



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2021 - 2022

Thèse N° :..... /

THEME

CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES SUR LES CANCERS

AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE SIBY

Présentée et Soutenue publiquement le 21/ 09/2023 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Ibrahima CONDÉ

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Mr Cheick Boukadari **TRAORE Professeur**

Membre : Mr Sidy Sylla **Médecin**

Co-Directeur : Mr Abdoulaye SISSOKO **Maitre-assistant**

Directeur : Mr Bakarou KAMATE **Professeur**

DEDICACES

BISMILLAH BAHMANI RAHIMI Louange et gloire à ALLAH le Tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

À notre PROPHÈTE MOHAMED. Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail :

À mon défunt père : MAMADI CONDÉ Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, du respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Je te suis reconnaissant pour toute ta confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Merci N'fa ! Pour ce que tu as fait pour moi. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. N'fa ! Que ton âme repose en paix.

À ma mère : Kadidia Sangaré Femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociable, attentionnée, croyante et naturelle. Toute ta vie a été un combat pour le bien être de tes enfants et les autres enfants. Tu as été particulièrement au centre de ma vie, une vie à laquelle tu as donné un sens, celui dont tu as toujours rêvé. Tes câlins et tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. N'na merci pour tes longues prières nocturnes, ton soutien moral, affectif et matériel. Tes conseils les plus sages guideront mes pas jusqu'à la fin de mes jours.

À mes oncles et tantes : De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité les noms. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge. Je vous en serai toujours reconnaissant et prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous aujourd'hui.

À ma Tante Coumba Dombia Tu as toujours été ma vraie mère. Merci pour tes conseils, tes encouragements, ton attention et ton amour indéfectible. Qu'Allah le tout puissant te bénisse et te donne longue vie avec une santé de fer.

À mes grandes sœurs **Bintou CONDÉ, Fatoumata CONDÉ, Tiranke, AWA, Nana, oumou, Penda, Mariama**, C'est une fierté de vous avoir comme grandes sœurs, c'est une fierté de bénéficier de ce sens de responsabilité et d'organisation qui permet à notre famille Bah d'aller de l'avant. Qu'Allah vous bénisse et exauce vos vœux.

À mes petits frères et sœurs : **Oumou, Mariama, Doussou, Kaba Keita**. Je vous aime tous. Que DIEU vous protège.

À mes Oncles : **tonton Sidiki, tonton, FANTA Mamadi, tonton Issoufou, tonton, Alamako, tonton Bakary, tonton Karamoko, Papa Souleymane, tonton Mamourou Sangaré, tonton Losseyeni Sanogo**. Merci à vous tous. Je ne peux pas vous oublier et je ne vous oublierai jamais.

À mes grands frères : **Souleymane CONDÉ, Ibrahima CONDÉ, CHEIC COULIBALY Tidiane dit Barry, Sory**. La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour et merci infiniment pour vos soutiens moraux et matériels. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puisse Allah nous garder unis par sa grâce.

À ma Femme et mes enfants : **Bintou Diarra, diaKa Sangare, Salimata TRAORE, Aminata Thierry**. Vous êtes tous pour moi, vous êtes le centre de ma vie et le sens de ma vie. Prions tous pour nos disparus. Que dieu les reçoive dans son paradis.

À ma grande mère **oumou Camara, Bintou, nana Sangaré, TIRAnke Sidibé**, celle qui m'a aimé plus que ses propres enfants. Merci ma femme. Que DIEU te donne une bonne santé et une longue vie.

À mes neveux et nièces : **Aboubacar Sidiki, Drissa, aicha, maman, kadia , Sira, Moussa Sidibé, Mimi Sangaré, Adja Sangaré**. Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme fils et filles. Vous êtes adorables.

Le seul vrai héritage qu'on peut vous laisser c'est de vous mettre sur la voie de l'instruction. Courage. Je vous aime mes chéris.

REMERCIEMENTS

À tous les enseignants de mon parcours scolaire et universitaire : je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Au Pr Kamaté Bakarou : Merci de m'avoir donné ce sujet. Au premier contact, j'ai été séduit par l'assiduité, la ponctualité, la rigueur dans le travail, l'amour et le souci constant du travail bien fait qui vous caractérisent. Merci pour votre confiance. Toutes mes excuses pour tout le tort que je vous ai fait. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire faire. Qu'Allah le tout puissant vous bénisse et exauce vos vœux.

Au Pr Traoré Cheick Bougadari : Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Vous avez été un grand frère pour moi ; rigoureux, simple, gentil et aimable. Merci pour vos conseils précieux et votre encadrement. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse.

Aux Docteurs médecins pathologistes : Bourama Coulibaly et tous les autres pathologistes ; Aux gynécologues-obstétriciens : Dr Soumaré Modibo, Dr Dicko Modibo, Dr Aboulaye CISSOKO. Les mots me manquent aujourd'hui. Simplement je vous dis merci de tout ce que vous faites pour nous.

À mes Amis et/ou Docteurs : Gaoussou Sanogo, Yacouba Djilla, Tiguida Sissoko, Dr Émile Sylla, Dr Ibrahim Koné, Dr Kafogo Coulibaly. Merci de m'avoir accordé vos estime, votre confiance, votre profonde et sincère amitié. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Je remercie Dieu chaque jour pour vous avoir eu comme amis. Que Dieu vous bénisse et raffermisse nos liens.

Au personnel du service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G: Dembélé M, Traoré Y, S Samaké, Ami, Alou et Konimba. Pour votre acharnement au travail, recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes aînés, collègues internes et cadets du service : amitié et brillante carrière médicale.

Au personnel du centre de sante de siby et Particulièrement à Dagni dite mama Kéita, Fanta MADY KEITA, Abdoul Karim Dembélé AKD, Tantie Djénébou Traoré Dr Adama GOITA, Daouda KEITA, Adama Diamouténé. Vous êtes mon début merci pour vous même.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS.
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G.
- Chef du Département d'Enseignement et de recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T.T.B.
- Praticien hospitalier au CHU point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers du Mali.
- Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP).

Cher Maitre

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maitre respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignement de qualité nous ont beaucoup aidé à améliorer ce travail. Soyez en remercié cher maitre.

A notre membre de jury

Docteur Sidy Sylla

– Médecin Chirurgien

Cher maitre,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution. Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens. Votre abord facile, votre disponibilité et votre humanisme font de vous un maitre sur et incontestable.

A notre maitre et co-directeur

Docteur Abdoulaye SISSOKO

- Gynécologue obstétricien.
- Praticien hospitalier au CHU de Luxembourg.
- Maitre-assistant gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d’Odonto Stomatologie (FMOS).
- Chef de Service Gynécologie Obstétrique à la clinique Périnatale MOHAMED VI a sébénikoro.
- Commandant des forces armées du Mali.
- Membres de la SOMAGO et de la Société de Médecine Militaire du Mali.
- Past Secrétaire Général adjoint de la Société Africaine de Gynécologique Obstétrique

Honorable maitre,

Nous sommes très honoré de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l’amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait. Recevez ici témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Bakarou KAMATE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques a la FMOS.
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.
- Secrétaire Général de la Division d’Afrique Francophone de l’Académie International de Pathologie (AIP/DAF).
- Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (SMP).
- Secrétaire Général du réseau des médecins ouest africain.

Cher maitre,

Vous nous avez fait l’honneur de nous confier ce sujet de thèse. Derrière cet enseignant rigoureux, amoureux de la ponctualité et du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Pour vos conseils et votre grande disponibilité, recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- CSCOM** : Centre de santé communautaire
- ADN** : Acide désoxyribonucléique
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VEGF** : Vascular epithelial grow factor
- CPN** : Consultation prénatale
- ASACO** : Association des santés communautaire
- DTC** : Directeur technique du centre
- HPV** : virus du papillome humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Données épidémiologiques par sous-ensemble en 2012 et projections 2030, tous âges et sexes confondus (source GLOBOCAN 2012)	6
Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge	34
Tableau III : Répartition selon la profession.....	34
Tableau IV : Répartition selon l'ethnie	35
Tableau V : Répartition selon la gestité	35
Tableau VI : Répartition selon la parité	36
Tableau VII : Répartition selon l'alphabétisation	36
Tableau VIII : Répartition selon le niveau d'étude.....	37
Tableau IX : Répartition selon le statut matrimonial.....	37
Tableau X : Répartition selon la connaissance du cancer de manière générale..	38
Tableau XI : Répartition selon le moyen de connaissance du cancer de sein.....	38
Tableau XII : Répartition selon la connaissance sur la pratique du dépistage de cancer.....	39
Tableau XIII : Répartition selon les facteurs de risques.	39
Tableau XIV : Répartition selon les moyens de dépistages du cancer.	40
Tableau XV : Répartition selon les signes cliniques généraux du cancer	40
Tableau XVI : Répartition selon les méthodes de traitement du cancer.....	41
Tableau XVII : Répartition selon le caractère recurable du cancer	41
Tableau XVIII : Répartition selon la connaissance sur la métastase d'un autre organe par certains cancers.....	42
Tableau XIX : Répartition selon le diagnostic du cancer au Mali	42
Tableau XX : Répartition selon la connaissance sur l'existence de tumeur maligne et bénigne.....	43
Tableau XXI : Répartition selon les cancers qu'on peut dépister.....	43
Tableau XXII : Répartition selon les moyens de prévention du cancer	44
Tableau XXIII : Répartition selon la perception de la gravité du cancer	44

Tableau XXIV : Répartition selon l'attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer..... 45

Tableau XXV : Répartition selon les pratiques de dépistage du cancer de sein. 45

Tableau XXVI : Répartition selon la raison de la non pratique..... 46

Tableau XXVII : Répartition selon le devenir du cancer de sein 46

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : fréquence des cancers au Maghreb (incidence 2012 – source GLOBOCAN)	7
Figure 2 : Fréquence des cancers en Afrique subsaharienne francophone (incidence 2012 – source GLOBOCAN)	8
Figure 3 : Fréquence des cancers au Mali GLOBOCAN 2020	8
Figure 4 : Les caractéristiques d'une cellule cancéreuse	9
Figure 5 : L'illustration de l'activité de la télomérase en relation avec la croissance cellulaire et l'âge	13
Figure 6 : L'angiogenèse tumorale	14

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. GENERALITES.....	4
1.1. Définition du cancer	4
1.2. Épidémiologie des cancers	4
1.3. Cellule cancéreuse et les tumeurs.....	9
1.4. Facteurs de risque du cancer.....	16
1.5. Mécanisme	17
1.6. Étapes	20
1.7. Diagnostic et dépistage	22
1.8. Traitement.....	23
II. MÉTHODOLOGIE.....	27
2.1. Cadre et Lieu d'étude.....	27
2.2. Types et Périodes d'étude :.....	31
2.3. Population d'étude	31
2.4. Échantillonnage	31
2.5. Technique ; saisie et traitements des données	32
2.6. Aspects éthiques	33
III. RÉSULTATS.....	34
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	47
CONCLUSION	53
RECOMMANDATIONS.....	54
REFERENCES.....	55

INTRODUCTION

Le cancer existe fort probablement depuis l'origine de la vie et reste la maladie jugée la plus grave, loin du sida et les maladies cardio-vasculaires (OMS, 2021) [1]. Le cancer ou tumeur maligne est le résultat de la prolifération d'une famille de cellules anormales qui, au sein d'un organisme pluricellulaire, échappent aux mécanismes de régulation qui assurent un équilibre entre les tissus (Kaoudi, 2014) [1]. En 2021 selon l'organisation mondiale de la santé le cancer constitue la deuxième cause du décès dans le monde il fait environs 10 millions de morts par an. Près d'un tiers des décès par cancer est dû au tabagisme à un indice élevé de masse corporelle à la consommation d'alcool à une faible consommation de fruits et légumes ou à un manque d'exercice physique (OMS 2021).

L'OMS a enregistré dans le monde 18,1 millions de nouveaux cas de cancer en 2018 et s'attend à ce que le nombre atteigne d'ici à 2040 entre 29 à 37 millions de cas (OMS 2018). (50) L'OMS estime que les cas de cancer augmenteront de 81% d'ici 2040 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison de l'insuffisance des ressources consacré à leurs préventions (OMS 2020). Cependant les pays à revenu élevés ont adopté des programmes de prévention ; de diagnostic précoce et de dépistage qui ; associées à des traitements plus performants ; ont contribués à réduire le taux de mortalité prématurée de 20 % entre 2000 et 2015 (Aubry ; 2020). En Afrique australe ; dans une étude réalisée dans cinq pays ; seulement deux de ces pays réalisaient les frottis dans un centre de santé primaire. La moyenne mensuelle des frottis réalisés par centre dans les cinq pays était de 4 frottis par mois. Selon l'OMS ; dans les pays en développement moins de 5 % des femmes bénéficient d'un dépistage du cancer du col de l'utérus alors que près de 50% des femmes des pays industrialisés réalisent un dépistage chaque année (IARC.2019).

L'accès coûteux aux soins, la méconnaissance de la maladie et les habitudes comportementales expliquent la fréquence élevée des stades avancés au

diagnostic. Or, dans les pays subsahariens, 80 % de la population est dépourvue d'assurance maladie [4]. Le recours aux tradipraticiens et aux médicaments illicites reste la seule alternative pour les plus démunis. Dans le contexte africain, l'urgence est la mise en œuvre d'une politique de prévention. L'étiologie des cancers en Afrique est principalement infectieuse : en rapport avec des infections virales (virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, virus de l'Epstein-Barr, virus du papillome humain, virus de l'immunodéficience humaine, virus du sarcome de Kaposi, virus leucémogènes), bactériennes (*Helicobacter pylori*) et parasitaires (schistosome, *Plasmodium falciparum*). D'autres facteurs tels que l'exposition au tabagisme et aux pollutions environnementales majorent les risques de cancers.

En France l'incidence des cancers, estimée en 2018, est de 382 000 nouveaux cas [204 600 chez l'homme soit 330/100 000 habitants, et 177 400 chez la femme soit 274/100 000 habitantes) et la mortalité est de 157 400 décès [89 600 chez l'homme soit 124/100 000 h. et 67 800 chez la femme soit 72/100 000 h. [3]. Le taux d'incidence masculin a augmenté jusqu'en 2005 de 5,4 %/an puis baissé en moyenne de 1,4 %/an ; ces évolution et inversion de tendance étant dues aux cancers de la prostate. Chez les femmes le taux d'incidence augmente régulièrement sur la période (1990—2018) de 1,1 %/an, avec un léger ralentissement depuis 2010. Le taux de mortalité masculin par cancer diminue en moyenne de 1,8 %/an, plus marquée (3 %) chez les hommes de 40 à 50 ans. Le taux de mortalité féminin par cancer décroît régulièrement de 0,8 %/an, tendance plus marquée chez les femmes jeunes : 1,7 %/an à 40 ans.

Au Mali, nous n'avons pas trouvés des données relatives à ce thème c'est ainsi que nous avons entrepris ce travail.

OBJECTIFS

Objectif général

Étudier les connaissances ; les attitudes et les pratiques des femmes et du personnel de santé face au cancer dans la commune rurale de Siby.

Objectifs Spécifiques :

1. Déterminer au sein des femmes; le niveau d'information et de connaissance sur le cancer ; les différents facteurs de risque ; les moyens de prévention et de prise en charge du cancer.
2. Évaluer les attitudes et les pratiques des femmes qui viennent en consultation prénatale dans le CSCOM Siby à l'égard du cancer.
3. Déterminer la perception et l'image du cancer au sein de la population cible.
4. Identifier au près des personnels soignant au centre de santé de Siby les différentes méthodes de sensibilisation de la population cible pour venir faire les dépistages du cancer.

I. GENERALITES

1.1. Définition du cancer

Le terme de « cancer » s'applique à un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme et d'autres organes : la métastase qui est la principale cause de décès par cancer [1].

Le cancer apparaît à partir de la transformation de cellules normales en cellules tumorales, un processus passant par plusieurs étapes, avec classiquement une évolution vers une lésion précancéreuse puis vers une tumeur maligne. Ces modifications proviennent des interactions entre les facteurs génétiques propres au sujet et des agents extérieurs pouvant être classés en 3 catégories :

- les cancérogènes physiques, comme le rayonnement ultraviolet et les radiations ionisantes;
- les cancérogènes chimiques, comme l'amiante, les composants de la fumée du tabac, l'aflatoxine (contaminant des denrées alimentaires) ou l'arsenic (polluant de l'eau de boisson);
- les cancérogènes biologiques, comme des infections dues à certains virus, bactéries ou parasites [1].

1.2. Épidémiologie des cancers : [2]

• Monde

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. En 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés à la maladie (soit 14% des décès). Plus de 60% des nouveaux cas de cancer surviennent en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et en Amérique latine. Ces régions représentent 70% des décès par cancer dans le

monde. On estime que le nombre de nouveaux cas de cancer par an dans le monde devrait augmenter de 14 millions en 2012 à près de 22 millions en 2030.

- **Afrique**

Longtemps considéré comme l'apanage des pays à haut revenu, le cancer n'épargne aujourd'hui plus l'Afrique, où le nombre de nouveaux cas et de décès va progresser en flèche (près de 100% d'augmentation attendue d'ici 2030) [3].

La transition sanitaire va s'accélérer avec le changement de mode de vie. La progression de l'espérance de vie dans de nombreux pays africains va mécaniquement amener une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer. De plus, toujours touchés par les grandes pandémies comme le sida, les pays africains vont devoir faire face simultanément à la montée des autres maladies non transmissibles comme le diabète, l'hypertension artérielle et autres pathologies cardio-vasculaires. Le manque d'infrastructures adaptées et de personnels médical et paramédical formés, le diagnostic tardif, les difficultés économiques persistantes du plus grand nombre font craindre que la mortalité continue à augmenter parallèlement à l'incidence, alors que le taux de mortalité diminue régulièrement dans les pays à haut revenu.

Si on constate une certaine prise de conscience qu'une véritable épidémie de cancers est en route, les réponses se font attendre et on ne peut que constater que très peu de pays africains francophones ont un plan cancer structuré et mis en oeuvre. Or il y a urgence car, aussi bien la formation des compétences que la mise en place des infrastructures nécessaires prenne du temps, de 5 à 10 années pour porter leur fruit.

En Afrique, les estimations restent parcellaires, puisque de nombreux pays ne disposent pas de systèmes fiables de collecte des données sanitaires. Mais sur l'année 2012, le CIRC estime à près de 850 000 le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence), et à près de 600 000 le nombre de décès par cancer (mortalité)

pour l'ensemble de l'Afrique [3]. S'agissant des projections 2030, les chiffres sont : 1,4 millions de nouveau cas et 1 million de décès [3].

Tableau I : Données épidémiologiques par sous-ensemble en 2012 et projections 2030, tous âges et sexes confondus (source GLOBOCAN 2012) [3].

	Estimations 2012		Projections 2030	
	Nombre de nouveaux cas	Nombre de décès	Projection du nombre de nouveaux cas	Projection du nombre de décès
Sous ensemble Maghreb francophone (Maroc, Algérie, Tunisie et Egypte)	193 726	124 137	311 154	206 876
Sous ensemble 21 pays d'Afrique francophone subsaharienne	138 454	106 777	241 418 (+75%)	186 592 (+ 75%)
Sous ensemble Océan indien francophone	21 043	14 814	38 022	27 197
Sous ensemble 24 autres pays du continent africain ¹	491 056	343 994	832 870	583 398
Total continent africain	844 279	589 722	1 423 464	1 004 063
	A titre de comparaison			
France	349 426	154 572	443 156 (+27%)	207 884 (+ 34%)
USA	1 603 586	617 229	2 255 690	946 833
Monde	14 067 894	8 201 575	21 645 658 (+54%)	13 040 545 (+60%)

La fréquence relative des types de cancers varie selon la région d'Afrique

Au Maghreb : le cancer du sein a pris la 1^{ère} place comme dans les pays occidentaux. Les cancers du foie se rencontrent essentiellement en Egypte : 17 621 nouveau cas estimés en 2012 (projection 2030 : 27 757 nouveaux cas). Les cancers du col utérin sont devenus beaucoup moins fréquents à 2,4% [3].

La comparaison des données par sexe montre que les hommes sont davantage touchés par le cancer que les femmes, comme dans les pays occidentaux.

Nombre de nouveaux cas en 2012 : 193 726

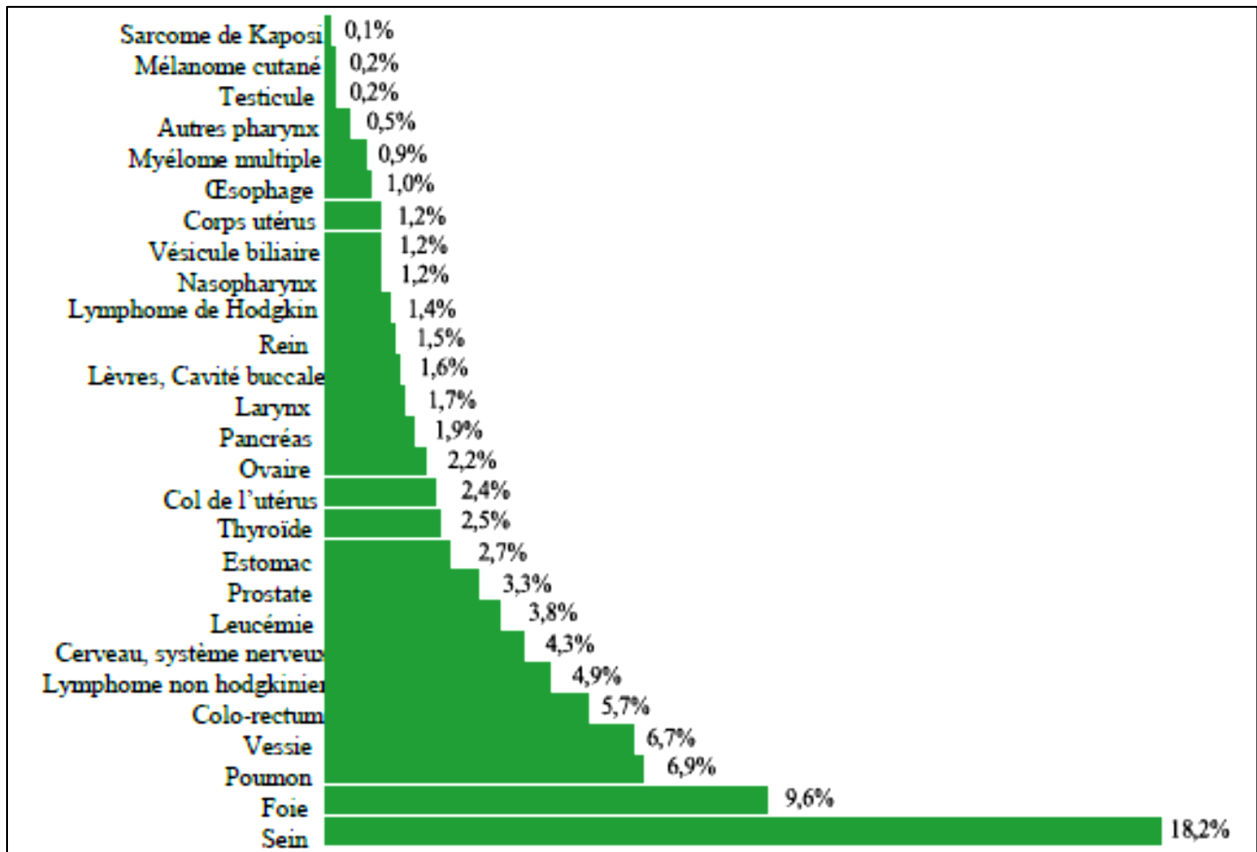


Figure 1 : fréquence des cancers au Maghreb (incidence 2012 – source GLOBOCAN) [3].

En Afrique subsaharienne francophone : le cancer du col utérin est encore très fréquent, devant le cancer du sein, du foie et de la prostate.

Nombre de nouveaux cas en 2012 : 138 454

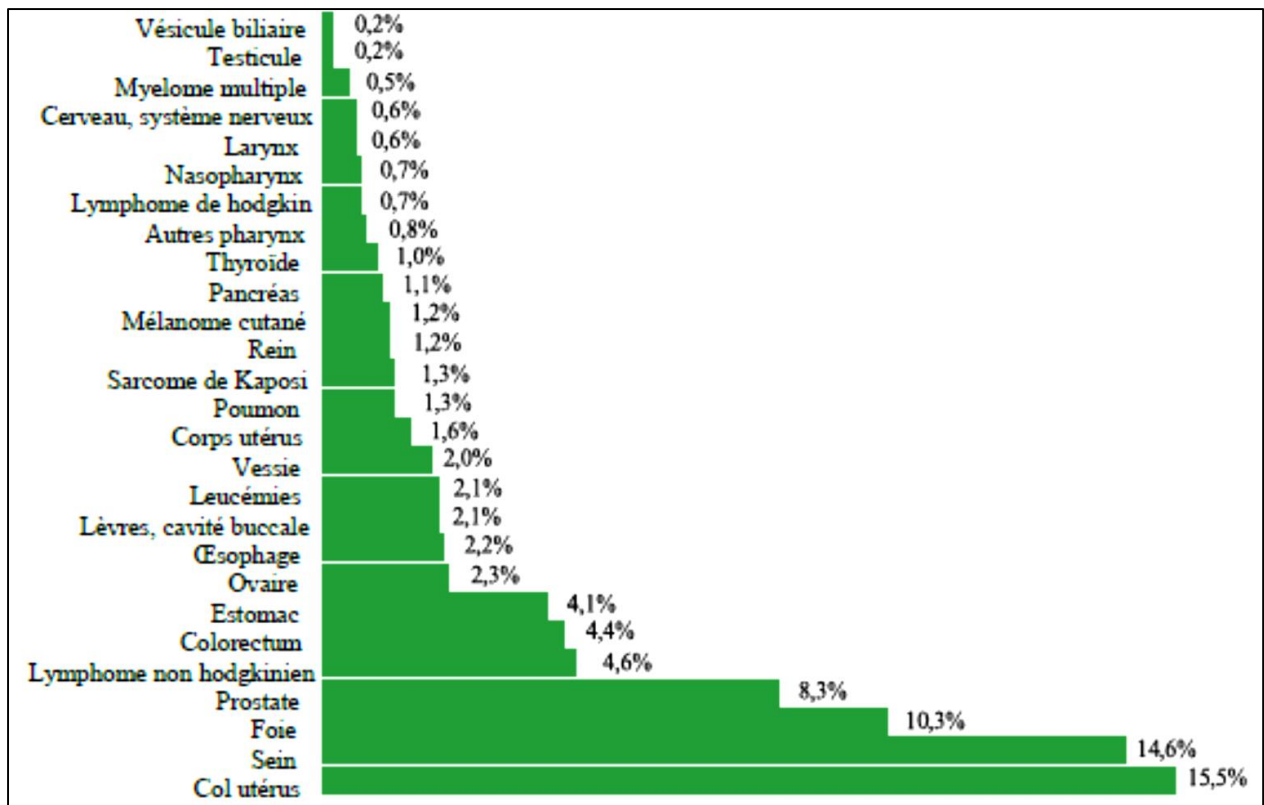


Figure 2 : Fréquence des cancers en Afrique subsaharienne francophone (incidence 2012 – source GLOBOCAN) [3].

Au Mali : le cancer du sein reste prédominant devant celui du col de l’utérus.

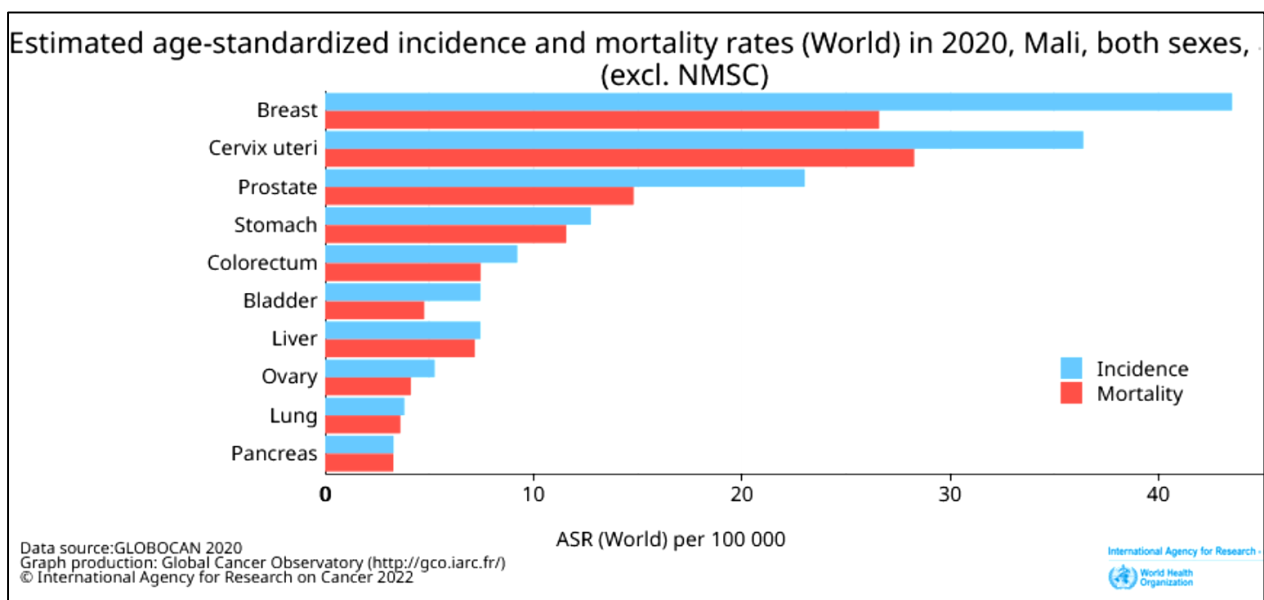


Figure 3 : Fréquence des cancers au Mali GLOBOCAN 2020 [3].

1.3. Cellule cancéreuse et les tumeurs

1.3.1. Cellule cancéreuse

Caractéristiques d'une cellule cancéreuse

Weinberg et Hanahan (2000) [4] ont énuméré les principales caractéristiques des cellules cancéreuses, qui sont maintenant bien connues.

Les caractéristiques du cancer comprennent six capacités biologiques acquises au cours du développement en plusieurs étapes des tumeurs humaines. Ils comprennent le maintien de la signalisation proliférative, les gènes suppresseurs de tumeurs, la résistance à la mort cellulaire, l'activation de l'immortalité répliquative, l'induction de l'angiogénèse et l'activation de l'invasion et des métastases (Figure 1) [5].

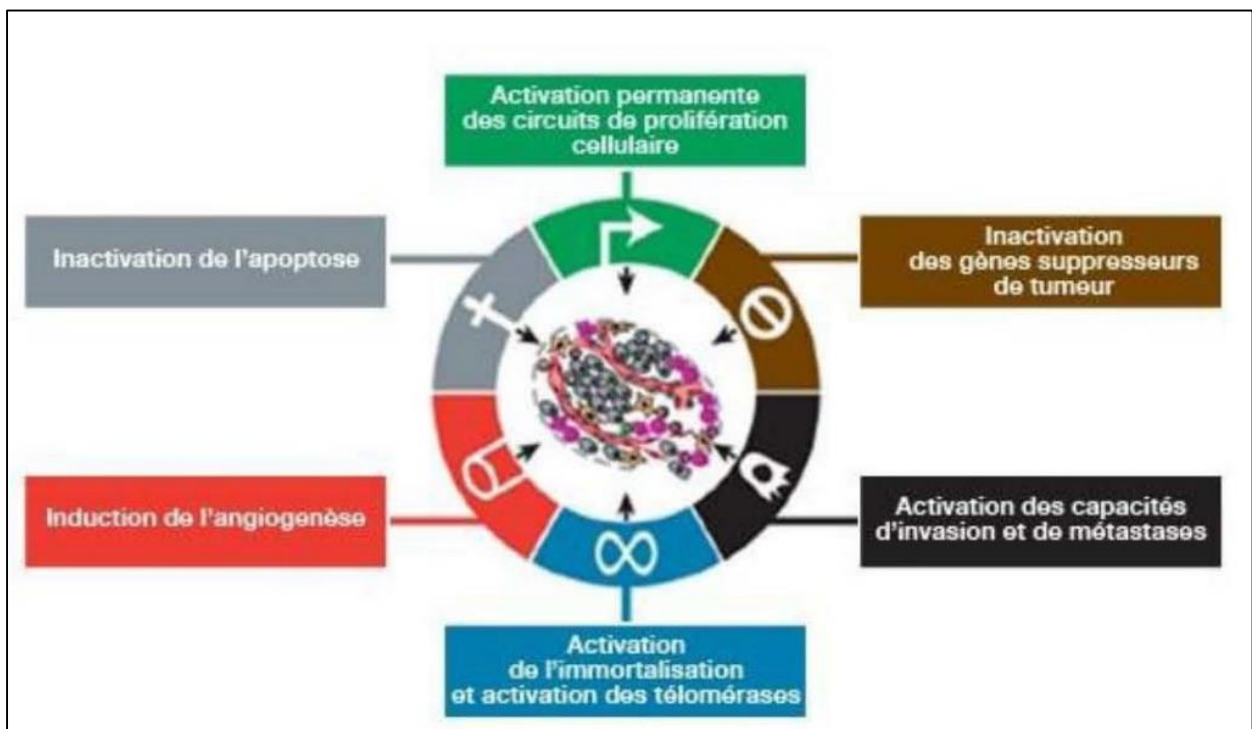


Figure 4 : Les caractéristiques d'une cellule cancéreuse [5].

Les cellules cancéreuses peuvent acquérir la capacité de maintenir les signaux de prolifération de plusieurs manières : elles peuvent produire elles-mêmes des ligands de facteurs de croissance et elles peuvent y répondre par l'expression de

récepteurs associés, conduisant à une stimulation de la prolifération autocrine. En variante, les cellules cancéreuses peuvent envoyer des signaux pour stimuler les cellules normales dans la matrice de support associée à la tumeur, puis fonctionner en fournissant aux cellules cancéreuses divers facteurs de croissance [6].

La signalisation du récepteur peut également être dérégulée en élevant les niveaux de protéines de récepteur affichées à la surface des cellules cancéreuses, rendant ces cellules hyperactives à des quantités autrement limitantes de ligand de facteur de croissance ; le même résultat peut résulter d'altérations structurelles des molécules réceptrices qui facilitent la mise à feu indépendante du ligand. L'indépendance des facteurs de croissance peut également dériver de l'activation constitutive des composants des voies de signalisation opérant en aval de ces récepteurs, évitant la nécessité de stimuler ces voies par un récepteur Médie par un ligand activation. Étant donné qu'un certain nombre de Signalisation aval distincte les voies rayonnent à partir d'un récepteur stimulé par un ligand, l'activation de l'une ou l'autre de ces voies aval [5].

- **Gènes suppresseurs de croissance**

Pour que les cellules cancéreuses évitent les inhibiteurs de croissance, elles doivent contourner les programmes robustes qui régulent négativement la prolifération cellulaire. Des dizaines d'inhibiteurs tumoraux ont été découverts de différentes manières pour limiter la croissance et la prolifération cellulaires parmi eux le gène de l'inhibiteur du rétinoblastome (Rb) et ses proches parents p107 et p130 sont surtout connus pour leur fonction de contrôle de la progression du cycle cellulaire. Cependant, ces dernières années, un nouveau rôle pour ces protéines est apparu car elles ont été associées à la régulation de différenciation ultime de nombreux tissus et types de cellules. En fait, il a été démontré que Rb et les membres de sa famille participent à plusieurs étapes du processus de différenciation, y compris la sortie irréversible du cycle cellulaire, la protection contre l'apoptose, l'induction de l'expression du gène cytosolique et le maintien de

l'état post-mitotique. Elle joue également un rôle essentiel pour assurer une progression ordonnée à travers toutes ces étapes de différenciation [7].

Le gène du rétinoblastome (RB) est fonctionnellement inactivé dans un large éventail de cancers de l'enfant et de l'adulte, les données sur les tumeurs humaines et les études sur la souris indiquent que la perte de la fonction RB contribue à l'initiation et à la progression du cancer. Cependant, nous ne connaissons toujours pas l'identité des types de cellules dans lesquelles RB empêche généralement l'initiation du cancer *in vivo*, et les fonctions spécifiques de RB qui inhibent les cellules. La caractérisation fonctionnelle initiale de la protéine du rétinoblastome (RB) suite à la découverte primaire du gène RB en tant que premier suppresseur de tumeur s'est concentré sur son rôle de régulateur central de l'évolution du cycle cellulaire. On pensait à l'origine que la fonction du suppresseur de tumeur RB était largement due à sa capacité à fermer les cellules G1 en inhibant l'activité des facteurs de transcription E2F [8].

- **Résistance à la mort cellulaire**

Plusieurs processus sont responsables de la mort cellulaire. Les plus connus sont l'apoptose, la nécrose et l'autophagie (nous ne parlons ici que d'apoptose). Les cellules cancéreuses utilisent plusieurs stratégies pour empêcher l'apparition de l'apoptose. Le principal est évidemment la perte de fonction de la protéine P53.

Une autre stratégie est la surexpression de protéines anti-apoptotiques (telles que BCL-xL (très gros lymphome à cellules B) et MCL-1 (leucémie myéloïde 1)) ou l'expression de protéines pro-apoptotiques (telles que NOXA, PUMA) Diminution (régulateur de l'apoptose de la régulation positive de P53) et BIM (médiateur d'interaction de la mort cellulaire BCL-2) [9].

Les métazoaires éliminent les cellules redondantes, endommagées ou infectées par apoptose, un programme stéréotypé de suicide cellulaire au cours duquel les cellules se rétractent, subissent un clivage internucléosomique de l'ADN et se

décomposent en vésicules qui sont rapidement englouties par d'autres cellules. L'apoptose est vitale pour l'embryogenèse, l'homéostasie tissulaire et la défense contre les agents pathogènes. Notamment, sa déréglementation peut conduire au cancer [10].

- **Activation de l'immortalité répllicative**

De multiples éléments de preuve indiquent que les télomères protégeant les extrémités des chromosomes sont impliqués de manière centrale dans la capacité de prolifération illimitée, ces télomères sont des séquences d'ADN répétées en tandem avec 50 TTAGGG-30 présents aux extrémités linéaires des chromosomes ; ces éléments sont liés à des protéines spécifiques, y compris les facteurs de répétition télomérique 1 et 2 (TRF1 et TRF2) [11].

La télomérase est une enzyme qui aide à maintenir la longueur des chromosomes en ajoutant des séquences spécifiques. Aux stades embryonnaire et fœtal, son activité est très importante dans les cellules germinales. Son activité est faible dans les cellules somatiques. Dans les cellules cancéreuses, la télomérase à un niveau d'activité élevé, ce qui aide les cellules à s'immortaliser et à proliférer. Avec le temps, les cellules perdent inévitablement leur capacité à proliférer et sont dans un état de « vieillissement réplcatif » de jeune à vieux. Les cellules sénescents maintiennent un métabolisme actif, mais ne peuvent pas synthétiser l'ADN et répondent mal aux facteurs de croissance. Avec l'âge, les télomères deviennent de plus en plus courts et en même temps l'activité de la télomérase diminue [12].

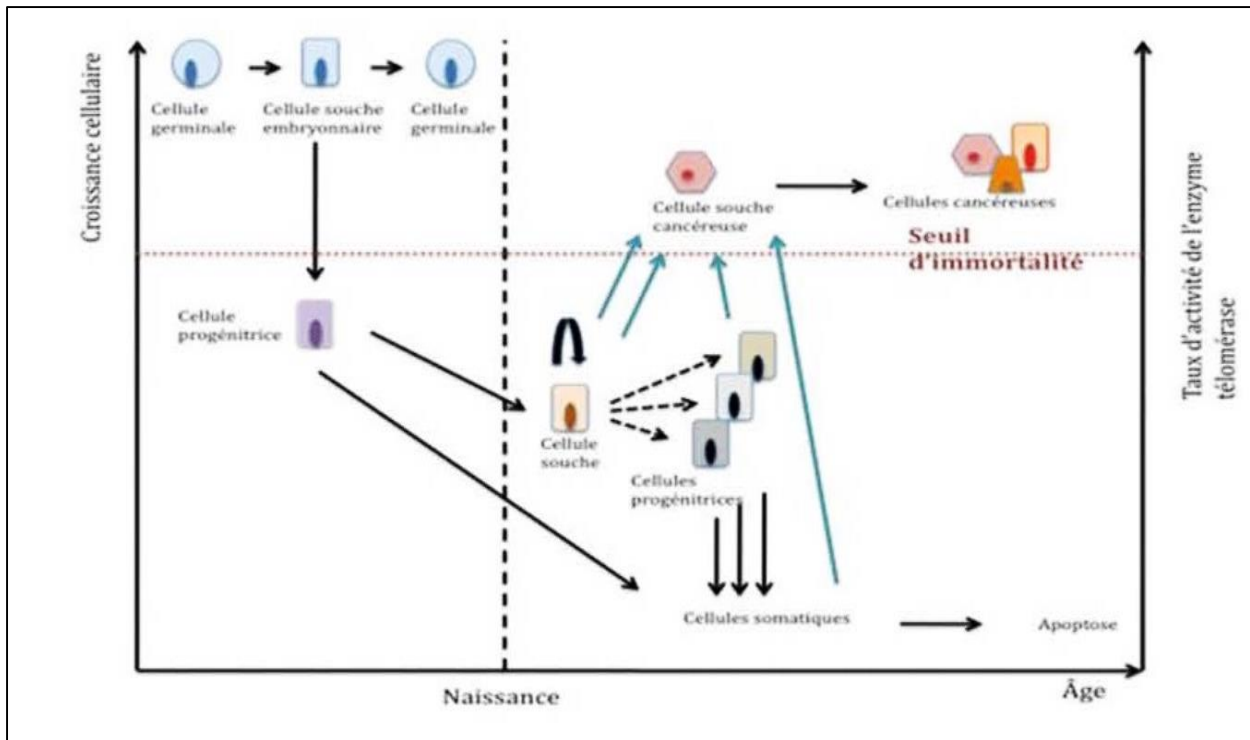


Figure 5 : L'illustration de l'activité de la télomérase en relation avec la croissance cellulaire et l'âge [12].

- **Induction de l'angiogénèse**

Bien que le cancer puisse provoquer une hypoxie tissulaire, l'apport d'oxygène et de nutriments et l'élimination des déchets sont essentiels pour les cellules tumorales. L'angiogénèse, la formation de nouveaux vaisseaux sanguins et la lymphangiogénèse, la prolifération de nouveaux vaisseaux lymphatiques est essentielle pour la croissance, l'invasion et la métastase des cellules cancéreuses [13].

Dans les tumeurs, il se produit un « commutateur de générateur vasculaire » qui stimulera la formation du réseau vasculaire de la tumeur . En effet, l'augmentation de la masse cellulaire en réponse à la dérégulation de la prolifération maintient les cellules hors de la circulation sanguine. En conséquence, les cellules cancéreuses doivent acquérir la capacité de stimuler l'angiogénèse. Ce changement se produit lorsqu'un grand groupe de cellules forme une masse tumorale de quelques

millimètres cubes. Par conséquent, la plupart des cellules centrales manquent d'oxygène et la tumeur commencera à produire, en réponse à l'hypoxie du VEGF qui à son tour induira une nouvelle angiogénèse pour assurer l'oxygénation des cellules cancéreuses et donc leur croissance [14].

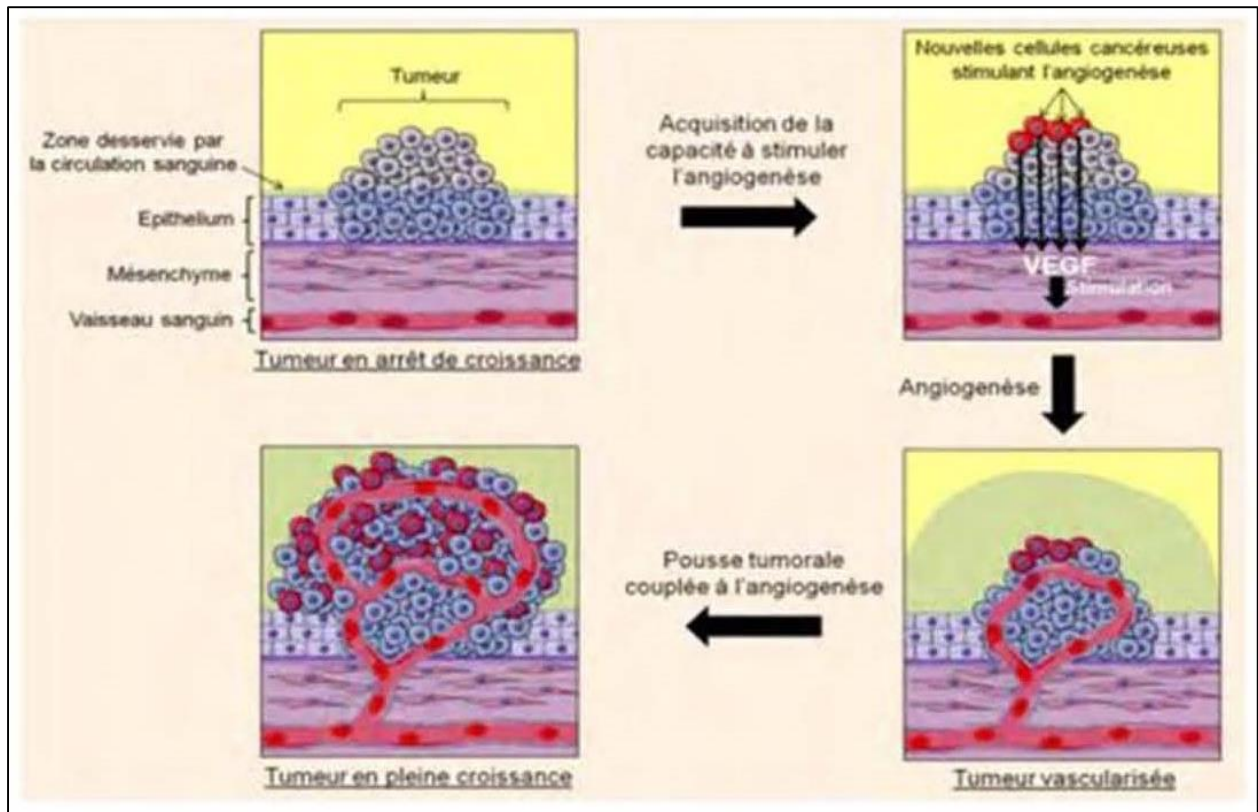


Figure 6 : L'angiogénèse tumorale [14].

- **Activation de l'invasion et des métastases**

Étapes séquentielles de l'invasion des cellules cancéreuses et des métastases :

- Rejet de l'adhésion et détachement des cellules cancéreuses.
- Rupture de la membrane basale.
- Acquérir le mouvement des cellules cancéreuses et l'infiltration stromale.
- Chevauchement.
- Migration intravasculaire.
- Fuite.
- La croissance des cellules cancéreuses dans les foyers métastatiques [11].

Cette représentation envisage une succession de changements cellulaires biologiques, en commençant par l'invasion locale, puis l'intravasation par les cellules cancéreuses dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques à proximité, le transit des cellules cancéreuses à travers les systèmes lymphatique et hématogène, suivi par la fuite des cellules cancéreuses de la lumière d'un tel vaisseau dans le parenchyme des tissus distants (extravasation), la formation de petits nodules de cellules cancéreuses (Micro métastases), et enfin la croissance de lésions micro métastatiques en tumeurs macroscopiques, cette dernière étape étant appelée « colonisation » [5].

On note l'exemple du gène p53 : Ce gène est impliqué dans la régulation de la transcription de l'ADN. En cas d'anomalie de l'ADN le cycle cellulaire reste bloqué en G1 afin de permettre la réparation de l'ADN. Si les lésions de l'ADN persistent, la cellule ne peut se diviser et le gène p53 engage cette cellule vers l'apoptose. Dans de nombreux cancers, le gène p53 se trouve muté ou inactivé, ce qui permet aux cellules dont l'ADN est anormal, de suivre sans réparer leur ADN. Cela conduit à la sélection du clone cellulaire malin et au développement d'une tumeur.

1.3.2. Tumeurs

Le mot tumeur désigne l'augmentation de volume d'une partie de l'organisme qui correspond à une prolifération excessive des cellules anormales. La tumeur peut être bénigne ou maligne.

- **Tumeur bénigne**

C'est une tumeur formée des cellules qui ne répondent plus aux contrôles normaux de croissance, mais n'ont pas la faculté d'envahir les tissus normaux ni de former des métastases à distance (exemples : les polypes).

- **Tumeur maligne**

La propriété la plus importante d'une tumeur maligne est sa capacité, d'une part, à envahir les tissus proches par voie sanguine et lymphatique, d'autre part, à se disséminer dans les organes éloignés.

Seules les tumeurs malignes sont classées parmi les cancers, on distingue :

a. Carcinomes

À peu près 90% des tumeurs humaines se composent de cellules épithéliales malignes (c'est-à-dire une surface composée uniquement des cellules).

b. Sarcomes

Rare chez l'homme, sont des tumeurs solides des tissus conjonctifs, tels le muscle, l'os, le cartilage et le tissu fibreux.

c. Leucémies et lymphomes

Représentent environ 8% des tumeurs humaines malignes, sont issus respectivement de cellule destinée au courant sanguin et de cellules du système immunitaire.

1.4. Facteurs de risque du cancer

On compte :

- le tabagisme (y compris les cigarettes et le tabac sans fumée);
- la surcharge pondérale ou l'obésité;
- la consommation insuffisante de fruits et légumes;
- le manque d'exercice physique (sédentarité);
- la consommation d'alcool;
- l'infection à HPV (Human Papilloma Virus) sexuellement transmissible;
- l'infection par un virus de l'hépatite ou d'autres infections cancérogènes;
- les rayonnements ionisants et ultraviolets;
- la pollution de l'air en milieu urbain;

- les fumées à l'intérieur des habitations dues à l'utilisation de combustibles solides par les ménages.

Le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont les principaux facteurs de risque dans le monde et représentent aussi les 4 facteurs de risque communs d'autres maladies non transmissibles. Le tabagisme est le facteur de risque le plus important du cancer responsable d'environ 22% du total des décès dus au cancer.

Certaines infections chroniques qui touchent particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire sont des facteurs de risque de cancer. Environ 15% des cas de cancer diagnostiqués en 2012 étaient imputables à des infections cancérogènes, provoquées notamment par *Helicobacter pylori*, le papilloma virus humain (HPV), le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le virus d'Epstein Barr [1,15].

Le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et certains types de HPV augmentent respectivement le risque de développer le cancer du foie ou du col de l'utérus. L'infection au VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) accroît fortement le risque de développer un cancer comme celui du col de l'utérus.

1.5. Mécanisme

1.5.1. Génétique

D'un point de vue pathologique, les cancers sont des maladies génétiques, c'est-à-dire qu'ils ont pour origine une modification quantitative et/ou qualitative de nos gènes. Comme il s'agit d'altérations génétiques somatiques qui ne sont présentes que dans le tissu malade (lésions acquises), la plupart des cancers ne sont donc pas eux-mêmes héréditaires. Les cancers familiaux (5 à 10 % des cancers humains) sont associés à une altération constitutionnelle (ou germinale) d'un gène. Cette altération est donc présente dans toutes les cellules de l'organisme, gamètes inclus. Elle peut être transmise à la descendance [16].

Il y a deux grandes catégories de gènes associés aux maladies cancéreuses les oncogènes et les gènes suppresseurs de tumeurs. Les oncogènes (appelés proto-oncogènes lorsqu'ils sont dans leur état normal et oncogènes lorsqu'ils sont mutés) sont les régulateurs positifs de la prolifération cellulaire. Ils deviennent hyperactifs et leur modification est dominante car il suffit qu'une des deux copies du gène soit modifiée.

La seconde catégorie comprend les gènes suppresseurs de tumeurs qui sont des régulateurs négatifs de la prolifération cellulaire (les freins). On y inclut certains gènes qui interviennent dans la détection et la réparation des lésions de l'ADN au niveau des points de contrôle de la division cellulaire.

Le gène suppresseur le plus connu est le gène P53 ou gardien du génome ou « gate keeper ».

L'apoptose ou mort cellulaire génétiquement programmée est un des moyens de régulation en cas d'erreur de réplication [16].

1.5.2. Transformation cellulaire

Durant toute la vie cellulaire, notre patrimoine génétique (constitué de séquences d'ADN) est soumis à des agressions. Dans la majeure partie des cas, ces modifications de l'ADN passent inaperçues car des mécanismes réparateurs corrigent ces défauts.

Pourtant, dans de rares cas, une mutation peut atteindre et modifier la structure d'un gène spécifiant un facteur qui règle le contrôle de la multiplication cellulaire (oncogène ou gène suppresseur de tumeur). Dans ce cas, la cellule peut acquérir un avantage sélectif qui lui permettra de donner naissance à un premier clone de cellules anormales (lésion précancéreuse). On peut ainsi, par diverses étapes successives, accumuler plusieurs mutations, chacune d'entre elles permettant la sélection d'un clone de plus en plus malin pour finir par une cellule hautement cancéreuse. La progression tumorale correspond donc à un processus dynamique

qui, à chaque étape, sélectionne une nouvelle cellule ayant subi une ou plusieurs altérations [17].

La transformation cellulaire correspond au passage d'une cellule eucaryote normale vers une cellule eucaryote cancéreuse.

Contrairement aux maladies génétiques comme la mucoviscidose, les myopathies ou certaines hémophilies qui sont des maladies monogéniques (un seul gène est généralement altéré), le cancer est une maladie multigénique. Chaque cancer a pour origine l'altération de 10 à 20 gènes. Ces altérations se produisent de manière successive, chacune d'entre elles favorisent la survenue du cancer. Cette suite d'altérations se produit généralement sur une très longue plage chronologique (5 à 20 ans) ; elle n'est pas aléatoire et pour chaque type de cancer, on a pu mettre en évidence d'une part une certaine spécificité des gènes altérés et d'autre part une chronologie dans le développement des événements.

Les altérations d'origine endogène sont provoquées en partie par des molécules issues de notre métabolisme comme les espèces réactives à l'oxygène. Chaque jour notre ADN subit des millions d'agressions de la part de ces molécules mais dans la très grande majorité des cas, celles-ci sont réparées de manière très efficace. Néanmoins, il suffit d'une défaillance dans la réparation d'un gène important pour enclencher ou continuer un processus de transformation cellulaire. Des travaux récents (2007) suggèrent que les systèmes de réparation de l'ADN ont une efficacité qui diminue avec l'âge [17].

La transformation cellulaire passe par l'acquisition d'au moins six propriétés [18]:

- Indépendance vis-à-vis des signaux stimulant la prolifération,
- Insensibilité aux signaux inhibiteurs,
- Abolition de l'apoptose ou mort cellulaire programmée,
- Capacité proliférative,

- Capacité de susciter l'angiogenèse, par acquisition de facteurs de croissance angiogéniques (vascular epithelial grow factor : VEGF) cible thérapeutique dans certains cancers,
- Acquisition d'un pouvoir invasif.

1.6. Étapes [19]

La cancérogenèse est causée par des substances cancérogènes, qui entraînent des anomalies génétiques touchant l'architecture ou la séquence de l'ADN. À ce stade, le cancer en formation n'est cliniquement pas observable et n'a pas de conséquence fonctionnelle.

La formation d'un cancer au sens strict comporte deux étapes distinctes et nécessairement successives : cancérogenèse et tumorigenèse.

1.6.1. Cancérogenèse

Le stade cancérogenèse de la transformation cancéreuse nécessite deux étapes : l'initiation et la promotion. Ces deux étapes sont obligatoirement successives et l'initiation précède toujours la promotion, sans quoi le processus cancéreux s'arrête.

a. Initiation

Elle correspond à l'accumulation des anomalies génétiques et comporte deux éléments majeurs :

- L'immortalisation, les cellules deviennent incapables d'initier leur propre mort (apoptose) ou ne répondent plus aux signaux extérieurs qui la déclenchent ;
- La perte d'homéostasie, l'homéostasie est caractérisée normalement par un équilibre entre la division et la mort cellulaire qui assure le maintien de la taille et de la fonctionnalité d'un organe. Dans notre cas, les cellules cancéreuses perdent la sensibilité aux signaux qui régulent la prolifération.

b. Promotion

Elle recouvre la réception par la cellule de facteurs de prolifération qui vont entraîner les divisions. Ces signaux vont donc pérenniser les anomalies au cours des divisions, et ainsi assurer la descendance de la cellule anormale, qui va de surcroît accumuler de nouvelles anomalies génétiques.

La promotion est caractérisée par une grande instabilité génomique et une augmentation de la perte d'homéostasie.

L'instabilité génomique est due à des mutations de deux types de gènes :

Les gènes portiers (gate keeper genes) : ils assurent le contrôle du passage à une étape ultérieure du cycle cellulaire.

Les gènes soignants (care taker genes) : ils assurent physiologiquement la réparation des anomalies liées à l'ADN. Leur inactivation entraîne une instabilité accrue et une accumulation d'anomalies génétiques (mutation, perte d'hétérozygotie, modifications épigénétiques, aussi dénommées « épimutation » par hypo/hyperméthylation, désacétylation, etc.).

Ces points de contrôle et de réparation altérés, la cellule cancéreuse a désormais perdu la capacité à « reconnaître sa vieillesse », initier sa mort et réparer les dommages de son ADN.

1.6.2. Tumorogénèse (progression)

Il s'agit du développement du cancer donnant des conséquences cliniques.

La tumeur croît jusqu'à atteindre la lame basale : le cancer est dit in situ et son risque de métastase est faible.

La croissance tumorale continue et la membrane basale se rompt, le cancer devient invasif : les cellules cancéreuses ont alors de grandes facilités à atteindre les courants métastatiques (circulations lymphatiques pour les carcinomes et veineuse pour les sarcomes), et la dissémination dans le corps débute.

1.6.3. Évolution

De son foyer initial, le cancer va (en dehors de tout traitement ou si le traitement n'est pas efficace) :

- Se développer de manière locale. Il provoque dans ce cas une compression des organes voisins, voire un envahissement et une destruction des tissus adjacents;
- Se développer de manière régionale. Il envahit les ganglions lymphatiques, où logent les cellules du système immunitaire ;
- Se propager à distance de la tumeur initiale et former des métastases.

L'évolution dépend du type du cancer et de sa prise en charge : certains ne font que très peu de métastases et sont très sensibles aux traitements permettant d'aboutir dans la grande majorité des cas à une rémission complète et prolongée (ce terme de rémission est spécifique de la cancérologie et diffère de guérison par l'absence de certitude quant à une récurrence à court, moyen ou long terme). D'autres sont encore très difficilement maîtrisables et peuvent entraîner le décès à court terme. Une évaluation précise du type de cancer auprès d'un médecin spécialisé est donc indispensable.

1.7. Diagnostic et dépistage [20]

1.7.1. Diagnostic précoce

Un traitement a plus de chances d'être efficace – avec une meilleure probabilité de survie, une réduction de la morbidité et des coûts moins élevés – si le cancer est diagnostiqué précocement. Des améliorations sensibles peuvent être apportées à la vie des patients en cas de diagnostic précoce et si l'on évite les retards dans le traitement.

Le diagnostic précoce comprend 3 étapes qui doivent être intégrées et assurées en temps opportun:

- la sensibilisation et accès aux soins;
- l'évaluation clinique, le diagnostic et la détermination du stade;

- l'accès au traitement.

Le diagnostic précoce est utile dans toutes les situations pour la majorité des cancers. Lorsque le diagnostic intervient à un stade avancé, un traitement curatif n'est parfois plus possible. Des programmes peuvent être conçus pour réduire les retards et les obstacles et permettre aux patients d'avoir accès suffisamment tôt à un traitement.

1.7.2. Dépistage

Le dépistage vise à repérer les sujets asymptomatiques présentant des anomalies évocatrices d'un cancer particulier ou d'un stade précancéreux et à les adresser rapidement à la structure appropriée pour le diagnostic et le traitement. Les programmes de dépistage peuvent être efficaces pour certains types de cancers, en utilisant et en appliquant correctement des tests appropriés liés à d'autres mesures dans le cadre du dépistage et en assurant la qualité des interventions.

Quelques exemples de méthodes de dépistage :

- l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) pour le cancer du col;
- test de dépistage du HPV pour le cancer du col de l'utérus;
- le test de Papanicolaou pour le dépistage du cancer du col et
- la mammographie pour le dépistage du cancer du sein.

1.8. Traitement

1.8.1. But

Il est à visée soit curative soit palliative. L'objectif du traitement curatif est d'obtenir une rémission clinique et paraclinique au-delà de 5 ans en espérant une guérison définitive. Le traitement palliatif sous-entend que cette guérison ne peut être obtenue, et dans ce cas les efforts de traitements cherchent à augmenter la survie globale et la survie sans récurrence tout en améliorant le confort de vie. Le traitement est effectué en milieu spécialisé, en règle sur une stratégie définie par

une équipe médicale pluridisciplinaire (c'est-à-dire comportant des médecins de plusieurs spécialités : oncologie, radiothérapie, chirurgie, gynécologie, gastro-entérologie, etc.).

1.8.2. Moyens

Chirurgie [19]

S'adresse aux tumeurs solides. Elle est radicale sub-radical, de réduction ou palliative.

La chirurgie radicale procédera à l'ablation de la tumeur avec marges de résection si possible, l'évidemment ganglionnaire de l'aire de dissémination lymphatique.

En exemple :

la mastectomie et curage axillaire pour le cancer du sein, la colpohystérectomie totale et lymphadénectomie pelvienne pour le cancer du col de l'utérus, l'hépatectomie droite ou gauche pour le cancer primitif du foie, la prostatectomie radicale et curage ilio-obturateur pour le cancer de la prostate, l'amputation abdomino-périnéale et colostomie terminale définitive pour cancer du bas rectum et du canal anal, la lobectomie partielle et curage pour cancer du poumon, la chirurgie régionale de l'ovaire pour cancer de l'ovaire etc.

La chirurgie sub-radical ou de réduction permet un « down staging » tumoral afin de réaliser un traitement adjuvant (chimiothérapie, radiothérapie). Dans ces cas une chirurgie de « second look » ou un curage complémentaire est souvent envisagé en fonction de la réponse tumorale. Exemple (la chirurgie du cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale).

La chirurgie palliative comme son nom l'indique n'a pas pour objectif d'obtenir une guérison mais le soulagement d'une douleur, l'obtention d'un confort de vie, la régulation d'un transit, la poursuite d'une alimentation etc. (exemple: vulvectomie de propreté pour cancer vulvaire hyperalgique, mastectomie de propreté pour tumeur ulcéro-nécrotique du sein, néphrostomie pour insuffisance rénale obstructive d'un cancer du col de l'utérus localement avancé, colostomie

pour tumeur du rectum non résecable, gastrostomie d'alimentation pour cancer de l'œsophage ou du cavum sténosant).

Radiothérapie [21]

Elle est également, comme la chirurgie un traitement locorégional ayant pour objectif de détruire la tumeur macroscopique ou résiduelle. Son principe est basé sur l'ionisation des radicaux libres des cellules tumorales irradiées dont la séquence d'ADN altérée empêche la réplication cellulaire. Elle est curative ou palliative. Elle peut précéder la chirurgie (néo-adjuvante) ou lui succéder (adjuvante) ou être administrée seule (exclusive) ou encore être combinée à la chimiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante). Ses effets secondaires sont moindres tant que la dose délivrée aux organes sains adjacents est négligeable (radiothérapie conformationnelle).

Chimiothérapie

Elle est également à visée curative ou palliative. Elle s'adresse à pratiquement toutes les tumeurs solides (en association avec d'autres traitements). Elle est généralement suffisante pour les tumeurs liquides (lymphomes, leucémie) [22]. L'administration de cette chimiothérapie impose un bilan biologique, numération de formule sanguine, rénal, hépatique, du terrain (Sérologie VIH, échographie cardiaque) concluant. Les effets secondaires sont évalués pour apprécier la tolérance à la chimiothérapie et sa poursuite si une bonne réponse tumorale est obtenue. Cette chimiothérapie peut être néo-adjuvante pour optimiser une chirurgie radicale ou potentialiser l'effet thérapeutique de la radiothérapie.

L'hormonothérapie est administrée en curatif ou palliatif pour bloquer les récepteurs hormonaux d'une tumeur hormonodépendante. Exemple : anti œstrogène ou anti aromatase dans les cancers du sein hormonosensibles, anti androgènes et cancer de la prostate [22].

La thérapie ciblée a le même principe de cible thérapeutique que l'hormonothérapie. Grâce aux progrès de la biologie moléculaire des cancers on

est à même de bloquer un récepteur spécifique qui participe à la prolifération cellulaire quand il est présent. Exemples de cible thérapeutique : Imatinib mesylate ou Glivec dans les Leucémies myéoloïdes chroniques ou tumeurs stromales gastro-intestinale, trastuzumab (Herceptin) et cancer du sein sur exprimant l'oncoprotéine HER2.

Soins palliatifs

Ils sont globaux et dynamiques devant la maladie incurable, dans un objectif d'améliorer la qualité de vie par le soulagement de la douleur, l'identification et la prise en charge des problèmes physiques, psychiques, sociaux, et spirituels. Ils placent le malade et sa famille au centre de la prise en charge, accompagnent dignement le malade, lui permet de vivre le mieux possible jusqu'à la mort et soutient la famille dans le deuil [23]

1.8.3. Indications

Elles sont fonction du stade du cancer, de l'état OMS du patient et des comorbidités. En général :

- Les cancers au stade I ou II et OMS 0, 1 ou 2 peuvent bénéficier d'un traitement agressif (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) à visée curative ;
- Les cancers au stade III et OMS 0, 1 ou 2 peuvent aussi bénéficier d'un traitement à visée curative. Le traitement radical notamment la chirurgie a souvent besoin d'une chimiothérapie ou radiothérapie néo-adjuvante ;
- Les cancers au stade IV métastatiques bénéficient selon l'état général et le type du cancer de l'association des différents traitements suscités dans un but le plus souvent palliatif pour améliorer la survie sans nuire à la qualité de vie ;
- Quel que soit le stade, les patients OMS 3, 4 ne peuvent supporter de traitements lourds (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie). Les soins de support et palliatifs sont administrés [24].

II. MATERIEL ET METHODES

2.1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la commune de Siby du cercle de Kati dans la région de Koulikoro.

a. Présentation de la commune de SIBY

Les caractéristiques physiques :

Situation géographique :

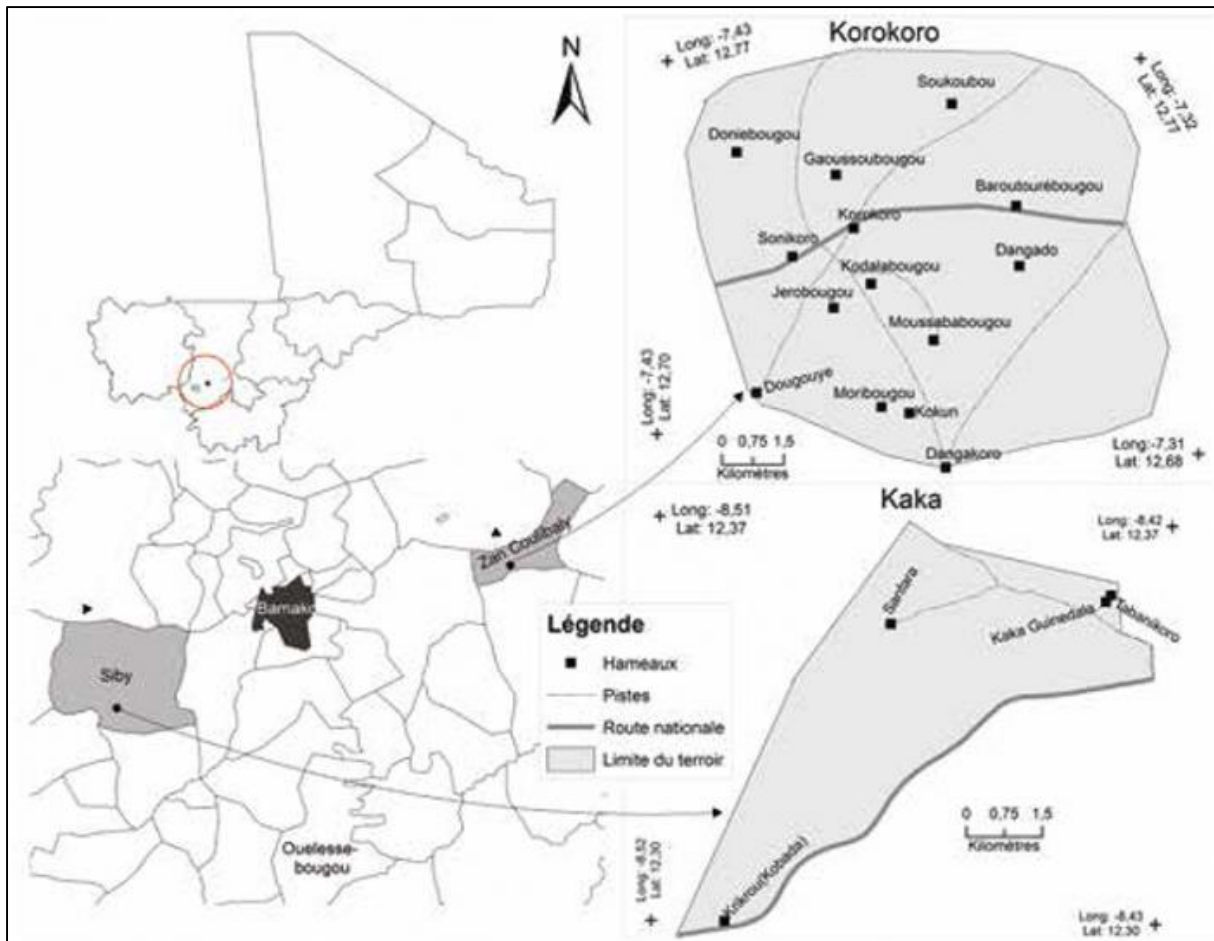
La commune de Siby couvre une superficie de 1001,25 Km² (environ 100 00 hectares) et comprend 21 villages. Aujourd'hui Siby compte quartiers officiels qui sont Djinkono, Saba Koro ; Djissouma et Kakala. En outre ; il faut mentionner Kinyekouna ; Sendala ; et Morola qui sont des quartiers non officiels. Elle est une commune rurale du cercle de Kati (région de Koulikoro) environ 50 km à l'ouest de Bamako sur la RN5 (Bamako- Conakry).

La commune rurale de Siby est limitée :

- Au Nord par la commune de Dombila ;
- A l'Est et au Sud-Est par la commune du Mandé ;
- Au Sud par la commune rurale de Bancoumana ;
- A l'Ouest par la commune rurale de Narena ;
- A l'Ouest et au Nord-Ouest par les communes de Sobra et de Bossofala.

Ses principales routes sont :

- La RN5, la traversant d'Est à l'Ouest sur 25 Km de Siby à Kaka (krikou) et continue jusqu'en Guinée Conakry ;
- La piste intercommunale Siby-Bancoumana (20 Km) ;
- La piste rurale Siby-Djoulafondo-Dogoro-Fouraguero (18 Km) ;
- La piste intercommunale Djelibani-Sandama (38 Km) ;
- La piste rurale Djelibani-saguelé-Nanakeniéba.



• **Population :**

La commune rurale de Siby a une population de 26 633 habitants selon le recensement général de la population et de l’habitat réalisé en 2009 ; elle comprend 21 villages.

Les jeunes émigrent vers les pays africains et européens tels que : la Libye, la Côte d’Ivoire, La Guinée Equatoriale, l’Angola, l’Espagne, la France, l’Italie.

A l’intérieur du pays, certains jeunes vont en exode à Bamako, Kita, Ségou et Kayes.

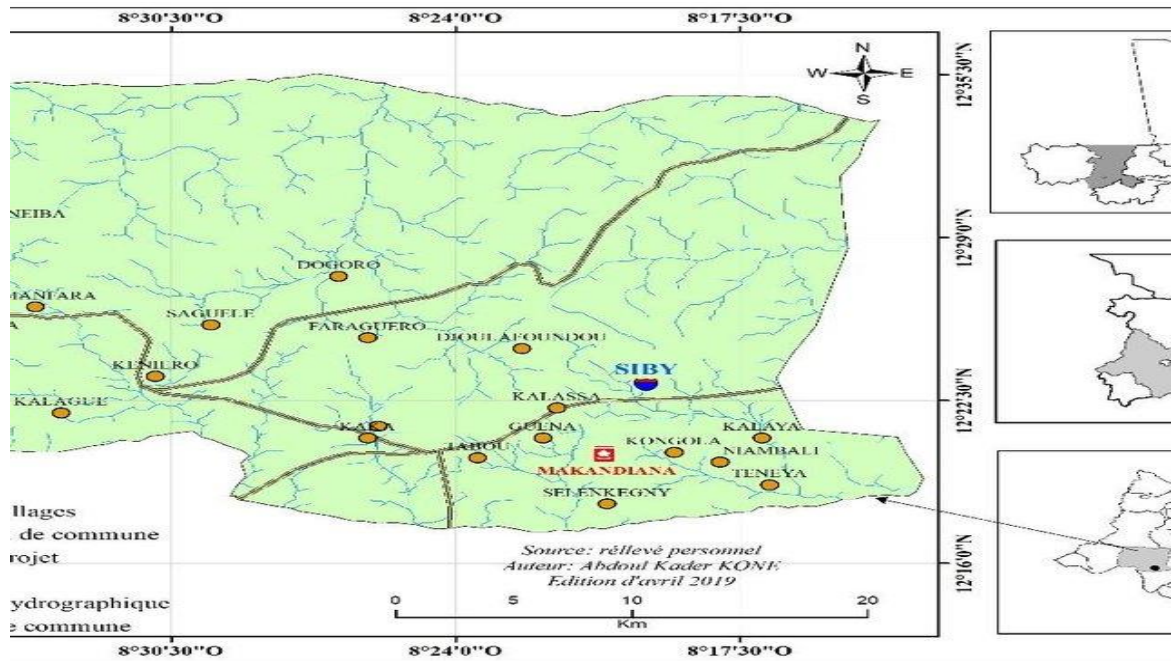
L’immigration est pratiquée par les ressortissants des pays africains tels que : la Guinée Conakry, la Mauritanie, la Sierra Léone, la Côte d’Ivoire.

• **Quelques grandes personnalités :**

- Kamadjan Camara : un des douze signataires de la charte de Kurukanfouga,

- Morignoumanifing Camara : fondateur de Siby,
- Fafrén Camara : détenteur du pouvoir secret,
- Kalassa Bagui : chasseur et guérisseur célèbre.
- AKT

Présentation trop détaillée du cercle



• Centre de santé communautaire de siby

L'association de santé communautaire de siby est créée le novembre 1996 ; depuis sa création il reste l'un des CSCOM du cercle de Kati les plus fréquentés surtout son unité de CPN et la salle d'accouchement ;

Le personnel du CSCOM de Siby se compose de :

- Un médecin généraliste contractuel de l'ASACO qui est le directeur technique du centre (DTC) ;
- Deux infirmiers d'Etat contractuels de l'ASACO ;
- Deux sages-femmes : une fonctionnaire et une autre contractuelle ;
- Une infirmière obstétricienne contractuelle de l'ASACO ;
- Deux aide-soignants contractuels de l'ASACO
- Un technicien supérieur de laboratoire contractuel de l'ASACO

- Une gérante de la pharmacie contractuelle de l'ASACO
- Un gardien contractuel de l'ASACO
- ✓ **Structure et fonctionnement, locaux et équipement du CSCOM de Siby**

Le centre comprend

- Un bureau de consultation médicale, muni d'une toilette interne ;
- Une salle d'injection et de pansement munie d'un réfrigérateur pour produits de vaccination et de laboratoire ;
- Un bureau pour la sage-femme qui est utilisé pour les consultations prénatales ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle de travail ;
- Une salle d'accouchement contenant une table d'accouchement pour les parturientes ;
- Une salle de suites de couche munie de quatre lits ;
- Un laboratoire permettant d'effectuer le bilan prénatal et d'autres analyses ;
- Deux dépôts de vente des médicaments essentiels dont l'un de jour et l'autre de nuit ;
- Cinq toilettes externes dont deux pour le personnel ;
- Deux magasins ;
- Deux hangars dont l'un est utilisé pour la vaccination et l'autre pour le MAS ;
- Une maison du DTC
- Une morgue

- **Organisation fonctionnelle du CSCOM de SIBY**

Le centre est sous la direction technique d'un médecin généraliste ; les consultations médicales sont assurées par les médecins ; l'unité de consultation prenable et la salle d'accouchement sont dirigées par deux sages-femmes aidées par une infirmière obstétricienne une aide-soignante et des stagiaires ;

Avant chaque séance de consultation prenable ; une causerie est faite avec les femmes enceintes sur certains thèmes tels que : l'allaitement maternel ; le

planning familial ; le paludisme et la grossesse ; le cancer ; l'importance des CPN etc.

Les salles de perfusions ; de pansements et d'injection sont sous la direction de l'infirmier ;

Le laboratoire est dirigé par le laborantin ; et la pharmacie par l'équipe de gestion
Du lundi au vendredi, les activités du centre se déroulent de 08h à 16h

À partir de 16h et les jours fériés ; les permanences est assures par une équipe de garde constitue par : un étudiant en médecine, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne, un infirmier ou aide-soignant et un gardien.

2.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur un échantillon représentatif de la population. Elle s'est déroulée de janvier à juin 2022 soit une période de 12 mois.

2.3. Population d'étude

L'étude a concerné toutes les femmes âgées de 18 ans et plus résidents dans la commune de Siby ayant consulté dans le CSCOM Siby ainsi que les personnels féminins qui étaient responsable de leurs prises en charge. Ces sujets ont été interrogés pour le recueil d'information. Le critère de résidence était basé sur le fait de vivre dans la commune de Siby pendant au moins 5 ans. Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif par inclusion de tous les participants répondant à notre critère d'étude. Il avait été réalisé en trois phase :

- La phase de contact
- La phase de sensibilisation
- La phase d'enquête

✓ Taille de l'échantillonnage

La taille de notre échantillon était constituée de 83 femmes qui venaient dans le CSCOM pour consultation et 17 agents de santé.

✓ **Technique de collecte**

Afin de collecter les données, nous avons commencé par introduire à l'aide d'un questionnaire qui avait pris en compte :

Les paramètres sociodémographiques des enquêtés ;

Les connaissances attitudes, et pratiques des femmes sur le cancer.

Variables retenue

Données socio démographiques	Connaissances	Attitudes	Pratiques
Age	Source d'information	Nécessité du dépistage	Depistage
Sexe	Moyen de Depistage	Réaction au test positif	Raison de dépistage
Niveau instruction	Facteur de risque		Personne à consulté
Statut matrimonial	Moyen de traitement		
Parité	Moyen de prevention		

✓ **Critères d'inclusion**

Age : les femmes adultes de 18 ans et plus acceptant volontairement et librement de participer à l'étude.

Résidence : être résident de la commune de Siby et ses environnants pendant au moins 5 ans avant la période d'étude.

✓ **Critères de non inclusion :** n'étaient pas inclus dans notre étude :

Les personnes âgées de moins de 18 ans au moment de l'enquête ;

Toute personne ne désirante pas participer à l'étude ;

Les personnes n'ayant pas résidé dans le quartier de siby pendant au moins 5ans avant la période d'étude.

Les femmes non consentantes

2.4. Technique de saisie et traitement des données

Les données ont été portées sur une fiche d'enquête qui était remplie avant le dépistage ; Les donnes ont été saisies et informatises grâce aux logiciels world ; Excel et SPSS 21.0 avec application des tests.

2.5. Aspects éthiques

Le consentement éclairé des enquêtés a été demandé pour leurs inclusions dans l'étude. Il a été expliqué à tous les participants les intérêts de l'étude ; ainsi leurs participations étaient libres et volontaires. Les informations recueillies ont été traitées dans l'anonymat et la confidentialité.

III. RÉSULTATS

Durant notre période d'étude nous avons enquêté 100 femmes âgé de 18ans et plus ayant consulté dans le CSCOM Siby dans la commune rurale de Siby dont 17 agents de santé.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques.

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
18-24 ans	1	21	22	22
25-34 ans	8	27	35	35
35-44 ans	6	21	27	27
45-54 ans	2	10	12	12
55-65 ans	0	4	4	4
Total	17	83	100	100

La majorité des participants avait un âge compris entre 25-34 ans soit 35% dont 22,9% parmi les agents de santé contre 77,1% chez les femmes de 18 ans et plus. L'âge moyen était de 38±4 ans avec des extrêmes qui variaient de 18 à 65 ans.

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Ménagère	0	37	37	37
Commerçant	0	9	9	9
Aide-ménagère	0	1	1	1
Agriculture	0	28	28	28
Etudiante	0	7	7	7
Enseignante	0	1	1	1
Agent de sante	17	0	17	17
Total	17	83	100	100

Les ménagères étaient prédominantes avec un taux de 37% dont la quasi-totalité était de femme de 18 ans et plus.

Tableau IV : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Malinké	4	39	43	43
Soninké	3	7	10	10
Bambara	4	7	11	11
Peulh	5	19	24	24
Dogon	1	8	9	9
Senoufo	0	3	3	3
Total	17	83	100	100

Nous avons enregistré 43% des cas de Malinké dont 9,3% parmi les agents de santé contre 90,7% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau V : Répartition selon la gestité

Gestité	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Nulligeste	0	5	5	5
Primigeste	4	9	13	13
Pauci geste	8	37	45	45
Multigeste	5	19	24	24
Grande multigeste	0	13	13	13
Total	17	83	100	100

Les pauci gestes étaient majoritairement représenté soit 45% dont 17,8% parmi les agents de santé contre 82,2% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau VI : Répartition selon la parité

Parité	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Nullipare	0	6	6	6
Primipare	4	12	16	16
Pauri pare	8	33	41	41
Multipare	5	21	26	26
Grande multipare	0	11	11	11
Total	17	83	100	100

Les pauri pares étaient prédominantes avec un taux de 41% dont 19,5% parmi les agents de santé contre 80,5% chez les femmes de 18 ans et plus.

Tableau VII : Répartition selon l'alphabétisation

Alphabétisation	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Oui	17	54	71	71
Non	0	29	29	29
Total	17	83	100	100

La majorité des participants était scolarisé soit 71% dont 23,9% parmi les agents de santé contre 76,1% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau VIII : Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Primaire	1	29	30	30
Secondaire	8	19	27	27
Supérieur	8	6	14	14
Inconnus	0	29	29	29
Total	17	83	100	100

Les niveaux d'instruction primaires ont représenté 30% dont 3,3% parmi les agents de santé contre 96,7% chez les femmes de 18 ans et plus.

Tableau IX : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Marié	16	59	75	75
Célibataire	1	10	11	11
Veuf/Veuve	0	11	11	11
Divorcé	0	3	3	3
Total	17	83	100	100

Les mariés ont représenté 75% dont 21,3% parmi les agents de santé contre 78,7% chez les femmes de 18 ans et plus.

1.1. Connaissance sur les cancers

Tableau X : Répartition selon la connaissance du cancer de manière générale

Connaissance du cancer de manière générale	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Oui	17	71	88	88
Non	0	12	12	12
Total	17	83	100	100

La connaissance du cancer de manière générale a été retrouvée chez 88% dont 19,3% parmi les agents de santé contre 80,7% chez les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XI : Répartition selon le moyen de connaissance du cancer de sein

Moyens de connaissance	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Radio	15	51	66	66
Télévision	9	31	12	12
Causerie	4	47	51	51

La radio avait été signalée comme moyen de connaissance dans 66% dont 88,2% parmi les agents de santé contre 77,3% chez les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XII : Répartition selon la connaissance sur la pratique du dépistage de cancer

Connaissance sur pratique du dépistage de cancer	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Ne se fait pas au Mali	0	8	8	8
Mal organisé	16	44	60	60
Aucune information	1	31	32	32
Total	17	83	100	100

La connaissance sur la pratique du dépistage de cancer a été jugé mal organisée dans 60% dont 26,7% parmi les agents de santé contre 73,3% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XIII : Répartition selon les facteurs de risques.

Facteurs de risques	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Tabac	17	49	66	66
Alcool	16	46	62	62
Facteurs biologiques	7	10	17	17
Stress	1	10	11	11
Alimentation	3	24	27	27
Facteurs environnemental	4	4	8	8
Médicament	10	9	19	19
Radiation ultra-violette	11	10	21	21
Obésité	4	11	15	15

Le tabac avait été signalé par 66% des participants dont la quasi-totalité des agents de santé contre 59,0% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XIV : Répartition selon les moyens de dépistage du cancer.

Moyens de dépistage du cancer	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Mammographie	16	43	59	59
Frottis cervical	16	30	46	46
Hémoculture	12	42	54	54

La mammographie avait noté dans 59% des cas dont 94,1% parmi les agents de santé contre 51,8% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XV : Répartition selon les signes cliniques généraux du cancer

Signes cliniques du cancer	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Tuméfaction anormale	15	61	76	76
Dysfonctionnement du corps	13	37	50	50
Perte de poids	11	45	56	56
Hémoculture	12	42	54	54

La tuméfaction anormale avait été noté dans 76% des cas dont 88,2% parmi les agents de santé contre 73,5% chez les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XVI : Répartition selon les méthodes de traitement du cancer

Méthodes de traitement du cancer	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Chirurgie	17	62	79	79
Radiothérapie	11	2	13	13
Chimiothérapie	16	40	56	56
Hormonothérapie	11	2	13	13
Traitement génique	0	19	19	19

La chirurgie avait été notée dans 79% comme méthodes de traitement du cancer.

Tableau XVII : Répartition selon le caractère récurable du cancer

Caractère récurable du cancer	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Curable	2	8	10	10
Incurable	2	11	13	13
Curable si le diagnostic est précoce	3	35	38	38
Curable diagnostic précoce si le traitement adapté	10	29	39	39
Total	17	83	100	100

Trente-neuf pourcent (39%) des participants avait noté que le cancer est curable diagnostic précoce si le traitement adapté dont 25,6% parmi les agents de santé contre 74,4% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XVIII : Répartition selon la connaissance sur la métastase d'un autre organe par certains cancers.

Connaissance sur la métastase d'un autre organe par certains cancers	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Oui	11	57	68	68
Non	6	26	32	32
Total	17	83	100	100

La majorité des participants avait une connaissance sur la métastase d'un autre organe par certains cancers soit 68% dont 16,2% parmi les agents de santé contre 83,8% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XIX : Répartition selon le diagnostic du cancer au Mali

Diagnostic	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Examen clinique	1	13	14	14
Données de laboratoire	3	36	39	39
Données d'imagerie	5	34	39	39
Anatomopathologie	17	36	53	53

Le diagnostic par l'examen anatomopathologique avait été noté dans 53% des cas dont la quasi-totalité des agents de santé contre 43,4% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XX : Répartition selon la connaissance sur l'existence de tumeur maligne et bénigne.

Connaissance sur l'existence de tumeur maligne et bénigne	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Oui	17	57	62	62
Non	0	26	26	26
Total	17	83	100	100

La majorité des participants avait une connaissance sur l'existence de tumeur maligne et bénigne soit 62% dont la quasi-totalité parmi les agents de santé contre 91,9% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XXI : Répartition selon les cancers qu'on peut dépister

Cancer qu'on peut dépister	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Cancer du sein	17	69	86	86
Cancer du col	17	59	76	76
Cancer de la prostate	10	0	10	10
Cancer du côlon	2	6	8	8

Le cancer du sein avait été signalé comme le cancer pouvant être dépisté dans 86% dont la quasi-totalité des agents de santé contre 83,1% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XXII : Répartition selon les moyens de prévention du cancer

Moyens de prévention	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Vaccination	5	19	24	24
Inconnus	6	20	26	26
Pas de prévention	6	44	50	50
Total	17	83	100	100

Cinquante pourcent (50%) des participants dont la quasi-totalité des agents de santé contre 88% parmi les femmes de 18 ans et plus avaient noté l'absence de prévention.

Tableau XXIII : Répartition selon la perception de la gravité du cancer

Perception de la gravité	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Maladie peu fréquente	8	51	59	59
Maladie fréquente	9	20	29	29
Maladie grave	17	50	67	67
Maladie peu grave	0	24	24	24

Les cancers ont été perçus comme maladie grave dans 67% dont la quasi-totalité des agents de santé contre 61,4% parmi les femmes de 18 ans et plus.

1.1. Pratiques

Tableau XXIV : Répartition selon l'attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer.

Attitude relative	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Paniqué	16	73	89	89
Désespéré	14	50	64	64
Angoisse	15	34	49	49

Le panique été enregistré dans 89% dont 94,1% parmi les agents de santé contre 88,0% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XXV : Répartition selon les pratiques de dépistage du cancer de sein

Pratiques de dépistage du cancer de sein	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Oui	11	15	26	26
Non	6	68	74	74
Total	17	83	100	100

Vingt-six pourcent (26%) des participants dont 42,3% parmi les agents de santé contre 57,7% parmi les femmes de 18 ans et plus était favorable à la pratique de dépistage du cancer de sein.

Tableau XXVI : Répartition selon la raison de la non pratique

Raison de la non pratique	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Manque d'information	1	39	40	40
Négligence	4	22	26	26
Faute de moyens	1	7	8	8

Le manque d'information avait été noté dans 40% dont 5,9% parmi les agents de santé contre 47,0% parmi les femmes de 18 ans et plus.

Tableau XXVII : Répartition selon le devenir du cancer de sein

Devenir du cancer de sein	Agent de santé	Femme > 18 ans	Total	
			N	%
Décédé	10	31	41	41
Guéris	1	11	12	12
Guéris avec des séquelles	6	23	29	29
Inconnus	0	18	18	36
Total	17	83	100	100

Le décès avait été noté comme le devenir du cancer de sein dans 41% dont 24,4% parmi les agents de santé contre 75,6% parmi les femmes de 18 ans et plus.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive dans le centre de santé communautaire de Siby du cercle de Kati. Cette étude d'une période de six mois nous a permis de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur les cancers. Elle a inclus 100 participants dont 17 agents de santé et 83 femmes âgées de 18 ans et plus ayant accepté de participer dans notre étude.

Les principales difficultés étaient le non coopération de certaines femmes à l'étude. Cette étude est limitée par le caractère transversal descriptif qui a fait que nous n'avons pas pu explorer en profondeur les relations entre les différents aspects. A cela s'ajoute la taille petite de l'échantillon qui fait que les conclusions issues de cette étude ne peuvent pas être extrapoler à grande échelle.

4.1. Données sociodémographiques

4.1.1. Âge

La majorité des participants avait un âge compris entre 25-34 ans soit 35% dont 22,9% parmi les agents de santé contre 77,1% chez les femmes de 18 ans et plus. L'âge moyen était de 38 ± 4 ans avec des extrêmes qui variait de 18 à 65 ans. Ce résultat est comparable à celui de Dakenyo RD et al [25] au Cameroun en 2018 qui ont trouvé un âge moyen de $29,69 \pm 8,87$ ans. Au Gabon Assoumou SZ et al [26] ont trouvé un âge moyen des participants de 30,4 ans avec des extrêmes de 16 et 65 ans. La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée dans 32,3% des cas dans l'étude de Ahmed SA et al [27] en 2013. Au Kenya Were E et al [28] ont rapporté 65,2% avaient perçu un besoin de dépistage. L'âge moyen des patientes était de 36,16 ans avec des extrêmes de 14 et 68 ans dans l'étude de Diallo MH et al en Guinée Konakry en 2021 [29].

Dans les études consultées, les âges moyens des personnes enquêtées sont disparates. Même si dans la majorité des études l'âge moyen se situe avant 40 ans [29]. La prédominance des sujets jeunes pourrait s'expliquer par le fait que cette période correspond à la période d'activité sexuelle.

4.1.2. Niveau d'instruction et profession

Les niveaux d'instruction primaires ont représenté 30% dont 3,3% parmi les agents de santé contre 96,7% chez les femmes de 18 ans et plus. Les ménagères étaient prédominantes avec un taux de 37% dont la quasi-totalité était de femme de 18 ans et plus. Notre étude est comparable à celui de Dakenyo RD et al [25] au Cameroun qui ont trouvé dans leur étude une prédominance du niveau d'étude secondaire de 61,28% et constituées majoritairement des mariées dans 49.16% des cas. Ahmed SA et al [27] en 2013 ont rapporté une prédominance de niveau secondaire de 63,7% des cas. Par contre Assoumou SZ et al [26] en 2015 ont trouvé une prédominance des universitaires de 63,7% des cas au Gabon.

L'enquête démographique de la santé du Mali de 2018 (EDS-VI), qui rapporte que 66% des femmes en âge de procréer n'avait aucun niveau d'instruction [30]. Un niveau d'instruction élevée rend facile l'adhésion de la personne aux messages de sensibilisation et d'information de promotion de la santé notamment les dépistages et le diagnostic précoce.

4.1.3. Parité

Les pauci pares étaient prédominantes avec un taux de 41% dont 19,5% parmi les agents de santé contre 80,5% chez les femmes de 18 ans et plus. Ce résultat est comparable à celui de Diallo HM et al [29] qui ont rapporté une prédominance des pauci pares de 38% des cas. Par contre, Dakenyo RD et al [25] ont rapporté une prédominance de multipares dans 56,57% des cas. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des participants de notre étude était des sujets jeunes.

4.2. Connaissances sur les cancers

4.2.1. Connaissance de l'existence de cancer

La plupart des femmes avait une connaissance sur le cancer soit 88% des cas. Parmi lesquelles 62% avaient connaissance sur l'existence de tumeurs malignes et bénignes et 56% connaissaient l'existence de la métastase.

La connaissance du cancer de manière générale a été retrouvée chez 88% dont 19,3% parmi les agents de santé contre 80,7% chez les femmes de 18 ans et plus. La majorité des participants avait une connaissance sur la métastase d'un autre organe par certains cancers soit 68% dont 16,2% parmi les agents de santé contre 83,8% parmi les femmes de 18 ans et plus. Ils avaient une connaissance sur l'existence de tumeur maligne et bénigne soit 62% dont la quasi-totalité parmi les agents de santé contre 91,9% parmi les femmes de 18 ans et plus. Dakenyo RD et al [25] a trouvé 78,11% des femmes qui avaient connaissance de l'existence du cancer du col de l'utérus de plus ils ont noté une association significative entre la connaissance et le niveau d'instruction. Les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur à. 97,27% avaient de bonnes connaissances sur l'existence du cancer du col de l'utérus. Assoumou SZ et al [26] ont trouvé une fréquence de 91,6% des femmes ayant connaissance de cancer du col de l'utérus. La connaissance de l'existence du cancer pourrait s'expliquer par la réussite des efforts de sensibilité et de mobilisation de la population à travers diverses voies mises en charge par l'Etat et ses partenaires.

4.2.2. Types de cancers cités

Le cancer du sein avait été signalé comme le cancer pouvant être dépisté dans 86% dont la quasi-totalité des agents de santé contre 83,1% parmi les femmes de 18 ans et plus. La connaissance de ces types de cancers pourrait s'expliquer par le fait qu'ils constituent les cancers les plus fréquents chez la femme mais également la circulation abondante des messages de sensibilisation sur le dépistage de ces cancers lors des visites prénatales.

4.2.3. Sources d'information sur les cancers

La radio avait été signalée comme moyen de connaissance dans 66% dont 88,2% parmi les agents de santé contre 77,3% chez les femmes de 18 ans et plus. Dans leur étude Tilaki KH et al [31] en 2015, ont trouvé comme source d'information les travailleurs de la santé (32,4 %) et les magazines, livres et brochures (32,4%) principalement citées par les femmes. Dans l'étude d'Ahmed SA et al [27], la majorité des personnes interrogées étaient informé par le personnel de santé, les amis, la famille et à travers les médias. Cela contraste également avec les rapports précédents d'Ayinde et al [32] qui ont constaté que la plupart des répondants obtiennent des informations de la radio, de la famille et des amis. La plupart des répondants (43,5%) avaient une bonne connaissance du dépistage du cancer du col de l'utérus comme dans un rapport de Mutyaba et al [33] en Ouganda.

Les médias jouent un rôle capital dans la lutte contre les pathologies telles que les cancers dont le dépistage et le diagnostic précoce permettent d'améliorer le pronostic vital des patientes atteintes.

4.2.4. Connaissance des facteurs de risques des cancers

Le tabac avait été signalé par 66% des participants dont la quasi-totalité des agents de santé contre 59,0% parmi les femmes de 18 ans et plus. A notre étonnement l'infection à HPV comme facteur de risque n'a été évoquée par aucune des femmes interrogées de même que Diallo MH et al [29] ont trouvé rarement l'infection à HPV cité comme facteurs de risque. Tilaki KH et al [31] en 2015, ont trouvé 79,8 % des femmes connaissaient la consommation d'alcool en tant que facteur de risque et les antécédents familiaux (78,8%), le tabagisme (63,8%), l'exposition aux radiations (60,6%) l'augmentation de l'âge (45,4%) a informées comme facteurs de risque possibles de cancer du sein et 53,4 % des femmes ont indiqué que l'allaitement maternel était un déterminant de la diminution du risque de cancer du sein, tandis que moins de 30 % étaient conscientes de l'âge précoce

des premières règles, de l'âge tardif à la première grossesse et de la contraception orale comme facteurs de risque possibles.

Dans les pays médicalisés le niveau de connaissance des facteurs de risque est nettement plus élevé. Dans une étude faite en Australie où la vaccination nationale au HPV et le programme d'information au HPV étaient disponibles, 88,9% des femmes avaient des connaissances sur le HPV [34]. Dans certaines publications (Oran et al. 2008, Abdul Hadi et al. 2010), les femmes avec des niveaux d'éducation plus élevés sont plus réceptives à la sensibilisation et aux messages d'éducation sanitaire et adhèrent plus facilement au dépistage [35,36].

4.2.5. Connaissance des moyens de dépistage et de traitement des cancers

La mammographie avait noté dans 59% des cas dont 94,1% parmi les agents de santé contre 51,8% parmi les femmes de 18 ans et plus. Ces résultats sont contraires à celui retrouvé par Diallo MH et al [29] où plus de la moitié des patientes enquêtées ne connaissaient pas l'existence de moyens de prévention.

Les résultats sont conséquences de types de cancers dont la majorité des femmes avait connaissance. Selon les recommandations, la mammographie en tant que procédure standard de dépistage a été réalisée chaque année pour les femmes âgées de 40 ans ou plus dans la population générale des pays occidentaux et elle n'a pas été recommandée pour les femmes de moins de 40 ans [31].

4.2.6. Connaissance des moyens de prévention

Cinquante pourcent (50%) des participants dont la quasi-totalité des agents de santé contre 88% parmi les femmes de 18 ans et plus avaient noté l'absence de prévention. De même que Assoumou SZ et al [26] qui avaient trouvé seulement 27,9 % des participantes qui avaient entendu parler de la prévention du cancer du col de l'utérus par le dépistage. Plus de la moitié des femmes (57,6%) ne connaissaient pas l'existence d'un moyen de prévention dans l'étude de Diallo MH et al [29] en 2021 et cette méconnaissance était plus importante chez les femmes de niveau d'étude primaire (74,71%) comparativement aux 65,45% de

femmes ayant un niveau d'étude supérieur. La scolarisation est un élément important dans la prévention des cancers.

4.2.7. Connaissance des moyens de traitement

La chirurgie avait été notée dans 79% comme méthodes de traitement du cancer. Ces résultats pourraient s'expliquer le niveau de connaissance des femmes mais aussi du fait que la majorité était instruite.

4.3. Attitudes des participants par rapport aux cancers

Vingt-six pourcent (26%) des participants dont 42,3% parmi les agents de santé contre 57,7% parmi les femmes de 18 ans et plus était favorable à la pratique de dépistage du cancer de sein. Ce résultats est comparable à ceux de Dakenyo RD et al [25], qui ont trouvé 31,31% (186/594) avaient déjà désiré les informations sur la prévention du cancer du col de l'utérus, 26,94% ont eu l'initiative de faire le test de dépistage.

Le panique été enregistré comme réaction en cas de test positif dans 89% dont 94,1% parmi les agents de santé contre 88,0% parmi les femmes de 18 ans et plus. Ces réactions pourraient être sources de non adhésion des tests de dépistage.

4.4. Pratique

Dans notre étude, seulement 60% des participants interrogées avaient déjà fait un test de dépistage. Le manque d'information avait été noté dans 40% dont 5,9% parmi les agents de santé contre 47,0% parmi les femmes de 18 ans et plus. Nos résultats sont similaires à ceux de Dakenyo RD et al [25] qui ont rapporté 26,94% qui ont eu l'initiative de faire le test de dépistage et seulement 7,41% ont fait le dépistage. Les difficultés évoquées étaient principalement le manque d'information soit 69,82% des cas.

Ces résultats montrent la nécessité des campagnes de sensibilisation des femmes surtout au niveau des personnels de santé qui sont les mieux placées pour les convaincre.

CONCLUSION

Malgré le bon niveau de connaissance sur l'existence du cancer du col de l'utérus, le niveau d'information sur les facteurs de risque et les moyens de prévention restent faibles.

Leurs attitudes et pratiques sont également faibles. Le programme de sensibilisation sur les cancers, devait être axé sur les facteurs de risque, les moyens de prévention l'organisation des campagnes de dépistage mais surtout la mise en place d'un programme National de lutte contre le cancer comportant tous les volets du contrôle du cancer dans le pays. Ces informations peuvent permettre d'améliorer la planification et l'élaboration des interventions de prévention de ce plan.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et administratives

- Organisation des sensibilisations et de communications sur les facteurs de risque et prévention et le dépistage des cancers de façon en particulier ceux de col de l'utérus et du sein.
- Organisation des campagnes de dépistage des cancers col de l'utérus et du celui du sein.
- Equiper les structures de santé en matériels de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;

Aux personnels de santé

- Conseiller aux patientes chaque fois que c'est possible le dépistage régulier du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Faire systématiquement l'examen de dépistage de cancer devant tout signes évocateurs.

A la population

- Participer aux campagnes de dépistage des cancers
- Eviter les facteurs de risques modifiables des cancers
- Consulter une structure de santé devant un signe prédicteurs de cancer.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux faits sur le cancer dans le monde, ses causes, ses facteurs de risque, les traitements existants et sur les recommandations de l’OMS. 2018.<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (accessed 18 Jun2019).
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* mai 2021;71(3):209-49.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* mai 2021;71(3):209-49.
4. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. *cell.* 2000;100(1):57-70.
5. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *cell.* 2011;144(5):646-74.
6. Bostwick DG, Cheng L. *Urologic Surgical Pathology.* Elsevier Health Sciences; 2008. 1037 p.
7. Lipinski MM, Jacks T. The retinoblastoma gene family in differentiation and development. *Oncogene.* 1999;18(55):7873-82.
8. Burkhardt DL, Sage J. Cellular mechanisms of tumour suppression by the retinoblastoma gene. *Nat Rev Cancer.* 2008;8(9):671-82.
9. Lohard, S. Propagation d’un signal pro-apoptotiques paracrines via la voie CGAS/STING lors des chimiothérapies antimétaboliques. *Cancérologie.* Nantes : Université de Nantes, (2019), p.15-139.
10. Adams JM, Cory S. The Bcl-2 apoptotic switch in cancer development and therapy. *Oncogene.* 26 févr 2007;26(9):1324-37.
11. Sasahira T, Kirita T. Hallmarks of Cancer-Related Newly Prognostic Factors of Oral Squamous Cell Carcinoma. *Int J Mol Sci.* 16 août 2018;19(8):2413.
12. Jacolot, M-C. Les cellules souches cancéreuses, origines du cancer ? Hypothèses, caractéristiques et implications thérapeutiques en médecine humaine et vétérinaire. *Médecine.* Paris : école nationale vétérinaire d’Alfort, (2013), p.13-73.

13. Nakai Y, Isayama H, Ijichi H, Sasaki T, Sasahira N, Hirano K, et al. Inhibition of renin–angiotensin system affects prognosis of advanced pancreatic cancer receiving gemcitabine. *Br J Cancer*. 2010;103(11):1644-8.
14. Hontaas A, Lajoie-Mazenc I. Prise en charge des patients cancéreux à l'officine. [Livre]. 2014; 256 pages.
15. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health* 2016; 4:e609-616.
16. Louis-Paul Fischer. Le bistouri et la plume. Les médecins écrivains. [Livre]. Harmattan 2002 ; 449p.
17. Tomasetti C, Vogelstein B. Variation in cancer risk among tissues can be explained by the number of stem cell divisions. *Science*. 2 janv 2015;347(6217):78-81.
18. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. *Cell*. 7 janv 2000;100(1):57-70.
19. Tapsou M.G. Prévalence des cancers chez les patients atteints du VIH dans le service d'Hématologie-Oncologie médicale du CHU Point G. USTTB. [Thèse] ; Bamako ; 2022 ; N°103 : 88p.
20. Diall T. Profil épidémiologique des cancers à Bamako de 2008 à 2017, Mali. USTTB. [Mémoire médecine]. Bamako 2019 : 61p.
21. J.-J. Mazon, F. Mornex, P. Maingon, P. Van Houtte. Cancer / Radiothérapie. [Livre]. Elsevier Masson SAS, Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). 2010 ; Vol 14 - n° 6-7 : 411-678p.
22. INSSA-2017-MIT-ASP.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: http://bibliovirtuelle.unaziboni.bf/biblio/opac_css/docnume/inssa/medcineinfos/INSSA-2017-MIT-ASP.pdf.
23. Jacquemin D, Broucker D de. Manuel de soins palliatifs - 4e édition - Clinique, psychologie, éthique: Clinique, psychologie, éthique. 4e édition. Paris: Dunod; 2014. 1248 p.
24. SCORE OMS.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.antalvite.fr/pdf/SCORE%20OMS.pdf>.
25. Dakenyo RD, Kenfack B, Vogue N, Tsakoue EF, Ebode ME, Cumber SN. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer du

- District de Santé de la Mifi sur la prévention du cancer du col de l'utérus, Cameroun. *Pan Afr Med J.* 12 nov 2018;31:172.
26. Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A, Ennaji MM. Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC Womens Health.* 19 avr 2015;15:37.
 27. Ahmed SA, Sabitu K, Idris SH, Ahmed R. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among market women in Zaria, Nigeria. *Niger Med J J Niger Med Assoc.* 2013;54(5):316-9.
 28. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. *Afr Health Sci.* mars 2011;11(1):58.
 29. Diallo MH. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) au centre médical communal de Coronhie Conakry- Guinée. *J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod.* 2021;22(1):42-7.
 30. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
 31. Hajian Tilaki K, Auladi S. Awareness, Attitude, and Practice of Breast Cancer Screening Women, and the Associated Socio-Demographic Characteristics, in Northern Iran. *Iran J Cancer Prev.* août 2015;8(4):e3429.
 32. Ayinde OA, Ogunbode OO, Adebayo OJ. Determinants of cervical cancer knowledge and the utilisation of screening among a Nigerian female population. *Trop J Obstet Gynaecol.* 2005;22:21-4.
 33. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ.* 1 mars 2006;6:13.
 34. Giles M, Garland S. A study of women's knowledge regarding human papillomavirus infection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* août 2006;46(4):311-5.
 35. Oran NT, Can HO, Senuzun F, Aylaz RD. Health promotion lifestyle and cancer screening behavior: a survey among academicians women. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2008;9(3):515-8.

36. Abdul Hadi M, Hassali MA, Shafie AA, Awaisu A. Knowledge and perception of breast cancer among women of various ethnic groups in the state of Penang: a cross-sectional survey. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2010;19(1):61-7.

ANNEXES

1. FICHE SIGNALITIQUE

Nom et Prénom: Ibrahima CONDE

Année Universitaire: 2022/2023

Lieu de DEPOT: Bibliothèque FMOS

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Secteur d'intérêt: Anatomie et Cytologie pathologiques, Gynécologie

RESUME

L'objectif de notre étude était d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes et du personnel de santé face au cancer dans la commune de Siby.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur un échantillon représentatif de la population dont la collecte s'est déroulée de janvier à juin 2022.

Elle a inclus les femmes adultes de 18 ans et plus acceptant volontairement et librement de participer à l'étude. Le consentement éclairé des enquêtés a été demandé pour leurs inclusions dans l'étude. La participation était libre et volontaire avec le respect de l'anonymat et la confidentialité.

A été remarqué dans cette étude la majorité des participants avait un âge compris entre 25-34 ans soit 35% dont 22,9% parmi les agents de santé contre 77,1% chez les femmes de 18 ans et plus. L'âge moyen était de 38 ± 4 ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans. 30% des participants avaient un niveau d'instruction primaire. Les ménagères étaient prédominantes avec un taux de 37% dont la quasi-totalité était de femme de 18 ans et plus. La plupart des femmes avait une connaissance sur le cancer dans 88% des cas, et la radio avait été signalée comme moyen de connaissance dans 66% des cas.

Le tabac avait été signalé comme facteur de risque dans 66% des cas par les participants dont la quasi-totalité des agents de santé contre 59,0% parmi les femmes de 18 ans et plus. La quasi-totalité des agents de santé avaient une

connaissance des moyens de prévention contre 88% parmi les femmes de 18 ans et plus avaient noté l'absence de prévention.

La chirurgie avait été notée dans 79% comme méthodes de traitement du cancer. Dans notre étude, seulement 60% des participants interrogées avaient déjà fait un test de dépistage. Le manque d'information avait été noté dans 40% dont 5,9% parmi les agents de santé contre 47,0% parmi les femmes de 18 ans et plus

Mots clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, Femmes, Personnel de santé, Cancer.

SUMMARY

This was a descriptive cross-sectional study based on a representative sample of the population, collected between January and June 2022.

It included adult women aged 18 and over who voluntarily and freely agreed to take part in the study. Analyses were carried out using Excel and SPSS 21.0 software with the application of tests. Informed consent was sought from the respondents for their inclusion in the study. Participation was free and voluntary, with respect for anonymity and confidentiality.

In this study, the majority of participants were aged between 25 and 34 years (35%), 22.9% of whom were health workers, compared with 77.1% of women aged 18 and over. The average age was 38 ± 4 years, with extremes ranging from 18 to 65 years. 30% of participants had a primary education. Housewives predominated with a rate of 37%, almost all of whom were women aged 18 and over. Most of the women had knowledge of cancer in 88% of cases, and the radio was reported as a means of knowledge in 66% of cases.

Smoking was identified as a risk factor in 66% of cases by participants, including almost all healthcare workers, compared with 59.0% of women aged 18 and over. Almost all of the healthcare workers were aware of the means of prevention, compared with 88% of the women aged 18 and over who noted the absence of prevention.

Surgery was noted by 79% of cancer treatment methods.

In our study, only 60% of the participants surveyed had ever had a screening test. Lack of information was noted by 40%, including 5.9% of health workers, compared with 47.0% of women aged 18 and over.

Key words: Knowledge, Attitudes, Practices, Women, Health workers, Cancer.

2. Fiche d'enquête

Questionnaire pour les femmes de siby qui viennent en consultation, ainsi que les personnels agent de santé de l'asacosiby.

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une thèse. Il est destiné à la population de siby. L'objectif général de cette étude est d'évaluer les niveaux des connaissances, attitudes, et pratique de cancer dans le centre de santé de siby. Nous vous demandons de répondre de manière objective et précise aux questions posées en cochant la case qui convient.

Pour les femmes

Caractéristiques sociaux démographiques :

- Nom : Prénom :
- Profession : Ménagère /___/ ; Commerçant /___/ ; Aide-ménagère /___/ ; Agriculture/___/ ; Étudiante/___/ ; Autres/___/ ;
- Sexe : Féminin /___/ ; Masculin /___/ ;
- Ethnie : Malinké /___/ ; Soninké /___/ ; Bambara/ ___/ ; Peulh /___/ ; Dogon /___/
- Tranche d'âge : [18-30] /___/ ; [31-45] /___/ ; [46-65] /___/
- Gestité : Nulligeste /___/ ; Primigeste /___/ ; Pauci geste /___/ , Multi geste /___/ ; Grande multi geste /___/
- Parité : Nullipare /___/ , Primipare /___/ ; Pauci pare /___/ ; Multipare /___/ ; Grande multipare /___/
- Niveau d'instruction et alphabétisation :
- Alphabétisation : Oui /___/ ; Non /___/
- Niveau d'étude : Primaire /___/ ; Secondaire /___/ ; Supérieur/___/ ;
- Statut matrimonial : Marié /___/ ; Célibataire/___/ ; Veuf/veuve /___/ ; Divorcé/___/

Connaissance sur les cancers :

Question 1 :

Saviez-vous qu'est-ce qu'un cancer d'une manière général ? : Oui /___/ ; Non /___/

Question 2 :

Par quels moyens de connaissance, vous le connaissez ? Radio /__/ ; Télévision /__/ ; Amis /__/ ; Causerie /__/ ; Par les agents de santé /__/ ; Autres à préciser /__/ ;

Question 3 :

Que saviez vous en ce qui concerne la pratique du dépistage du cancer ? : Ne se fait pas au mali /__/ ; Mal organisé /__/ ; Aucune Information /__/ ;

Question 4 :

Quels sont les facteurs de risques que vous connaissez sur le cancer ? Les Radiations ultraviolets /__/ ; Facteurs Chimiques /__/ ; Facteurs Environnementale /__/ ; Le tabac /__/ ; Alcool /__/ ; Facteur Biologique /__/ ; ; Stress /__/ ; Alimentation /__/ ; Médicament /__/ ; Obésité /__/ ;

Question 5 :

Quels sont les moyens de dépistages du cancer ? : Mammographie /__/ ; frottis cervical vaginal /__/ ; Hémoculture /__/ ;

Question 6 :

Quels sont les signes cliniques générales du cancer dans l'ensemble : Tuméfaction anormale /__/ ; Troubles de fonctionnement du corps /__/ ; Perte de poids /__/ ;

Question 7

Quels sont les méthodes de traitement possibles du cancer ? Chirurgie /__/ ; Radiothérapie /__/ ; Chimiothérapie /__/ ; Hormonothérapie /__/ ; Thérapie génique /__/ ;

Question 8

À propos du caractère curable du cancer ? Curable /__/ ; Incurable /__/ ;
Curable si le diagnostic est précoce /__/ ; Curable si le diagnostic
est précoce et le traitement adaptés /__/ ;

Question 9

Saviez vous que la prise en charge du cancer est subventionnée ou la gratuité de son
traitement à la mali ? Oui /__/ ; Non /__/ ;

Question 10

Saviez-vous que certains cancers se métastase d'un autre organe ? : Oui /__/ ; Non /__/
;

Question 11

Comment se fait le diagnostic du cancer au mali ? : Examen Clinique /__/ ; Des
données de l'imagerie /__/ ; Des données de laboratoires /__/ ;
Anatomopathologique /__/ ;

Question 12

Connaissez-vous qu'il existe une tumeur bénigne et maligne ? : Oui /__/ ; Non /__/

Question 14

Quels sont les cancers qu'on peut dépister ? : Cancer du Sein /__/ ; Cancer du
Col /__/ ; Cancer du Côlon /__/ ; Cancer de la Prostate /__/ ;
Poumon /__/

Question 15 :

Attitudes

Question 13 :

Quels sont votre perception de la gravité du cancer ? :

Une maladie peu fréquente /__/ ; Une maladie très fréquente /__/ ;
Une maladie grave /__/ ; Une maladie peu grave /__/ Autres /__/

Question 14

Quel est votre attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer ? :
oui /__ / ; non /__ / ;

Question 15 :

Quelles attitudes mentales tu auras quand tu as appris le résultat positif du cancer confirmé à l'anapath 'une de tes proches ? Paniqué /__ / ; Désespérer /__ / ;
Angoissé /__ / ;

Pratiques

Questions 16 :

Est-ce que vous faisiez les pratiques effectives du dépistage du cancer ? : Oui /__ / ;
Non /__ / ;

Question 17 :

Vous pratiquez des dépistages du cancer ? Oui /__ / ; Non /__ / ;

Question 18 :

Au cas ou vous ne pratiquez pas quel sont les raisons ? : Manque d'Information /__ / ;
Négligence /__ / ; Faute de Moyens /__ / ;

Question 19 :

Question 20 :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure devant l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!