



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



REPUBLIQUE DE  
CÔTE D'IVOIRE



Programme National  
de Lutte Contre le Cancer

# NORMES ET DIRECTIVES NATIONALES POUR LA PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN CÔTE D'IVOIRE

Aout 2013

# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	2
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....	7
LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....	9
COMITE D'ELABORATION ET DE VALIDATION .....	10
REMERCIEMENTS .....	13
PREFACE .....	14
CONTEXTE.....	14
CHAPITRE I: COMMUNICATION, SENSIBILISATION ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE.....	19
1.1. Communication pour le Changement de Comportement (CCC) dans la prévention du cancer du col de l'utérus.....	19
1.1.1. Définition.....	19
1.1.2. But .....	19
1.1.3 Cibles .....	19
1.1.3.1 Cibles primaires : les femmes.....	19
1.1.3.2 Cibles secondaires .....	20
1.1.4. Lieux de prestation et périodicité .....	21
1.1.5. Prestataires.....	21
1.1.6. Caractéristiques d'une bonne CCC.....	21
1.2. Sensibilisation et mobilisation communautaire.....	22
1.2.1. Définitions. ....	22
1.2.2. Cibles et stratégies d'information et d'éducation.....	23
1.3. Cadre de mise en œuvre .....	24
1.3.1. Etablissements sanitaires .....	24
1.3.2. Agents de santé communautaires et leaders communautaires .....	25
1.3.3. Rôles des autres intervenants .....	27
1.3.4. Canaux de communication .....	27
1.3.5. Sensibilisation, information et communication pour les vaccins contre le HPV.....	28

CHAPITRE II: PREVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	30
2.1. Vaccins contre le HPV.....	30
2.1.1. Population cible.....	32
2.1.2 .Couverture.....	33
2.2.3. Logistique .....	33
2.1.4. Renforcement des capacités des prestataires .....	33
2.1.2.5. Suivi et évaluation des vaccinations contre le HPV.....	33
2.1.6. Coordination et planification de la mise en œuvre du vaccin contre le HPV.....	34
2.2. Fondements des normes nationales de prévention du cancer du col de l'utérus.....	35
CHAPITRE III: PREVENTION SECONDAIRE .....	37
3.1 TEST DE DÉPISTAGE .....	39
3.1.1 Approche de dépistage et traitement.....	40
3.1.2 Population cible.....	40
3.1.3 Couverture et fréquence de dépistage .....	41
3.2 Traitement.....	42
3.2.1 Cryothérapie.....	42
3.2.2 Résection à l'Anse Diathermique .....	44
3.3 Directives de l'offre de services .....	45
3.3.1 Counseling .....	47
3.3.2 Test de dépistage .....	47
3.3.3 Population cible.....	48
3.3.4 Femmes séropositives au VIH et intégration dans le cadre des soins de routine.....	48
3.3.5 Fréquence de dépistage .....	49
3.3.6 Couverture du dépistage.....	49
3.3.7 Traitement des lésions précancéreuses .....	50
3.3.7.1 Cryothérapie.....	50
3.3.7.2 Résection à l'Anse Diathermique .....	51

3.3.8 Gestion des complications.....	51
3.3.8.1 Signes d’alarme précoce.....	52
3.3.8.2 Signes d’alarme tardive .....	53
3.3.8.3 Infections .....	53
3.3.8.4 Saignements .....	54
3.3.8.5 Syndrome du bouchon nécrotique.....	54
3.3.8.6 Fistule .....	55
3.3.8.7 Complications obstétricales .....	55
3.4 Prestation de soins .....	56
3.5 Référence .....	58
3.5.1 Biopsie .....	58
3.5.2 Colposcopie .....	59
3.5.3 Cytologie cervicale (frottis) .....	59
3.5.4 Histologie.....	59
Chapitre IV: PREVENTION TERTIAIRE .....	64
4.1 Modalités de traitement pour le cancer invasif du col .....	64
4.1.1 Chirurgie .....	65
4.1 .2 Radiothérapie .....	65
4.1.3 Chimiothérapie.....	65
4.1.4 Soins palliatifs.....	66
CHAPITRE V: INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES.....	69
5.1. Infrastructures.....	69
5.1.1 Conseil .....	70
5.1.2 Dépistage.....	70
5.1.3 Services de laboratoire .....	70
5.1.4 Traitement.....	71
5.1.5 Service de vaccination .....	71

5.2. Equipements et consommables .....	72
Chapitre VI : SUIVI ET EVALUATION .....	78
6.1 Intérêt.....	78
6.2 Système National d'Information Sanitaire (SNIS).....	79
6.2.1 Niveau établissement.....	79
6.2.2 Niveau district.....	80
6.2.3 Niveau régional.....	80
6.2.4 Niveau central .....	80
6.3 Outils de collecte et gestion des données.....	81
6.3.1 Outils de collecte .....	81
6.3.2 Gestion des données: .....	81
6.3.2.1 Niveau structure.....	81
6.3.2.2 Niveau district et niveau régional:.....	82
6.4- Circuit des données.....	83
6.5- Indicateurs du programme.....	84
6.6- Identification de la cliente : carte de suivi .....	93
6.7- Responsabilités de l'équipe de gestion .....	93
6.7.1 Niveau Central.....	93
6.7.2 Niveau Régional.....	94
6.7.3 Niveau district.....	94
6.7.4 Niveau établissement sanitaire et communautaire .....	94
6.8 - Supervision .....	95
6-9 ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER .....	96
Chapitre VII : FORMATION ET COMPETENCES .....	97
7.1 But de la formation clinique .....	97
7.2 Principaux éléments de la formation clinique efficace .....	98
7.3 Formation des prestataires de soins de santé .....	99

7.4 Qualification des compétences .....	102
7.5 Supervision .....	102
7.6 Formation des formateurs .....	102
7.6.1 Les critères de sélection des nouveaux formateurs.....	102
7.6.2 Déroulement de la formation des formateurs.....	103
7.7 Coordination des activités de formation.....	105
ANNEXES.....	107
ANNEXE 1. Messages clés d'éducation sanitaire.....	107
ANNEXE 2. ELEMENTS DE SUIVI DEPISTAGE, TRAITEMENT ET PROMOTION DE LA SANTE .....	112
ANNEXE3. EVALUATION DES COMPETENCES UTILISANT LES FLASH CARDS .....	116
ANNEXE 4. EVALUATION DES COMPETENCES EN UTILISANT DES LISTES DE VERIFICATION.....	117
ANNEXE 5. OUTILS D'EVALUATION DES BESOINS DANS LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	125

## LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACCP	Alliance for Cervical Cancer Prevention
ACU	Approche de la Consultation Unique
ADT	Approche du Dépistage et Traitement
AILC	Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer
AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial
APSEFI	Association pour la Promotion de la Sage Femme Ivoirienne
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASFI	Association des Sages Femmes Ivoiriennes
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CHU	Centre hospitalier Universitaire
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
DGS	Direction Générale de la Santé
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DIPES	Direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé
DSCMP	Direction de la Santé Communautaire et Médecine de Proximité
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
HG	Hôpital Général
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSP	Institut National de Santé Publique
INFAS	Institut national de formation des agents de santé
IVA	Inspection Visuelle après application de l'aide de l'acide Acétique
JSC	Jonction squamo cylindrique
LICC	Ligue Ivoirienne pour la Lutte Contre le Cancer
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président Américain pour la lutte contre le Sida
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNLCa	Programme National de Lutte contre le Cancer
PNPEC	Programme National de Prise en Charge des personnes vivant avec le VIH

PNPMNT	Programme National pour la Prévention des Maladies Non Transmissibles
PNSR/PF	Programme National de la Santé de la Reproduction/ Planification Familial
PNSSU	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAD	Résection à l'Anse Diathermique
RASS	Rapport annuel sur la situation sanitaire
RIP3C	Réseau Ivoirien des Professionnels pour la lutte Contre le Cancer du Col de l'utérus
SASED	Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation
SFDE	Sage Femme Diplômée d'Etat
SNIS	Système national d'information sanitaire
UNFPA	Fonds des Nation Unies pour la population
UFR	Unité de formation et de recherche
USAC	Unité des Soins ambulatoires et conseil
VAD	Visite à domicile

## **LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

Tableau 2.1: Les vaccins contre le HPV

Figure 3.1: Continuum de soins de l'infection à HPV et du cancer du col utérin

Tableau 3.1: Sensibilité et spécificité des tests de dépistage dans la détection des maladies du col utérin.

Tableau 3.2: Comparaison de la cryothérapie et Options RAD en traitement ambulatoire (ACCP 2003, l'ACCP 2007, OMS 2006).

Figure 3-2. Graphique d'évolution modèle pour la Prévention du cancer du col chez la femme

Figure 3.3 : Système de santé par niveau, services fournis et du prestataire

Tableau 4.1: Prestation de services à différents niveaux

Figure 4.1. Intervention spécifique à différents niveaux du système de soins de santé dans le continuum de soins pour le contrôle du cancer du col.

Tableau 5.1: Répartition des actes et traitement en fonction du niveau de la pyramide sanitaire

Figure 6.1: Circuit de collecte et rapportage des données sur le cancer du col de l'utérus

Tableau 6.1 : Plan de collecte des autres indicateurs

Figure 7.1 : Niveaux de performance

Tableau 7.3 : Principaux critères de sélection des prestataires de soins

Figure 7.2 : Processus de développement des formateurs cliniques

## COMITE D'ELABORATION ET DE VALIDATION

Tableau xx :		
Nom et Prénoms	Fonction	Structure
<b>ABAULETH RAPHAEL</b>	<b>PRESIDENT SCIENTIFIQUE/ GYNECOLOGUE ENSEIGNANT UFR SM ABIDJAN</b>	<b>CHU DE COCODY</b>
<b>ADIE YAO MESMIN OLIVIER</b>	<b>MEDECIN SUIVI ET EVALUATION</b>	<b>PNLCa</b>
<b>ADJE CLEMENT</b>	<b>MEDECIN</b>	<b>EGPAF</b>
<b>AGA AHOUE PATRICK FULGENCE</b>	<b>GYNECOLOGUE QUALITICIEN</b>	<b>INSP-ADJAME</b>
<b>AKA FLORENTINE</b>	<b>CHEF DE SERVICE</b>	<b>SFDE SPECIALISE/ INFAS</b>
<b>AKAFFOU HENRI JACQUES</b>	<b>MEDECIN CANCEROLOGUE</b>	<b>CANCEROLOGIE CHU DE TREICHVILLE</b>
<b>AMOUSSOU G. BONI CHARLES</b>	<b>GYNECOLOGUE CONSEILLER TECHNIQUE SENIOR CECAP</b>	<b>Jhpiego</b>
<b>AYEMOU AMALADO</b>	<b>DC-ADJOINT CANCEROLOGUE</b>	<b>PNLCa</b>
<b>BINDE Epse KOFFI ADJOUA MONIQUE</b>	<b>SECRETAIRE/AFFAIRE SOCIALE SFDE SPECIALISTE</b>	<b>ASFI</b>
<b>BLEOU GOERGES VINCENT BORIS</b>	<b>BUREAU DES SERVICES DECONCENTRES MSLS</b>	<b>SASED</b>
<b>COULIBALY ADAMA</b>	<b>CHARGE D'ETUDE</b>	<b>OMS</b>
<b>COULIBALY GNENINFOLO LAZAR</b>	<b>CONSEILLER TECHNIQUE SUIVI EVALUATION</b>	<b>Jhpiego</b>
<b>DIA JEAN MARC HERVE LAMINE</b>	<b>MAITRE ASSISTANT/GYNECOLOGUE</b>	<b>SOGOCI/ CHU DE TRICHVILLE</b>
<b>DJEDJEMEL BOTTI D.L DELPHINE</b>	<b>SFDE SPECIALISTE PRESTATAIRE CECAP</b>	<b>USAC</b>

<b>DOUMBIA YACOUBA</b>	<b>ENSEIGNANT/GYNECOLOGUE ENSEIGNANT UFR SM BOUAKE</b>	<b>CHU BOUAKE</b>
<b>DZADE KOFFI BENJAMIN</b>	<b>CHARGE D'ETUDE</b>	<b>PNPMNT</b>
<b>GBA FERDINAND</b>	<b>PHARMACIEN S/D SUIVI ET GESTION DES CLIENTS</b>	<b>PSP-CI</b>
<b>GBALE ELLA FLEUR</b>	<b>PHARMACIENNE/ ASSISTANTE TECHNIQUE SCE SOINS ET TRAITEMENT</b>	<b>PNPEC</b>
<b>GBOBIA KOUABO AMBROISE</b>	<b>GYNECOLOGUE PRESTATAIRE CECAP</b>	<b>HGA Nord</b>
<b>GNANGUI DIAN VINCENT</b>	<b>IDE- MASTER SANTE COMMUNAUTAIRE</b>	<b>DSCMP</b>
<b>GUEU PATRICE</b>	<b>IDE-CHARGE DE LIAISON COMMUNAUTAIRE</b>	<b>ARIEL</b>
<b>KAKOU KOUADIO FRANCOIS CHARLES</b>	<b>GYNECOLOGUE MAITRE ASSISTANT</b>	<b>CHU COCODY</b>
<b>KIMOU AYEKOUE FRANCOIS</b>	<b>CHEF DE SERVICE</b>	<b>DIPE</b>
<b>KIYALI OUATTARA</b>	<b>MEDECIN-MPH DIRECTEUR PROJET</b>	<b>Jhpiego</b>
<b>KOFFI K. ABDOUL</b>	<b>GYNECOLOGUE MAITRE ASSISTANT</b>	<b>RIP3C CHU DE YOPOUGON</b>
<b>KONAN DELPHINE</b>	<b>CHEF DE SERVICE SD/AH</b>	<b>DSCMP</b>
<b>KONE KANE NANKERE</b>	<b>MEDECIN CONSELLER TECHNIQUE SOINS &amp;SOUTIEN</b>	<b>PNPEC</b>
<b>KOUASSI COMOE JEAN CLAUDE</b>	<b>MEDECIN-CANCEROLOGUE CHARGE D'ETUDE CHARGE DE LA MULTISECTORIALITE ET DU DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT</b>	<b>PNLCa</b>
<b>KOUAO JEAN MARIE</b>	<b>IDE CHEF DE SERVICE</b>	<b>DFR</b>

<b>KOUYATE MOHAMED</b>	<b>MAITRE ASSISTANT ANATOMOPATHOLOGISTE</b>	<b>CHU TREICHVILLE</b>
<b>KRA KOUAKOU EUGENE</b>	<b>ADMINISTRATEUR DE SANTE CHARGE D'ETUDE</b>	<b>DGS</b>
<b>MOKET KOUADIO GERMAINE</b>	<b>RESPONSABLE SERVICE MEDICAL/GYNECOLOGUE</b>	<b>- AIBEF ABIDJAN</b>
<b>NEBAVI PLACIDE</b>	<b>MEDECIN</b>	<b>DIPES</b>
<b>N'GUESSAN KOFFI LEON PACOME</b>	<b>GYNECOLOGUE ENSEIGNANT UFR SM ABIDJAN</b>	<b>CHU DE COCODY</b>
<b>PRAO HERVE</b>	<b>CONSEILLER TECHNIQUE PTME/SUIVI PF &amp; CECAP</b>	<b>ACONDA</b>
<b>SAKI- NEKOURESSI GENEVIEVE</b>	<b>CHARGE D'ETUDE</b>	<b>OMS</b>
<b>SEIDOU KONE</b>	<b>GYNECOLOGUE SERVICE FORMATION</b>	<b>DC-PNSR/PF</b>
<b>SENI KONAN</b>	<b>GYNECOLOGUE MAITRE ASSISTANT</b>	<b>CHU YOPOUGON</b>
<b>SORO GOTIANWA</b>	<b>MEDECIN- SERVICE PREVENTION PROGRAMMATION</b>	<b>PNSSU</b>
<b>TOGBE-SEZAN IDA</b>	<b>VICE PRESIDENTE</b>	<b>APS-FI/ SAGE FEMME</b>
<b>TOURE OUMAR</b>	<b>CONSEILLER TECHNIQUE CECAP/GYNECOLOGUE</b>	<b>Jhpiego</b>

## **REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA), remercie sincèrement l'ensemble des experts nationaux et internationaux dont les contributions ont été un atout essentiel pour l'élaboration de ces normes et directives nationales de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Il remercie :

- Le PEPFAR pour le financement de l'élaboration de ce manuel.
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et L'ONG Jhpiego pour leur appui technique.
- L'UNFPA

## **PREFACE**

Avec 528 000 nouveaux cas chaque année, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde. Il est également la quatrième cause de décès par cancer (266 000 décès en 2012) chez les femmes. 70% de ce fardeau mondial pèse sur les populations des régions à faible niveau de développement.

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme, mais la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine. Son incidence annuelle est estimée à 21,7 pour 100 000 parmi lesquelles on dénombre 70 % de décès. Sa découverte est généralement tardive, hors de toute possibilité thérapeutique efficace dans 80% des cas.

Face à ce problème majeur, la Côte d'Ivoire a adopté deux (2) stratégies efficaces qui sont :

- la prévention primaire et secondaire,
- le diagnostic et la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

C'est pour nous l'occasion d'appeler tous les acteurs impliqués dans cette lutte essentiellement à visée préventive à redoubler d'efforts et à se conformer aux normes et directives élaborées qui représentent pour tous une véritable boussole.

Aussi, je me plais en tant que première responsable du département de la santé à exhorter les uns et les autres à en faire le meilleur usage pour le bien-être de nos populations en général et des femmes en particulier.

La Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

**Docteur Raymonde GOUDOU-COFFIE**

## CONTEXTE

L'incidence des cancers est en augmentation dans le monde, sa fréquence pourrait encore augmenter de 50 % et il y aurait alors 15 millions de nouveaux cas par an en 2020, selon le World Cancer Report. En 2008 l'OMS estimait à plus de 7,5 millions les décès liés au cancer dans le monde dont plus de 70% dans les pays à faibles et à moyens revenus.

Le cancer du col de l'utérus, le second par sa fréquence chez les femmes dans le monde, représente un problème de santé publique important. En 2005, plus de 500 000 nouveaux cas et près 260 000 décès ont été enregistrés. Environ 95% des décès surviennent dans les pays en développement. En effet, cette maladie constitue une menace non seulement pour la santé et la vie des femmes, mais aussi pour celles de leurs enfants, de leurs familles et de leurs communautés.

En Afrique subsaharienne, 72 000 nouveaux cas du cancer du col de l'utérus ont été enregistrés en 2002 et 56 000 femmes en sont mortes.

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme, mais la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine. Son incidence annuelle est estimée à 1 246 nouveaux cas parmi lesquelles on dénombre 75 % de décès (GLOBOCAN 2012). Sa découverte est généralement tardive, hors de toute possibilité thérapeutique efficace dans 80% des cas. Le cancer du col de l'utérus demeure donc une préoccupation majeure.

Le décès par cancer du col est une perte évitable, parce qu'il existe des preuves irréfutables que le cancer du col est l'un des types de cancer les plus faciles à prévenir et à traiter, à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement.

Avant la création du Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA) en 2007, la lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire se résumait à l'action de quelques ONG (AILC, LICC, SOS cancer) qui, par des campagnes d'information et de sensibilisation, ont essayé de faire prendre conscience aux pouvoirs publics et à la population du fléau que constitue le cancer.

Des constats faits de l'état de la lutte contre le cancer, il ressort que quelques actions ont été menées. En effet il y a eu l'information, la sensibilisation de la population, le dépistage de cas de cancers et les actions de dons de médicaments.

Mais ces actions ne concernaient qu'un groupe restreint de la population dans des zones géographiques bien limitées; ce qui a eu pour effet la faible portée et le peu d'efficacité de ces actions. Par ailleurs, il n'y a qu'un seul service de cancérologie, ce qui pose un problème d'accessibilité géographique en matière d'accès aux soins. Les ressources pour la prise en charge et la prévention sont insuffisantes et le partenariat de la lutte contre le cancer est faible.

Au total, la lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire s'est faite sans une politique coordonnée et a donné des résultats peu satisfaisants.

Au vue de ce qui précède, le MSLS à travers ces programmes (PNLCA, PNPEC, PNSR/PF) a initié avec l'assistance technique de partenaires, la mise en œuvre d'une approche de dépistage à l'inspection visuelle par l'application d'acide acétique (IVA) et de traitement par cryothérapie et RAD des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Cette prévention a démarré avec le programme National de prise en charge des PVVIH (PNPEC) qui a mis en œuvre cette approche depuis 2009 chez les

femmes séropositives sur 20 sites (IVA/Cryothérapie). Deux sites de référence ont été identifiés (CHU Treichville et CHU Bouaké) pour la prise en charge par la RAD des lésions larges qui vont au delà de la cryothérapie avec l'appui financier du PEPFAR.

La prévention va s'étendre chez toutes les femmes en 2010, avec le PNLCa en Cote d'Ivoire à travers le plan d'intégration de la prévention du cancer du col de l'utérus dans les activités de la santé de la reproduction sur 14 sites avec l'appui financier de l'UNFPA.

Cette activité de prévention du cancer du col de l'utérus par l'IVA/Cryothérapie est à ce jour effectuée sur 34 sites avec deux sites de référence pour la prise en charge des lésions larges par la RAD. Plus de 12.000 femmes ont bénéficié du dépistage visuel dont 516 traitées à la cryothérapie pour des lésions précancéreuses (*Rapport annuel d'activité du PNLCa, 2012*).

C'est dans ce contexte que le MSLS à travers le PNLCa, avec l'appui technique de l'ONG Jhpiego et le soutien financier du PEPFAR et de l'UNFPA, a élaboré un kit de formation et un plan stratégique triennal du passage à échelle de la lutte contre le cancer du col de l'utérus chez toutes les femmes de Cote d'Ivoire.

Au delà de ces résultats, il est important de décrire de façon plus détaillée les lignes de conduite à suivre pour la planification efficace, l'organisation, la mise en œuvre et le suivi des activités de prévention du cancer du col de l'utérus.

Cette démarche devrait déboucher sur l'élaboration des normes et directives nationales à l'adresse des prestataires de soins et à tous les intervenants dans la

lutte contre le cancer du col de l'utérus, afin d'offrir des services standardisés de qualité, répondant aux réalités et besoins du pays.

Ce manuel de normes et directives a pour buts de :

- Elaborer les normes et directives générales pour la prévention du cancer du col de l'utérus.
- Identifier et décrire les méthodes de dépistage et les possibilités thérapeutiques.
- Identifier les critères de formations, de qualification et de responsabilités des prestataires.
- Identifier les moyens de plaidoyer, de communication et de sensibilisation pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Faire le suivi et l'évaluation des activités de prévention du cancer du col de l'utérus (Gestion des données, recherches opérationnelles, système de référence et de contre référence).
- Identifier l'équipement nécessaire pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

## **CHAPITRE I: COMMUNICATION, SENSIBILISATION ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

### **1.1. Communication pour le Changement de Comportement (CCC) dans la prévention du cancer du col de l'utérus**

#### **1.1.1. Définition**

C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement. C'est une composante transversale que l'on doit retrouver dans toutes les activités de prévention du cancer du col de l'utérus.

#### **1.1.2. But**

La CCC vise à accroître la sensibilisation à la prévention du cancer du col de l'utérus, influencer les normes sociales, faciliter l'adoption de comportements individuels et collectifs qui concourent à un bien-être.

#### **1.1.3 Cibles**

##### ***1.1.3.1 Cibles primaires : les femmes***

Elles doivent prendre conscience du problème du cancer du col, du risque de développer la maladie et des structures pouvant offrir les services de prévention du cancer. Les femmes âgées de 25 à 49 ans sont plus exposées que les autres.

### ***1.1.3.2 Cibles secondaires***

- *Les décideurs et les autorités politico-administratives*

Leur adhésion à la lutte contre le cancer du col de l'utérus devrait favoriser l'adoption de comportements responsables.

- *Les hauts responsables et les prestataires de services*

Leur implication devrait contribuer à sauver des vies à travers la possibilité d'intégrer la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans le PMA des structures sanitaires. Ils devraient également aider à l'offre de services efficaces avec l'utilisation de compétences techniques (prestataires de soins) .

- *Les hommes*

L'homme, pour son rôle dans la transmission du HPV ( responsable du cancer du col) à son partenaire sexuel doit être informé des facteurs favorisant la survenue de ce cancer.

- *La communauté*

La communauté doit jouer un rôle clé dans la promotion de l'acceptabilité des services de prévention du cancer du col de l'utérus. Elle devrait être informée de la simplicité des moyens de dépistage des lésions précancéreuses et des structures sanitaires où l'activité se mène.

#### **1.1.4. Lieux de prestation et périodicité**

La CCC est réalisée partout où se déroule une activité liée à la prévention du cancer du col de l'utérus. Les lieux de prédilection sont la communauté, les structures sanitaires publiques, les cabinets d'exercice libéral, les établissements scolaires, les lieux de culte et les lieux publics.

Les activités de CCC doivent se dérouler à chaque contact avec les clients.

#### **1.1.5. Prestataires**

Les intervenants dans les activités de la prévention du cancer du col de l'utérus sont:

- Les prestataires de santé (médecins, infirmiers et sages femmes) ;
- Les agents de santé communautaire ;
- Les travailleurs sociaux ;
- Les ONG ;
- Les organisations professionnelles et confessionnelles.

#### **1.1.6. Caractéristiques d'une bonne CCC**

Le terme de CCC est un processus de communication qui permet l'analyse d'un problème spécifique et l'adoption d'un comportement favorable à la santé des individus et des groupes.

La résolution des problèmes de santé en matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus repose essentiellement sur les piliers suivants :

- L'amélioration des services médicaux ;

- Le changement de comportement des individus ;
- L'environnement.

Pour faciliter le changement de comportement chez un individu, il est nécessaire de se rendre compte de deux réalités :

- Tout individu a une résistance innée au changement : Le niveau de cette résistance diffère d'un individu à un autre , d'un groupe à l'autre quant bien même ce groupe serait sociologiquement homogène.
- Tout comportement d'un individu a, une raison qui lui est légitime. En décidant de changer de comportement, il pèse les avantages et les inconvénients auxquels il s'attend après le changement éventuel de comportement.

La stratégie en CCC utilise la communication de masse, la communication interpersonnelle et le counseling. Le counseling doit se faire avant, pendant et après le dépistage et le traitement.

## **1.2. Sensibilisation et mobilisation communautaire**

Cette section décrit le rôle de la mobilisation communautaire et du plaidoyer dans la prévention du cancer du col de l'utérus.

### **1.2.1. Définitions.**

La mobilisation communautaire est un mouvement de grande envergure pour l'implication des populations dans l'atteinte de l'objectif de développement spécifique d'un programme de prévention du cancer du col de l'utérus. Elle prend en compte le principe de la participation communautaire. Elle est une

composante importante du programme globale de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus.

Le plaidoyer est l'ensemble des démarches ayant pour objet d'assurer la disponibilité des ressources. Il vise à assurer la mise en œuvre des politiques et stratégies dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus.

### **1.2.2. Cibles et stratégies d'information et d'éducation**

Les cibles sont essentiellement les politiques, les décideurs, les leaders d'opinion et les journalistes. Une information correcte est essentielle dans la compréhension du lien entre le Virus du Papillome Humain(HPV) et la survenue du cancer du col de l'utérus. Cette information doit être vulgarisée chez les prestataires de soins, les éducateurs, les décideurs, les parents et les patients.

En effet, beaucoup ignorent encore la cause et l'ampleur du cancer du col de l'utérus rendant ainsi difficile la compréhension des activités de prévention de ce cancer et le bénéfice à en tirer. Sans une telle compréhension et une bonne sensibilisation, les individus sont moins susceptibles d'avoir accès aux services. Pour améliorer les connaissances, il est important de déterminer d'abord comment encadrer au mieux l'information en tenant compte des réalités socioculturelles. Un encadrement efficace peut aider à éviter une hostilité sociale. La préparation et l'acceptabilité de la collectivité vont concourir à assurer l'accès des femmes à la vaccination contre le HPV, au dépistage du cancer du col de l'utérus et au traitement ; ce qui est essentiel pour assurer le succès d'un programme de prévention du cancer du col de l'utérus.

L'utilisation plus accrue des services de prévention du cancer du col de l'utérus nécessite la mise en place d'une stratégie d'information et d'éducation, impliquant la communauté, les structures sanitaires et les médias. Cette stratégie devrait permettre une meilleure information des femmes et de leurs partenaires sur les avantages et la disponibilité de services de prévention du cancer du col de l'utérus. Pour rendre la sensibilisation sur la prévention du cancer du col de l'utérus plus efficace, les actions de plaidoyer suivantes sont recommandées :

- Effectuer des réunions de sensibilisation à différents niveaux, tels que les groupes de femmes, les décideurs, les politiciens, les partenaires au développement, les chefs religieux et les leaders communautaires ;
- Promouvoir des campagnes de sensibilisation au niveau national, régional, départemental, et communautaire.

Le résultat le plus attendu lors des activités combinées de plaidoyer, de CCC et de mobilisation communautaire est l'accès effectif des femmes aux services disponibles de prévention du cancer du col utérin. Les stratégies de communication et les messages doivent faire l'objet de suivi-évaluation.

### **1.3. Cadre de mise en œuvre**

#### **1.3.1. Etablissements sanitaires**

Les établissements de santé sont responsables de la mise en œuvre de la stratégie de communication appropriée pour accroître l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus. Ainsi, une bonne stratégie de communication à ce niveau exige :

- Un personnel bien formé pour assurer l'information et le conseil aux clients. Le prestataire doit pouvoir informer les clients sur le lien entre le

VPH et la survenue du cancer du col de l'utérus, sur les moyens de prévention en insistant sur la « nature silencieuse » des lésions précancéreuses du col de l'utérus et les éventuels moyens de traitements.

- Il se pourrait que les agents de santé n'aient pas une compréhension claire de l'infection par le VPH et de sa relation avec le développement du cancer du col utérin ainsi que sa prévention. Cette situation est aggravée par la «nature silencieuse » du cancer du col de l'utérus, du fait que les symptômes ne sont pas présents jusqu'à ce que le cancer soit à un stade avancé.
- Les personnels de santé ont besoin d'être éduqués sur la façon d'aider les patients à comprendre les avantages énormes offerts par les différents services de prévention du cancer du col de l'utérus, ainsi que leurs limites.
- La conception et le développement de message clés en matière d'information et d'éducation appropriées pour les clients (voir l'annexe 1). Un guide d'informations pour la prévention du cancer du col devraient être développées et adaptées aux spécificités du public concerné .
- La diffusion des informations clés sur la prévention du cancer du col de l'utérus dans toutes les structures de la pyramide sanitaire.
- La disponibilité de matériels pédagogiques adaptés et qui contiennent des informations cohérentes et précises.

### **1.3.2. Agents de santé communautaires et leaders communautaires**

Dans de nombreux pays, les leaders et les agents de santé communautaires ont été utilisés pour mobiliser les populations et diffuser des messages clés sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

En Côte d'Ivoire, les leaders et les agents de santé communautaires représentent une partie essentielle de la communauté, et pourraient jouer un rôle clé dans la promotion, l'acceptabilité et l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus. Il est donc important de leur fournir des informations correctes sur le programme existant. Leur rôle sera de :

- promouvoir et fournir des informations sur les services de prévention du cancer du col utérin,
- identifier les populations cibles et aider les femmes à prendre des décisions pour se rendre dans les structures sanitaires offrant les services de prévention du cancer du col.

L'exemple des femmes ayant été traitées avec succès d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer du col de l'utérus dans l'éducation et la sensibilisation à la prévention, devrait également être pris en compte. En effet elles ont une meilleure compréhension de l'importance du dépistage précoce et peuvent fournir des messages convaincants basés sur leur expérience.

Les personnes ressources suivantes peuvent être utilisées efficacement pour livrer des messages appropriés:

- les chefs de gouvernement
- les dirigeants politiques
- les chefs religieux
- les groupes culturels (artistes locaux)
- les dirigeants communautaires tels que les conseillers et les parlementaires
- les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- les pairs éducateurs

- les agents de santé communautaires tels que les accoucheuses traditionnelles, les tradipraticiens, les fournisseurs de soins à domicile

### **1.3.3. Rôles des autres intervenants**

Pour la réussite d'un programme de prévention du cancer du col de l'utérus, le secteur de la santé a besoin d'un véritable partenariat où l'appropriation du programme est partagée avec d'autres parties prenantes. La collaboration avec les autres parties prenantes est recommandée pour augmenter l'utilisation, la couverture et la pérennité des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire.

Les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les groupes communautaires, les organisations confessionnelles, les organisations de la société civile y compris les associations professionnelles médicales et paramédicales (ordre des médecins, ordre des pharmaciens, ordre des chirurgiens dentistes, associations des sages femmes, des infirmiers et autres), les sociétés savantes, les UFR de la santé, l'INFS et l'INFAS devraient s'engager dans le plaidoyer, la mobilisation communautaire et la diffusion des activités de programme de prévention du cancer du col de l'utérus.

### **1.3.4. Canaux de communication**

Les canaux de communication comportent:

- le matériel audio-visuel : vidéo, télévision, téléphones, diapositives..... ;
- le matériel oral et sonore : radiocassette, mégaphone,....,

- le matériel visuel et graphique : flash card, atlas, affiches, brochures, panneaux publicitaires, photos, expositions, diapositives sans son, boîtes à images, dépliants, presse écrite, gadget promotionnel... ;
- les activités culturelles et festives : théâtre, sketch...
- les Technologies de l'Information et de la Communication : site Web, réseaux sociaux.....

La combinaison de canaux de communication est recommandée dans la CCC pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Les messages utilisés lors de la communication doivent être cohérents, culturellement spécifiques et appropriés aux communautés ivoiriennes (Voir l'annexe 2.1).

A travers ces canaux de communication, nous allons atteindre les agents de santé et les leaders communautaires

### **1.3.5. Sensibilisation, information et communication pour les vaccins contre le HPV**

Le développement d'une stratégie de sensibilisation, d'information et de communication liés à un programme de vaccination contre le HPV présente des défis et des opportunités spécifiques.

Un des défis est de produire un programme à échelle pour l'initiation de la vaccination contre le HPV dans la prévention du cancer de col de l'utérus.

Ces opportunités portent essentiellement sur :

- l'adhésion des principaux intervenants, les décideurs, les professionnels de la santé, les adolescents, les femmes, les hommes et la communauté au sens large pour l'initiation de la vaccination contre le HPV dans la prévention primaire.
- l'existence des messages clés adressés à la population cible

## RÉFÉRENCES

1. ACCP 2004. *Planification et Implémentation prévention du cancer du col et de contrôle ; Programmes, Manuel pour les gestionnaires.*
2. MOHSW 2008. *Prévention du cancer du col de l'utérus en Ouganda, Ministère de la Santé et Bien-être social: Counseling et le Guide de mobilisation communautaire.*
3. OMS 2006. *Mobilisation de plaidoyer, de communication et sociale pour la lutte antituberculeuse: Outils de soutien et lignes directrices pour l'élaboration de propositions de subvention globales pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.*
4. OMS 2006. *Global de contrôle du cancer du col: un guide de pratiques essentielles, Intégration soins de santé pour la santé sexuelle et génésique et les maladies chroniques.*

## **CHAPITRE II: PREVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS**

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme, mais la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine. Son incidence annuelle est estimée à 1 246 nouveaux cas parmi lesquelles on dénombre 75 % de décès (GLOBOCAN 2012).

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus implique la prévention de l'infection par le HPV. Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont causés par le HPV, un virus transmis par contact sexuel. Il existe une variété de sous-types de HPV qui causent le cancer du col utérin, les sous-types prédominants sont le 16 et le 18. La prévention primaire peut être atteinte grâce à des approches prenant en compte le changement de comportement.(cf chap I) (L'abstinence sexuelle, l'utilisation du préservatif, la fidélité) et l'utilisation de mécanismes biologiques, y compris la vaccination contre le HPV qui concourent à réduire le risque de sa transmission.

La méthode de prévention primaire consistera essentiellement à l'introduction du vaccin contre le HPV.

### **2.1. Vaccins contre le HPV**

Actuellement, il existe deux types de vaccins contre le HPV:

- le vaccin bivalent (Cervarix<sup>®</sup>), protège contre les génotypes 16 et 18,
- le vaccin quadrivalent (Gardasil<sup>®</sup>), protège contre les génotypes 6, 11, 16 et 18.

Ces deux vaccins ont été évalués à travers de grands essais cliniques et ont prouvé leurs capacités à empêcher la transmission des deux types de génotypes 16 et 18 à haut risque qui sont connus comme responsables jusqu'à 70% des cancers du col de l'utérus. Ces vaccins fournissent également une protection croisée contre d'autres génotypes d'HPV oncogènes.

Le Cervarix<sup>®</sup> et le Gardasil<sup>®</sup> ont montré leur efficacité dans la prévention des lésions cervicales précancéreuses au cours des huit dernières années où ils ont été utilisés. Les deux vaccins sont administrés en une série de deux ou trois doses d'injections intramusculaires dans les six mois, et nécessitent un stockage et le transport dans un système de chaîne du froid. Le tableau 2.1 résume les caractéristiques des deux vaccins.

Ces deux vaccins (Cervarix<sup>®</sup> et Gardasil<sup>®</sup>) ont été autorisés pour une utilisation en Côte d'Ivoire (AMM/DPM).

Les vaccins contre le HPV ne sont pas recommandés chez les femmes porteuses d'une infection au HPV récente ou passée .

**Tableau 2.1: Les vaccins contre le HPV**

Groupe d'âge	Nombre de doses	Age 1 <sup>ère</sup> dose	Age 2 <sup>ème</sup> dose	Age 3 <sup>ème</sup> dose
Fille de moins de 15 ans	2	Dès 09 ans	6 mois après la 1 <sup>ère</sup> dose	<b>Non Recommandée</b>
<b>Considérations spéciales</b>				
Filles de 15 ans ou plus	3	A partir de 15 ans révolus	1-2 mois après la 1 <sup>ère</sup> dose	Au moins 6 mois après la 1 <sup>ère</sup> dose
Immunodéprimé VIH positif	3	Dès 09 ans	1-2 mois après la 1 <sup>ère</sup> dose	Au moins 6 mois après la 1 <sup>ère</sup> dose

*Source: OMS 2014*

Pour une meilleure couverture de la population cible , l'OMS recommande que le coût des trois doses n'excede pas 25 \$ (12 500 F CFA) (OMS, 2009 b).

### **2.1.1. Population cible**

La vaccination contre le HPV a montré son efficacité lorsqu'elle est entreprise avant le premier rapport sexuel. Il a été démontré que les anticorps neutralisants le HPV sont plus élevés chez les jeunes, les adolescents n'ayant pas encore eu de rapport sexuel que chez les adultes. Sur la base des données disponibles selon l'OMS (préciser le document), il est recommandé d'introduire la vaccination contre le HPV pour les filles âgées de 9-13 ans.

La vaccination peut être envisagée pour les filles âgées de 14-26 ans qui n'ont pas encore eu de premier rapport sexuel.

### **2.1.2 .Couverture**

Pour que la vaccination contre le HPV ait un bon rapport coût-efficacité, il est recommandé que la couverture vaccinale du groupe d'âge cible soit supérieur ou égal à 70% . Il est également recommandé que le groupe cible total en âge d'être vacciné soit déterminé à l'aide des données du recensement de la population.

### **2.2.3. Logistique**

La gestion logistique des vaccins sera intégré au système de gestion actuel du Programme Elargi de Vaccination . Des protocoles de gestion des vaccins contre le HPV seront élaborés et suivis pour minimiser les pertes de vaccins.

### **2.1.4. Renforcement des capacités des prestataires**

Le MSLS à travers la DC-PEV assurera le renforcement des capacités des formateurs, des prestataires et des superviseurs pour l'utilisation du vaccin contre le HPV. A ce titre un plan d'introduction sera élaboré. .

#### ***2.1.2.5. Suivi et évaluation des vaccinations contre le HPV***

L'impact des programmes de vaccination contre le HPV sur l'incidence du cancer du col de l'utérus ne pourra se faire sentir que plusieurs années après son introduction.

Le suivi et l'évaluation devraient être menées régulièrement par l'intermédiaire du système existant de surveillance des maladies cibles du PEV. Le suivi et l'évaluation passent entre autres par les actions suivantes :

- Le suivi des stratégies et des activités ;
- L'évaluation post introduction vaccinale ;
- L'enquête de couverture vaccinale ;
- Le suivi des engagements de financement ;

Les indicateurs de performance comprennent entre autres:

- La couverture de vaccination contre le HPV (Nombre de filles complètement ou partiellement vaccinées, répartition selon l'âge des jeunes filles vaccinées) ;
- L'incidence du HPV dans la population vaccinée ;
- Les taux de lésions cervicales précancéreuses dans la population vaccinée.

#### **2.1.6. Coordination et planification de la mise en œuvre du vaccin contre le HPV**

Pour une meilleure coordination il faudra s'appuyer sur les mécanismes existants du Ministère en charge de la Santé à savoir le PEV en intégrant d'autres intervenants dans la lutte contre le cancer du col à savoir le PNLCa, PNSR/PF, PNSSU,,et d'autres ministères à savoir le ministère de l'éducation nationale, ministère de la jeunesse, ministère de l'économie et des finances ....

Les acteurs sus mentionnés formeront le groupe technique de travail, qui sera responsable de l'ensemble du processus décisionnel.

## 2.2. Fondements des normes nationales de prévention du cancer du col de l'utérus

Pour l'initiation et la mise en œuvre de la vaccination contre le HPV en Côte d'Ivoire, les mesures suivantes sont recommandées par l'OMS ( voir encadré ci- dessous)

### POSITION DE L'OMS SUR LA VACCINATION ANTI-HPV

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie des conseils de politique, recommandations stratégiques, et différentes formes de guidance concernant l'usage des vaccins dans le contexte mondial. Les notes d'information de l'OMS en sont une : elles présentent une information contextuelle sur les vaccins et les maladies qu'ils ciblent. Elles décrivent également la politique de l'OMS sur les questions d'administration des vaccins, les populations cibles appropriées et les conditions dans lesquelles l'introduction des vaccins est recommandée. Selon les notes d'information de l'OMS concernant les vaccins anti-HPV : « L'OMS reconnaît l'importance du cancer du col utérin et des autres maladies liées au PVH [HPV] en tant que problèmes de santé mondiaux et recommande d'inclure la vaccination systématique contre le PVH dans les programmes nationaux de vaccination pour autant que : la prévention du cancer du col utérin ou des autres maladies liées au PVH, ou les deux, soit une priorité de santé publique ; l'introduction du vaccin soit faisable sur le plan programmatique ; son financement puisse être assuré durablement ; et que l'on prenne en considération le coût/efficacité des stratégies de vaccination dans le pays ou la région en question. Les vaccins anti-PVH sont plus efficaces chez les femmes non exposées aux types de PVH liés au vaccin ; par conséquent, la première population cible doit être choisie en fonction des données relatives à l'âge du début de l'activité sexuelle et de la possibilité d'avoir accès aux jeunes adolescentes à travers les écoles, les établissements de soins de santé ou les groupes communautaires. Il est probable que la Première population cible soit constituée par les filles dont l'âge se situe entre 9 ou 10 ans et 13 ans... »<sup>27</sup> Outre l'apport de conseil et guidance à l'introduction des vaccins anti-HPV, l'OMS offre aux organismes onusiens acheteurs de vaccins un service de « préqualification<sup>52</sup> », pour déterminer l'acceptabilité de principe des vaccins de différentes sources. Le processus inclut le passage en revue des méthodes de production et des procédures de contrôle de qualité générales des fabricants, ainsi que la visite de leurs établissements et le test de différents lots de vaccins. Après cette pré qualification par l'OMS, les organismes de l'ONU jouent un rôle indispensable au niveau de la négociation de prix de gros avec les fabricants et de l'assurance de ristournes considérables par rapport aux tarifs du secteur privé.

Cervarix et Gardasil ont tous deux reçu la pré qualification de l'OMS et peuvent donc être achetés par les organismes de l'ONU en vue de leur mise en œuvre dans les programmes d'immunisation nationaux des pays en développement.

## RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé 2006. Lutte contre le cancer du col utérin: Un guide de pratiques essentielles. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/en/>.
2. Organisation mondiale de la Santé 2009. A préparer à l'introduction de vaccins papillomavirus: directives stratégiques et programmatiques à l'intention des pays. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf>.
3. Organisation mondiale de la Santé 2009B. Vaccins papillomavirus humain. Prise de position de l'OMS. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/wer/2009/wer8415/en/index.html>.
4. Organisation mondiale de la Santé 2007. Virus du papillome humain et vaccins contre le VPH, l'information technique pour les décideurs et les professionnels de la santé.

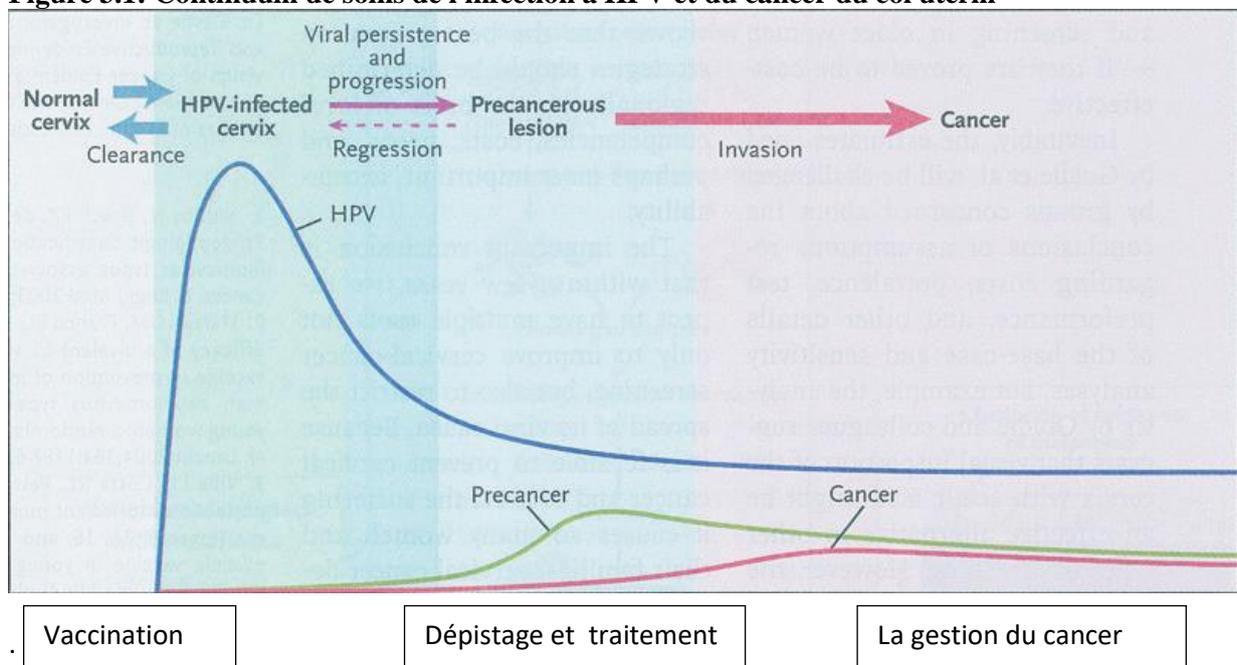
### CHAPITRE III: PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire vise à prévenir le cancer invasif du col de l'utérus par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses avant qu'elles n'évoluent vers un cancer. Le cancer du col survient après une longue période d'évolution des lésions précancéreuses (environ 10 ans).

Cette longue étape précancéreuse offre une excellente occasion pour les mesures d'intervention efficaces d'où la nécessité de démarrer le dépistage à 25 ans (voir la figure 3.1).

Selon les estimations de l'EDS III en 2011, le pourcentage de femme vivant avec le VIH dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans, représentait 57,9%, d'où l'intérêt du dépistage précoce.

**Figure 3.1: Continuum de soins de l'infection à HPV et du cancer du col utérin**



Les femmes séropositives courent un risque encore plus grand de développer un cancer du col de l'utérus. Un certain nombre de facteurs peuvent augmenter ce risque par rapport à leurs homologues séronégatifs au VIH (Branca 2003, Parham 2006 et Devuyst 2008). En effet, les FVVIH sont plus susceptibles d'être infectées par le HPV ou d'avoir une infection persistante à HPV pouvant conduire à des lésions précancéreuses plus larges et plus difficiles à traiter, progressant plus rapidement vers un cancer invasif.

En Côte d'Ivoire, les femmes séropositives au VIH sont deux fois plus susceptibles de développer des lésions précancéreuses que les femmes séronégatives (HORO et al. BMC Public Health 2012).

Le succès de la prévention du cancer du col de l'utérus nécessite la présence des éléments suivants (WHO 2006):

- un test de dépistage précis ;
- un couplage du dépistage et d'un traitement efficace ;
- une couverture élevée (> 80%) de la population ayant un risque plus grand de développer un cancer du col de l'utérus (population cible) ;
- des liens efficaces entre toutes les composantes du programme (prévention primaire, secondaire et tertiaire de soins) ;
- des ressources qualifiées et suffisantes (humaines, matérielles, intrants)
- Le programme devrait avoir un bon rapport coût-efficacité et être acceptable.

### 3.1 TEST DE DÉPISTAGE

Les résultats d'études à travers le monde et dans divers contextes indiquent une sensibilité supérieure ou égale de l'IVA dans le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus comparée au frottis conventionnel, tout en nécessitant moins de ressources (ACCP 2009). Cependant des études plus récentes, démontrent une sensibilité plus élevée du test HPV comparée aussi bien à l'IVA qu'au frottis cervical (voir le tableau 3.1) (OMS 2006, ACCP 2009, Sankaranarayanan 2009).

Prenant en compte ces nouveaux éléments, l'ACCP a réévalué toutes les études et affirme que la meilleure stratégie de prévention secondaire est l'utilisation soit du test ADN-HPV ou soit de l'IVA comme test de dépistage initial approprié, suivis d'un traitement par cryothérapie des lésions précancéreuses, idéalement dans une approche de consultation unique (ACCP 2007-2009).

**Tableau 3.1: Sensibilité et spécificité des tests de dépistage dans la détection des maladies du col utérin.**

Tests	Spécificité (moyenne/intervalle)	Sensibilité (moyenne/intervalle)
Frottis cervical	60% (35–84%)	> 90%
IVA	77% (56–94%)	86% (74–94%)
ADN- HPV Test	90% (85–98%)	85%

*Source: OMS 2006, l'ACCP*

Des projets pilotes dans les pays à faibles ressources ont été réalisés pour l'utilisation du test rapide de l'ADN du VPH. Ce test y est disponible depuis 2011-2012. Toutefois, en Côte d'Ivoire, l'approche du dépistage des lésions précancéreuses demeure le choix du PNLCa.

### 3.1.1 Approche de dépistage et traitement

L'approche de dépistage et traitement (ADT) est une variante de l'approche de consultation unique (ACU). Dans l'ADT, le traitement des femmes dépistées positives à l'IVA est effectué lors d'une visite ultérieure.

Quand un processus ayant recours à plusieurs étapes est utilisé, les problèmes de logistiques apparaissent. Dans ce processus, les coûts de transport, la distance des milieux de travail et les nombreuses responsabilités familiales augmentent les taux de déperdition ou de l'irrégularité du suivi chez de nombreuses femmes, en particulier celles issues du milieu rural.

Ces taux de déperdition se situent habituellement autour de 10 à 25% et peuvent aller jusqu'à 50% (ACCP 2004, Bingham 2003).

L'ADT devrait idéalement comprendre une méthode de dépistage qui donne des résultats immédiats, telles que l'IVA ou le test d'ADN rapide. De cette façon, la femme qui reçoit son résultat immédiatement, et avec de bons conseils, a plus de chances de revenir pour un traitement que dans les cas où son résultat est différé. Le test HPV par l'auto-échantillonnage offre aussi une stratégie de dépistage plus efficace et pourrait ouvrir de larges perspectives pour une plus grande couverture de la population cible.

### 3.1.2 Population cible

Étant donné que le cancer du col de l'utérus se développe généralement lentement à partir de lésions précancéreuses vers un cancer invasif (>10 ans), et que le cancer du col est rare chez les femmes de moins de 30 ans, il est recommandé que le groupe d'âge cible pour le dépistage dans **le programme**

**national devrait commencer dès l'âge de 25 ans, sauf si la femme est séropositive. Par ailleurs, pour les femmes séropositives au VIH et sexuellement actives, le dépistage à l'IVA devrait se faire dès l'annonce du résultat VIH.** Il est recommandé que les modifications pour le choix de la population cible (groupe d'âge) tiennent compte des données nationales pour les lésions cervicales précancéreuses et les taux de cancer, dès qu'ils seront connus, selon les ressources disponibles.

### **3.1.3 Couverture et fréquence de dépistage**

Des taux de couverture de dépistage élevés (> 80%) sont aussi importants pour la réussite d'un programme de prévention du cancer du col de l'utérus que la fréquence du dépistage.

Il est indispensable d'y associer un traitement efficace. En effet :

- un dépistage tous les 10 ans peut réduire le risque de cancer du col de 40 à 60% ;
- un dépistage tous les cinq ans le réduit de 85% ;
- un dépistage tous les trois ans le réduit de 91% ;
- un dépistage annuel réduit de 94% ; même un seul dépistage à 35 ans associé à un traitement efficace permettrait de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus de 26 à 32% ;

(Goldie 2001, Goldie 2005, le CIRC 1986, Mandelblatt 2002, OMS 2006).

**La Côte d'Ivoire a opté pour un dépistage tous les trois (3) ans.**

## 3.2 Traitement

Pour la réussite du programme, il est essentiel de lier le dépistage au traitement qui est sûr, efficace, acceptable et réalisable. La cryothérapie répond à ces critères et sera la pierre angulaire pour le traitement des lésions précancéreuses.

Les lésions non éligibles à la cryothérapie pourraient être traitées avec la procédure utilisant la RAD, chaque fois que possible. Il est **recommandé que les lésions précancéreuses soient traitées sur une base ambulatoire** ; d'ailleurs les deux méthodes (cryothérapie et RAD) sont des procédures ambulatoires.

### 3.2.1 Cryothérapie

La cryothérapie est une méthode relativement simple, sûre, acceptable et peu coûteuse qui permet de détruire les lésions précancéreuses par la congélation. Elle utilise un instrument spécial qui achemine du gaz (dioxyde de carbone ou de protoxyde d'azote) à un embout cryogène appliqué sur le col et qui gèle les tissus anormaux (voir tableau et figure 3.2). La procédure prend généralement 5 à 10 minutes pendant lesquelles la femme peut ressentir des crampes légères ou modérées.

Des études ont montré qu'un grand nombre de professionnels de la santé (infirmières, sages-femmes et médecins) peuvent être formés pour pratiquer la cryothérapie avec compétence (ACCP 2003-2007). La cryothérapie est idéale pour être combinée au dépistage à l'IVA dans les deux approches (ACU et ADT). Ce lien entre dépistage et traitement immédiat n'est pas seulement d'une importance clinique, mais est l'une des alternatives les plus rentables aux traditionnelles stratégies de multi visites (ACCP 2007, Goldie 2005). La

colposcopie intermédiaire ne serait nécessaire que, s'il y a une suspicion de cancer du col de l'utérus.

Le taux de guérison après le traitement à la cryothérapie est de 86 à 95% en respectant les critères d'éligibilité (ACCP 2003,2007, OMS 2006).

Ces critères d'éligibilité sont:

- l'absence de lésion fortement suspecte de cancer ;
- la possibilité de voir toute l'étendue de la lésion ;
- une lésion occupant moins de 75% de la surface du col de l'utérus ;
- l'embout cryogène couvrant la lésion (< 2 mm de la lésion s'étend au-delà du bord de l'embout) ;
- l'absence d'une malformation anatomique du col de l'utérus empêchant la bonne application de l'embout ;
- l'absence de grossesse ;
- la période du post partum de 6 à 8 semaines (visite post natale).

Les données actuelles montrent que la technique de la double congélation améliore l'efficacité de 10% comparée à la technique de la congélation unique (Bryson et coll 2005, ACCP 2011). Les taux de guérison des lésions pré cancéreuses ne diffèrent pas en fonction des gaz (dioxyde de carbone ou l'oxyde nitreux). En conséquence, la décision du choix du gaz à utiliser doit être basée sur le contexte local: les coûts, la fourniture, l'équipement et la logistique (voir chapitre 6).

### 3.2.2 Résection à l'Anse Diathermique

La cryothérapie permet la prise en charge de 86 à 95% des lésions précancéreuses soigneusement sélectionnés. Il reste environ 5 à 15% des femmes présentant des lésions IVA positives, éligibles à la RAD (Bradley 2005, Gaffikin 2003). Les rapports de terrain indiquent que les taux de référence pour la RAD sont plus élevés chez les femmes séropositives en raison de leur plus grande propension à développer de larges lésions.

La RAD est une procédure ambulatoire simple et sûre qui excise les tissus anormaux du col de l'utérus à l'aide d'une anse métallique chauffée à l'électricité. Elle est un traitement très efficace des lésions précancéreuses du col de l'utérus (voir le tableau 3.2 pour la comparaison de la cryothérapie et la RAD). D'autres options thérapeutiques pour les lésions précancéreuses comprennent la conisation au bistouri froid du col de l'utérus ou une hystérectomie totale, mais ces procédures sont techniquement plus difficiles à réaliser, nécessitant une hospitalisation et un taux plus élevé de complications.

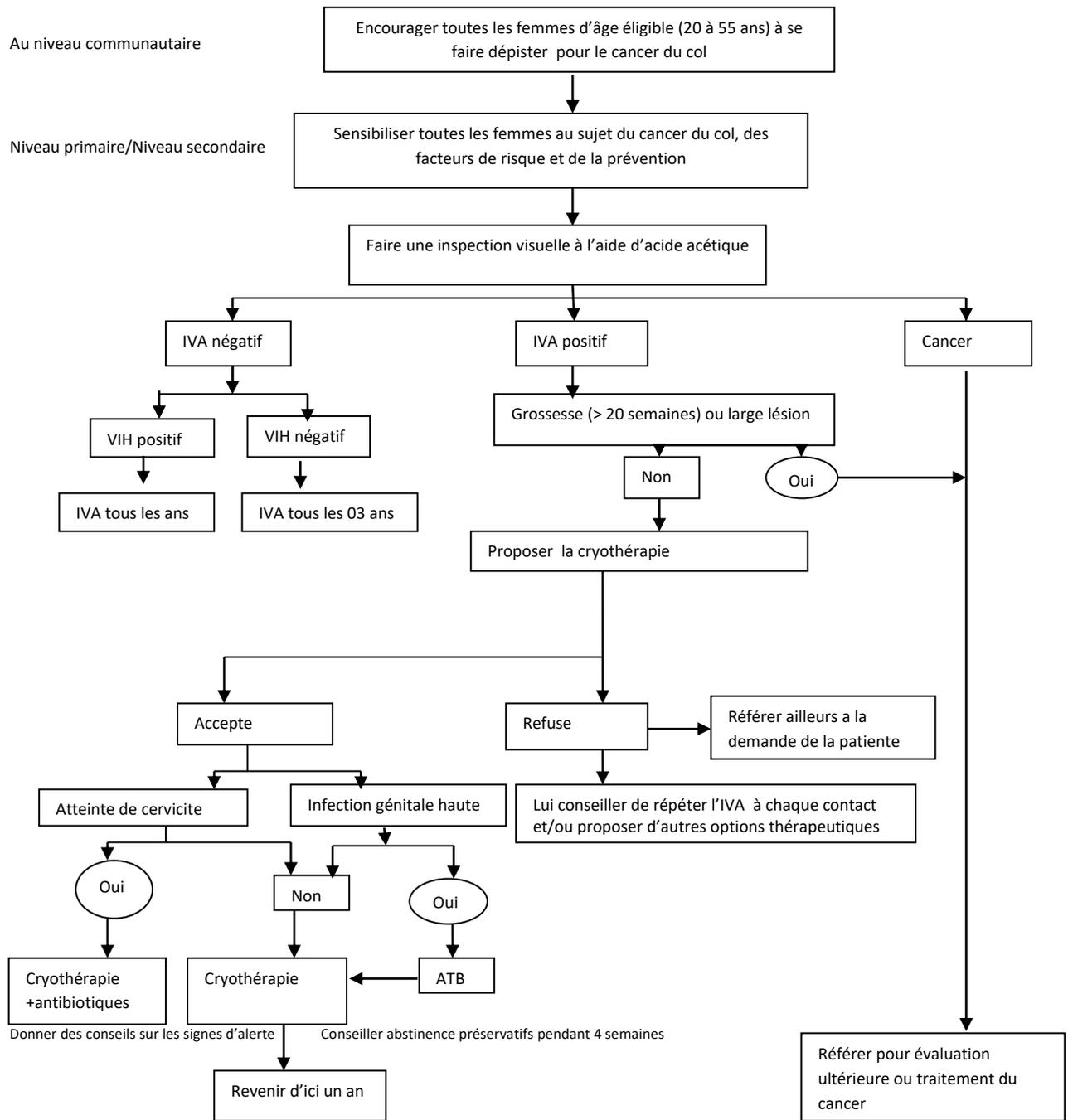
**Tableau 3.2: Comparaison de la cryothérapie et Options RAD en traitement ambulatoire (ACCP 2003, l'ACCP 2007, OMS 2006).**

	Cryothérapie (CO2 ou N2O gaz nécessaire)	RAD (nécessite un générateur et de l'électricité)
Taux de guérison sur la base d'un traitement unique	> 90% (bas pour les lésions larges ou plus grave)	> 90% (meilleurs pour les lésions larges ou des lésions compliquées)
Effets secondaires mineurs	1–3%	1–5%
Prestataires	Infirmier ou médecin	Médecin
Anesthésie	Non	oui —local
Prélèvement de tissus	Non	Oui
Prix	+	+++
Adhésion des Patients	Elevé	Elevé

### **3.3 Directives de l'offre de services**

Voici les lignes directrices recommandées de dépistage et de traitement (voir également l'annexe 3.4 IVA Diagramme). Une approche par étapes en utilisant un modèle de gestion verticale doit être utilisée dans les premières phases du programme, suivi rapidement par une approche plus intégrée au fur et à mesure que le programme devient bien établi. Le modèle de gestion verticale permet une détection plus efficace du taux élevé de cas prévalent dans les premiers stades, alors qu'une approche plus intégrée est plus appropriée une fois que le programme a besoin de se concentrer davantage sur les cas incidents. Idéalement, la routine des services de soins de santé pour les femmes en Côte d'Ivoire devrait intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus, bien que cette intégration dépende de la communauté et de l'expérience des pays.

**Figure 3-2. Graphique d'évolution modèle pour la Prévention du cancer du col chez la femme**



### 3.3.1 Counseling

Le Conseil avant, pendant et après tous les services, à l'aide des outils et un langage appropriés, est considéré comme une norme en matière de soins. Les instructions spécifiques post-cryothérapie et post-RAD doivent être données pour favoriser la guérison du col et réduire les infections (y compris la transmission du VIH), et devrait inclure une provision de préservatifs. Les hommes devraient être encouragés à participer au conseil.

### 3.3.2 Test de dépistage

**L’IVA, combinée avec un traitement immédiat des lésions précancéreuses et la cryothérapie dans l’approche ACU ou SVA, sera prioritairement la stratégie de prévention secondaire utilisé en Côte d’Ivoire.** L’IVA fournit des résultats immédiats. Si une femme est IVA-positive, un traitement par cryothérapie lui est offerte au cours de la même visite, à condition qu’elle réponde aux critères d’éligibilité pour la cryothérapie et que les équipements de cryothérapie et de fournitures soient disponibles dans la structure. Si la femme n'est pas en mesure d'accepter ou de recevoir un traitement au cours de la même visite, elle devrait être conseillée avec la possibilité de revenir dans la structure afin d’y recevoir le traitement adéquat dans les meilleurs délais.

Compte tenu de la grande sensibilité et de la spécificité du test ADN-HPV, une fois que ce test sera réalisable et abordable, le programme devrait envisager d’intégrer le dépistage du HPV comme méthode de dépistage primaire. Il devrait également envisager l’utilisation de l’IVA comme méthode de tris des résultats positifs des tests ADN-HPV et déterminer l’opportunité de la réalisation de la cryothérapie.

Pour les femmes, chez qui la jonction squamo-cylindrique (JSC) ne peut être visualisée de manière adéquate, comme cela arrive souvent chez les femmes ménopausées, un dépistage cytologique de haute qualité (cytobrush, cotonnette tige), peut être offert dans la mesure du possible dans les établissements remplissant les conditions pour cette prise en charge.

### **3.3.3 Population cible**

**Le programme concentrera ses efforts de dépistage et de traitement chez les femmes dont l'âge est compris entre 25 et 55 ans, à moins qu'elles ne soient positives au VIH.** Les femmes en dehors de cette fourchette ne doivent pas être privées de l'offre de services, si elles en font la demande, mais elles devraient être conseillées et leurs facteurs de risque évalués.

- Comme le programme évolue, le groupe d'âge cible pourrait être élargi (par exemple, pour la tranche d'âges de 20 à 59 ans), selon les données nationales pertinentes, au cas où les ressources le permettent.
- Le dépistage n'est pas indiqué chez les femmes ayant subi une hystérectomie totale pour des indications bénignes (par exemple, les fibromes utérins).

### **3.3.4 Femmes séropositives au VIH et intégration dans le cadre des soins de routine**

Les femmes séropositives courent un risque beaucoup plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus et exigent un calendrier de dépistage plus intensif. Il est recommandé chez elles un dépistage annuel du cancer du col à l'aide de l'IVA en tant que méthode de dépistage primaire, ou d'un test HPV rapide comme indiqué précédemment. Cette attitude doit être intégrée dans les directives nationales de prise en charge de personnes vivantes avec le VIH. Les

centres de prise en charge du VIH devraient être étroitement liés avec des sites fournissant des services de prévention du cancer du col de l'utérus, ou idéalement, fournir les services eux-mêmes. Aussi, est-il recommandé pour les femmes séropositives de :

- **commencer le dépistage au moment du diagnostic du VIH, indépendamment de l'âge, si la patiente est sexuellement active ;**
- **faire le dépistage chaque année indépendamment des résultats antérieurs.**

### **3.3.5 Fréquence de dépistage**

Le MSLS recommande un dépistage tous les trois ans à compter d'un résultat normal, à l'exception des femmes séropositives qui doivent être dépistées chaque année.

Après un résultat anormal et/ou un traitement, répéter le test après un an. Si le suivi d'un an est normal, retourner au dépistage tous les trois ans.

Les femmes séropositives doivent être dépistées chaque année indépendamment des résultats ou des traitements.

### **3.3.6 Couverture du dépistage**

Chaque femme a droit à un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus ;

Au moins 80% des femmes de la population cible doivent être dépistées sur une période de temps définie.

Selon le recensement de la population de 1998, l'estimation en 2012 des femmes âgées de 20 à 55 ans est de 5 millions (INS), ce qui représente environ 4 millions de femmes dans la cible, soit 80% de couverture.

### **3.3.7 Traitement des lésions précancéreuses**

#### ***3.3.7.1 Cryothérapie***

- La cryothérapie est le traitement de choix pour les lésions précancéreuses qui répondent aux critères d'éligibilité ;
- le traitement doit être offert sans nécessité d'une biopsie diagnostique (dépister et traiter) dans une ACU chaque fois que c'est possible ;
- seuls les prestataires qui ont fait preuve de compétences cliniques dans la cryothérapie sont autorisés à effectuer la procédure (voir ci-dessous prestation des soins au Chapitre 7: Formation et qualification des compétences) ;
- traiter à l'aide d'une procédure impliquant une congélation simple (cinq minutes) ou une double-congélation (congélation de trois minutes, cinq minutes de décongélation, trois minutes de congélation) pour obtenir une boule de glace de 3 à 5 mm autour de l'embout ;
- faire le suivi post cryothérapie par l'IVA après un an ;
- en cas d'infection génitale haute, prescrire des antibiotiques en suivant les directives nationales et reporter le traitement de cryothérapie pour les deux semaines suivantes ;
- ne pas faire de traitement à la cryothérapie pendant la grossesse, Toutefois, reprogrammer la femme dans le post-partum 6 à 8 semaines après l'accouchement.

### ***3.3.7.2 Résection à l'Anse Diathermique***

La RAD est réservée aux lésions précancéreuses qui ne sont pas éligibles à la cryothérapie, mais elle ne devrait pas être effectuée en cas d'infection génitale haute, de grossesse ou dans le post-partum immédiat (<12 semaines).

La RAD peut être utilisée dans les cas suspects de cancer, seulement comme un outil de diagnostic et non pas comme un moyen de traitement.

La RAD est réservée à ceux qui ont fait preuve de compétence clinique dans la procédure (voir Prestation des soins ci-dessous au chapitre 7: Formation et qualification des compétences).

La RAD nécessite une anesthésie locale ou générale et doit être effectuée dans les CHU ou CHR et dans les structures qui peuvent traiter d'éventuelles complications urgentes liées à la procédure (par exemple, des saignements abondants).

Le tissu excisé lors de la RAD doit être acheminé pour examen histologique.

Faire le suivi post RAD par l'IVA après un an.

### **3.3.8 Gestion des complications**

La Cryothérapie et la RAD sont considérées comme des procédures efficaces lorsqu'elles sont effectuées par des prestataires qualifiés, avec un faible taux de complications, en particulier dans les cas sévères ou difficiles à traiter (ACCP 2003, ACCP 2007, Charnot 2010, Jacob 2005, OMS 2006). Cependant, un faible pourcentage de femmes développera des complications. Il est important que les femmes reçoivent des conseils au sujet de ces complications potentielles et des signes avant-coureurs, et que les prestataires aient les connaissances et les

compétences nécessaires pour gérer ces complications, ou savoir quand référer de manière appropriée.

La douleur, l'écoulement vaginal, les saignements et les infections sont les effets secondaires ou les complications les plus communes, rapportées et associées à la cryothérapie et la RAD.

Les douleurs sous forme de crampes, légères ou modérées, les écoulements aqueux ou non purulents et les saignements très légers constituent les effets secondaires fréquents lors du traitement par cryothérapie ou RAD. Ces effets secondaires disparaissent généralement sans intervention, même si la douleur doit être gérée par des analgésiques non narcotiques ou parfois réduits par un traitement avant ou au moment de la cryothérapie ou RAD.

Des signes ou des symptômes plus sévères devraient être évalués surtout si leurs survenues sont liées aux complications mineures ou graves en rapport avec le traitement.

Ce qui suit sont les signes avant-coureurs précoces et tardifs que les femmes devraient connaître afin de les rechercher. Ce qui leur permettra de bénéficier d'une prise en charge adéquate lors de leurs survenues.

#### **3.3.8.1 Signes d'alarme précoce** (généralement dans les 2 à 4 premières semaines)

- La fièvre pendant plus de deux jours ;
- les douleurs abdomino-pelviennes sévères, surtout si elles sont associées à une fièvre
- les écoulements vaginaux malodorants ou purulents ;

- les saignements abondants supérieurs aux menstrues pendant plus de deux jours ;
- les saignements vaginaux avec des caillots.

### ***3.3.8.2 Signes d'alarme tardive*** (habituellement 1 à 3 mois après l'intervention)

- L'apparition ultérieure d'une douleur abdomino-pelvienne associée à une fièvre ;
- la douleur intense avec peu ou pas de saignement menstruel ;
- les fuites d'urine ou de matières fécales par le vagin.

### ***3.3.8.3 Infections***

- Cervicite

La cervicite est une infection localisée du col de l'utérus, sans preuve d'infections des voies reproductives (comme la pelvipéritonite, endométrite, salpingite). Les taux sont légèrement plus élevés dans la RAD comparée à la cryothérapie, mais généralement inférieure à 5%. La cervicite doit être gérée selon les directives nationales.

- Pelvipéritonite

La pelvipéritonite, infection des voies reproductives (par exemple, PP, endométrite, salpingite), qui est une complication plus grave que la cervicite, nécessite un traitement plus intense. Le diagnostic et la prise en charge doivent être faits par un médecin expérimenté en suivant les directives nationales. Le pourcentage d'infection génitale haute après cryothérapie ou RAD est le même et concerne généralement moins de 1% des femmes traitées.

#### **3.3.8.4 Saignements**

Les saignements prolongés ou abondants que ceux prévus nécessitant une intervention sont rares après la cryothérapie, tandis que la fréquence et la gravité lors de la RAD varient. La plupart des saignements anormaux peuvent être pris en charge par les méthodes suivantes:

- 1) la pression (avec des cotons tiges, de grandes compresses ou de la gaze) ;
- 2) des bâtons de nitrate d'argent ;
- 3) la solution de Monsel.

L'hémorragie après la RAD est rarement sévère (qu'elle soit immédiate ou différée) et incontrôlable avec les mesures ci-dessus. Dans ces cas, le saignement peut être contrôlé avec :

- 1) suture à la clinique ;
- 2) tampon vaginal pour 24 heures (ou de stabilisation pour le transport) ;
- 3) suture dans la salle d'opération.

Il est donc essentiel que la RAD soit effectuée uniquement par des prestataires qualifiés et dans un cadre qui peut prendre en charge cette complication rare majeure.

#### **3.3.8.5 Syndrome du bouchon nécrotique**

Une douleur intense et des crampes, associées à des saignements menstruels minimes ou absents, peuvent se produire après la cryothérapie ou la RAD en raison de "syndrome du bouchon nécrotique". Cette affection rare survient au minimum un mois après la procédure. Elle est causée par l'extension

exceptionnellement élevée de la congélation dans le canal endocervical lorsqu'elle est réalisée avec des cryosondes à mamelons longs ou par une cautérisation du cratère de la RAD près du canal endocervical. Le bouchon nécrotique peut généralement être immédiatement et facilement éliminé par le passage d'une brosse endocervical utilisé pour le frottis, ou par dilatation du col facilitant ainsi le drainage du sang menstruel.

#### ***3.3.8.6 Fistule***

La Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale est une affection très rare, d'apparition tardive ; elle représente une complication majeure de la cryothérapie ou du traitement de la RAD. Elle survient à la suite d'une congélation accidentelle ou d'une brûlure de la paroi vaginale recouvrant la vessie ou le rectum, avec chute d'escarres créant une fistule. Les femmes vont présenter des pertes involontaires d'urines ou de matières fécales dans le vagin, avec ou sans douleur ou des signes d'infection. Les femmes atteintes de ce type de complication doivent rencontrer un gynécologue chirurgien expérimenté pour l'évaluation et le traitement.

#### ***3.3.8.7 Complications obstétricales***

La sténose cervicale ou l'infertilité liée à la cryothérapie ou à la RAD n'est pas suffisamment relatée dans les revues de la littérature. L'accouchement prématuré à la suite de la RAD, a été démontré. Le risque d'accouchement prématuré semble être deux fois plus élevé chez les femmes qui ont subi une RAD par rapport aux femmes qui n'en ont pas subi. En plus, il augmente jusqu'à cinq fois plus chez les femmes qui subissent plusieurs RAD. Le risque semble concerner toutes les femmes qui subissent la RAD, mais il est surtout corrélé à la profondeur de la RAD ou au volume des tissus prélevés (Jakobson 2009).

### **3.4 Prestation de soins**

Les services seront principalement fournis dans des structures fixes. Pour améliorer la couverture, des actions de sensibilisation seront entreprises conformément aux plans stratégiques nationaux (voir la figure 3.3) pour les grandes lignes du système de santé par niveau, les services fournis et les prestataires de soins.

La cryothérapie peut être effectuée par les prestataires de soins (des IDE, SFDE, et médecins) qui ont fait preuve de compétence conformément aux normes nationales.

Les services de cryothérapie peuvent être fournis à tous les niveaux du système de prestation des services de santé, à condition que la structure réponde à toutes les exigences (voir annexe 6.1).

La RAD peut être effectuée par les cadres les gynécologues ou les chirurgiens qui ont fait preuve de compétence conformément aux normes nationales.

Les services de RAD peuvent être fournis par les districts au niveau tertiaire du système de prestation des services de santé, à condition que l'installation réponde aux normes requises (voir annexe 6.1).

La supervision doit se faire à chaque niveau du système de santé, selon les mécanismes existants. Il est recommandé d'effectuer une supervision sur les aspects techniques et programmatiques de l'exécution du programme et à l'exercice du contrôle des équipes d'une personne technique. (Voir le chapitre 6: Suivi et évaluation).

**Figure 3.3 : Système de santé par niveau, services fournis et du prestataire**

Etablissement de niveau tertiaire	Services fournis	Prestataire de soins
CHU, Centre spécialisé,.....	IVA/Cryothérapie, frottis de, Colposcopie, RAD, Biopsie, Histopathologie, Radiothérapie, Chirurgie, Chimiothérapie, Soins Palliatifs	IDE, SFDE, Gynécologues, Anatomopathologistes, Radiothérapeutes, Oncologues, Médecins, Communautaires



Etablissement de niveau secondaire	Services fournis	Prestataire de soins
Hôpital Régional	IVA/Cryothérapie, frottis, Colposcopie, RAD, Biopsie, Chirurgie, Chimiothérapie, Soins Palliatifs	IDE, SFDE, Gynécologues, Oncologue, Médecins, Communautaires
Hôpital Général	IVA/Cryothérapie, RAD, Biopsie, soins Palliatifs	IDE, SFDE, Gynécologues, Médecins Communautaires



Etablissement de niveau Primaire	Services fournis	Prestataire de soins
Dispensaire	IVA/Cryothérapie soins palliatifs	IDE, SFDE, Communautaires
Centre de sante urbain	IVA/Cryothérapie soins palliatifs	IDE, SFDE, Médecins, Communautaires

### **3.5 Référence**

Un système de référence efficace est une composante essentielle d'un programme de contrôle et de prévention du cancer du col de l'utérus de grande qualité. Le système de référence national existant sera utilisé; les clients dépistés pour le cancer du col de l'utérus seront référés en utilisant les fiches et le système de référence national existant. Il est recommandé qu'un formulaire de référence ait une deuxième ou une section détachable qui facilite la rétroaction à l'établissement de santé référent. Ces formulaires nationaux de référence devraient être disponibles à tous les niveaux des établissements de santé et les prestataires de soins devraient être mis au courant de l'existence de ces formulaires.

Cas concernés par la référence:

- suspicion de cancer ;
- IVA positive, mais non éligible à la cryothérapie ;
- pour un deuxième avis

#### **3.5.1 Biopsie**

La biopsie cervicale est indiquée lorsque les lésions suspectes sont visibles sur le col lors de l'examen au spéculum, et peut être effectuée au niveau district et régional dans les hôpitaux de référence par un personnel qualifié (Gynécologue).

### **3.5.2 Colposcopie**

La colposcopie est similaire à l'IVA sauf qu'elle utilise un instrument spécial (colposcope) qui permet un grossissement et une forte lumière pour visualiser le col de plus près que dans l'IVA. Elle est généralement utilisée en conjonction avec des biopsies dirigées de lésions anormales du col de l'utérus. La colposcopie requiert une formation spécialisée qui sera réservée pour les gynécologues dans les centres régionaux et tertiaires qui ont terminé la formation requise.

### **3.5.3 Cytologie cervicale (frottis)**

La cytologie cervicale est recommandée dans les situations où la zone de jonction n'est pas visible, surtout chez les femmes ménopausées.

### **3.5.4 Histologie**

Les prélèvements doivent être fixés dans du formol, et acheminés dans les hôpitaux tertiaires pour la lecture. Tous les échantillons devraient être transportés de façon appropriée accompagnés des formulaires dûment remplis.

## RÉFÉRENCES

1. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus Site Web: [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org).
2. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus 2003. Efficacité, sécurité et tolérance de la cryothérapie: Littérature Systématique pour examiner les questions de prévention du cancer du col utérin en profondeur, n ° 1. ACCP, Seattle, WA.
3. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus 2007. Fiche Prévention Cancer col de l'utérus: 10 Principales conclusions et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus efficace et des programmes de traitement. ACCP, Seattle, WA. Disponible à l'adresse: [http://www.alliancecxca.org/files/ACCP\\_recs\\_2007\\_factsheet\\_final.pdf](http://www.alliancecxca.org/files/ACCP_recs_2007_factsheet_final.pdf).
4. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus 2009. Fiche Prévention Cancer col de l'utérus: Nouvelles données sur l'impact du dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement au moyen de tests ADN du VPH, l'inspection visuelle ou de cytologie. ACCP, Seattle, WA. Disponible à l'adresse: [http://www.rho.org/files/ACCP\\_screening\\_factsheet\\_July09.pdf](http://www.rho.org/files/ACCP_screening_factsheet_July09.pdf).
5. Bingham A, évêque A, P Coffey et al. 2003. «Facteur affectant l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées." *Salud Publica de de México*, 45 (2): S283-291.
6. Bradley J, Barone M, et al 2005. «Offre des les services de prévention du cancer Col de l'utérus à faibles ressources." *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique* 89:30-37.
7. Branca M, Gabruglia AR, Benedetto A, et al 2003. "Les facteurs prédictifs de la persistance des infections génitales à papillomavirus humain et de Papanicolaou anomalie chez les femmes séropositives et séronégatives au cours prospective de suivi." *Revue internationale sur les MST SIDA*14:417-425.
8. Castilaw D, Wittet S, 2007. «Prévenir le cancer du col de l'utérus:. Opportunités sans précédent pour améliorer la santé des femmes" PATH,

Outlook, vol. 23 (1), Seattle, WA. Disponible à l'adresse:  
[http://www.rho.org/files/PATH\\_outlook23\\_1\\_web.pdf](http://www.rho.org/files/PATH_outlook23_1_web.pdf).

9. De Vuyst H, F Lillo, Broutet N, JS Smith, 2008. «Le VIH, virus du papillome humain et cancer du col et du cancer à l'ère de la thérapie antirétrovirale hautement active." *European Journal of Cancer Prevention* 17:545 -554.
10. GLOBOCAN 2008. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C et Parkin DM. GLOBOCAN 2008, l'incidence du cancer et de la mortalité dans le monde: IARC Cancer Base n °10 [Internet]. Lyon, France: Centre international de Recherche sur le Cancer; 2010. Disponible à partir de: <http://globocan.iarc.fr>.
11. Gaffikin L, L Lauterbach, Emerson M 2003. «La sécurité, l'acceptabilité et la faisabilité d'une approche à visite unique à la prévention du cancer du col utérin: résultats d'un projet de démonstration dans les régions rurales en Thaïlande." *Lancet* 361:814-820.
12. Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, et al. 2001. "L'analyse des politiques de dépistage du cancer du col de l'utérus stratégies de milieux à faibles ressources: les avantages cliniques et la rentabilité." *JAMA*, 285:3107-15.
13. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert, JD, Gordillo-Tob, A; Alliance pour la prévention du cancer du col utérin Coût Groupe de travail 2005. "La rentabilité de dépistage du cancer du col de l'utérus dans cinq pays en développement." *New England Journal of Medicine*, 353 (20): 2158 -68.
14. Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) Groupe de travail sur l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus 1986. "Le dépistage du cancer du col utérin squameux: Durée de risque faible après les résultats négatifs de la cytologie du col utérin et de ses implications pour les politiques de dépistage." *British Medical Journal*, 293: 659-664.
15. Jacob, M, Broekhuizen, FF, Castro, W, Sellors, J (2005). "Expérience de l'utilisation de la cryothérapie pour le traitement des lésions cervicales précancéreuses à faibles ressources." *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 89, pp S13-20.

16. Kahesa C, Mwaiselage J, Wabinga RH, et al 2008. «Association entre le cancer du col et infection VIH-1 en Tanzanie: la nécessité du dépistage double." BMC Public Health, 8:262.
17. Mandelblatt JS, WF-Laurent, L Gaffikin, et al 2002. ". Coûts et avantages des différentes stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays moins développés», Revue de l'Institut National du Cancer 94: 1-15.
18. Ocean Road Cancer Institute 2009. Les activités et rapport financier terminé.
19. Parham GP, Sahasrabudde, VV, Mwanahamuntu MH, et al 2006. "Prévalence et facteurs prédictifs de lésions malpighiennes intra-épithéliales du col de femmes séropositives à Lusaka, en Zambie." Gynéco-oncologie 103:1017-1022.
20. Sankaranarayanan R, L Gaffikin, Jacob M, et al 2005. "Une évaluation critique des méthodes de dépistage des néoplasies cervicales." Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique, 89: S4-12.
21. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS 2009. «Le dépistage du VPH pour le col de l'utérus dans les régions rurales. Inde »New England Journal of Medicine, 360 (14): 1,385-94.
22. ONUSIDA 2008. "L'épidémie de VIH en Tanzanie continentale: Où venons-nous, où est-ce que ça va, et comment allons-nous réagir?" Disponible à l'adresse:  
[http://www.unaidsrstes.org/files/u1/Tanzania\\_Epidemiological\\_Review\\_Report\\_FINAL.pdf](http://www.unaidsrstes.org/files/u1/Tanzania_Epidemiological_Review_Report_FINAL.pdf).
23. Organisation mondiale de la Santé 2006. Complète lutte contre le cancer du col utérin: Un guide de pratiques essentielles. Disponible à l'adresse:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/en/>.
24. Charmot, E, Kristensen, S, Stringer, J, Mwanahamuntu, M (2010). «Existe des traitements pour des lésions cervicales précancéreuses dans les pays moins développés assez sûres pour promouvoir l'intensification des programmes de dépistage du col de l'utérus? Une revue systématique ", la santé des femmes BMC 10:11.

25. Jakobsson M, M Gissler, Paavonen J, Tapper AM (2009). «Résection à l'anse électrochirurgicale et le risque d'accouchement prématuré", obstétrique et gynécologie, vol. 114, pp 504-10.

## **Chapitre IV: PREVENTION TERTIAIRE**

Un programme complet de contrôle et de prévention du cancer du col de l'utérus devrait inclure la prévention primaire, la prévention secondaire, la prise en charge et les soins palliatifs. Les composantes des soins tertiaires incluent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et les soins palliatifs. Le cancer invasif du col de l'utérus doit être traité par les spécialistes des établissements de niveau tertiaire. Cependant, les prestataires de soins de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, devraient connaître les symptômes et signes communs de cancer du col utérin. Ces prestataires de soins sont responsables d'établir un lien entre les différents niveaux du système de soins de santé et la patiente, les familles y compris la communauté. A ces différents niveaux du système de soins de santé, la patiente a le diagnostic, la stadification et le traitement du cancer invasif du col de l'utérus. Le traitement curatif du cancer du col est possible pour tous, sauf les cas avancés. L'accès au traitement améliore le pronostic et le taux de survie.

Cette section donne un aperçu des modalités de traitement du cancer invasif du col utérin et fournit des recommandations spécifiques pour la continuité des soins du cancer du col de l'utérus. Ce chapitre n'est pas destiné à être utilisé par les prestataires de soins de niveau tertiaire, mais plutôt à aider les prestataires de soins de premier et de deuxième niveau pour une meilleure compréhension des modalités de traitement en vue d'une référence rapide et adéquate.

### **4.1 Modalités de traitement pour le cancer invasif du col**

Le traitement du cancer invasif du col comprend la chirurgie, la radiothérapie avec ou sans chimiothérapie.

### **4.1.1 Chirurgie**

La chirurgie curative dans le cancer du col vise à enlever la tumeur primaire avec toutes ses extensions en une seule opération. L'opération réalisée dépendra du stade clinique de la tumeur, qui est un élément d'appréciation de la progression tumorale afin de déterminer les options thérapeutiques. Si la chirurgie radicale ne peut être effectuée, la radiothérapie doit être la méthode de choix pour la plupart des cancers avancés du col de l'utérus.

### **4.1 .2 Radiothérapie**

La radiothérapie joue un rôle crucial dans le traitement du cancer invasif du col de l'utérus. Sous cet aspect, la tumeur est traitée par un rayonnement ionisant (un rayon de lumière avec une plus grande énergie) qui est libéré lorsque le rayon pénètre dans le corps endommageant et détruisant les cellules cancéreuses. La radiothérapie intra cavitaire est très utile pour améliorer les résultats du traitement. Elle peut être administrée en une dose curative ou palliative en fonction du stade de la maladie.

### **4.1.3 Chimiothérapie**

Alors que la chimiothérapie n'est pas un mode de traitement de première ligne du cancer du col, il a été démontré que pour améliorer les résultats elle peut être utilisée en même temps que la radiothérapie en agissant en synergie pour détruire les cellules cancéreuses.

#### **4.1.4 Soins palliatifs**

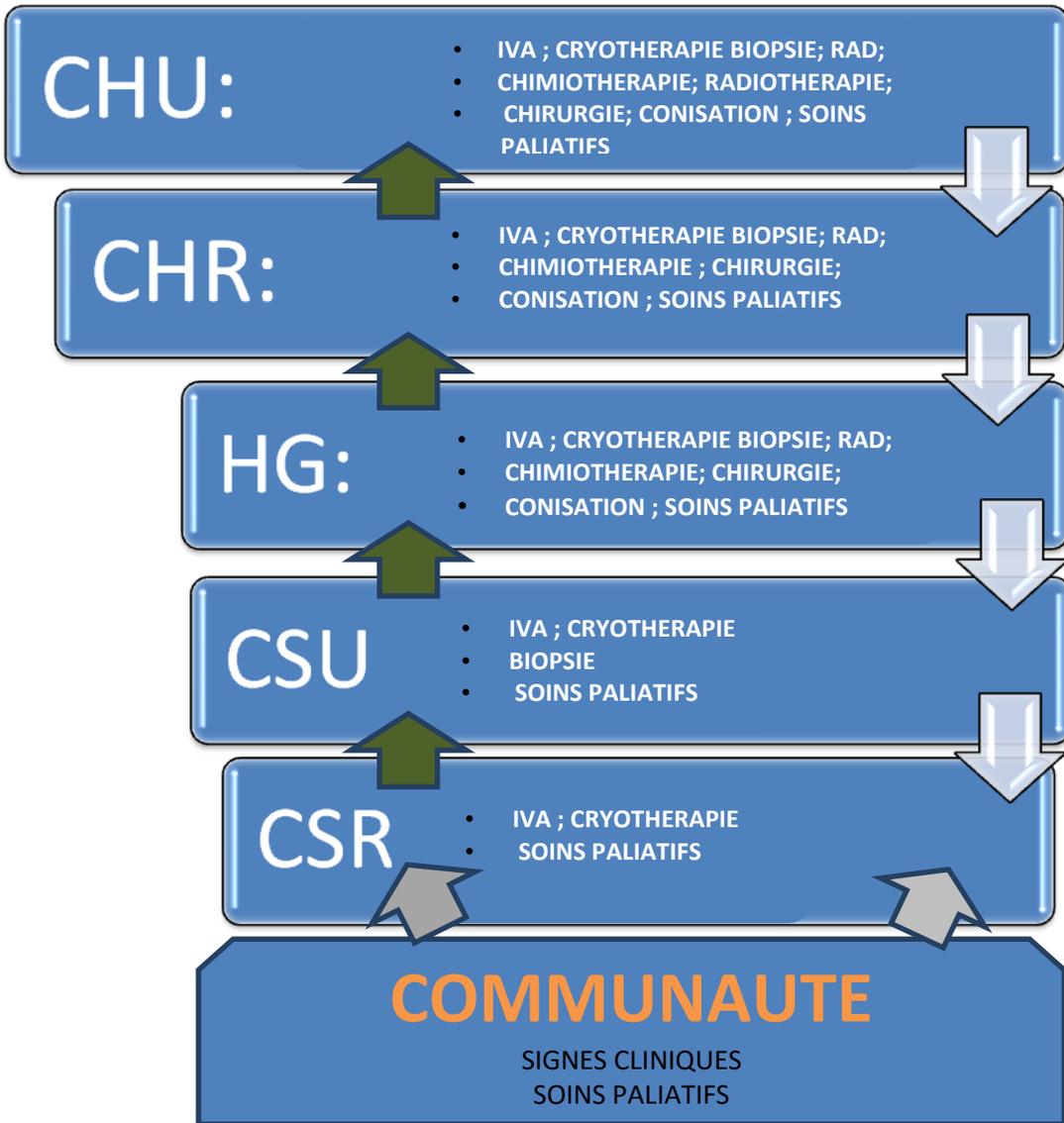
Les soins palliatifs sont aussi une composante essentielle de la prise en charge du cancer du col de l'utérus. L'objectif des soins palliatifs est d'éviter la souffrance et améliorer la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus. Ils répondent aux besoins physiques, psychologiques et spirituels des patientes et de leurs familles. . Les Prestataires de soins de santé ont un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie de la patiente. Ils doivent travailler en équipe pour assurer le traitement, le confort et les soins ; fournir également des informations exactes pour la patiente, sa famille et la communauté. Pour ce faire, les prestataires de soins ont besoin de formation particulière en soins palliatifs.

Le tableau ci-dessous (Tableau 4.1) décrit la prestation de services de soins tertiaires en termes de ce qui est recommandé et de ce qui est disponible actuellement en Côte d'Ivoire.

**Tableau 4.1: Prestation de services à différents niveaux**

<b>Intervention</b>	<b>Place/Site</b>	<b>Catégorie ou Qualification des prestataires</b>	<b>Disponibilité actuelle</b>
-Chirurgie pour les lésions précancéreuses -Conisation -RAD	Hg, CHR, CHU et Centres spécialisés	Gynécologue Chirurgien -oncologue	CHR, CHU et Centres spécialisés
-Chirurgie pour cancer invasif débutant -hystérectomie totale (plus curage ganglionnaire)	CHU et Centres spécialisés, CHR	Gynécologue Chirurgien –oncologue	CHU et Centres spécialisés
-Radiothérapie intra cavitaire	-CHU et Centres spécialisés	Radiothérapeute Radiologiste Médecin Technicien,	Non Applicable
-Chimiothérapie, en combinaison avec la chirurgie et la radiothérapie	CHU et Centres spécialisés	Médecin oncologue IDE	CHU et Centres spécialisés
Soins palliatifs	Tous les niveaux	Toutes les catégories	Tous les niveaux

*Figure 4.1. Intervention spécifique à différents niveaux du système de soins de santé dans le continuum de soins pour le contrôle du cancer du col.*



## **CHAPITRE V: INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES**

Les infrastructures, l'équipement, les fournitures et la logistique essentielles, sont nécessaires pour fournir des services de prévention du cancer du col utérin et de haute qualité. L'achat et l'entretien du matériel et de fournitures essentiels devraient accompagner et anticiper les besoins des sites pour l'offre des services. Mettre en place un système pour s'assurer que ces matériels achetés et entretenus sont indispensables à la réussite du programme.

Avant de commencer la prévention du cancer du col de l'utérus, l'ensemble du dispositif de mise en œuvre doit être évalué à l'aide d'outils (Tableau 5.1 et 5.2). L'acquisition de tous les équipements et les fournitures sera effectuée par le ministère en charge de la santé à travers la DIEM et la PSP et devrait suivre le système logistique existant intégré. Un mécanisme doit être mis en place pour anticiper les demandes, en particulier pendant l'intensification du programme, afin d'éviter l'interruption des services due à des ruptures de stock.

En Côte d'Ivoire, la cryothérapie est réalisée avec le dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>).

### **5.1. Infrastructures**

Lors de la mise en place des services de prévention, il est essentiel de prendre en compte les différents aspects : les soins, le personnel requis, l'organisation et la pérennisation des structures. Les services de prévention doivent offrir conseils, tests de dépistage (avec ou sans test diagnostique), traitement des lésions précancéreuses chez les femmes dont le test de dépistage est positif, orientation et accès à des traitements ou à des soins palliatifs pour les femmes souffrant d'un cancer invasif. Dans tous les cas, il faut préserver l'intimité des patientes.

L'équipe d'encadrement va devoir choisir la meilleure façon de proposer ces services en fonction de la situation et des objectifs du programme.

En fonction du niveau de la pyramide sanitaire ces infrastructures doivent comporter les services suivants : Conseil , Dépistage , Laboratoire, Soins , Vaccination.

### **5.1.1 Conseil**

Le conseil fait partie intégrante de tous les services de prévention. Il doit donc être inclus dans les programmes de formation et pris en compte dans les systèmes de supervision. Il doit précéder chaque intervention de dépistage, de diagnostic et de traitement. Après l'intervention, il faut poursuivre le conseil en insistant sur les résultats des tests et leur signification, en donnant des indications verbales et écrites.

### **5.1.2 Dépistage**

Les femmes du groupe d'âge cible doivent bénéficier d'un dépistage selon la méthode et la fréquence définie au niveau national. Le dépistage doit se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, par les agents ayant reçu les compétences nécessaires.

### **5.1.3 Services de laboratoire**

Pour les prélèvements biopsiques et la cytologie, les échantillons doivent être envoyés au laboratoire, en prenant soin de bien les emballer et les étiqueter.

Il faut mettre en place un système de référence et contre référence entre les services de soins et les laboratoires d'anatomie pathologique ; qui ne sont disponibles que dans les structures tertiaires et les centres spécialisés.

### 5.1.4 Traitement

Indépendamment du test utilisé, le dépistage doit être associé au traitement, afin d'assurer l'efficacité du programme.

<b>Tableau 5.1: répartition des actes et traitement en fonction du niveau de la pyramide sanitaire</b>	
<b>ACTES ET TRAITEMENT</b>	<b>SITES</b>
IVA/CRYOTHERAPIE	TOUS LES NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE
RAD	<ul style="list-style-type: none"><li>• HG ,</li><li>• CHR,</li><li>• CHU ,</li><li>• STRUCTURES SPECIALISEES</li></ul>
CHIRURGIE	<ul style="list-style-type: none"><li>• HG ,</li><li>• CHR,</li><li>• CHU ,</li><li>• STRUCTURES SPECIALISEES</li></ul>
CHIMIOOTHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"><li>• HG ,</li><li>• CHR,</li><li>• CHU ,</li><li>• STRUCTURES SPECIALISEES</li></ul>
RADIODOTHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"><li>• N/A</li></ul>
SOINS PALIATIFS	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOUS LES NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE</li><li>• COMMUNAUTE</li></ul>

### 5.1.5 Service de vaccination

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus passe par la vaccination contre le HPV qui offre une protection contre les deux sous types (16-18) responsables de la majorité des cancers du col dans la sous-région.

L'accès au service de vaccination sera amélioré par la fourniture d'équipements additionnels (chaîne du froid et intrants) à toutes les structures de soins.

## 5.2. Equipements et consommables

Ce chapitre a été traité sous forme de tableau.

EQUIPEMENTS ACTES	ESSENTIEL	OPTIMUM
CYTOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse (voir numéro 11 ci-dessous).</li> <li>• Spéculum vaginale (usage unique et inox).</li> <li>• Spatule (en bois ou en plastique).</li> <li>• Lame de verre.</li> <li>• Fixateur (Laque à cheveux).</li> <li>• Formulaire de demande d'analyses cytologiques.</li> <li>• Enveloppes pour l'envoi des lames</li> <li>• Marqueur/crayon/feutre pour écrire sur le verre/étiquettes.</li> <li>• Registre ou feuillet d'enregistrement.</li> <li>• Système de transport des lames au pathologiste et retour à l'hôpital ou à la structure de soins</li> </ul>	

<b>IVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse (voir numéro 11 ci-dessous).</li> <li>• Table d'examen gynécologique.</li> <li>• Tabouret d'examen</li> <li>• Spéculum vaginal. (usage unique et inox).</li> <li>• Zone propre pour déposer les instruments stérilisés ou ayant été soumis à une désinfection de haut niveau.</li> <li>• Acide acétique dilué à 3%–5%.</li> <li>• Source de lumière (lampe de poche/lampe électrique).</li> <li>• tige pour écouvillons (faits à la main).</li> <li>• Gants (stériles ou propres).</li> <li>• Alèses en caoutchouc/ plastique.</li> <li>• Deux petits récipients contenant la solution d'acide acétique et de l'eau</li> <li>• Minuteur.</li> <li>• Abaisse langue</li> <li>• Paravent ou zone d'examen privée pour préserver l'intimité</li> <li>• Fiches d'identifications</li> <li>• Registre</li> <li>• Fiche de référence et contre référence</li> </ul>	<p><b>Alternatives</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Table d'examen équipée d'étriers.</li> </ul> <p><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétracteur métallique de parois vaginales ou préservatifs.</li> <li>• Lampe électrique de 100 watts ou lampe halogène.</li> <li>• Rideaux et linge.</li> <li>• Générateur électrique dans les régions où les coupures de courant sont fréquentes.</li> </ul>
<b>COLPOSCOPIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même équipement/fournitures que pour l'IVA et le contrôle de l'infection.</li> <li>• Colposcope.</li> <li>• Sérum physiologique.</li> <li>• Spéculum endocervical.</li> </ul>	<p><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régulateur de tension/protection contre les coupures de courant (dans les régions où la tension électrique est instable).</li> </ul>
<b>BIOPSIE CERVICALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et le contrôle de l'infection.</li> <li>• Pince à biopsie.</li> <li>• Formol.</li> <li>• Flaçon d'échantillonnage. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pince Longuette</li> <li>• Pince de pozzi</li> </ul> </li> <li>• Solution hémostatique.</li> </ul>	<p><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Longue pince à dissection (dentée ou non).</li> <li>• Deux haricots.</li> <li>• Plateau à instruments.</li> <li>• Chariot à instruments</li> </ul>

<p><b>CRYOTHERAPIE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même équipement/fournitures que pour l’IVA, la colposcopie et la lutte anti-infectieuse.</li> <li>• Approvisionnement en gaz réfrigérants (Cryogènes— CO2).</li> <li>• Pistolet/combiné cryogénique.</li> <li>• Manomètre.</li> <li>• Embouts de sonde (de forme conique allongée, 20 et/ou 25 mm de diamètre).</li> <li>• Housse plastique.</li> <li>• Bouchon en caoutchouc.</li> <li>• Tuyau flexible reliant le manomètre à l’unité de cryothérapie.</li> <li>• Chaîne (fixer la bouteille de gaz au mur pour plus de sécurité).</li> <li>• Bouteilles de gaz (en avoir une de réserve - • Capacité de de 25 kg.)</li>   <li>• Table d’examen gynécologique.</li> <li>• Tabouret d’examen</li> <li>• Compresses stériles (en cas de saignement).</li> </ul>	<p>Même équipement/fournitures que pour l’IVA, la colposcopie et la lutte anti-infectieuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotiques (selon leur disponibilité en fonction de la réglementation nationale).</li> </ul>
<p><b>RAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et la lutte anti-infectieuse.</li> <li>• Générateur électro chirurgical, câbles électriques, porte-électrode, autres accessoires.</li> <li>• Plaque de dispersion (électrode neutre) pour la patiente.</li> <li>• Electrodes de RAD (anses, électrodes à boule et à aiguille) pour l’excision et l’hémostase.</li> <li>• Aspirateur de fumée.</li> <li>• Embout plastique qui peut être fixé au tuyau d’aspiration.</li> <li>• spéculum vaginal et préservatif neuf dont le bout aura été préalablement coupé.</li> <li>• Solution d’anesthésique locale adrénalinée</li> <li>• Seringues : une aiguille stérile (18–20 gauge) et une aiguille (25–30 gauge).</li> <li>• Flacons d’échantillonnage</li> <li>• Plateau d’instruments.</li> <li>• Chariot ou plan de travail pour poser le plateau d’instruments.</li> <li>• formol</li> <li>• Solution de Monsel</li> <li>• porte-aiguille à longue manche</li> <li>• fil de suture résorbable n° 0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et la lutte anti-infectieuse.</li>   <li>• Bâtonnets de nitrate d’argent pour l’hémostase.</li> </ul>

<b>CONISATION</b>	<p>Cette technique étant pratiquée sous anesthésie générale ou locale, il faut disposer de tout le matériel nécessaire à l'anesthésie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 spéculum vaginal.</li> <li>• 2 rétracteurs vaginaux (à bout double ou simple).</li> </ul> <p>1 sonde utérine.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 dilateur utérin (1.5 ou 2.0 cm).</li> <li>• 1 pince à griffe (9») (pince vulsellum).</li> <li>• 1 lame de bistouri (cunéiforme/biseauté).</li> <li>• 1 paire de ciseaux droits (9»).</li> <li>• 1 paire de ciseaux courbes (9»).</li> <li>• 1 porte-aiguille (de préférence 8»).</li> <li>• 2 pinces d'Allis (7.5»).</li> <li>• 1 pince à dissection (7–8»).</li> <li>• 2 fils de suture de catgut chrome n1.</li> <li>• 2 demi-cercle.</li> <li>• Formol</li> <li>• Flacon d'échantillonnage pour la pièce</li> <li>• Solution pour nettoyer le vagin (polyvidone-iodée).</li> <li>• Compresses de gaze.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spéculum d'Auvard (poids postérieur détachable).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiguillée de catgut chrome pour suture avec aiguille demi-cercle CT 40 mm</li> <li>• Seringue à aiguille longue.</li> <li>• Agent vasoconstricteur tel que l'adrénaline diluée ou la vasopressine</li> </ul>
<b>CONSEIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochures d'information</li> <li>• Poster et dépliants</li> <li>• Vidéo</li> <li>• Planches illustrées pour l'entretien psychologique</li> <li>• Instruction pour le retour à la maison</li> <li>• Atlas</li> <li>• Flash card</li> </ul>	<p>Model anatomique de zoé</p>
<b>CONTRÔLE DES INFECTIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gants d'examen (stériles ou non).</li> <li>• Gants de nettoyage.</li> <li>• 2 seaux réutilisables pour les déchets médicaux jetables (1 pour les déchets contaminés et 1 pour les déchets non contaminés).</li> <li>• Seaux pourvus de couvercles (afin d'éviter les émanations de chlore).</li> </ul>	<p><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stérilisation (autoclave ou four à chaleur sèche mobiles).</li> <li>• Masque (ou écran facial) et lunettes de protection/de motocycliste.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eau de Javel pour l'étape initiale de décontamination (elle ne doit pas excéder 10 minutes afin d'éviter la détérioration des instruments).</li> <li>• Brosses pour l'étape de nettoyage mécanique.</li> <li>• Détergent pour l'étape de nettoyage mécanique.</li> <li>• Eau propre, évier ou cuvette</li> </ul> <p>Savon liquide,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcool éthylique ou isopropylique à 70° (par exemple pour essayer l'embout de la sonde cryogénique et la housse plastique).</li> <li>• Désinfection de haut niveau (solution de chlore à 0,5%,).</li> <li>• Coton, compresse, ou linge propre pour décontaminer la surface de la table d'examen à l'eau de javel dilué après chaque examen.</li> <li>• Containers d'enlèvement des déchets coupants.</li> <li>• Destruction des déchets solides et liquides—fosse à déchets.</li> <li>• Tablier de protection</li> <li>• Affiches exposant les techniques dans leurs grandes lignes (synoptique mural)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zone propre et containers pour les instruments stériles/désinfectés à haut niveau.</li> <li>• Destruction des déchets solides par incinération et traitement et évacuation des déchets liquides.</li> </ul>
<p><b>Equipement et fournitures pour la prise en charge des urgences</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiomètre.</li> <li>• Stéthoscope.</li> <li>• Sets de perfusion contenant des aiguilles de gros calibre (14 ou 16 gauge).</li> <li>• Solutions IV (sérum physiologique et dextrose 5% en solution aqueuse).</li> <li>• Seringues et aiguilles hypodermiques.</li> <li>• Appareil de réanimation manuelle (Ambu-bag).</li> <li>• Masque facial.</li> <li>• Dispositif d'aspiration (manuel) avec tuyaux et pièges pour les sécrétions.</li> <li>• Cathéter d'aspiration non flexible (taille 18).</li> <li>• Sondes orales (taille 90 mm et 100 mm).</li> <li>• Bouteille d'oxygène pleine.</li> <li>• Lampe électrique/lampe de poche.</li> </ul> <p><b>Médicaments</b></p>	<p><b>Complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appareil d'aspiration (électrique) avec tuyaux et pièges à sécrétions.</li> <li>• Cathéter d'aspiration flexible.</li> <li>• Sondes nasopharyngées (taille 28 et 30).</li> <li>• Lubrifiant pour intubation nasopharyngée.</li> <li>• sonde de Foley</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrénaline.</li> <li>• Aminophylline.</li> <li>• Atropine.</li> <li>• Diazépam.</li> <li>• Diphénhydramine.</li> <li>• Hydrocortisone.</li> <li>• Prométhazine</li> </ul>	
<b>Equipement et fourniture pour la vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Réfrigérateur médical</li> <li>•Glacières</li> <li>•Congélateurs</li> <li>•Accumulateurs</li> <li>•Thermomètres de contrôle</li> <li>•Stabilisateurs</li> <li>•onduleurs</li> <li>•Fiches de contrôle de température</li> <li>•Seringues autobloquantes 0,5ml</li> <li>•Coton hydrophile</li> <li>•Boite de sécurité</li> <li>•Registres et fiches de pointage</li> <li>•Plateaux en inox</li> <li>•Sacs poubelle</li> <li>•Savons</li> <li>•stylos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Groupes électrogènes</li> <li>•Réfrigérateurs et congélateurs à énergie solaire</li> </ul>

## Chapitre VI : SUIVI ET EVALUATION

### 6.1 Intérêt

Cette section fournit des lignes directrices pour les prestataires de soins de santé, les planificateurs de programmes et les superviseurs pour améliorer les activités de suivi et d'évaluation dans le contexte de la gestion axée sur les résultats. Le suivi -évaluation permet à l'équipe de gestion de:

- Déterminer dans quelle mesure le programme atteint les objectifs fixés, les cibles et apporte des actions correctrices.
- Prendre des décisions éclairées quant à la gestion des programmes et la prestation des services.
- Assurer l'utilisation la plus efficace et efficiente des ressources.
- Évaluer dans quelle mesure le PNLCa dans la prévention du cancer du col de l'utérus atteint les résultats escomptés et l'impact du plan stratégique national.

Un système d'information sanitaire efficace est un outil essentiel pour le suivi des clients, de la performance de la politique de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Le système de suivi- évaluation sera guidée par:

- des indicateurs valables et mesurables.
- des outils standards de collecte de données et des méthodologies.
- des procédures claires pour remplir les formulaires, et
- des lignes directrices claires et des protocoles pour la gestion des données, y compris des contrôles de validité et de cohérence.

Le PNLCa aura des outils de collecte de données validés avec l'appui de la DIPE.

Le SNIS devrait répondre au besoin d'information de la pratique de prévention du cancer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (établissements de différents niveaux) et centraliser les informations au niveau de la DIPE. La clé de son efficacité est la collecte systématique des données essentielles et la génération de rapports de suivi réguliers.

L'informatisation est le moyen le plus efficace pour suivre et évaluer les programmes. En raison de ressources limitées, ce programme devrait s'appuyer d'abord sur les supports papiers, ensuite étendre progressivement sa capacité de traitement des données à l'aide d'ordinateurs.

## **6.2 Système National d'Information Sanitaire (SNIS)**

### **6.2.1 Niveau établissement**

La collecte des données sur le cancer du col de l'utérus se fera conformément au circuit de l'information sanitaire existant :

- elle repose en grande partie sur les fiches de collecte et les registres .
- elle est faite sur le site d'activité de façon complète et quotidienne.

Les données recueillies seront utilisées pour élaborer les rapports mensuels sur la base des indicateurs définis.

La structure sanitaire concernée sera responsable du traitement, de la validation et de la compilation des données sur une base mensuelle. Ces activités seront exécutées par l'équipe formée : médecin, sage femme, infirmier.

Les rapports mensuels d'activités des établissements sanitaires doivent être acheminés au district au plus tard le 05 du mois suivant

### **6.2.2 Niveau district.**

Le CSE réceptionne les rapports mensuels des établissements sanitaires de son aire géographique. Le rapport est renvoyé à la structure en cas de constat d'incohérence dans la rédaction.

Les données recueillies sont compilées, analysées et transmises au niveau régional au plus tard le 10 du même mois par le CSE.

### **6.2.3 Niveau régional**

Le CSE régional compile, analyse les données reçues des districts. Il les transmet à son tour au niveau central (DIPE, PNLCa) au plus tard le 15 du même mois.

### **6.2.4 Niveau central**

#### **PNLCa :**

- Analyse et traitement des données
- Retro information
- Diffusion de l'information à la hiérarchie
- Transmission de l'information au registre du cancer

#### **DIPE**

- Compilation
- Analyse
- RASS
- Diffusion
- Transmission d'informations au Cabinet, aux partenaires

## **6.3 Outils de collecte et gestion des données**

### **6.3.1 Outils de collecte**

Les principaux outils de gestion pour la prévention du cancer du col de l'utérus sont les suivants:

- le registre client
- les fiches clientes
- la carte individuelle de suivi de la cliente
- la fiche de rapport mensuel
- la fiche d'aperçu des résultats
- le formulaire de référence et contre référence (RAD, ANAT PATHOL, CRYO)
- le registre de référence

### **6.3.2 Gestion des données:**

#### ***6.3.2.1 Niveau structure***

Les prestataires de soins seront responsables de :

- attribuer un numéro de client
- renseigner la carte de suivi du client,
- renseigner le registre client
- renseigner la fiche de rapport mensuel
- renseigner les registres de référence

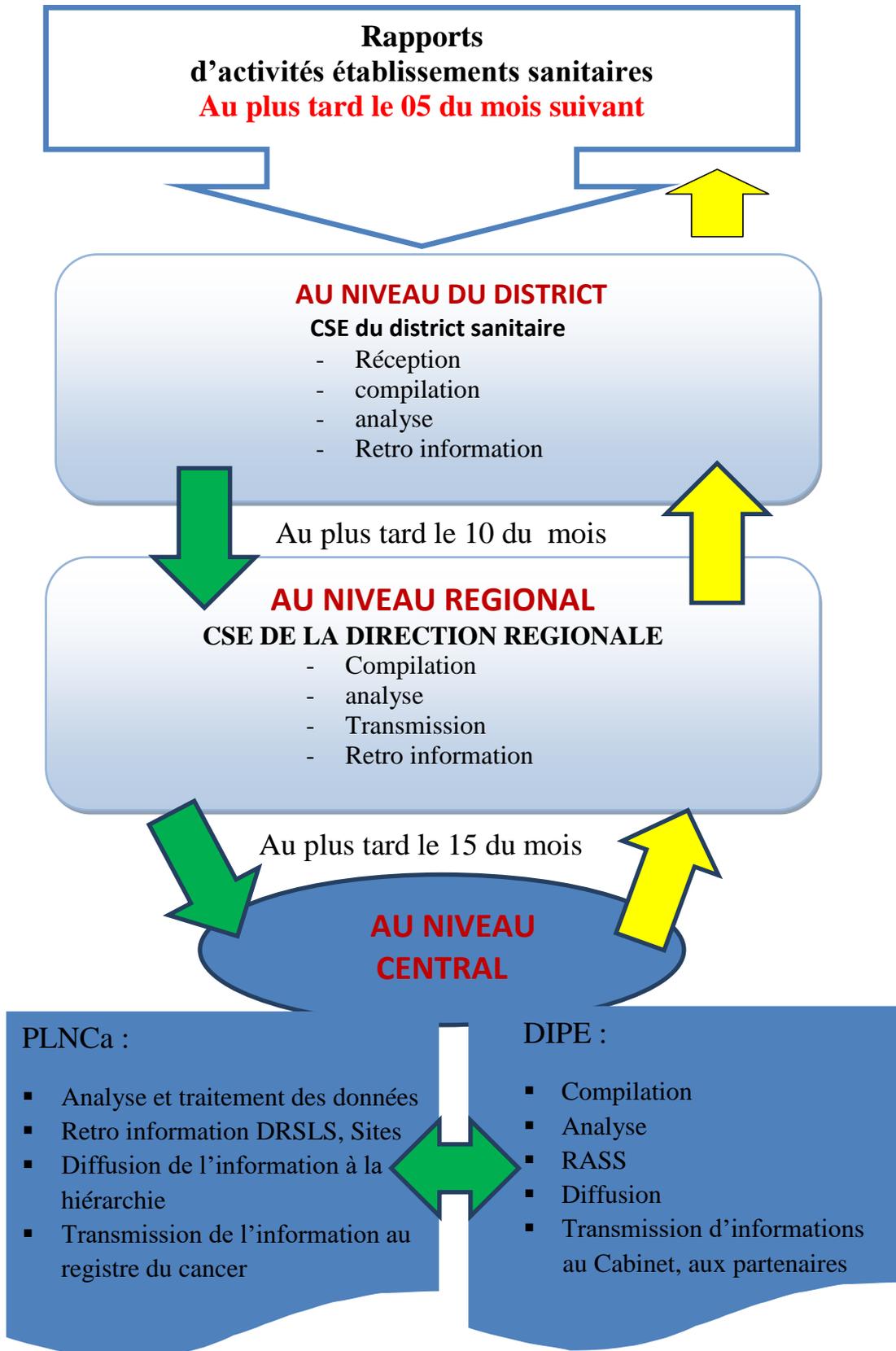
### ***6.3.2.2 Niveau district et niveau régional:***

Les services de suivi-évaluation seront responsables de la gestion des données. Ils devraient collecter les données à partir d'une fiche de rapport mensuel dans le district et les transmettre mensuellement au niveau régional.

La direction régionale transmet les données dans les mêmes conditions que le district.

## 6.4- Circuit des données

Figure 6.1: Circuit de collecte et rapportage des données sur le cancer du col de l'utérus



## 6.5- Indicateurs du programme

Pour le suivi des activités de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus le PNLCa a défini des indicateurs dont cinq (05) clés incorporés dans le dictionnaire national des indicateurs. Il s'agit de:

- Nombre de clientes dépistées à l'IVA
- Nombre de clientes avec un résultat positif à l'IVA
- Nombre de femmes référées pour lésions larges ou suspicion de cancer
- Nombre de femmes IVA positif ayant reçues un traitement de cryothérapie ou de RAD (*Cf. fiche signalétique des indicateurs clés*)
- Nombre de femmes ayant reçues un traitement de cryothérapie ou de RAD revenues pour une complication post traitement

Tous les autres indicateurs permettant de suivre les activités de prévention du cancer du col de l'utérus sont consignés dans le tableau ci – dessous (tableau 6.1).

**Tableau 6.1 - PLAN DE COLLECTE DES AUTRES INDICATEURS**

INDICATEURS	DEFINITION	MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	SOURCES DE DONNEES	NIVEAU DE CALCUL	FREQUENCE	RESPONSABLE	DIMENSION
<b>Nombre de nouvelles clientes dépistées à l'IVA</b>	Nombre de nouveau cas (femmes) de 25-55ans dépistées (négatives et positives) à l'IVA	N/A	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires  DD/ DR  PNLCa	Journalière  Mensuelle  Mensuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE  Respo. S/E	PRODUCTION
<b>Pourcentage de nouvelles clientes dépistées à l'IVA</b>	Nombre de nouvelles femmes dépistées (négatives et positives) à l'IVA sur la population attendue (femmes de 25-55ans)	N : Nombre de nouvelles femmes de 25-55 ans dépistées à l'IVA  D : nombre de femmes âgées de 25-55 ans.	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires (ESPC, HG, CHR, CHU) DD/ DR  PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE  Respo. S/E	PRODUCTION
<b>Nombre total de nouvelles clientes dépistées positive à l'IVA</b>	nombre de nouvelles femmes de 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	N/A	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires (ESPC, HG, CHR, CHU) DD/ DR  PNLCa	Journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))	PRODUCTION

						CSE Responsable S/E	
<b>Pourcentage de nouvelles clientes dépistées positive à l'IVA</b>	Nombre de nouvelles femmes dépistées positives à l'IVA sur le nombre de femmes dépistées (négative + positive) à l'IVA	N : nombre de nouvelles femmes de 25-55 ans dépistées positives à l'IVA  D : nombre de femmes dépistées (négative + positive) à l'IVA	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires (ESPC, HG, CHR, CHU) DD/ DR  PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Respo. S/E	PRODUCTION
<b>Nombre de nouvelles clientes ayant une lésion suspecte de cancer.</b>	Nombre de nouvelles femmes de 25-55 ans ayant des lésions suspectes de cancer du col de l'utérus	N/A	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires (ESPC, HG, CHR, CHU) DD/ DR	Journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Responsable. S/E	PRODUCTION

				PNLc			
<b>Pourcentage de nouvelles clientes ayant une lésion suspecte de cancer.</b>	Nombre de nouvelles femmes de 25-55 ans ayant des lésions suspectes de cancer du col de l'utérus sur le nombre de femmes dépistées à l'IVA	N : nombre de femmes ayant des lésions suspectes de cancer du col de l'utérus  D : nombre de femmes dépistées à l'IVA	Registre  Rapport mensuel	Etablissements sanitaires (ESPC, HG, CHR, CHU) DD/ DR  PNLc	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE  Responsable S/E	PRODUCTION
<b>Nombre de clientes IVA positive et traitées à la cryothérapie.</b>	Nombre de femmes ayant les lésions précancéreuses traitées à la cryothérapie	N/A	Registre  Rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLc	journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Responsable. S/E	PRODUCTION

<b>Pourcentage de clientes IVA positive et traitées à la cryothérapie.</b>	Nombre de femmes ayant les lésions précancéreuses traitées à la cryothérapie sur Nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	N : Nombre de femmes 25-55ans traitées à la cryothérapie  D : Nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	Registre  Rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE  Responsable S/E	PRODUCTION  EFFICACITE
<b>Nombre de clientes IVA positive et traitées à la RAD</b>	Nombre de femmes cible à l'IVA positive traitées à la RAD	N/A	Registre  Rapport mensuel	HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Responsable S/E	PRODUCTION  EFFICACITE
<b>Pourcentage de clientes IVA positive et traitées à la RAD</b>	Nombre de femmes cible à l'IVA positive traitées à la RAD sur le nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	N : nombre de femmes cible à l'IVA positive traitées à la RAD D : Nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	Registre  Rapport mensuel	HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF)) CSE Responsable S/E	PRODUCTION  EFFICACITE

<b>Nombre de clientes référées pour lésions larges</b>	Nombre de femmes de 25-55 ans référées pour lésions précancéreuses larges	N/A	Registre  Rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF)) CSE Responsable S/E	PRODUCTION
<b>Pourcentage de clientes référées pour lésions larges</b>	Nombre de femmes de 25-55 ans référées pour lésions précancéreuses larges sur le nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	N : nombre de femmes de 25-55 ans référées pour lésions précancéreuses larges  D : Nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	Registre client  Registre/ fiche de référence  Rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Responsable S/E	PRODUCTION
<b>Nombre de clientes référées pour suspicion de cancer</b>	Nombre de femmes de 25-55 référées pour lésions suspectes de cancer du col de l'utérus	N/A	Registre client  Registre/ fiche de référence  Rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Journalière Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF))  CSE Responsable S/E	PRODUCTION

<b>Pourcentage de clientes référées pour suspicion de cancer</b>	Nombre de femmes de 25-55 référées pour lésions suspectes de cancer du col de l'utérus sur le nombre de femmes dépistées positives à l'IVA	N : Nombre de femmes de 25-55 référées pour suspicion de cancer D : Nombre de femmes 25-55 ans dépistées positives à l'IVA	Registre client Registre/ fiche de référence Fiche rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	l'équipe de dépistage formé : médecin, Major (Infirmier, sage femme (SF)) CSE Responsable S/E	PRODUCTION
<b>Nombre de filles complètement vaccinées</b>	Nombre de filles cible (9-13 ans) ayant reçues les 03 doses de vaccins contre le HPV dans un délai de 6 mois	N/A	Registre de vaccination  rapport DC-PEV  Fiche rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	Équipe de vaccination CSE  Responsable S/E Coordonnateur PEV (district)	COUVERTURE  QUALITE  PRODUCTION
<b>Pourcentage de filles complètement vaccinées (ayant reçues les 03 doses de vaccins contre le HPV)</b>	Nombre de filles cible (9-13 ans) ayant reçues les 03 doses de vaccins contre le HPV dans un délai de 6 mois Sur le nombre de filles de 9-13 ans	N : Nombre de filles complètement immunisées  D : nombre de filles de 9-13 ans	Registre de vaccination  rapport DC-PEV  Fiche rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	Équipe de vaccination  CSE  Responsable S/E  Coordonnateur PEV (district)	COUVERTURE  QUALITE PRODUCTION

<b>Nombre de filles partiellement vaccinées contre le HPV</b>	Nombre de fille ayant reçu 1 ou 2 doses de vaccin à l'HPV	N/A	Registre de vaccination  rapport DC-PEV  Fiche rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	Équipe de vaccination  CSE  Responsable S/E  Coordonnateur PEV (district)	COUVERTURE  QUALITE PRODUCTION
<b>Pourcentage de filles partiellement vaccinées contre le HPV</b>	Nombre de fille ayant reçu 1 ou 2 doses de vaccin à l'HPV sur le nombre de filles de 9-13 ans	N : Nombre de filles partiellement vaccinées contre le HPV  D : nombre de filles de 9-13 ans	Registre de vaccination  rapport DC-PEV  Fiche rapport mensuel	ESPC HG, CHR, CHU DD/DR PNLCa	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle	Équipe de vaccination  CSE  Responsable S/E Coordonnateur PEV (district)	COUVERTURE  QUALITE PRODUCTION
<b>Taux de remplissage correct des supports de collecte par les prestataires</b>	Nombre de supports de collecte correctement renseignés par les prestataires sur le nombre total de femmes ayant bénéficié de test IVA.	N : Nombre de supports de collecte correctement renseignés par les prestataires  D : le nombre total de femmes ayant bénéficié de test IVA.	Observation : enquête, supervision	Etablissements sanitaires	Périodique	PNLCa	QUALITE

<b>Nombre structures offrant le service de dépistage à l'IVA</b>	Nombre de structure qui offre effectivement le dépistage à l'IVA	N/A	Fiche de rapport  Observation : enquête, supervision	Etablissements sanitaires	Périodique	PNLCa	IMPLANTATION
--	--	-----	--	---------------------------	------------	-------	--------------

## **6.6- Identification de la cliente : carte de suivi**

Les structures seront suffisamment approvisionnées en cartes de suivi client

Le personnel de l'établissement qui est chargé d'enregistrer les clientes doit attribuer un numéro d'identification, qui comprend :

- un code de la structure
- un numéro de série de la cliente

Chaque cliente est détentrice de sa carte et devra la présenter à chaque visite et dans tous les établissements afin de faciliter son suivi.

## **6.7- Responsabilités de l'équipe de gestion**

### **6.7.1 Niveau Central**

La gestion au niveau central est assurée par la direction de coordination du PNLCa.

Les tâches spécifiques de l'équipe de gestion sont:

- Évaluer les progrès du programme vers l'atteinte des objectifs, à l'aide d'indicateurs clairement définis et mesurables.
- S'assurer que l'information est bien recueillie, compilée et analysée.
- Impliquer le personnel dans le processus d'amélioration de la qualité.
- Garantir que les données sont de bonne qualité et utilisées à tous les niveaux de la pyramide pour la prise de décision.

### **6.7.2 Niveau Régional**

La gestion au niveau régional est assurée par l'équipe cadre de la région. Elle a la charge de :

- Coordonner les activités de prévention du cancer du col de l'utérus des districts sanitaires de son aire géographique
- Assurer la mobilisation sociale au niveau régional.

### **6.7.3 Niveau district**

La gestion est assurée par l'équipe cadre du district (ECD). Elle est chargée de :

- S'assurer de l'intégration des activités de prévention du cancer du col de l'utérus dans le PMA
- coordonner la formation des prestataires de services.
- superviser les services de prévention.
- Assurer l'approvisionnement des matériels et intrants nécessaires.
- Gérer les ressources humaines.
- Faciliter les activités communautaires
- Collaborer avec les partenaires

### **6.7.4 Niveau établissement sanitaire et communautaire**

Les responsables des établissements sanitaires sont chargés de :

- appuyer les COGES dans les activités de sensibilisation du cancer du col de l'utérus.

- sensibiliser la communauté sur la prévention du cancer du col de l'utérus.
- estimer les besoins en intrants.
- collecter et analyser les données, préparer et transmettre les rapports.
- Dépister et traiter les cas
- Assurer la référence et contre référence selon les normes.
- coordonner les activités de prévention du cancer du col des agents de santé communautaires (ASC)
- faciliter les activités de plaidoyer à base communautaire sur la prévention du cancer du col de l'utérus

## **6.8 - Supervision**

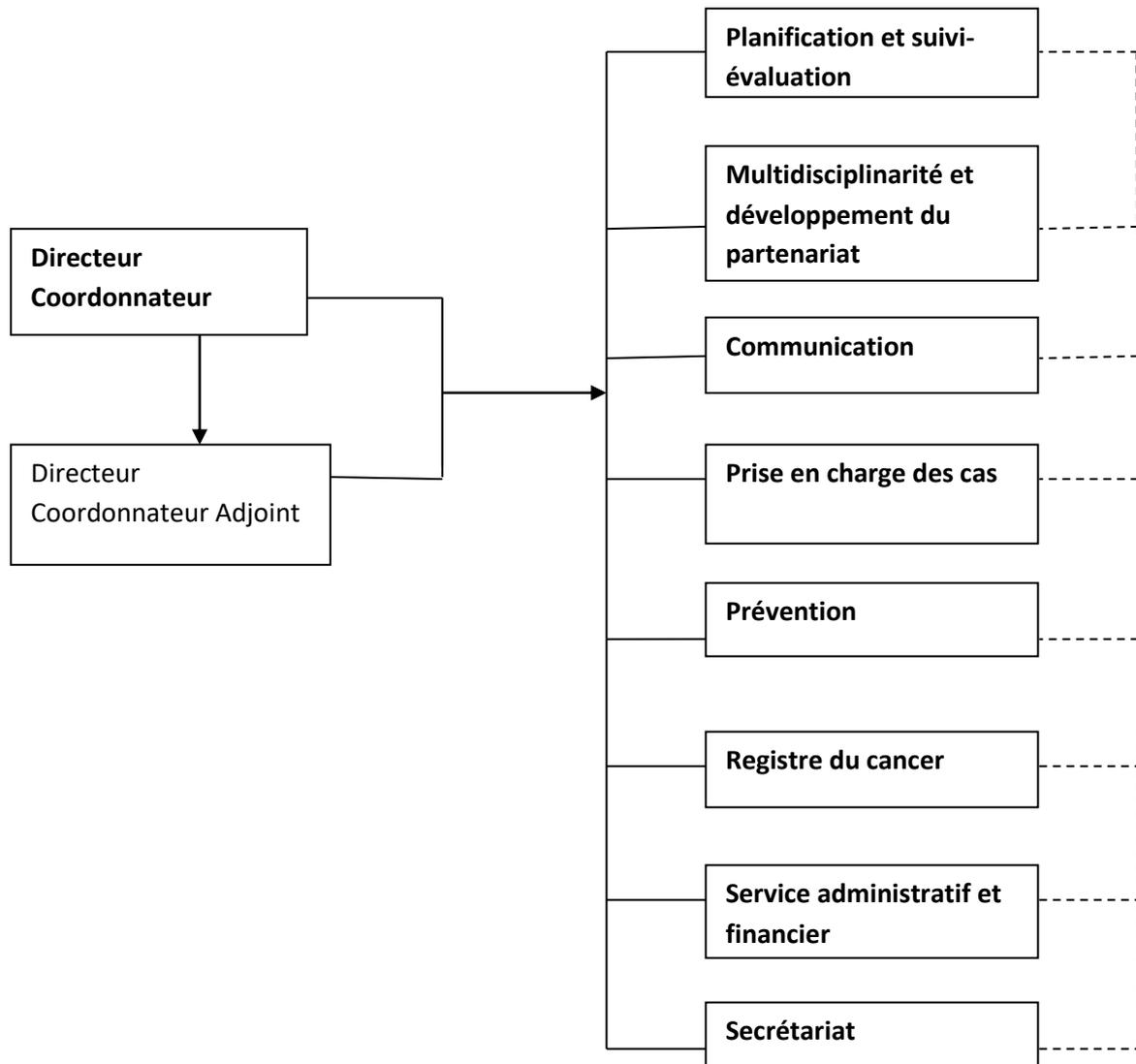
La supervision est un processus continu de suivi qui a pour but de guider, aider, former et encourager les prestataires de soins et services afin d'améliorer leur performance et la qualité des prestations.

Elle respectera les directives existantes :

- du niveau central vers le niveau régional : 2 fois par an
- du niveau régional vers le district : 2 fois par an
- du niveau du district vers les établissements : 4 fois par an.

## 6-9 ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

### ORGANIGRAMME DU PROGRAMME



## **Chapitre VII : FORMATION ET COMPETENCES**

Dans le souci d'élaborer un programme efficace de dépistage et de traitement de haute qualité, il importe de renforcer les capacités au plan national par la formation des prestataires de soins de santé.

Le système de formation doit comprendre un réseau d'institution qui travaille ensemble de manière coordonnée afin de disposer de formateurs qualifiés et de prestataires de soins compétents.

Ce système a pour objectif, de fournir un pool de formateurs permanents et compétents ainsi que des prestataires formés pour la parfaite exécution des normes et directives.

Pour renforcer les capacités des prestataires à la prévention du cancer du col de l'utérus, le MSLS recommande que la formation soit à la fois initiale et continue.

### **7.1 But de la formation clinique**

La formation clinique a pour but d'apprendre aux professionnels de la santé à fournir aux clients, par l'amélioration de leur performance de travail, des services de santé de la reproduction sûrs et de qualité.

Elle consiste principalement à acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour accomplir une procédure ou une activité spécifique, tel que réaliser l'IVA/cryothérapie ou donner un counseling. C'est la formation selon l'hypothèse que les compétences théoriques et

pratiques sont en train d'être apprises et seront mises immédiatement en application.

## **7.2 Principaux éléments de la formation clinique efficace**

Une approche à la formation clinique efficace est conçue et réalisée selon les principes de l'apprentissage des adultes. L'apprentissage a un caractère participatif, pertinent et pratique qui :

- insiste sur le principe de donner le modèle du comportement ;
- est axé sur la compétence ;
- utilise des techniques de formation humaniste.

L'apprentissage d'un geste ou d'une compétence est réalisé en trois étapes (voir Figure 7.1).

Lors de la première étape, **l'acquisition de la compétence**, le participant voit les autres personnes réaliser la procédure et acquiert une image mentale des étapes demandées. Une fois que l'image mentale est acquise, le participant essaye de réaliser la procédure, généralement sous supervision. Ensuite, le participant s'exerce jusqu'à ce que **la maîtrise de la compétence** soit atteinte. Et enfin, qu'il se sente en confiance pour réaliser seul la procédure. L'étape finale : **maîtrise parfaite de la compétence** n'arrive qu'avec une pratique répétée dans le temps.

### **Figure 7.1 : Niveaux de performance**

*Acquisition de la compétence* : Connait les étapes et leur séquence (le cas échéant) pour pratiquer la compétence ou l'activité demandée; mais a besoin d'aide.

*Maîtrise de la compétence* : Connait les étapes et leur séquence (le cas échéant) et **peut pratiquer seule** la compétence ou l'activité de mandée.

*Maîtrise parfaite de la compétence* : Connait les étapes et leur séquence (le cas échéant) et la **pratique efficacement** la compétence ou l'activité demandée.

### **7.3 Formation des prestataires de soins de santé**

Le tableau 7.3 ci-dessous résume les principaux critères de sélection des prestataires de soins pour les activités de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus.

**Tableau 7.3 : Principaux critères de sélection des prestataires de soins**

Actions	Prestataires de soins	Responsable du choix
IVA /Cryothérapie	IDE, SFDE, Médecins généralistes Gynécologues, chirurgiens	Administration locale
RAD	Gynécologues Chirurgiens	- Administration locale - Chef de services
Biopsie	Gynécologues Chirurgiens	
Colposcopie	Gynécologues	
Histopathologie	Anatomopathologistes	
Chirurgie	Gynécologues Chirurgien- Oncologues	
Radiothérapie	Non applicable	Non applicable
Chimiothérapie	-Oncologues -Pharmaciens	- Administration locale - Chefs de services
Soins Palliatifs	- Personnel de santé - Communauté	Administration locale
Supervision	- Directeurs des établissements de de santé - Superviseurs locaux de Districts - Gestionnaires de données	- MSLS - PNLCa - Administration locale
Monitoring	- Prestataires des soins de santé	- MSLS - PNLCa - Administration locale
Evaluation	- Responsables de programmes	- MSLS - PNLCa - Administration locale
Communication pour le Changement de Comportement	- Prestataires des soins de santé - Communautaires	- Directions régionales - Districts Sanitaires - Centres de santé

La formation doit être effectuée à l'aide du kit national de formation pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Ce kit est composé de deux guides :

- prévention du cancer du col de l'utérus en CI par l'IVA/Cryothérapie: guide de formation des prestataires de soins ;

- prévention du cancer du col de l'utérus en CI par l'IVA/Cryothérapie : guide du formateur.

Elle se déroule en six (6) jours, avec pour objectif d'aider les prestataires de soins de santé à acquérir les connaissances, les compétences techniques et aptitudes adéquates pour l'offre des services d'IVA/Cryothérapie de qualité.

Cette formation comprend les sept (7) modules suivants :

- introduction sur l'ampleur du cancer du col de l'utérus et sa relation avec l'infection du VIH/Sida;
- virus du Papillome Humain et Cancer du col de l'utérus ;
- physiopathologie du cancer du col de l'utérus ;
- parler du cancer du col avec les clientes ;
- prévention des infections par les prestataires de soins ;
- bilan de la cliente ;
- traitement et suivi.

La formation est axée sur la compétence, avec un volet théorique et un volet pratique. Elle doit par conséquent se faire sur un site clinique.

Après la formation, des visites mensuelles ou trimestrielles de supervision formative doivent être entreprises pour assurer une parfaite exécution des normes et directives établies.

Pour faciliter le passage à échelle de cette formation, le MSLS recommande d'intégrer les 7 modules de formation dans le curricula de formation des écoles de base des prestataires de santé (INFAS, UFR des Sciences Médicales, Pharmaceutiques et Biologiques).

## **7.4 Qualification des compétences**

L'acquisition de la compétence à la pratique de l'IVA/Cryothérapie et de la RAD doit être effective pour les participants qu'après avoir validé les 7 modules de la formation.

Est qualifié, le prestataire de soins qui a suivi la formation, validé les modules et capable de pratiquer le dépistage à l'IVA/Cryothérapie sur son site sans surveillance. Ceci est sanctionné par la délivrance d'un certificat de participation et de qualification, qui confirme que l'apprenant a satisfait aux exigences de la formation en matière de connaissance, de compétence et de pratique.

## **7.5 Supervision**

La supervision est une phase de suivi, évaluation et amélioration des pratiques du prestataire qui débute immédiatement après la formation. Ainsi, cette phase s'assure que les compétences sont bien appliquées sur le terrain .

## **7.6 Formation des formateurs**

La formation des formateurs doit être assurée afin de créer un pool de formateurs provenant des différentes régions et départements.

### **7.6.1 Les critères de sélection des nouveaux formateurs**

- être un prestataire qualifié ;
- être sur un site de dépistage du cancer du col de l'utérus ;

- avoir manifesté son intérêt pour la formation en compétence clinique ;
- être disponible ;
- avoir une bonne maîtrise du processus de communication ;
- avoir un sens de l'organisation ;
- avoir la caution de l'administration locale.

### **7.6.2 Déroulement de la formation des formateurs**

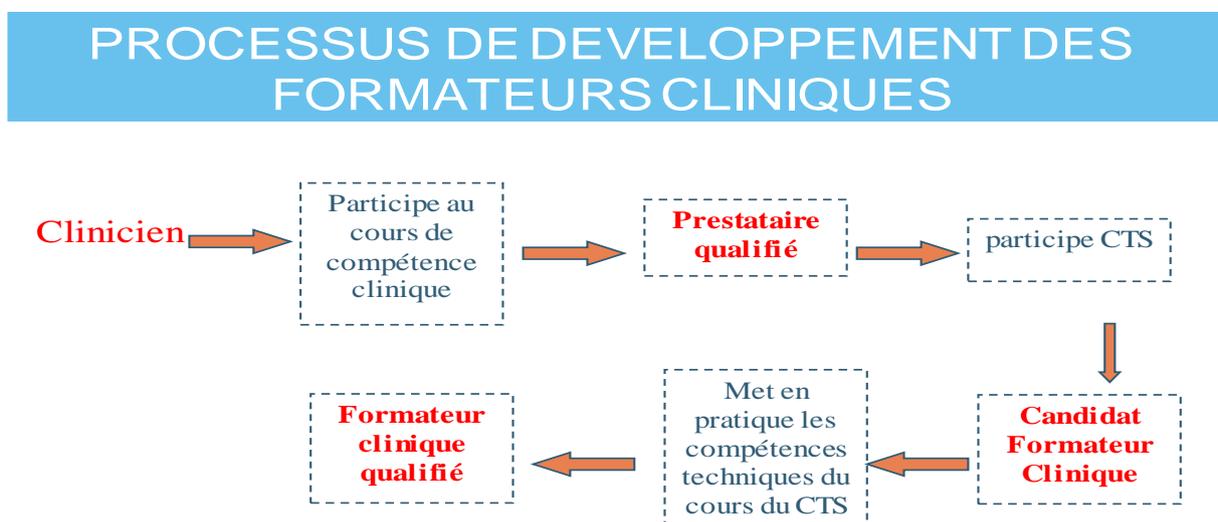
La formation des formateurs est une formation en compétence clinique et dépistage-traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Cette formation se déroule en deux semaines. Au cours de la première semaine, il participe à la formation en compétence clinique afin d'acquérir des aptitudes pédagogiques. A la deuxième semaine, il doit être capable de conduire une formation des prestataires de santé pour le dépistage par l'IVA et traitement par cryothérapie des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Ainsi à la fin des deux semaines, les nouveaux formateurs devraient être capable de:

- décrire une approche “apprendre pour maîtriser” qui tienne compte des principes de l'apprentissage des adultes et s'appuie sur la formation axée sur la compétence ;
- planifier un stage de formation clinique ;
- créer un climat d'apprentissage positif ;
- utiliser des supports audiovisuels ;
- faire des présentations interactives ;
- utiliser des instruments d'évaluation axée sur la compétence ;
- développer les compétences cliniques.

- gérer la pratique clinique ;
- mener un stage de formation clinique ;
- décrire les généralités sur l'infection à VIH/Sida et le cancer du col ;
- décrire la relation entre HPV et le Cancer du col ;
- expliquer la physiopathologie du cancer du col ;
- parler du cancer du col avec des patientes ;
- décrire les mesures de prévention des infections chez le prestataire de soins de santé ;
- expliquer à la cliente son bilan et le test de l'IVA ;
- parler du traitement et du suivi en cas d'IVA positif.

**Figure 7.2 : Processus de développement des formateurs cliniques**



## **7.7 Coordination des activités de formation**

Il est essentiel que les diverses activités de formation de lutte contre le cancer qui se déroulent dans le pays soient coordonnées et normalisées afin d'assurer une formation cohérente et de qualité. La coordination de ces activités de formation se fera par le MSLS à travers le PNLCa en collaboration avec les autres structures et programmes concernés (DFR, DIPE, PNPEC, PNSR/PF, etc.).

Pour cela, le PNLCa doit :

- élaborer des critères pour la formation à grande échelle ;
- recenser les besoins en formation ;
- recueillir auprès de la DFR les offres de formation ;
- diffuser toutes ces offres de formation ;
- établir les priorités ;
- planifier les activités de formation selon les priorités établies ;
- mettre en place un mécanisme ou méthode d'exécution approprié de ce plan ;
- superviser les stagiaires ou prestataires en formation
- évaluer l'impact de la formation sur le terrain.

## RÉFÉRENCES

1. Guyane Politique nationale sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Révisé et mis à jour Octobre 2009.
2. Sankaranarayanan R, Sellors J, Lauterbach M. (2005). Formation pour les programmes de prévention du cancer du col de milieux aux ressources limitées: Focus sur l'inspection visuelle avec l'acide acétique et cryothérapie. *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique* 89, S30-S37.
3. MOHSW 2008. Programme de formation de base.
4. ACCP 2004. Planification et Impelemnting prévention du cancer du col et de contrôle
5. Programmes, un manuel pour les gestionnaires.

## ANNEXES

### **ANNEXE 1. Messages clés d'éducation sanitaire**

Ce qui suit sont les messages clés fondés sur des preuves qui peuvent être utilisés pour promouvoir la prévention du cancer du col de l'utérus.

➤ **Pour être efficace dans la prévention du cancer col de l'utérus, le prestataire de santé et l'éducateur de la santé devraient:**

- avoir des connaissances exactes et à jour sur le cancer du col de l'utérus.
- avoir de bonnes aptitudes en communication.
- fournir des messages cohérents sur le cancer du col de l'utérus, adaptés au contexte éducatif et culturel de l'auditoire.
- être à l'aise et sans porter de jugement quand on parle de sexualité et de comportement qui accroît le risque d'infection par le VPH.
- être à l'aise en expliquant comment utiliser les préservatifs masculins et féminins.
- délivrer des messages en concordance avec les directives et politiques nationales, adaptés à la situation locale.

➤ **Principaux messages de prévention du cancer du col de l'utérus pour les adolescents, les femmes et les hommes:**

- le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes à travers le monde, et la première cause de décès par cancer chez les femmes en Côte d'Ivoire.
- le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès par cancer chez les femmes à partir de 40 ans dans les pays en voie de développement.

- le cancer du col de l'utérus est évitable.
- un mode de vie sain, le dépistage des femmes de 25 ans et plus, et la vaccination des jeunes filles sont des mesures importantes de prévention.
- le cancer du col est causé par une infection par le VPH, une IST très répandue. Cette infection est fréquente chez les jeunes hommes et les femmes.
- il a été démontré que le VPH est la cause de plus de 99% des cas de cancer du col de l'utérus et est responsable d'autres cancers et maladies.
- la plupart des infections au VPH ne présentent aucun signe ou symptôme. La plupart des personnes infectées ne savent pas qu'elles sont infectées, et pourtant, elles peuvent transmettre le virus à un partenaire sexuel.
- l'utilisation du préservatif offre une protection partielle contre le VPH et peut diminuer le risque de développer des maladies liées au VPH, comme les verrues génitales et le cancer du col de l'utérus.
- le vaccin contre le VPH offre une protection contre les deux types de VPH qui causent la majorité des cancers du col de l'utérus à travers le monde. Si le vaccin est administré aux filles avant l'activité sexuelle, il permet d'éviter jusqu'à 70% des cas de cancer du col de l'utérus dans ce groupe.
- toutes les infections au VPH ne causent pas le cancer.
- un nombre peu élevé d'infections au VPH, va persister et conduire à des lésions précancéreuses qui, si elles n'étaient pas diagnostiquées et traitées tôt, pourraient évoluer vers un cancer.

- il prend habituellement 10-15 ans pour que les lésions précancéreuses dégénèrent en cancer.
- le dépistage permet de détecter des lésions précancéreuses. La plupart des anomalies les plus fréquentes trouvées au cours du dépistage peut être traitée.
- la détection précoce et le traitement immédiat peuvent sauver des vies.
- les femmes âgées de 25 ans et plus sont plus susceptibles que les jeunes femmes d'avoir des lésions cervicales précancéreuses. Les femmes devraient subir un dépistage tous les trois ans à partir de 25 ans. Toutes les femmes devraient bénéficier d'un dépistage au moins une fois dans leur vie après 25 ans.
- les femmes séropositives devraient être examinées chaque année.
- le dépistage à l'aide d'IVA est relativement simple, rapide et indolore.
- -une lésion précancéreuse peut être facilement traitée, et un séjour à l'hôpital n'est habituellement pas requis.
- si le cancer est détecté et traité tôt, il peut être guéri.
- les femmes ont besoin de consulter un médecin sans délai si elles ont des pertes anormales, des saignements vaginaux, des saignements après les rapports sexuels ou après la ménopause. Ces symptômes peuvent être des signes de cancer du col de l'utérus
- les femmes ont le droit de prendre leurs propres décisions concernant leur santé (impliquant leur partenaire ou leur famille si elles le souhaitent).
- les femmes ne devraient pas avoir honte, ni avoir des sentiments de culpabilité ou se sentir «sales» ni être blâmées si elles étaient

diagnostiquées porteuses du VPH. Elles ne doivent pas chercher d'où et de qui l'infection est venue.

- le dépistage et le suivi sont fortement recommandés.

➤ **Les messages sur le comportement personnel :**

- l'âge au premier rapports sexuel: les personnes qui se livrent à des activités sexuelles précoces sont plus susceptibles d'être infectées par le HPV. Les jeunes femmes sont plus susceptibles d'être infectés par un seul acte sexuel.
- Le nombre de partenaires sexuels: Plus on a des partenaires, plus les chances d'être infectés par les IST (y compris le HPV et le VIH) sont accrues, ce qui accroît le risque de survenu du cancer du col de l'utérus.
- Éviter les partenaires qui ont des partenaires multiples: les femmes dont les partenaires ont ou ont eu des partenaires multiples ont un taux plus élevé de cancer du col de l'utérus.
- Utiliser des préservatifs: Il a été démontré que les préservatifs protègent contre les IST et peut réduire le risque de cancer du col de l'utérus.
- Évitez de fumer: les femmes qui fument ont un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus.
- Eviter l'utilisation des produits immunosuppresseurs : les femmes qui utilisent abusivement des corticoïdes ont un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus.
- Consulter immédiatement si vous avez des symptômes d'une IST ou soupçonnez avoir été exposé à une IST. Certaines IST peuvent faciliter le développement du cancer du col. Un traitement rapide des infections sexuellement transmissibles peut protéger contre le VPH et le cancer du col de l'utérus.

- -Après 25 ans, toutes les femmes qui ont eu des rapports sexuels doivent bénéficier pour un dépistage. Le dépistage peut détecter précocement les lésions précancéreuses qui peuvent être traitées avant qu'elles n'évoluent vers un cancer.
- Les femmes qui sont infectées par le VIH ont un risque plus élevé de développer des lésions précancéreuses par rapport aux femmes séronégatives. Le dépistage dans ce groupe est recommandé à n'importe quel âge (tant que la cliente a été sexuellement active) et sur une base annuelle.
- un message spécial pour les hommes: encourager les hommes à réduire le nombre de partenaires sexuels et si possible de se faire circoncire, car cela réduit le risque de cancer du col de leurs partenaires sexuelles féminines.

➤ **Messages clés pour un programme de vaccination contre le VPH (en plus des messages clés ci-dessus):**

- Expliquer Comment la vaccination contre le HPV peut réduire le risque de cancer du col de l'utérus
- Décrire les avantages et les limites du vaccin
- Expliquer Pourquoi le vaccin contre le HPV est offert à un groupe cible spécifique
- Décrire l'innocuité et effets secondaires du vaccin
- Préciser le Coûts des vaccins

## ANNEXE 2. ELEMENTS DE SUIVI DEPISTAGE, TRAITEMENT ET PROMOTION DE LA SANTE

A. ELEMENTS DE SUIVI	OUI	NON	N/A	OBS
<b>1. LA STRUCTURE PRATIQUE –T-’ELLE L’ IVA?</b> – Si Oui Combien de fois par semaine?				
<b>2. LA STRUCTURE PRATIQUE –T-’ELLE LA CRYOTHERAPIE?</b> – Si Oui, combien de fois par semaine? – La cryothérapie est-elle réalisée immédiatement après un résultat d’IVA positive ?				
<b>3. INTEGRATION DES SERVICES:</b> <input type="checkbox"/> La structure combine- t-’elle le CDIP avec le dépistage du cancer? <input type="checkbox"/> combien de femmes ont été dépistées au VIH simultanément avec celui du cancer le mois précédent ? <input type="checkbox"/> Combien de statuts inconnus enregistrés? <input type="checkbox"/> La structure offre-t-’elle la PF avec le dépistage du cancer du col?				
<b>4. EXAMINER LES REGISTRES / FICHE CLIENTS ET COMPARER AVEC LES RAPPORTS MENSUELS.</b> <input type="checkbox"/> Y a t-il des incohérences dans les registres ou des incohérences dans les rapports mensuels? <input type="checkbox"/> Si oui, décrire l’incohérence et les mesures correctrices				
<b>5. LES FEMMES DEPISTEEES AU VIH AU COURS DU MOIS PRECEDENT, SONT ELLES TOUTES COMPRISES DANS LA TRANCHE D’AGE CIBLE (25-55 ANS)?</b>				
<b>6. TAUX DE POSITIVITE A L’IVA:</b> <input type="checkbox"/> Quel est le pourcentage de femmes VIH- le mois précédent? <input type="checkbox"/> Quel est le pourcentage de femmes VIH +				
<b>7. QUEL EST LE POURCENTAGE DES FEMMES IVA + QUI A REÇU LA CRYOTHERAPIE AU COURS DU MOIS PRECEDENT?</b>				

8 SUIVI ET GESTION	OUI	NON	N/A	OBS
<input type="checkbox"/> Y a-t-il des femmes suivies à un an qui ont reçu la cryothérapie?				
<input type="checkbox"/> Y a-t-il des complications liées à la cryothérapie? a. Combien et quel est le pourcentage? b. Si oui, décrivez.				
<input type="checkbox"/> Y a-t-il des femmes en suivi un an qui ont présenté des lésions larges et des lésions suspectes de cancers				
<input type="checkbox"/> Combien de femmes ont été référées pour des lésions larges?				
<input type="checkbox"/> Avez-vous reçu une retro information sur les femmes référées pour des lésions larges?				
<input type="checkbox"/> Combien de femmes ont été référées pour des lésions suspectes?				
<input type="checkbox"/> Avez-vous reçu une retro information sur les femmes référées pour des lésions suspectes?				
<input type="checkbox"/> Décrire les difficultés et les réussites des cas de références.				

<b>B. INFRASTRUCTURE, EQUIPEMENT ET DOTATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>N/A</b>
1. Est-ce que l'établissement possède un espace prévu pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et la cryothérapie?			
2. L'établissement a-t-il une table d'examen?			
3. Y a-t-il une source de lumière disponible?			
4. la source de lumière disponible est-elle en bon état?			
5. L'établissement a-t-il assez de spéculums ?			
6. le nombre de spéculums limite-t-il la capacité de fournir des services sur un jour donné ?			
7. Y a-t-il une provision suffisante d'acide acétique?			
8. Y a-t-il des bouteilles de CO2 fonctionnel?			
9. Y a-t-il une bouteille de réserve disponible?			
10. Y a-t-il des prestataires formés en IVA disponibles pour offrir les services?			
11. Y a-t-il des prestataires formés en IVA et cryothérapie disponibles pour offrir les			
12. Combien de bouteilles ont été utilisées le mois précédent ?			
13. Nombre de bouteilles utilisées le trimestre précédent?			
14. Quelles sont les méthodes utilisées pour la désinfection ou la stérilisation des spéculums?			
15. Est-ce que tous les clients reçoivent une carte de suivi qui est remplie de façon appropriée?			

<b>C. ACTIVITES CCC</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>N/A</b>	<b>Observation</b>
1. Y a-t-il du matériel pour la sensibilisation Si oui, quels types? (Entretiens vidéo santé, etc)				
2. les conseillers utilisent ils des supports d'IEC dans les séances de formation et à d'autres activités dans la communauté?				
3. Combien de séances de CCC ou de mobilisation dans la communauté ont été menées au cours du mois précédent?				
4. Combien de séances CCC ou de mobilisation ont été conduites à l'hôpital ou établissement de santé au cours du mois précédent?				
5. Combien de femmes ont été touchés par les activités de sensibilisation au cours du mois précédent?				
6. Combien de groupes de PVVIH / personnes qui ont été atteintes par des activités de promotion?				



## ANNEXE 4. EVALUATION DES COMPETENCES EN UTILISANT DES LISTES DE VERIFICATION

### *Liste de vérification clinique*

Instructions:

Mettre “O” dans la case si les étapes / tâches sont effectuées avec satisfaction,

“X” si effectuée de façon insatisfaisant, ou

“N/A” si pas observé.

**Satisfaisant:** effectuée les étapes ou tâches en accord avec les standards ou directives.

**Insatisfaisant:** incapable d’effectuer les étapes ou tâches en accord avec les standards ou directives

**Non observé:** tâches ou étapes non effectuées par le prestataire lors la visite.

<b>COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE POUR L’IVA</b>	<b>Cases</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>COUNSELING AVANT IVA</b>					
<b>1. Accueille la femme avec respect et amabilité.</b> .					
<b>2. Fournit des conseils de dépistage du cancer du col de l'utérus.</b> Fournit des informations précises sur la prévention du cancer du col de l'utérus (quoi / où est le col, comment le cancer du col est détectée, ce qui les provoque, mettant l'accent sur la détection précoce, les options de traitement).  <input type="checkbox"/> Utilise des techniques d'orientation efficaces (écoute active, est favorable, permet à la femme de prendre sa propre décision, utilise des messages simple, répond aux questions directement).					
<b>3. Si le conseil dépistage du cancer n'est pas fait, conseiller les patientes avant d'effectuer l'examen pelvien (IVA test).</b> <input type="checkbox"/> Fournit des informations sur ceux à quoi s'attendre lors de la consultation clinique (examen pelvien comment l’IVA est fait, les avantages et limites du test).  <input type="checkbox"/> Discute des besoins et des préoccupations de la femme (peurs) et l’aide à prendre une décision pour avoir un test IVA					

<input type="checkbox"/> Si la femme ne veut pas faire le test, lui demande si elle a d'autres questions à propos du test d'IVA.					
<b>4. S'assure que la femme a décidé de faire l'IVA.</b>					
<b>5. Évalue les connaissances de la femme à propos de l'IVA.</b>					
<b>6. Répond aux besoins de la femme et des préoccupations au sujet du test d'IVA.</b>					
<b>7. Décrit la procédure et ce à quoi s'attendre.</b>					
<b>8. Dans l'ensemble, le counseling pré-IVA a été effectué de manière satisfaisante?</b>					
<b>ACTIVITES AVANT L'IVA</b>					
<b>1. Vérifie que les instruments, les consommables et la source lumineuse sont disponibles et prêts à l'emploi.</b>					
<b>2. Vérifie que la femme a vidé sa vessie, lavé et rincé ses parties génitales, si nécessaire.</b>					
<b>3. Si la femme s'est déshabillée de la taille vers le bas. L'aide à monter sur la table d'examen et la couvre.</b>					
<b>4. Lave soigneusement les mains et les sèche. Palpe l'abdomen.</b>					

<b>COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE A L'IVA</b>	<b>Cases</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5. Met une paire de nouveaux gants. Si possible, met un deuxième gant sur une main.</b>					
<b>6. Organise les instruments et les consommables sur un plateau stérile</b>					
<b>7. Dans l'ensemble, la préparation a l'IVA activités effectuées de manière satisfaisante?</b>					
<b>ACTIVITES IVA</b>					
<b>1. Inspecte les organes génitaux externes et vérifie l'ouverture de l'urètre et les glandes de Skene et de Bartholin.</b>					
<b>2. Insère le spéculum de sorte que le col soit vu entièrement.</b>					
<b>3. Si utilise gant supplémentaire, plonge la main dans une solution chlorée à 0,5% et enlève le gant, le place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.</b>					
<b>4. Déplace la source de lumière afin que le col de l'utérus puisse être vu clairement.</b>					
<b>5. Vérifie le col de l'utérus à la recherche d'une cervicite, ectropion, tumeurs, kystes de Naboth, ou ulcères puis nettoie le col avec un coton-tige si nécessaire. Jette le coton tige dans le</b>					
<b>6. Identifie l'orifice cervical, la zone de jonction JSC et la zone de transformation.</b>					
<b>7. Applique l'acide acétique dilué à 3 à 5% sur le col et attend 1 minute. Jette le coton tige dans le seau prévu à cet effet.</b>					
<b>8. Vérifie si le col saigne facilement. Vérifie les plaques surélevées et épaissies blanches ou épithélium acidophile.</b>					
<b>9. Enlève l'excès d'acide acétique restant du col et du vagin avec un écouvillon. Jette le coton tige dans le seau prévu à cet effet.</b>					
<b>10. retire le spéculum</b>					
<b>11. Si IVA est négative, le place dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour une décontamination.</b>					
<b>12. Si VIA test est positive, met le spéculum sur le plateau ou bac</b>					
<b>13. Effectue l'examen recto-vaginale (si indiqué)</b>					
<b>14. Dans l'ensemble, la procédure IVA était satisfaisante?</b>					

COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE EN IVA	Cases				
	1	2	3	4	5
<b>ACTIVITES APRES IVA</b>					
1. essuie la source de lumière avec une solution de chlore à 0,5% ou de l'alcool à 70°.					
2. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les tournant à l'envers et les Jette dans le seau prévu à cet effet.( lieux de récipient étanche ou un sac en plastique).					
3. Lave soigneusement les mains et les sèche.					
4. Si le test IVA est négatif, demande à la femme de s'habiller.					
5. Discute les résultats du test d'IVA et de l'examen pelvien avec la femme et répond aux questions.- Si le test est négatif, dit à la femme quand revenir pour répéter test.					
6. Si IVA est positive ou un cancer suspecté, explique les prochaines étapes recommandées. Après le conseil, offre le traitement ou réfère.					
7. Enregistre les résultats du test et autres constatations dans le dossier de la femme.  <input type="checkbox"/> fait la cartographie du col avec ou sans lésions.  <input type="checkbox"/> Si nécessaire, la réfère avec les raisons de la référence.  <input type="checkbox"/> Si le traitement, la référence est refusé ou le traitement reporté au moment du dépistage documenter les raisons expliquant le report ou les refus de traitement / référence.  <input type="checkbox"/> Documents de suivi des plans.					
8. Dans l'ensemble, la procédure après IVA a été effectuée de manière satisfaisante?					

<b>COUNSELLING APRÈS IVA</b>					
<b>1. Rassure la femme qu'elle peut revenir pour obtenir des conseils ou des soins médicaux à tout moment.</b>					
<b>2. Donne des instructions pour le suivi.</b>					
<input type="checkbox"/> IVA est négative: discute les résultats, lui conseille de revenir pour refaire le test suivant son statut sérologique pour le VIH et l'assure qu'elle peut revenir à la même clinique pour recevoir des conseils ou des soins médicaux.					
<input type="checkbox"/> Si l'IVA est positive ou suspicion de cancer: discute du résultat et ses implications.					
<input type="checkbox"/> Si elle n'est pas éligible à la cryothérapie (lésion large / suspicion de cancer) conseille la cliente sur les options thérapeutiques et la référence, l'encourage à poser des questions.					
<input type="checkbox"/> Donne du temps à la femme pour la prise de décision, lui demande son consentement pour le traitement.					
<b>3. Dans l'ensemble, les conseils après l'IVA ont été exécutés de façon satisfaisante?</b>					

<b>COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE EN CRYOTHERAPIE</b>	<b>Cases</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>COUNSELING AVANT CRYOTHERAPIE</b>					
<b>1. Explique pourquoi le traitement est recommandé et décrit la</b>					
<b>2. Vérifie si la femme est enceinte.</b>					
<b>3. Lui explique les effets secondaires à attendre et les alternatives à la cryothérapie.</b>					
<b>4. Demande à la femme son consentement au traitement.</b>					
<b>5. Dans l'ensemble, le counseling avant la cryothérapie a été satisfaisant?</b>					
<b>ACTIVITES AVANT CRYOTHERAPIE</b>					
<b>1. Vérifie que les instruments, les consommables et la source lumineuse sont disponibles et prêts à l'emploi.</b>					
<b>2. Vérifie que l'instrument de cryothérapie et de gaz (CO2) sont prêts à être utilisés .</b>					
<b>3. explique à la femme ce qui va être fait et l'encourage à poser des questions.</b>					
<b>4. Vérifie que la femme a récemment (30 minutes) vidé sa vessie, l'aide à monter sur la table d'examen et la couvre</b>					
<b>5. Lave soigneusement les mains et les sèche.</b>					

6. Met une nouvelle paire de gants d'examen sur les deux mains. Si possible, met un deuxième gant sur une main.					
7. Dans l'ensemble, les procédures pré-cryothérapie ont été exercées de façon satisfaisante?					
<b>ACTIVITES DE CRYOTHERAPIE</b>					
1. Insère le spéculum de sorte que le col puisse être vu entièrement.  Si vous utilisez des gants supplémentaires, enlève la main de gant gauche, en tournant à l'envers et la Jettez dans le seau					
2. Déplace la source de lumière afin que le col de l'utérus puisse être vu clairement.					
3. Nettoie le col de l'utérus avec un tampon et identifie l'orifice cervical, JSC , le siège et la taille de la lésion.applique l'acide acétique dilué si nécessaire. Jette le coton tige dans le seau prévu					
4. Pointe la sonde au plafond. Presse la touche de congélation et décongélation, pendant 1 seconde. Visse l'embout cryogène sur l'extrémité de la sonde.					
5. technique de la Double-congélation :  A) Wallach/Medgyn: Applique l'embout cryogène sur le col pendant 3 minutes. Attend le dégivrage et retire la sonde					

<b>COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE EN CRYOTHERAPIE</b>	<b>Cases</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. attend 5 minutes et répète la Procédure  Étape 5). Ferme la vanne du maître-cylindre.					
7. Inspecte le col de l'utérus pour s'assurer qu'une boule de glace congelée est présente.					
8. Inspecte le col de l'utérus à la recherche de saignement, si nécessaire, applique une pression avec un coton-tige propre. Jette le coton tige dans le seau prévu à cet effet					
9. enlève le spéculum et le place dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination.					
10. Dans l'ensemble, la cryothérapie a été effectuée de façon satisfaisante?					

ACTIVITES APRÈS CRYOTHERAPIE					
1. Essuie la source de lumière avec une solution de chlore à 0,5% ou de l'alcool à 70°.					
2. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les tournant à l'envers. Jette les gants dans le seau prévu à cet effet					
3. Lave soigneusement les mains et les sèche.					
4. s'assure que la cliente n'a pas de crampes excessives avant de l'aider à descendre du lit et de s'habiller.					
5. donne des instructions à la cliente sur les soins post-traitement le suivi et le plan de suivi.					
6. Enregistre le traitement et le plan de suivi dans le dossier de la cliente.					
7. demande à la cliente d'attendre au moins 15 minutes avant de rentrer à la maison.					
8. Dans l'ensemble, les procédures après cryothérapie ont été effectuées de manière satisfaisante?					
COUNSELING APRÈS CRYOTHERAPIE					
1. Fournit des instructions pour les-soins à domicile (y compris la recommandation de l'abstinence pendant 1 mois).					
<input type="checkbox"/> Fournit des instructions pour l'utilisation de tampons et de préservatifs.					
<input type="checkbox"/> Demande aux femmes de répéter les instructions.					

COUNSELING ET COMPETENCE CLINIQUE EN CRYOTHERAPIE	Cases				
	1	2	3	4	5
2. Explique ce qu'il faut faire si la femme éprouve des difficultés.  Si la femme a des signes avant-coureurs graves (fièvre pendant plus de 2 jours; douleurs pelvienne importante associées à de la fièvre, des saignements pendant plus de 2 jours, des saignements avec des caillots), elle doit être revenue .					
3. Dans l'ensemble, le counseling post cryothérapie a été réalisée de manière satisfaisante?					

**RESUME DE L'EVALUATION DES COMPETENCES UTILISANT LES LISTES DE VERIFICATION**

	POUR TOUS LES PRESTATAIRES DE SOINS			POUR LES PRESTATAIRE DE CRYOTHERAPIE UNIQUEMENT		
	1	2	3	5	6	7
Nom du prestataire	<p>Nombre Total de clientes dépistées a l'IVA les 1, 2, 3, 6 et 12 mois passes (vérifier dans le registre</p>	<p>Satisfait complètement chaque étape dans les aptitudes Clinique a l'IVA (O/N) (Observer avec une fiche de vérification)</p>	<p>Atteint la compétence en IVA (O/N) (Porter un jugement</p>	<p>Nombre Total de clientes traitées a la cryothérapie les 1, 2, 3,6 et 12 mois passes (Vérifier dans le registre</p>	<p>Satisfait complètement chaque étape dans les aptitudes Clinique a la cryothérapie (O/N) (Observer avec une fiche de vérification st)</p>	<p>Atteint la compétence en cryothérapie (O/N) (Porter un jugement</p>

# ANNEXE 5. OUTILS D'EVALUATION DES BESOINS DANS LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

## OUTILS D'EVALUATION DES BESOINS

### I INFORMATIONS DE BASE

Région sanitaire:

District sanitaire:

Structure:

Type de structure:

Public  CS  HG  CHR  CHU  AUTRES   
 Privé   
 Autres

Ressources humaines:

Prestataire certifié en IVA/Cryothérapie  Médecin  Infirmier/SFDE

### II NOMBRE DE CLIENTS ET NATURE DES PRESTATIONS DE SERVICES DE SANTE OFFERTES

Service: CDV/ARV/BI  PTME  Planning familial   
 IST  Soins obstétricaux  Autres

Nombre de clients traités le mois précédent:

Nombre de clients traitées l'année antérieure:

Observations:

### III PERSONNEL CLE DE LA STRUCTURE

Nom	Sexe	Fonction	Type de formation	Expérience PF/ Pelvienne	Potentiel du prestataire

1 = Examen pelvien

2= IVA CRYOTHERAPIE

3= Planning familial

4= Conseil

6= Diagnostic et traitement des IST

7= Prévention des infections

8= Service VIH

9= Autres préciser

#### IV EVALUATION DES STRUCTURES EN TANT QUE SITES ADEQUATS DE PRESTATION

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salle d'attente ou endroit dédié à l'IEC | <input type="checkbox"/> Endroit pour les consommables et archivage des dossiers |   |
| <input type="checkbox"/> Toilettes pour les patientes             | <input type="checkbox"/> Isoir   |   |
| <input type="checkbox"/> Salle de réunion                         | <input type="checkbox"/> Paravant  |   |
| <input type="checkbox"/> Toilettes pour prestataires              | <input type="checkbox"/> Point d'eau   | <input type="checkbox"/> Salle d'examen |

Observations:

#### Equipement de la salle d'examen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Table d'examen  | <input type="checkbox"/> Savon antiseptique | <input type="checkbox"/> Espace pour déposer la citerne CO2 |
| <input type="checkbox"/> Chaise/Tabouret | <input type="checkbox"/> Serviette          |   |

Observations:

#### Fournitures et instruments disponibles

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gants pour examen                      | <input type="checkbox"/> Flacon pour Acide Acétique    | <input type="checkbox"/> Eponge forceps              |
| <input type="checkbox"/> Speculum                               | <input type="checkbox"/> Flacon pour eau               | <input type="checkbox"/> Draps/couvertures           |
| <input type="checkbox"/> Coton                                  | <input type="checkbox"/> Désinfectant chimique         | <input type="checkbox"/> Tube flexible               |
| <input type="checkbox"/> Sac à poubelle                         | <input type="checkbox"/> Robinet de sécurité           | <input type="checkbox"/> Cylindre de compresse à gaz |
| <input type="checkbox"/> Sceau à couvercle pour décontamination | <input type="checkbox"/> Manomètre de la bouteille CO2 |  |

Observations:

#### Système de collecte des informations

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rapport mensuel | <input type="checkbox"/> Formulaire individuel de collecte de données | <input type="checkbox"/> Registre |
|--|---|-----------------------------------|

#### Archivage

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rangés dans les armoires | <input type="checkbox"/> Ranges dans les tiroirs | <input type="checkbox"/> Informatisés |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser)        |  |                                       |

Observations:

### Prévention des infections

Technique adéquate pour laver les mains: OUI  NON

### Utilisation de EPI

- Gants  Blouses/ Tabliers  
 Masques/Lunettes ou protège visage  Chaussures fermées/ Bottes

### Désinfection des instruments souillés

- Met les instruments dans un sceau de décontamination  
 Laisse les instruments dans le sceau pendant 10 minutes  
 Tourne les instruments dans de l'eau savonnée et les nettoient avec protection

### Désinfection des instruments par DHN

- Plonger et faire bouillir pendant 20mn avec couvercle  
 Chauffer dans un chauffage pendant 20 mn  
 Tremper dans une solution chimique (préciser)   
 Chauffage d'eau Préciser le système   
 Utiliser immédiatement ou conserver les instruments dans les conteneurs DHN

### V SERVICES ACTUELS DE PREVENTION

Le frottis cervical fait: OUI  NON

Si OUI ou sont traite les prélèvements:

A quelle distance est situe le laboratoire

Qui transporte les prélèvements

Combien de temps faut-il pour recevoir les résultats

Comment le client est-il informé de son résultat

Pourcentage de femmes pour suivi post test

Système d'enregistrement des données

## VI MONITORING ET EVALUATION

Les indicateurs du PNLCa sont-ils renseignés OUI  NON

Existence de base de données sur le cancer OUI  NON

Existence de système de gestion de l'information sanitaire OUI  NON

## VII SYSTÈME DE CONSULTATION

### Site de consultation le plus proche

Nom du site Public  Prive

Distance en km Cout du transport

Type de service offert sur le site

Type de référence

Formulaire de référence rempli: OUI  NON

Formulaire de contre référence: OUI  NON

Qualité de prestation

Service fourni: Colposcopie  Conisation  Chimiothérapie

RAD  Chirurgie  Radiothérapie

## VIII MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Existe-t-il des volontaires sur le site OUI  NON

Si OUI préciser le nombre

Comment sont recrutés les ASC

Rôle des ASC

Orientation et supervision des ASC

Quel type de rapport d'activité l'ASC est sensé produire

Les ASC sont-ils motivés OUI  NON

Quelle est la source de motivation

L'ASC est-il capable de mobilisation et de sensibilisation OUI  NON

## Education pour santé

Type d'éducation pour la sante offert (IEC/CCC)

Causerie de groupe

Communication de masse

Communication interpersonnelle

Causerie débat

VAD

Thèmes abordés

Personnes ressources

Fréquence des activités

Existence de programme OUI

NON

Supports visuels pour l'éducation pour la santé OUI

NON

## Recensement

Taille de la population dans la zone d intervention

Ya t il un recensement de la population ou des ménages OUI

NON

