. Après une chirurgie du cancer du sein

La chirurgie du cancer du sein peut être effectuée en consultation externe ou vous pourriez devoir être hospitalisée. La durée de l'hospitalisation dépend du type de chirurgie pratiqué, de votre état général de santé et de la façon dont vous vous sentez après l'opération.

Si le chirurgien a installé des drains lors de l'opération, il est possible qu'ils doivent rester en place lorsque vous retournerez chez vous. L'équipe de soins vous indiquera comment prendre soin de la région chirurgicale et des drains à la maison. On enlève les drains lorsque l'écoulement est léger.

L'équipe de soins enlève les points de suture ou les agrafes une fois que l'incision s'est cicatrisée. Certains types de points fondent d'eux-mêmes.

Thorax après une mastectomie



CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

2.2.5.1. Effets secondaires

Peu importe le traitement du cancer du sein, il est possible que des effets secondaires se produisent, mais chaque personne les ressent différemment. Certaines en ont beaucoup alors que d'autres en éprouvent peu.

Si des effets secondaires se manifestent, ils peuvent le faire n'importe quand pendant la chirurgie, tout de suite après ou quelques jours voire quelques semaines plus tard. Il arrive que des effets secondaires apparaissent des mois ou des années à la suite de la chirurgie (effets tardifs). La plupart disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains risquent de durer longtemps ou d'être permanents.

Les effets secondaires de la chirurgie dépendent surtout du type de chirurgie et de votre état de santé global. La chirurgie du cancer du sein peut causer ces effets secondaires :

- lymphœdème
- douleur ou difficulté à bouger le bras ou l'épaule
- engourdissements et picotements dans le bras
- changements de l'image corporelle et de l'estime de soi

2.2.6. Chimiothérapie du cancer du sein

En chimiothérapie, on a recours à des médicaments anticancéreux, ou cytotoxiques, pour détruire les cellules cancéreuses. De nombreuses femmes atteintes d'un cancer du sein reçoivent une chimiothérapie. Votre équipe de soins prendra en considération le type de cancer du sein dont vous êtes atteinte ainsi que vos propres besoins pour choisir les agents chimiothérapeutiques, les doses et les modes d'administration. Vous pourriez aussi recevoir d'autres traitements pour aider à atténuer les effets secondaires de la chimiothérapie.

On administre une chimiothérapie pour différentes raisons. Vous pouvez recevoir une chimiothérapie pour :

- réduire la taille d'une grosse tumeur avant la chirurgie (chimiothérapie néoadjuvante) si le cancer ne s'est pas propagé hors du sein ou des ganglions lymphatiques.
- détruire les cellules cancéreuses qui restent après la chirurgie et réduire le risque de réapparition, ou récurrence, du cancer (chimiothérapie adjuvante).
- traiter un cancer du sein qui réapparaît.
- soulager la douleur ou contrôler les symptômes d'un cancer du sein avancé (chimiothérapie palliative).

La chimiothérapie est habituellement un traitement systémique. Cela signifie que les médicaments circulent dans le sang pour atteindre et détruire les cellules cancéreuses dans tout le corps, dont celles qui auraient pu s'échapper de la tumeur primitive au sein.

En général, on administre la chimiothérapie aux 3 semaines. Il arrive qu'on l'administre aux 2 semaines, ce qu'on appelle alors chimiothérapie à dose-densité. Des études ont démontré que le protocole à dose-densité pourrait réduire davantage le risque de réapparition du cancer du sein ainsi qu'améliorer la survie.

2.2.6.1. Décider si la chimiothérapie est une option de traitement

Le niveau de risque de récurrence du cancer du sein après la chirurgie se base sur les éléments suivants :

- taille et grade de la tumeur
- propagation du cancer aux ganglions lymphatiques
- propagation du cancer aux vaisseaux lymphatiques ou aux vaisseaux sanguins
- statut des récepteurs hormonaux
- statut du récepteur HER2

On propose toujours une chimiothérapie aux femmes atteintes d'un cancer du sein qui risque fortement de récidiver puisqu'elle réduit considérablement ce risque. On n'offre habituellement pas de chimiothérapie aux femmes dont le cancer du sein risque peu de récidiver puisqu'elle ne réduit pas considérablement ce risque.

Si le cancer du sein dont vous êtes atteinte présente un risque moyen de récurrence, on pourrait vous proposer une chimiothérapie après que l'équipe de soins ait discuté avec vous des risques et des effets secondaires de la chimiothérapie.

On pourrait aussi proposer une chimiothérapie aux femmes atteintes d'un cancer du sein à risque faible ou modéré de récurrence dont le résultat au test Oncotype DX est élevé.

Vos médecins prendront votre état de santé global en considération lorsqu'ils décideront si la chimiothérapie est une option pour vous. Une femme atteinte d'une maladie cardiaque, par exemple, pourrait ne pas être en mesure de recevoir certains médicaments puisqu'ils sont susceptibles de causer plus de dommages à son cœur. D'autres problèmes de santé risquent d'affecter si vous pouvez ou non recevoir une chimiothérapie.

Si la chimiothérapie et la radiothérapie font toutes les deux partie de votre plan de traitement, on donne habituellement la radiothérapie une fois que la chimiothérapie est terminée parce que les effets secondaires de certains médicaments administrés pour le cancer du sein peuvent être plus intenses si vous recevez en même temps une radiothérapie.

2.2.6.2. Agents chimio thérapeutiques administrés pour le cancer du sein

On peut proposer de nombreux agents et associations chimio thérapeutiques différents comme traitement du cancer du sein.

Le type de cancer du sein dont vous êtes atteinte, votre état de santé global ainsi que votre situation personnelle et vos préférences affectent le type d'agents chimio thérapeutiques que votre médecin vous proposera. Si vous avez déjà reçu une chimiothérapie pour le cancer du sein par exemple, il est possible que votre médecin ne soit pas en mesure de vous administrer encore les mêmes médicaments. Vous devriez également discuter de vos priorités avec votre médecin, comme éprouver moins d'effets secondaires ou avoir la possibilité de concevoir des enfants plus tard.

Les différents agents et associations chimio thérapeutiques proposés dépendent du stade du cancer du sein.

2.2.6.3. Cancer du sein précoce ou localement avancé

Les médecins proposent habituellement une chimiothérapie pour traiter le cancer du sein précoce (stade 1A, 1B ou 2A) dont le risque de récurrence est élevé ou le cancer du sein localement avancé (stade 2B, 3A, 3B ou 3C). En général, la chimiothérapie qu'on administre pour ces stades du cancer du sein est une association de plusieurs médicaments puisque la recherche démontre que cela est plus efficace que l'administration d'un seul médicament.

On peut proposer les associations suivantes. La plupart de ces agents chimiothérapeutiques sont administrés à l'aide d'une aiguille insérée dans une veine (voie intraveineuse) :

- AC-T – doxorubicine (Adriamycin) et cyclophosphamide (Procytox) suivies de paclitaxel (Taxol)
- T-AC – paclitaxel ou docétaxel (Taxotere) suivis de doxorubicine et de cyclophosphamide
- TC – paclitaxel et cyclophosphamide
- doxorubicine et cyclophosphamide suivies de docétaxel
- CAF (ou FAC) – cyclophosphamide (sous forme de pilule), doxorubicine et 5-fluorouracil (Acrucil, 5-FU)
- FAC suivi de docétaxel ou de paclitaxel
- CEF (ou FEC) – cyclophosphamide (sous forme de pilule), épirubicine (Pharmorubicin) et 5-fluorouracil
- CEF suivi de docétaxel ou de paclitaxel
- EC – épirubicine et cyclophosphamide
- carboplatine (Paraplatin, Paraplatin AQ) et docétaxel
- docétaxel et cyclophosphamide
- capécitabine (Xeloda) adjuvante après une association chimio thérapeutique néoadjuvante

Les femmes dont le cancer du sein est HER2 positif pourraient aussi recevoir un médicament ciblé avec leur association chimio thérapeutique. On administre habituellement du trastuzumab (Herceptin).

2.2.6.4. Cancer du sein avancé

Quand le cancer du sein est avancé (métastatique), cela signifie qu'il s'est propagé à d'autres parties du corps. C'est un cancer de stade 4.

Les médecins n'emploient souvent qu'un seul agent chimio thérapeutique pour traiter le cancer du sein avancé puisque cela provoque moins d'effets secondaires qu'une association de médicaments. Cependant, on peut aussi avoir recours à une association chimio thérapeutique.

Il n'y a pas d'agent chimio thérapeutique ou d'association chimio thérapeutique standard pour le cancer du sein de stade avancé. On administre une chimiothérapie tant que le cancer y réagit et que les effets secondaires ne posent pas de problèmes. Une fois que le cancer ne réagit plus à la chimiothérapie, le médecin peut proposer un médicament différent.

Les agents chimio thérapeutiques suivants peuvent être administrés seuls :

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

- doxorubicine
- doxorubicine liposomale pégylée (Caelyx)
- paclitaxel
- nab-paclitaxel (Abraxane)
- capécitabine
- gemcitabine (Gemzar)
- vinorelbine (Navelbine)
- cyclophosphamide
- carboplatine
- docétaxel
- cisplatine (Platinol AQ)
- épirubicine

On peut proposer les associations chimio thérapeutiques suivantes pour traiter le cancer du sein avancé :

- CAF (ou FAC) – cyclophosphamide, doxorubicine et 5-fluorouracil
- CEF (ou FEC) – cyclophosphamide, épirubicine et 5-fluorouracil
- AC – doxorubicine et cyclophosphamide
- EC – épirubicine et cyclophosphamide
- docétaxel et capécitabine
- gemcitabine et paclitaxel
- gemcitabine et carboplatine

Les femmes atteintes d'un cancer du sein HER2 positif pourraient aussi recevoir un ou plusieurs des médicaments ciblés suivants avec certaines des associations chimiothérapeutiques énumérées ci-dessus :

- trastuzumab (Herceptin)
- pertuzumab (Perjeta)
- trastuzumab emtansine (Kadcyla)

2.2.6.5. Récidive de cancer du sein

Le traitement proposé pour la récidive du cancer du sein dépend de la propagation du cancer, c'est-à-dire s'il ne s'est pas propagé au-delà du sein et des ganglions lymphatiques (cancer localisé) ou s'il s'est propagé (métastases) à d'autres parties du corps.

On traite la récidive de cancer du sein localisé de la même façon que le cancer du sein précoce ou localement avancé. Votre équipe de soins vous proposera des traitements en fonction des agents chimio thérapeutiques ou autres traitements déjà reçus pour le cancer du sein. Le traitement se base également sur l'intervalle entre la fin de vos premiers traitements et la récidive.

On traite la récidive de cancer du sein métastatique comme un cancer du sein qui était métastatique lors du diagnostic.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

2.2.6.5. Médicaments de soutien

Il est possible que votre équipe de soins vous offre les médicaments suivants pour aider votre corps à faire face aux effets secondaires du traitement du cancer, en particulier si on vous administre une chimiothérapie sur une plus courte période (chimiothérapie à dose-densité).

On peut administrer des facteurs de stimulation des colonies avec certaines associations d'agents chimio thérapeutiques employées pour traiter le cancer du sein. Ils aident à accroître le nombre de globules blancs.

Les antinauséux peuvent être proposés pour soulager la nausée et les vomissements causés par certains agents chimiothérapeutiques employés pour traiter le cancer du sein.

On pourrait vous prescrire des antibiotiques pour réduire le risque d'infection en cours de chimiothérapie.

2.2.6.6. Effets secondaires

Peu importe le traitement du cancer du sein, il est possible que des effets secondaires se produisent, mais chaque personne les ressent différemment. Certaines en ont beaucoup alors que d'autres en éprouvent peu ou pas du tout.

La chimiothérapie peut causer des effets secondaires puisqu'elle risque d'endommager les cellules saines tout en détruisant les cellules cancéreuses. Si des effets secondaires se manifestent, ils peuvent le faire n'importe quand pendant la chimiothérapie, tout de suite après ou quelques jours voire quelques semaines plus tard. Il arrive que des effets secondaires apparaissent des mois ou des années à la suite de la chimiothérapie (effets tardifs). La plupart disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains risquent de durer longtemps ou d'être permanents.

Les effets secondaires de la chimiothérapie dépendent surtout du type de médicament, de l'association de médicaments, de la dose, de la façon de l'administrer et de votre état de santé global. Voici certains effets secondaires fréquents des agents chimiothérapeutiques administrés pour traiter le cancer du sein :

- nombre peu élevé de cellules sanguines
- infection
- nausées et vomissements
- douleur dans la bouche et mal de gorge
- perte de poils et de cheveux
- diarrhée
- constipation
- fatigue
- perte d'appétit
- ménopause provoquée par le traitement
- changements cognitifs
- dommages au système nerveux
- troubles de la fertilité

2.2.7. Hormonothérapie pour le cancer du sein

On administre parfois une hormonothérapie pour traiter le cancer du sein. C'est un traitement qui ajoute, bloque ou enlève des hormones. Les hormones sont des substances qui contrôlent certaines fonctions du corps, dont la façon dont les cellules agissent et se développent. Modifier les taux d'hormones ou bloquer certaines hormones peut ralentir la croissance et la propagation des cellules du cancer du sein. On peut avoir recours à des médicaments, à la chirurgie ou à la radiothérapie pour modifier les taux d'hormones ou en bloquer les effets.

On administre une hormonothérapie seulement quand les récepteurs hormonaux du cancer du sein sont positifs. Cela signifie que les cellules cancéreuses ont des récepteurs pour l'œstrogène (ER+), la progestérone (PR+) ou les deux. Quand les cellules cancéreuses ont ces récepteurs, les hormones peuvent s'y fixer et aider ces cellules à croître. La recherche a démontré que l'administration d'une hormonothérapie après une chirurgie et une radiothérapie réduit le risque de réapparition du cancer du sein et améliore la survie.

On analyse toujours le tissu cancéreux du sein afin de vérifier la présence de récepteurs hormonaux (cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs) ou l'absence de récepteurs hormonaux (cancer du sein à récepteurs hormonaux négatifs). Apprenez-en davantage sur l'analyse du statut des récepteurs hormonaux.

On peut vous proposer une hormonothérapie pour :

- réduire le risque qu'un cancer du sein non infiltrant, un carcinome canalaire in situ (CCIS) ou un carcinome lobulaire in situ (CLIS) n'engendre un cancer du sein infiltrant;
- réduire le risque qu'un cancer du sein infiltrant réapparaisse (récidive) en détruisant les cellules cancéreuses qui restent après la chirurgie et la radiothérapie (traitement adjuvant);
- réduire la taille d'une grosse tumeur avant la chirurgie (traitement néoadjuvant);
- traiter un cancer du sein localement avancé (stade 2B, 3A, 3B ou 3C) ou récidivant;
- soulager la douleur ou contrôler les symptômes d'un cancer du sein avancé, ou métastatique (chimiothérapie palliative).

Votre médecin prendra votre état de santé global en considération quand il décidera si l'hormonothérapie est une option pour vous. Certains problèmes de santé peuvent signifier que vous ne pouvez pas recevoir certains types d'hormonothérapie. On parle entre autres d'os amincis et fragiles (ostéoporose) ou d'un risque élevé de faire des caillots sanguins.

Votre médecin prendra aussi en considération que vous soyez ou non ménopausée ainsi que le stade du cancer quand il décidera si l'hormonothérapie est une option pour vous. Ces facteurs affectent également le choix des médicaments hormonaux qui pourraient vous être proposés.

Certaines femmes décident de ne pas commencer l'hormonothérapie juste après la chirurgie ou la chimiothérapie. Même après avoir reçu d'autres traitements, elles peuvent choisir de suivre une hormonothérapie. Des études démontrent que l'hormonothérapie peut réduire le risque de récurrence peu importe quand vous la commencez.

2.2.7.1. Médicaments hormonaux

Les 2 types d'hormonothérapie les plus souvent administrés pour traiter le cancer du sein sont les anti-œstrogènes et les inhibiteurs de l'aromatase. Si le cancer du sein cesse de réagir à un type de médicament, votre médecin peut en essayer un autre.

- **Antagonistes des récepteurs des œstrogènes**

Les antagonistes des récepteurs des œstrogènes sont des médicaments qui se fixent directement aux récepteurs des œstrogènes sur les cellules cancéreuses et qui bloquent ces récepteurs dans le but d'empêcher les cellules cancéreuses d'utiliser l'œstrogène. Les antagonistes des récepteurs des œstrogènes n'affectent pas le taux d'œstrogène dans le corps. On les appelle aussi modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques (MSRE).

- **Tamoxifène**

Le tamoxifène (Nolvadex, Tamofen) est le médicament anti-œstrogénique le plus souvent employé. On l'administre aux femmes post ménopausées et aux femmes pré ménopausées. Le tamoxifène se prend par la bouche (voie orale) sous forme de pilule.

Le tamoxifène est le médicament hormonal le plus administré pour réduire le risque qu'un CCIS ou qu'un CLIS n'évolue en cancer du sein infiltrant.

Le tamoxifène accroît très légèrement le risque de cancer de l'utérus, de thrombose veineuse profonde (TVP) et d'accident vasculaire cérébral. Les médecins pèsent soigneusement les risques et les bienfaits de ce médicament avant de le proposer aux femmes qui ont des antécédents personnels ou d'importants antécédents familiaux de ces affections. En général, les bienfaits du tamoxifène l'emportent sur ces risques.

- **Fulvestrant**

Le fulvestrant (Faslodex) est un médicament anti-œstrogénique qui réduit le nombre de récepteurs d'œstrogènes sur les cellules cancéreuses du sein. On l'administre par injection dans un muscle des fesses.

On a recours au fulvestrant pour traiter les femmes postménopausées dont le cancer du sein s'est développé après un traitement au tamoxifène. On l'administre également aux femmes postménopausées atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique qui n'a jamais été traité par hormonothérapie.

- **Inhibiteurs de l'aromatase**

L'aromatase est une enzyme que le corps utilise pour fabriquer de l'œstrogène dans des régions autres que les ovaires, comme le tissu graisseux et les glandes surrénales. Les inhibiteurs de l'aromatase sont des médicaments qui interrompent la production d'aromatase ou qui en bloquent l'action, ce qui réduit le taux d'œstrogène dans le corps.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Les inhibiteurs de l'aromatase sont administrés seulement aux femmes postménopausées. Après la ménopause, les ovaires ne produisent plus d'œstrogène, mais il est encore fabriqué par le tissu graisseux, les glandes surrénales et d'autres parties du corps. Comme les inhibiteurs de l'aromatase interrompent la production d'œstrogène dans ces régions, il n'y a que très peu d'œstrogène dans le corps que les cellules cancéreuses peuvent utiliser.

Les inhibiteurs de l'aromatase ne sont pas efficaces chez les femmes préménopausées puisque ces médicaments n'ont aucun effet sur les ovaires, où la plus grande partie de l'œstrogène est fabriquée avant la ménopause.

On administre les inhibiteurs de l'aromatase par la bouche (voie orale) sous forme de pilule. Ceux qui sont employés le plus couramment pour traiter le cancer du sein sont les suivants :

- létrozole (Femara)
- anastrozole (Arimidex)
- exémestane (Aromasin)

Une hormonothérapie à base d'inhibiteurs de l'aromatase peut provoquer la perte de densité osseuse appelée ostéoporose. Votre équipe de soins vous donnera des suppléments pour réduire le risque d'ostéoporose, mais certaines femmes pourraient devoir arrêter de prendre des inhibiteurs de l'aromatase à cause de cet effet secondaire.

• Inhibition de l'activité ovarienne et suppression ovarienne

L'inhibition de l'activité ovarienne et la suppression ovarienne sont des traitements qui empêchent les ovaires de fabriquer de l'œstrogène. Réduire le taux d'œstrogène dans le corps peut aider à empêcher les cellules du cancer du sein de croître.

La suppression ovarienne engendre une ménopause permanente et on y parvient par chirurgie ou radiothérapie.

- Enlever les ovaires par chirurgie (ovariectomie) est la méthode privilégiée pour les femmes plus âgées qui sont préménopausées et qui ne souhaitent plus porter d'enfants.
- On n'a pas souvent recours à la radiothérapie, mais on peut la proposer aux femmes qui ne peuvent pas subir de chirurgie. Habituellement, 3 mois sont nécessaires pour réduire le taux d'œstrogène.

L'inhibition de l'activité ovarienne est l'emploi de médicaments pour réduire ou interrompre la production d'œstrogène par les ovaires. Elle provoque une ménopause temporaire. Ces médicaments sont des analogues de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LHRH). Les analogues de la LHRH les plus fréquemment employés pour l'inhibition de l'activité ovarienne sont les suivants :

- goséréline (Zoladex)
- leuprolide (Lupron, Lupron Depot, Eligard)
- buséréline (Suprefact)

On administre les analogues de la LHRH par injection sous la peau. On le fait pendant 3 à 5 ans.

2.2.7.2. Hormonothérapie adjuvante pour les femmes postménopausées

L'hormonothérapie adjuvante administrée aux femmes postménopausées comporte le tamoxifène (anti-œstrogénique) et des inhibiteurs de l'aromatase.

On peut vous proposer l'une des options suivantes :

- seulement du tamoxifène (Nolvadex, Tamofen) pendant jusqu'à 10 ans
- seulement un inhibiteur de l'aromatase pendant jusqu'à 10 ans
- du tamoxifène pendant 5 ans, puis un inhibiteur de l'aromatase pendant jusqu'à 5 ans (pour une hormonothérapie ne dépassant pas 10 ans)
- du tamoxifène pendant 2 à 3 ans suivi d'un inhibiteur de l'aromatase pendant 2 à 3 ans, ou bien un inhibiteur de l'aromatase suivi de tamoxifène pour une hormonothérapie d'une durée maximale de 5 ans
- un inhibiteur de l'aromatase pendant 2 à 3 ans suivi de tamoxifène

2.2.7.2. Hormonothérapie adjuvante pour les femmes préménopausées

L'hormonothérapie adjuvante administrée aux femmes préménopausées peut comprendre la prise de tamoxifène pendant 5 ans.

Après 5 ans, votre équipe de soins vous fera passer des prises de sang afin de savoir si vous êtes ménopausée. Ces analyses révèlent la quantité d'œstrogène ou d'hormone folliculostimulante (FSH) dans le sang. Un faible taux d'œstrogène et un taux élevé de FSH dans le sang indiquent que vous êtes ménopausée.

- Si vous êtes encore en préménopause, vous pouvez continuer à prendre du tamoxifène pour une durée maximale totale de 10 ans.
- Si vous êtes ménopausée, votre équipe de soins peut vous proposer de continuer à prendre du tamoxifène pour une durée maximale totale de 10 ans ou de prendre plutôt un inhibiteur de l'aromatase pendant jusqu'à 5 ans (pour une hormonothérapie ne dépassant pas 10 ans).

On peut proposer aux femmes plus âgées qui sont préménopausées et qui ne souhaitent plus porter d'enfants la suppression ovarienne ou l'inhibition de l'activité ovarienne ainsi que la prise de tamoxifène ou d'un inhibiteur de l'aromatase pendant jusqu'à 10 ans.

2.2.7.3. Effets secondaires

Peu importe le traitement du cancer du sein, il est possible que des effets secondaires se produisent, mais chaque personne les ressent différemment. Certaines en ont beaucoup alors que d'autres en éprouvent peu ou pas du tout.

Si des effets secondaires se manifestent, ils peuvent le faire n'importe quand pendant l'hormonothérapie, tout de suite après ou quelques jours voire quelques semaines plus tard. Il arrive que des effets secondaires apparaissent des mois ou des années à la suite de l'hormonothérapie (effets tardifs). La plupart disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains risquent de durer longtemps ou d'être permanents.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Les effets secondaires de l'hormonothérapie dépendent surtout du type de médicament, de la dose du médicament ou de l'association de médicaments et de votre état de santé global. Voici certains effets secondaires fréquents de l'hormonothérapie administrée pour traiter le cancer du sein :

- bouffées de chaleur, transpiration et autres symptômes de la ménopause provoquée par le traitement
- troubles sexuels
- gain de poids
- constipation
- diarrhée
- nausées
- amincissement des poils et des cheveux (en particulier avec l'exémestane et le létrozole)
- ostéoporose – avec les inhibiteurs de l'aromatase
- fatigue
- troubles de la fertilité
- écoulements vaginaux anormaux
- taux de cholestérol élevé

2.3. La coordination entre le centre et l'association El Fedjr :

L'action publique DSP organisé durant toute l'année de dépistage avec des association. le centre à une collaboration avec l'association El Fedjr ,

Ils ont organisé le dépistage du cancer du sein qui a permet de dépister 1400 patientes comme les hôpitaux non pas de mammographie le centre essaie d'avoir une convention avec le privé par le billet d'association

L'association El Fedjr aide le centre ou l'état à réduire les coûts de la prise en charge de la mammographie.

CHAPITRE III

EFFICACITE DE L'ACTION PUBLIQUE DE SANTE ET LE ROLE DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Conclusion

L'hôpital de CAC (centre anti-cancer) situe en plaine cœur de DERRA BEN KHEDAA, c'est un établissement dans région spécialisé dans le traitement et diagnostic du cancer, cet hôpital public et dot de moyens révolutionnaires et de matériels ainsi d'une équipe médicale de pointe, elle est considère comme une référence en la matière.

L'heure ou les thérapeutiques innovantes se multiplient a travers de nouvelles techniques toujours plus pointilleuses, le CAC essaie de toujours se mettre en conformité avec ce qu'il ya de meilleure au monde. Leurs services ne sont pas tous accessible ils ont ouvert juste le service de l'enfant et sur le cancer du sein.

Il organise durent toute l'année des dépistages surtout avec des associations. ils ont une collaboration avec l'association EL FADJER ils ont organise le dépistage du cancer de sein qui a permis de dépiste 1400 patiente.

L'association EL FEDJER est une association d'aide aux personnes atteintes du cancer pour une meilleure qualité de vie des personne atteinte de cette maladies et pour que l'espoir naisse.

Leur objet et d'aide et de soutenir les malades pendant la durée de leur traitement médicale et d'aide l'accès aux soins, et aussi de gère une chaine de solidarité pour réalise les actions de l'association .

Conclusion générale

Conclusion Générale

Vivre avec ses propres maladies ou vivre avec les maladies d'un proche est aujourd'hui un enjeu de société, en effet des maladies autrefois mortels sont devenu des maladies chroniques, c'est-à-dire des maladies caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent.

La santé ne se limite pas à l'absence de maladies ou d'infirmité, c'est un concept très large et ses déterminants sont multiples complexes, et c'est de là où l'intérêt d'une approche multifactorielle de santé et des problèmes de santé.

Une meilleure santé contribue également de manière importante au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivent plus longtemps.

Les maladies dangereuses est un mal qui est à même d'altérer la santé d'un individu, mais ce dernier nécessite un suivi qui peut paraître parfois long et complexe.

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Le cancer du sein tient le triste palmarès de 1^{er} cancer féminin en termes de fréquence.

-L'objectif principal de notre étude est de montrer les moyens de lutte contre le cancer du sein.

-L'objectif de recherche auxquelles nous avons tenté de répondre :

- Chercher les moyens de lutte contre le cancer du sein au niveau de CAC et l'association EL FEDJER.

-La méthode de traitement au sein de CAC ainsi l'impact du traitement sur la réduction de la maladie et l'élimination totale ou partielle de ses symptômes.

-Le rôle du mouvement associatif (Association EL FADJER de TIZI-OUZOU) dans la défense contre le cancer du sein.

De ce fait nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté le concept du cancer en général et plus particulièrement le cancer du sein ainsi les différents facteurs de risque engendrent et favorisant son apparition et son développement et enfin les moyens thérapeutiques utilisés dans le traitement de cette même maladie.

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but d'approfondir nos connaissances sur l'un des moyens de traitements du cancer du sein pour ce faire, nous avons adopté une étude qualitative par le biais des entretiens non directifs réalisés avec les différents personnels et responsables : le directeur du département de la physique nucléaire et la radio protection, chef du secrétariat de la radiothérapie et les autres services tels que la dermatologie, oncologie (adulte), chirurgie, oncologie (enfant) et les médecins au

Conclusion générale

sein du CAC de DBK spécialisé dans le diagnostic et le traitement des pathologies cancéreuses

Comme nous avons adopté une étude sur l'association AL FADJER de TIZI-OUZOU qui se compose de plusieurs bureaux régionaux, le beauty club a eu l'immonce plaisir de rencontrer deux membres des bureaux au Blida, le DR Elhadj Mokrachi président de l'association et Madame Saadi Karima la trésorière, le bureau de Blida est composé de 15 membres et plus de 1910 adhérents, son but est la sensibilisation, de soutien et d'aide aux personnes atteintes du cancer. Cette étude nous a permis de déterminer les moyens de lutte contre le cancer du sein et de faire dépister ces maladies par CAC et association EL FADJR.

Nous retenons quelques conclusions :

- La santé revêt une importance pour tous les êtres humains dans le monde, quelles que soient les différences. La santé est notre bien le plus précieux, ce concept est défini selon différentes approches, les maladies sont des facteurs qui influencent négativement la santé. De ce fait, elles engendrent des coûts de différentes catégories ce qui fait appel à la nécessité de la maîtrise des dépenses de santé.
- L'économie de la santé et le management hospitalier en particulier sont des champs disciplinaires très importants dans le domaine économique car ils font face à plusieurs contraintes, de ce fait il s'intéresse à une meilleure allocation des ressources afin de prendre des bonnes décisions.
- La mise en place d'un programme de dépistage permet de découvrir et de traiter précocement un cancer débutant chez une personne en bonne santé avant l'apparition de tout symptôme, le traitement en sera alors moins lourd et les chances de guérison plus grandes.

BIBLIOGRAPHIES

Les mémoires

1-BELMOKHETAR Sabrina , BENDOU Nouara , le dépistage comme un levier pour la réduction des coûts de la prise en charge des maladies cancéreuses en Algérie étude de cas : Etablissement hospitalier privé CHAHIDS MAHMOUDI de Tizi – Ouzou (Université Mouloud Mammeri Tizi_Ouzou) .

2- Mansouri Bouchra Caractérisation épidémiologique- génétique de la population de Tlemcen par le cancer du col de l'utérus. (Université Tlemcen).

3- . DAMENE Noureddine . DJOUDI Djamel Le cheminement du malade en milieu hospitalier : les dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du malade. Cas du CHU de Tizi-Ouzou (Université Mouloud Mammeri Tizi_Ouzou).

4-GHRIEB Soumia , MEBARKT Fatma , Etat des lieux du plan cancer en Algérie 2014-2019 Université de Blida Faculté de Médecine .

5- HAMADI Lydia, HAMIDI Ahmed .Mise en place de la prise en charge par radiothérapie du cancer du sein Étude de cas: Etablissement hospitalier privé CHAHIDS MAHMOUDI de Tizi-Ouzou. 2018, (Université Mouloud Mammeri Tizi_Ouzou).

Articles et documents

-OMS/ les maladies cancéreuses

-OMS/ lutte contre le cancer du sein 2003

- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF).

-Définitions, approches et concepts en santé publique Pr M. Mrabet

- Le cancer » Comment se forme une tumeur FONDATION CONTRE LE CANCER.

-Santé publique-Master USSAC/2018

- Le dico des définitions. Définition de santé. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/sante>

BIBLIOGRAPHIES

- Sante publique master : PR M. MRABET APPROCHE ET CONCEPT DE SANTE
- COUR « cancérologie « 1 années médecin « cytologie «
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/maladie>
- La lutte anticancéreuse en Algérie. In www.santemaghreb.com rubrique « Histoire de l'Algérie médicale » OMS (1984) le cancer est aussi un problème dans le tiers-monde. Relevé Epidemiol Hebd no 17
- Pour mieux comprendre et prévenir le cancer du sein association LE SOUK
- Les associations Comité éditorial de l'UVMaF 2014
- L'association el Amel Dr M. GUENDOUIZ.
- Sur le cancer du sein association d'aide aux malades atteintes du cancer en collaboration avec Le Centre Anti Cancer de Blida et Le Centre Pierre et Marie Curie d'Alger
- Le cancer du sein ; association contre le cancer du sein (EUROPA DONNA France
- Conférence on Computational Intelligence (CCI) sur la prévention des maladies cornique
- Agence National d'accréditation et dévaluation en sante (ANAES 1995)
- Institut national de santé publique du Québec. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec .
- Comité scientifique, octobre, 2008 49 Moniteur belge 22/12/2000 – Protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie 50 Agence de la santé publique du Canada.
- Institut National du Cancer. Cancer du sein non métastatique 2010. Disponible sur : www.e-cancer.fr.
- « Fausses évidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein », Santé publique, disponible sur <http://kce.fgov.be/Download>.
- Le cancer, Ce qu'il faut savoir sur la chimiothérapie, Paris : Presses universitaires de France, 2003.

BIBLIOGRAPHIES

Les ouvrages

- Les Johnson KC, Hu J, Mao Y. Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994-97. The Canadian Cancer Registries Epidemiology Research
- BRAS Pierre-louis et al, «Traité d'économie et de gestion de la santé».France: Editions de santé, 2009, p.05..
- BERESNIAK, Ariel, DURU, Gérard. Économie de la santé.6ème édition .Paris : édition MASSON, janv. 2008
- Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prévention of breast cancer. Annu Rev Publ Health 1996.
- Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW, et al. Mammographic densities and breast cancer risk. Cancer EpidemiolBiomarkersPrev 1998.
- Junod B., Massé R., Quélier C. (2004), « Cancer du sein : danger des certitudes prétendues », Santé publique, n° 41, p. 21-26.
- ANNE-MARIE MOULINE , MEDECINE ET SANTE , OROSTOM editions depot legal : mars 1996 , N° d'impression : 96-0633.
- TUBIANA- MATHIEU, Nicol. Cancers : prévention et dépistage. Paris : Edition MASSON.2002
- TANTI-HARDOUIN, Nicolas , Economie de sante , Paris : Armand Colin , 1990
- Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. Ann Epidemiol 2002
- Le dépistage du cancer du sein un enjeu de sante publique deuxième édition coordonne par Brigitte Seradour

BIBLIOGRAPHIES

LISTES DES SCHEMAS, FIGURES ET TABLEAUX

Liste des schémas

N°	Désignation	Page
01	Les déterminants de la sante	08
02	Structure de sein	26
03	Les services du center de lutte contre le cancer	60

Liste des figures

N°	Désignation	Page
01	Propriétés des cellules cancéreuses	15
02	Les étapes de cancérogenèses	16
03	« Amélioration » de la mortalité avant et après dépistage due à la tendance temporelle spontanée	38
04	Représentation schématique de l'évolution d'une maladie	39
05	Déroulement un programme de dépistage du cancer du sein	46

Liste des tableaux

N°	Désignation	Page
01	Bases moléculaires de la cancérogène	17
02	Récapitulatif des groupe de facteur de risque étudiés	
03	Bénéfices et resèques potentiels du dépistage	37
04	Différences Entre Test De Dépistage Et Test De Diagnostic	38

République Algérienne Démocratique et Populaire

Centre de lutte contre le cancer de Deraa Ben Khedda

Service d'oncologie Médicale

Protocol FAC

Draa Ben Khedda le : 15 /01/2020

Nom	Prenom	Age	SC
Bouchib			

Prémédication :

- Methylprednisolone 80mg en perfusion dans 100cc de SSI ou de SGI
- .Ranitidine 50 mg/2ml une ampoule en intra tubulaire
- Ondansetron 8mg en intra tubulaire

Drogues	Posologie mg/m ²	Dose total en mg	Mode	Durée
Doxorubicine	50	85	Perfusion intra tubulaire	5-10 min
Cyclophosphamide	500	850	Perfusion iv dans 500 cc SSI 0.9 %	60min
5 FU	500	850	Perfusion iv dans 250 cc SSI 0.9%	

Médecin traitant	Médecin prescripteur	Protocole valide
	Dr. KERKEB.M	

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction générale..... 1

Chapitre I : Generalite sur le cancer

Introduction..... 6

Section 1 : Les concepts de l'économie de la sante 7

1.1. Les concepts de sante..... 7

1.1.1. Définition de sante 7

1.1.2. Les déterminant de la sante 8

1.1.3. Le rôle de la sante 8

1.2. Les concepts de l'économie de sante 8

1.2.1. Définition de l'économie 8

1.2.1.1. Les différentes définitions 9

1.2.1.2. Le rôle de l'économie 10

1.2.2. Définition de l'économie de sante 11

1.2.3. La relation entre économie et sante 12

Section 02 : les concept du cancer13

2.1. Bref histoire sur le cancer 13

2.1.1. Définition 13

2.1.2 Caractéristique d'une cellule cancéreuse 14

2.1.3. Type d'une tumeur 14

2.1.4. Construction d'une tumeur 16

2.1.4.1. Formation de la cellule maligne initiale 16

2.1.4.2. Formation de la tumeur maligne 16

2.1.4.3. Métastase 17

2.1.5. Prédisposition génétique au cancer	17
2.1.5.1. Les proto-oncogènes et les oncogènes	17
2.1.5.1. Les gènes suppresseurs de tumeurs ou anti-oncogènes	18
2.1.5.2. Les gènes intervenant dans les systèmes de réparation de l'ADN	19
2.1.5.3. Les gènes du métabolisme des carcinogènes endogènes et exogènes	18
2.1.5.4. Le patrimoine génétique	18
2.1.6. Causes : pourquoi le cancer apparaît il	18
2.1.7. LA déférence entre une tumeur bénigne ou maligne	21
2.1.8. Les différents types de cancer	21
2.1.8.1. le cancer de l'estomac	21
2.1.8.2. Le cancer du foie	23
2.1.8.3. Le cancer de la vessie	23
2.1.7.4. Le cancer du poumon (carcinome bronchique)	25
2.1.8.5. Le cancer du côlon et du rectum	25
1.2.9. Incidence et évolution du cancer en Algérie	26
Conclusion	28

Chapitre II : lutte contre le cancer du sein

Introduction.....	29
Section1:le cancer du sein	30
1.1. Vue l'ensemble des concepts du cancer du sein	30
1.1.1. Qu'est-Ce Qu'un Sein ?.....	30
1.2. Cancer du sein	31
1.2.1. Définition D'un Cancer Du Sein	31
1.2.3. Les différents types de cancer du sein	32
1.2.3.1. Le cancer in situ	32
1.2.3.2. Le cancer infiltrant ou invasifs	32
1.2.3.3. Le cancer inflammatoire	

1.2.3.4. La maladie de Paget	32
1.2.4. Les classifications	33
1.2.4.1 La classification TNM	33
1.2.4.2. La classification FIGO	33
1.2.4.3. La classification PEV	33
1.2.5. Les Traitements	33
1.2.5.1. Les Traitements Locorégionaux	34
1.2.5.1. Les Traitements Généraux	35
1.2.5.3- Les Traitements Ciblés	36
1.3. Lutte contre le cancer du sein	36
1.4. Prévention et dépistage	37
1.4.1. Définition de la prévention	37
1.4.1.1. Les différents types de prévention	37
1.4.1.2. Les facteurs du risque	37
1.4.2. Définition De Dépistage	39
1.4.2.2. Critères De Dépistage	41
1.4.2.3. Méthodes De Dépistages	41
1.4.2.5. Comparaisons Avant Et Apres Dépistage	43
1.4.3. Avance Au Diagnostic : Lead Time Bias	43
1.4.3.1. Les Moyens De Diagnostique	43
1.4.4. Les Examens De Dépistage Du Cancer Du Sein	46
1.4.4.1. Examen clinique	47
1.4.4.2. Mammographie	47
1.4.4.3. Échographie	47
1.4.4.4. Prélèvements	47
1.4.4.5. Bilan d'extension	
Section 2 : le rôle des associations	50
2.1. Qu'est Ce Que Une Association	50

2.2. Les Missions D'une Association	50
2.3. Le Rôle Des Associations :	50
2.4. Les Associations Du Lutte Contre Le Cancer Du Sein En Algérie	50
2.4.1. Association Chouaâ el-Amel	50
2.4.1.1. Les missions de l'association	51
2.4.1.2. Actions phare de l'association	51
2. 4.2. CAC de Sidi Bel-Abbès	51
2.4.3. Centre anti-cancer "Emir Abdelkader" d'Oran	52
2.4.3. ORGANISATIONS - ASSOCIATION - LE SOUK	53
Chapitre III : Efficacite de l'action publique de sante et le rôle du mouvement associatif	55
Introduction	
Section 1 : l'association AL FEDJER	51
1.1. Présentation de L'association AL FEDJR	51
1.2. L'objectif de L'association AL Fedjr :.....	52
1.2.3. Leurs objectifs fondamentaux de l'association	52
1.2.4. Le Rôle De L'association AL Fedjr	53
1.2.5. La lutte contre le cancer par l'association AL Fedjr	54
Section 2 : CENTRE ANTICANCER DE DRAA BEN KHEDDA	60
2.1. Présentation Du Centre Draa Ben Khedda (CLCC).	60
2.1.1. Le processus de dépistage des actions de sensibilisation	6
2.1.2. Maladie résultats bénin.	61
2.2. La priser en charge de dépistage du cancer du sein	62
2.2.1. Radiothérapie pour le cancer du sein	62

2.2.1.1. Moment où l'on administre la radiothérapie.....	62
2.2.1.2. Radiothérapie administrée après une chirurgie mammaire conservatrice	63
2.2.1.3. Radiothérapie administrée après une mastectomie	63
2.2.1.4. Effets secondaires	64
2.2.2. Chirurgie du cancer du sein	65
2.2.2.1. Chirurgie mammaire conservatrice	65
2.2.2.2. Comment se déroule la chirurgie mammaire conservatrice	66
2.2.2.3. Après la chirurgie mammaire conservatrice	66
2.2.3. Mastectomie	66
2.2.3.1. Types de mastectomie.....	66
2.2.3.2. Mastectomie totale.....	67
2.2.3.3. Mastectomie radicale modifiée	67
2.2.3.4. Comment se déroule la mastectomie.....	68
2.2.4. Chirurgies des ganglions lymphatiques.....	68
2.2.4.1. Biopsie du ganglion sentinelle	68
2.2.4.2.Évidement ganglionnaire axillaire.....	69
2.2.5. Après une chirurgie du cancer du sein.....	69
2.5.1. Effets secondaires	70
2.2.2.6. Chimiothérapie du cancer du sein	70
2.2.6.1. Décider si la chimiothérapie est une option de traitement	71
2.2.6.2. Agents chimio thérapeutiques administrés pour le cancer du sein	71
2.2.6.3. Cancer du sein précoce ou localement avancé	72
2.2.6.4. Cancer du sein avancé.....	72
2.2.6.5. Récidive de cancer du sein.....	73

2.2.6.5. Médicaments de soutien.....	74
2.2.6.6. Effets secondaires	74
2.2.7. Hormonothérapie pour le cancer du sein.....	75
2.2.7.1. Médicaments hormonaux.....	76
2.2.7.2. Hormonothérapie adjuvante pour les femmes postménopausées .	78
2.2.7.3. Effets secondaires	78
2.3. La coordination entre le centre et l'association El Fedjr	79
Conclusion	80
Conclusion générale	81
Bibliographie	
Liste des tableaux, schémas et Graphes	
Annexes	
Tables des matières	



CHAPITRE I





CHAPITRE II





CHAPITRE III





SOMMAIRE





TABLE DES MATIERES



