



**Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion**

**CESAG EXECUTIVE EDUCATION**

**(CEE)**

**MBA-Gestion de Projet**

**(MBA/GP)**

**Promotion 13  
(2013-2014)**

**Mémoire de fin d'étude**

**THEME**

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN  
CHARGE DES PATIENTES AFFECTEES PAR LE CANCER  
DU COL UTERIN : CAS DE LA CLINIQUE DES MAMELLES**

**Présenté par :**

**AHOUIDJI Elie Coffi**

**Dirigé par :**

**Boubacar AW**

**Professeur au CESAG**

## DEDICACE

Je dédie ce travail :

### **à Dieu**

louange à Toi le Tout Puissant qui m'a permis de réaliser ce travail ;

### **au peuple Sénégalais,**

Pour son hospitalité légendaire dont j'ai bénéficié pendant mon séjour agréable à Dakar. C'est l'occasion de lui dire merci car je me suis senti chez moi ;

à ma partie le Bénin berceau de mes ancêtre qui m'a vu naître, merci ;

### **à mon très cher père ;**

aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude ;

merci pour tes sacrifices le long de ces années ;

merci pour ta présence rassurante.

tu as toujours été pour moi le père idéal

En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouver à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers un père aussi merveilleux dont j'ai la fierté d'être le fils.

Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession.

Puisse Dieu te prête longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour.

Je t'aime très fort.

### **A ma très chère mère**

Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour ta présence dans

mes moments les plus difficiles, et si j'en suis arrivé là ce n'est que grâce à toi ma maman adorée.

Tu m'as toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur, ta droiture, conscience et amour pour ta famille me serviront d'exemple dans la vie.

Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être le fils.

Puisse ce jour être la récompense de tous les efforts et l'exaucement de tes prières tant formulées.

Je t'aime très fort.

#### **A mon adorable petit frère Daniel**

Aucun mot ne saura exprimer tout l'amour que j'ai pour toi.

Je te dédie mon travail avec mes profonds souhaits de réussite dans ta vie personnelle et professionnelles.

#### **A mon cher maître Dr Abdoul KASSE**

Aucun mot ne saura exprimer tout l'amour que j'ai pour toi.

Ce travail a été réalisé dans votre clinique et toutes mes connaissances sur cette maladie proviennent de vous.

Je n'ai pas les mots qu'il faut pour vous remercier. Que Dieu vous comble au centuple.

## REMERCIEMENTS

Le présent mémoire de fin de formation nous donne l'occasion de présenter nos sincères remerciements et reconnaissance à l'endroit de tous ceux qui, de près ou de loin ont participé à la réalisation de cette étude:

- A notre Directeur de mémoire Monsieur Boubacar AW qui a accepté de m'encadrer pour ce travail, votre rigueur et votre disponibilité ont grandement contribué à la réalisation de ce travail .Que Dieu vous prête longue vie et bonne santé.
- Au personnel de la clinique des mamelles
- A mes camarades de promotion

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	vi
LISTES DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	vii
1- Introduction .....	1
2- Contexte de l'étude.....	2
2.1. Milieu d'étude .....	2
2.2. Politique de santé.....	2
2.3. Cadre de planification sanitaire du Sénégal .....	5
3- Problématique.....	6
4- Objectifs de l'étude .....	9
4.1. Objectifs Général.....	9
4.2. Objectifs spécifiques .....	9
5- Rappel.....	9
5.1. Généralité sur le cancer du col .....	9
5.2. Epidémiologie .....	9
5.3. Définition des concepts .....	11
5.4. Les traitements du cancer du col de l'utérus .....	14
5.5. La planification stratégique .....	15
5.6. L'accueil.....	15
5.7. La communication.....	16
Première partie : cadre d'étude et Méthodologie .....	18
Chapitre I : Cadre d'étude .....	18
I.1. Environnement externe.....	18
I.2. Environnement interne .....	20
Chapitre II : Méthodologie.....	23
II. 1. Critère de l'étude .....	23
Deuxième Partie : Discussion.....	27
Chapitre I : Résultats de l'enquête.....	27
I.1. Présentation des résultats.....	27
I.2. Résultats des questionnaires adressés au personnel .....	40

I.2.1. Analyse des opportunités, des menaces, des forces et faiblesses de la clinique des mamelles 40

Chapitre II : Recommandations.....	47
CONCLUSION .....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	51
ANNEXES .....	ix

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- CCU** : Cancer du col l'utérus
- CHN** : Centre hospitalier national
- CHU** : Centre hospitalier et universitaire
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- CTE** : Comité Technique d'Etablissement
- HPV** : Papillomavirus humain
- IEC** : Information éducation communication
- IPM** : Institutions de prévoyance maladie
- IRM** : Imagerie par résonance magnétique
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PMA** : Pays les moins avancés
- PMSF** : Association Physicien Médical Sans Frontière
- THS**: Traitement hormonal substitutif

## LISTES DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Répartition des patientes en fonction de l'âge .....	27
<b>Tableau 2</b> : Niveau d'instruction.....	28
<b>Tableau 3</b> : Répartition des patientes en fonction de la catégorie socioprofessionnelle .....	29
<b>Tableau 4</b> : Répartition des patientes en fonction de la nationalité .....	30
<b>Tableau 5</b> : Répartition des femmes en fonction de la situation matrimoniale .	31
<b>Tableau 6</b> : Répartition selon les circonstances de dépistage .....	32
<b>Tableau 7</b> : Répartition des femmes selon les conditions de l'annonce de la maladie .....	33
<b>Tableau 8</b> : Répartition selon les conditions d'accueil .....	34
<b>Tableau 9</b> : repartition du facteur de stress .....	35
<b>Tableau 10</b> : Répartition selon l'appréciation de la durée de l'attente .....	36
<b>Tableau 11</b> : Répartition selon l'appréciation du coût de la prise en charge .....	37
<b>Tableau 12</b> : répartition du type de paiement.....	38
<b>Tableau 13</b> : répartition d'examen paraclinique .....	39
<b>Tableau 14</b> : FFOM.....	40
<b>Tableau 15</b> : Hiérachisation des problèmes selon les critères retenus.....	42



## LISTES DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : répartition en fonction de l'âge .....	28
<b>Figure 2</b> : répartition en fonction de niveau d'instruction.....	29
<b>Figure 3</b> : répartition en fonction de la catégorie socioprofessionnelle.....	30
<b>Figure 4</b> : répartition en fonction de la nationalité .....	31
<b>Figure 5</b> : Répartition en fonction de la situation matrimoniale .....	32
<b>Figure 6</b> : répartition selon les circonstances de dépistage.....	33
<b>Figure 7</b> : appréciation selon les conditions d'annonce de la maladie .....	34
<b>Figure 8</b> : Appréciation des conditions d'accueil .....	35
<b>Figure 9</b> : répartition du facteur de stress.....	36
<b>Figure 10</b> : appréciation de la durée d'attente.....	37
<b>Figure 11</b> : Appréciation du coût de la prise en charge .....	38
<b>Figure 12</b> : appréciation selon le type de paiement des malade .....	39
<b>Figure 13</b> : L'arbre à problèmes .....	44
<b>Figure 14</b> : L'arbre à objectifs .....	46

## **1- Introduction**

L'infection par le virus du papillome humain (HPV) est relativement fréquente dans la population générale. Elle joue un rôle essentiel dans la genèse des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus qui constitue un véritable problème de santé publique.

Avec 493000 cas annuels et 273000 décès, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde. Dans les pays en voie de développement, où 83% des cas de cancers sont recensés, le cancer du col utérin est la première cause de décès.

Au Sénégal, la maladie se situe au premier rang des cancers gynécologiques avec 47% des cas. Les femmes contractent en général le HPV à l'adolescence, dans la vingtaine ou la trentaine, et le cancer du col de l'utérus peut se développer 20 ans ou plus après l'infection par le HPV.

Chez la plupart des femmes concernées, l'infection n'occasionne aucun symptôme puis disparaît ou bien reste dans l'organisme sans provoquer de troubles particuliers. Ces observations ont ouvert la voie à la mise en place de stratégies de vaccination et de dépistage précoce aboutissant ainsi à l'amélioration du pronostic du cancer du col utérin.

Notre étude est structurée en deux parties.

Une première partie consacrée au cadre d'étude et à la méthodologie.

Une seconde partie sera consacrée à la présentation des résultats aux analyses et aux recommandations.

## **2- Contexte de l'étude**

### **2.1. Milieu d'étude**

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud.

### **2.2. Politique de santé**

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Les objectifs suivants sont visés afin d'assurer des services performants de santé publique:

- Améliorer l'offre et la qualité des services de santé;
- Améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies chroniques;
- Améliorer la santé de la mère et de l'enfant;
- Améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant;
- Renforcer le dispositif de santé communautaire;

- Améliorer la gouvernance sanitaire;

### ❖ **L'organisation sanitaire du Sénégal**

Le Sénégal, depuis la conférence d'Alma ALTA en 1978 a instauré une couverture sanitaire conséquente et un accès équitable de soins de qualité.

L'avènement des soins de santé primaire avec son contingence de structure implantée jusque dans les zones les plus reculées (centre de santé, case de santé) constitue un gage pour un système de santé cohérent et mobilisateur.

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide de trois niveaux :

- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire
- L'échelon régional qui correspond à la région médicale
- L'échelon central

Le district sanitaire est assimilé d'une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département.

Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires des villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond d'une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés de la région médicale.

Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés ainsi que de la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

Le Sénégal compte :

- 34 hôpitaux dont deux sont non fonctionnels (Hôpital de Fatick et Hôpital de la Paix de Ziguinchor) ; la plupart des régions du Sénégal sont dotés d'un hôpital mais la couverture passive nationale (1 hôpital pour 572 748 habitants) est très loin de la norme fixée par l'OMS (1 hôpital pour 150 000 habitants).
- 54 centres de santé sont fonctionnels, soit une couverture d'un centre de santé pour 190 916 ce qui est très loin des normes préconisés par l'OMS (un centre pour 50 000 habitants).
- 1035 postes de santé avec une couverture nationale théorique de 11.992 habitants ce qui est en de ça de la norme de l'OMS (un poste pour 10.000 habitants).
- 2 centres de santé psychiatriques (Dalal Kel de Thiès et de Fatick) ;
- 1603 cases de santé.
- Secteur privé  
Le secteur privé, largement concentré à Dakar, joue également un rôle important. Il dispose d'un hôpital, 24 cliniques, 414 cabinets et des services médicaux d'entreprise .

### **2.3. Cadre de planification sanitaire du Sénégal**

Le ministère de la santé, lors de l'élaboration de son premier plan sectoriel en 1998, a bien pris soin d'inscrire ses actions dans la direction indiquée par le 9ème Plan de Développement Economique et Social (1996/2001) en matière de santé, seule référence à l'époque. A la faveur de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), le Sénégal a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la période 2003-2005 et son deuxième en 2006-2010. Il s'agit là des documents cadres les plus récents en matière de planification qui ont servi de référence. Ainsi le PNDS 2009-2018 constitue-t-il la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation des OMD et du DSRP 2006-2010 en particulier son axe 2.

L'opérationnalisation du DSRP repose sur le CDMT, cadre de programmation et d'exécution budgétaire. Une telle approche donne aux ministères sectoriels un rôle majeur dans le suivi de la stratégie. Depuis 2005, le ministère chargé de la santé fait partie des secteurs pilotes pour l'implantation des Cadres de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT Santé), outil de mise en oeuvre du PNDS.

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le CDSMT permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en oeuvre de la gestion axée sur les résultats. Il apporte ainsi une réponse face aux difficultés liées au non-alignement des allocations budgétaires aux priorités nationales et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDSMT permet de développer le sens des responsabilités et de bâtir une culture de performance et d'instaurer l'obligation de rendre compte de l'utilisation des

ressources publiques. Cet outil indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Le CDSMT permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période.

Le processus d'élaboration du CDSMT repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en oeuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances. La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues.

Le Plan de Travail Annuel est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide. Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA. Pour le cas particulier des districts sanitaires, le processus démarre par une planification au niveau des collectivités locales avec l'élaboration des POCL-Santé. Ces derniers constituent l'ossature des PTA des districts qui font à leur tour l'objet d'une synthèse au niveau régional sous la coordination de la région médicale.

### **3- Problématique**

#### **❖ *Formulation du problème***

Le cancer du col utérin a un impact majeur sur la vie des femmes. Le cancer est la deuxième cause de mortalité chez l'adulte après les maladies cardiovasculaires qui enregistrent un taux de mortalité de 426 pour 1000. Alors que l'incidence des cancers est entrain de baisser dans les pays développés. Elle augmente dans les pays en voie de développement à cause de la vaccination et des dépistages tardifs.

La principale cause sous-jacente est le virus du papillome humain (VPH) une infection sexuellement transmise, souvent asymptomatique.

Les femmes peuvent contracter le VPH lorsqu'elles sont jeunes mais le cancer du col utérin a plus de chances de se développer chez les femmes âgées de 35 ans et plus. Lorsque la maladie n'est pas détectée ni traitée dans ses phases précoces, elle est presque toujours fatale.

Le cancer du col utérin menace la vie des femmes, cause des problèmes à long terme pour les familles dans les pays en développement. Beaucoup d'entre elles n'ont pas les capacités et les ressources pour diagnostiquer et traiter les signes précoces du cancer du col utérin. Ce qui pose des défis de taille aux systèmes de soins de santé.

Environ 83% des nouveaux cas sont recensés dans les pays en développement, là où les programmes de dépistages sont inadéquats ou peu efficaces. Dans la plupart de ces pays, le cancer du col utérin est la principale cause de décès dû au cancer chez les femmes.

A l'heure actuelle, les efforts de dépistage se sont surtout basés sur le test Pap, un test utilisé depuis longtemps pour détecter les cellules anormales.

Au Sénégal, 75% des femmes se font consulter à un stade très tardif pour le cancer du col de l'utérus. Aussi, ont-elles peu de chances de guérir. D'après, le Dr Abdoul Aziz KASSE et ses collaborateurs de l'institut du cancer de l'université de Dakar en 2008 «chaque année, il y a près de 13 millions de nouveaux cas de cancer parmi lesquels il y a près de 7 millions de décès».

On ne croyait en effet pas que le cancer était un problème aussi grave. Mais on a finalement découvert que les décès liés au cancer étaient beaucoup plus nombreux que, comparé aux maladies transmissibles, déclare le cancérologue. Ce qui, comparé aux maladies transmissibles est largement supérieurs», dit-il avant d'ajouter : « dans nos pays à faible revenu, c'était justement là où il y avait le plus de cancers, comparé aux pays à revenu élevé, et le cancer touche



une partie très sensible de la population c'est –à-dire les sujets qui avaient 40 ans et plus. Et au Sénégal, 75% des malades qui venaient nous voir étaient à des stades tellement graves et très avancés qu'on ne pouvait plus faire grand-chose».

D'après Dr Abdoul Aziz KASSE et ses collaborateurs, «si on ne faisait rien, il y aurait une progression extraordinaire et il y aurait un problème grave de santé publique dans nos pays qui a déjà commencé».

Une des premières causes de mortalité dans le monde, selon l'organisation mondiale de la santé, est le cancer considéré il n'y a guère comme une maladie de riche, s'impose peu à peu chez les pauvres au Sénégal. Et à la différence du sida, du paludisme etc., la plupart des patientes atteintes du cancer en meurt faute de moyen pour prendre en charge cette maladie onéreuse au regard du coût des médicaments par rapport au niveau de vie des populations.

A cela s'ajoute qu'il n'y a pas de statistiques disponibles pour le Sénégal du fait de l'absence d'un registre fonctionnel des cancers, les seules statistiques disponibles concernent les malades qui viennent faire des dépistages avec l'archive des doubles des résultats.

Les signes de manifestations du cancer du col utérin sont des plus tardifs, c'est pourquoi il est indiqué de faire très tôt le dépistage pour détecter les lésions précancéreuses et pouvoir les traiter.

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie bien connue tant en ce qui concerne son épidémiologie, sa clinique, son anatomie pathologie, son évolution, et son traitement que ses complications. Cette étude vise d'abord à présenter les difficultés rencontrées dans la prise en charge des malades et ensuite montrer que c'est un problème sérieux de santé publique dont seuls la prévention et le dépistage précoce pourront modifier son profil et allonger ainsi l'espérance de vies de nos patientes.

## **4- Objectifs de l'étude**

### **4.1. Objectifs Général**

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patientes affectées par le cancer du col utérin au sein de la Clinique des Mamelles.

### **4.2. Objectifs spécifiques**

- Identifier les caractéristiques sociodémographiques des patientes affectées par le cancer du col utérin
- Evaluer les connaissances des femmes sur la maladie
- Analyser la disponibilité et l'utilisation des services offerts pour le traitement du cancer du col utérin
- Identifier les dysfonctionnements liés à la prise en charge du cancer du col utérin
- Formuler des recommandations possibles à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes éventuels identifiés.

## **5- Rappel**

### **5.1. Généralité sur le cancer du col**

Le cancer de l'utérus peut être défini comme un néoplasie maligne primitive développé au dépend du col.

Le cancer du col est une pathologie d'origine infectieuse liée à l'infection au Virus du Papillome Humain (VPH).

### **5.2. Epidémiologie**

#### **❖ Incidence**

L'incidence et la mortalité du cancer du col varie selon les pays. Dans la région Africaine de l'OMS, le Sénégal a enregistré 6646 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en 2008 et 795 décès soit 66,5% des cas. La diminution de l'incidence est principalement due à l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, au dépistage du cancer basé sur la réalisation du frottis, et à une meilleure prise en charge thérapeutique.

L'âge moyen des cancers invasifs se situe autour de 45-55 ans. L'incidence du cancer du col de l'utérus augmente avec l'âge et atteint un plateau à partir de 55 ans. Le cancer du col est relativement rare chez la femme jeune, mais une recrudescence de sa fréquence a été signalée chez les femmes de moins de 35 ans.

#### ❖ *Facteurs de risque*

De nombreux travaux fondamentaux et épidémiologiques ont confirmé le rôle majeur de certains types (16, 18, 30, 35, 54...) dans la carcinogénèse du col utérin.

L'infection de la muqueuse du col utérin par certains types de papillomavirus (HPV) transmis par voie sexuelle constitue un facteur de risque majeur du cancer du col utérin.

Ceci explique le lien très net entre le cancer et la vie sexuelle, la précocité des premiers rapports et la multiplicité des partenaires. Cependant, seule une faible proportion des femmes infectées par HPV développera une tumeur et cette infection virale n'est pas suffisante pour entraîner le développement d'une tumeur.

En fait le cancer du col est d'origine multifactorielle avec l'intervention des multiples cofacteurs liés au terrain (déficit immunitaire), nutritionnel (tabagisme), infectieux (maladie sexuellement transmissible, herpès).

Néanmoins le principal facteur de risque du cancer du col est l'absence ou la mauvaise compliance au dépistage cervico-vaginal.

### ❖ *Circonstances de découvertes*

Les signes cliniques les plus habituels du cancer invasif du col sont les métrorragies provoquées par les rapports sexuels et les leucorrhées purulentes, malodorantes, parfois striées de sang. Les métrorragies peuvent également se présenter sous la forme de saignements inter mensuels anormaux.

D'autres symptômes, comme les douleurs pelviennes, les troubles urinaires, les troubles rectaux ou un œdème ou une thrombose des membres inférieurs ne se voient habituellement que dans les formes avancées.

Une minorité de patientes reste asymptomatique, même dans certaines formes avancées.

### **5.3. Définition des concepts**

#### ✓ *Oncologue*

Médecin spécialiste du cancer est de ses traitements, appelé aussi cancérologue.

Il peut être un oncologue médical (chimiothérapeute), un oncologue radiothérapeute, un chirurgien oncologue ; etc.

#### ✓ *Pathologiste*

Médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés sur le patient. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Il est aussi dénommé anatomo-cytopathologiste, anatomopathologiste, ou « anapath ».

#### ✓ *Radiothérapie externe*

Traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons produits par un appareil, un accélérateur de particules. Les

rayons sont dirigés en faisceau vers la zone à traiter pour atteindre la tumeur à travers la peau.

#### ✓ *Colposcopie*

La colposcopie est une méthode de visualisation du col utérin au moyen d'une loupe binoculaire. Elle a pour objectif d'identifier la zone de transformation et d'y repérer l'existence d'une lésion suspecte et de guider la biopsie. Elle aide aussi parfois à poser les indications thérapeutiques. Sa sensibilité est très élevée (87 à 99%) mais sa spécificité est très faible (23%).

#### ✓ *Rectoscopie*

Technique d'exploration de l'intérieur du rectum avec un rectoscope, petit tube introduit par l'anus. La rectoscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire.

#### ✓ *Biopsie*

Prélèvement qui consiste à enlever un petit morceau de tissu afin de l'examiner au microscope. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans anesthésie (locale ou générale). Les techniques utilisées pour le prélèvement dépendent de l'endroit où est placée la tumeur et du type de tissu à analyser. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un pathologiste.

#### ✓ *Conisation*

Ablation d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un pathologiste.

#### ✓ *Curiethérapie*

Traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons produits par des substances radioactives. Celle-ci sont insérées dans un applicateur spécial introduit dans le col de l'utérus.

✓ *Cystoscopie*

Technique d'exploration de l'intérieur de la vessie avec un cystoscope, petit tube introduit par l'urètre. Une cystoscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire.

✓ *Examen anatomopathologique*

Examen qui consiste à étudier des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'Examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au niveau microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste. Cet examen permet d'établir le diagnostic de cancer et oriente le choix des traitements.

✓ *Examen clinique*

Moment de la consultation au cours duquel le médecin, après avoir posé des questions au patient, l'examine (auscultation, palpation, etc.)

✓ *Frottis*

Prélèvement par léger frottement des cellules du col de l'utérus afin de les examiner au microscope. Le gynécologue introduit dans le vagin un spéculum, instrument en métal ou en plastique qui permet de l'élargir et de l'éclairer, puis à l'aide d'un coton-tige spécial ou d'une brosse, il recueille des cellules au niveau du col. Ces cellules sont ensuite analysées dans un laboratoire spécialisé afin de déterminer s'il s'agit de cellules cancéreuses ou non.

### ✓ *IRM (imagerie par résonance magnétique)*

Technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue. Une IRM pelvienne est une IRM du pelvis, petite basse du ventre contenant la vessie, le rectum et les organes de la reproduction.

#### **5.4. Les traitements du cancer du col de l'utérus**

##### ➤ **Buts :**

- Contrôler la prolifération et ses extensions
- Eviter récurrences et métastases
- Améliorer la qualité de vie

##### ➤ **Moyens :**

- **La chirurgie** consiste à enlever la tumeur et les tissus ou organes voisins. Son étendue dépend de l'extension du cancer : ablation du fragment du col de l'utérus (conisation), de l'utérus (hystérectomie), des ganglions lymphatiques ; etc.  
Chez une femme désirant garder la possibilité d'avoir des enfants, une chirurgie conservatrice peut être envisagée. Elle consiste à n'enlever que du col de l'utérus.
- **La radiothérapie** utilise des rayons pour détruire localement les cellules cancéreuses.
- **La chimiothérapie** utilise des médicaments anticancéreux, administrés par perfusion, qui agissent dans l'ensemble du corps sur toutes les cellules cancéreuses, y compris celles qui ne sont pas repérables par les examens.

##### ➤ **Indications :**

Les indications sont en fonctions de types de malades et de maladies.

## **5.5. La planification stratégique**

La planification stratégique est le processus par lequel une organisation cherche à assurer sa survie à long terme, en clarifiant sa mission et en se fixant des objectifs et des stratégies en adéquation avec les opportunités et les menaces dans l'environnement, sur la base de ses avantages concurrentiels actuels ou à acquérir.

La planification stratégique est une démarche de gestion visant à définir les grandes orientations stratégiques d'une organisation ainsi que les moyens et les actions à mettre en œuvre pour réaliser sa mission, s'adapter à son environnement et assurer sa pérennité. (W. O'Shaughnessy)

## **5.6 L'accueil**

### **➤ L'accueil téléphonique**

- Pour les usagers

Comme le guichet, le téléphone est apprécié car il permet l'interactivité et la réponse personnalisée, mais il offre en plus l'avantage d'être rapide, peu coûteux, sans contrainte de déplacement, et plus propice à la confidentialité. Son utilisation pourrait s'accroître encore si un service satisfaisant était assuré, ce qui n'est pas encore le cas à l'heure actuelle malgré des progrès certains. La satisfaction de l'utilisateur en la matière suppose en effet la prise en charge immédiate de l'appel, un entretien de bonne qualité relationnelle, et surtout l'obtention d'une réponse précise, qu'il s'agisse d'informations générales préalables à l'accomplissement de formalités (horaires d'ouverture, pièces à fournir) ou d'éclaircissements sur sa situation administrative personnelle.

- Pour l'administration

Une amélioration de l'accueil téléphonique profiterait également aux administrations, qui verraient leurs guichets désengorgés et seraient ainsi à même d'offrir un meilleur service d'accueil physique.



## ➤ **L'accueil physique**

Il est le lieu par excellence d'incarnation de la relation à l'utilisateur. En effet, de nombreuses institutions ont constaté que le recours aux moyens de communication à distance, du téléphone à internet, ne supprime pas le besoin, réel ou ressenti, d'un contact physique. L'utilisation du téléphone – et a fortiori d'internet – reste encore pour toute une partie de la population moins naturelle que le déplacement au guichet. En outre, en termes de confiance, le face-à-face au guichet constitue pour de nombreuses personnes le mode de contact le plus sûr, qui seul leur garantit que leur démarche est bien prise en compte.

### **5.7. La communication**

La communication occupe désormais une place centrale dans la restructuration de nos sociétés. Ses technologies accompagnent le redéploiement des pouvoirs et des contre-pouvoirs dans l'espace domestique, l'école, l'entreprise, le bureau, l'hôpital. La communication pénètre de plus en plus de sphères d'activité, en propageant une technologie de gestion des relations sociales.

- **Le regard** : maintenir l'attention et percevoir les réactions
- **Les gestes** : illustrateurs et rythmiques
- **Les mimiques** : joie, surprise, dégoût, tristesse, peur, colère
- **La posture** : l'expansion, la contraction, l'approche, le rejet
- **La distance** : zones intime, personnelle, sociale, publique
- **Le « look »** : image de soi, émotions, sentiments, statuts

Pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et le non-verbal.

**PREMIERE PARTIE**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Première partie : cadre d'étude et Méthodologie**

### **Chapitre I : Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans la structure d'oncologie de la clinique des mamelles où s'est développée une activité de cancérologie. Créée en 2002, la clinique des mamelles se situe à Dakar sur la route de Ngor-Almadies. Elle a une spécialisation chirurgicale mais offre plusieurs d'autres prestations. Ladite structure compte des équipements et de personnels.

#### **I.1. Environnement externe**

##### **❖ Démographie**

D'après l'EDS 4, la population sénégalaise est estimée à 13 726 000 d'habitants avec un taux de croissance annuel de 2,5%. La population est jeune avec un âge moyen de 21,8 ans pour les hommes et de 22,6 ans pour les femmes qui sont majoritaires (52%). Elle est généralement rurale (58,5%) et plus de la moitié des citadins vivent dans l'agglomération dakaroise dont la croissance est alimentée par la migration en provenance des communes urbaines et des communautés rurales de l'intérieur du pays. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Si la densité moyenne nationale est de 34 habitants au km<sup>2</sup>, elle est de 2710 habitants au km<sup>2</sup> à Dakar et de 6 habitants au km<sup>2</sup> à Tambacounda.

La société sénégalaise constitue un tissu ethnique, culturel et religieux complexe formé de plus de vingtaine d'ethnies ayant chacune une langue et des traits culturels spécifiques. Grâce à une longue tradition de tolérance, à une religion largement partagée (Islam, 94% des Sénégalais) et en raison de l'urbanisation qui a transformé les modes de vie, les représentants des diverses ethnies respectent leurs différences et ont appris à vivre et à travailler ensemble. Cette paix sociale conjuguée à la stabilité politique a favorisé l'épanouissement de

l'Etat de droit et la reconnaissance de l'égalité de tous devant la loi. Il subsiste, néanmoins, des iniquités importantes entre hommes et femmes, entre ruraux et citadins, entre régions, entre riches et pauvres.

### ❖ **Economie**

Le Sénégal possède la quatrième économie de la sous-région ouest africaine après le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Ghana. Il fait cependant partie des Pays les moins avancés (PAM), son économie est très tournée vers l'Europe et l'Inde. Ses principaux partenaires économiques sont la France, l'Inde et l'Italie.

Comparé aux autres pays du continent africain, le Sénégal est très pauvre en ressources naturelles, ses principales recettes proviennent de la pêche et du tourisme.

Le secteur agricole emploie environ 70% de la population sénégalaise. Cependant la part du secteur primaire dans le Produit Intérieur Brut (PIB) ne cesse de décroître. La diminution de la pluviométrie et la crise du secteur de l'arachide, principale culture de rente du pays, ont réduit la contribution de l'agriculture à moins de 20% du PIB. La pêche qui reste cependant un secteur clé de l'économie familiale sénégalaise subit également les conséquences de la dégradation des ressources halieutiques (surexploitées) et de l'augmentation récente de la facture énergétique. L'essentiel de ma richesse produite se concentre dans les services et la construction et se localise à Dakar et dans sa périphérie.

Par ailleurs, les transferts financiers venus de la diaspora sénégalaise (l'immigration en Europe et aux Etats Unis) représentent aujourd'hui une rente non négligeable. On estime que le flux financier généré par l'émigration sénégalaise est au moins égal au volume d'aides de la coopération internationale (soit 37 dollars par habitant par an).

Le Sénégal est membre notamment de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale du commerce et de l'Union économique et monétaire ouest-africaine, etc.

## **I.2. Environnement interne**

### **✚ La mission de la clinique des mamelles**

La mission de soins : elle consiste à administrer des soins de qualité à la population qui ont la possibilité de supporter eux-mêmes leur frais de santé ; traiter les urgences et offrir une sécurité sanitaire au population de Dakar et ses environs.

La mission de formation : elle consiste à assurer la formation des futurs agents de santé de toutes les catégories. A cet effet, il reçoit les stagiaires civils et des médecins.

La mission de recherche en matière de santé : elle est motivée par l'amélioration de la prise en charge et la prévention des cancers au Sénégal et dans la sous région.

### **✚ Locaux**

La clinique compte 14 lits d'hospitalisation

- Six cabines individuelles,
- Trois cabines doubles,
- Une salle de réanimation avec une capacité d'accueil de 2 lits
- Une salle d'infirmierie
- Une salle de pansement
- Une salle d'échographie
- Une salle de consultation dentaire
- Une salle de consultation d'oncologie
- Une salle de consultation générale
- Une salle de consultation externe

- Une pharmacie
- Un secrétariat
- Une réception
- Une administration comptable et financière
- Quatre salles d'approvisionnement
- Un réfectoire
- Une cuisine

### **Fonctionnement**

La clinique des mamelles est une organisation privée dont le fonctionnement dépend de ses recettes.

Elle comprend :

#### ✓ *Le conseil d'administratif*

Le conseil d'administration a pour rôle de définir la politique générale de la clinique.

Il arrête le budget de fonctionnement et d'investissement délibère sur le budget, les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercice ainsi que les emprunts.

#### ✓ *Le comité technique médical*

Ce comité est composé des médecins : des chirurgiens, des anesthésistes, des chimiothérapeutes des radiothérapeutes qui se regroupent toutes les semaines pour prendre des décisions sur la qualité de la prise en charge des malades.

#### ✓ *La consultation externe*

Elle est faite par des médecins spécialités qui offrent des consultations dans leurs domaines (cardiologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, orthopédie, dermatologie, diabétologie, pneumologue, etc.)

### ✓ *Planification des jours d'activités et heures de travail*

La clinique fonctionne tous les jours 24h/24h. Des permanences sont assurées avec une équipe qui se charge de recevoir les urgences et d'assurer également les soins possibles.

Elle tourne autour des activités de consultation, d'hospitalisation, de chimiothérapie et d'intervention chirurgicale.

### ✓ *Les ressources de la clinique des mamelles*

#### ▪ *Les ressources financières :*

La clinique des mamelles a une autonomie budgétaire

#### ▪ *Les ressources matérielles :*

La clinique des mamelles à tous les équipements nécessaires pour une meilleure prise en charge des patientes.

#### ▪ *Les ressources humaines :*

La clinique des mamelles dispose des médecins pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

## **Chapitre II : Méthodologie**

Le cadre théorique auquel s'adosse l'étude tire parti de l'exploitation de la revue de littérature scientifique et met en jeu les expériences des dispositifs de planification et de suivi dans la prise en charge des malades utile dans la gestion des services de santé dans les pays occidentaux qui ont une approche différentes. Cette étude a été réalisée à la clinique des mamelles auprès des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et du personnel.

Les données sont recueillies par une enquête et nous avons obtenu le consentement éclairé de chaque femme avant l'administration du questionnaire.

### **II. 1. Critère de l'étude**

#### **▪ Type d'étude**

C'est une étude transversale descriptive et analytique.

#### **▪ Population d'étude**

La population d'étude est celle des patientes reçues en consultation à la clinique des mamelles du mois d'octobre 2012 au mois d'octobre 2013 et du personnel qui intervient directement dans la prise en charge. Ces patientes ont pour motif de consultation le cancer du col de l'utérus.

#### **▪ Critères d'inclusion**

- Etre âgée de 30 à 80 ans et ayant le cancer du col de l'utérus ;
- Avoir un dossier à la clinique des mamelles
- Avoir été opérée à la clinique des mamelles
- Etre suivie à la clinique des mamelles.

#### **▪ Critères d'exclusion**

- Celles qui ne sont pas capables de répondre à cause de la maladie ou d'autres maladies comme celle d'alzheimer
- Celles dont le diagnostic n'est pas totalement avéré



- Celles qui sont décédées

- **Echantillonnage**

Les consultations à la clinique des mamelles concernent aussi bien les anciennes malades reçues pour une consultation de contrôle que les nouvelles malades référées ou dépistées.

Compte tenu du nombre, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage accidentel qui consiste à enquêter tous les cas remplissant les critères du mois d'octobre 2012 au mois d'octobre 2013 et qui se présentaient pour motif cancer du col utérin confirmé.

C'est ainsi que nous avons retenu 28 femmes comme échantillon de l'étude.

Pour les soignants, nous avons systématiquement interrogé ceux qui étaient directement concernés par la prise en charge des patientes du cancer du col utérin.

L'unité d'échantillonnage de notre population d'étude est la femme.

- **Méthode de collecte des données**

Etant donné que nous travaillons à la clinique des mamelles nous avons eu des facilités pour recueillir les données.

La collecte des données à durer un an et a été effectuée par nous-même. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire testées puis administrées aux patientes atteintes du cancer du col utérin et qui sont soignées à la clinique des mamelles.

Les thèmes du questionnaire étaient :

- Les caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes ;
- Les connaissances, la perception que les femmes ont de la maladie ;
- Le comportement des patientes depuis l'annonce de la maladie, le degré d'acceptation ;
- Le degré de satisfaction par rapport aux services offerts ;

- Les contraintes rencontrées au cours de la prise en charge.  
Les données collectées seront saisies et traitées à l'aide des logiciels sphinx et Spss.

#### ▪ **Etapas de la recherche**

Notre étude s'est structurée en quatre grandes étapes :

- une phase d'enquête exploratoire a été menée pour mieux cerner les multiples aspects du sujet et avoir un aperçu de la situation actuelle du cancer du col utérin à travers le monde et au Sénégal.

Cette phase a été mise à profit pour faire une revue de la littérature qui était l'occasion de se rendre dans différents centres de documentation et d'explorer l'internet etc.

Parallèlement les informations complémentaires ont été recueillies auprès des personnes ressources. Ces données ont été utilisées pour rédiger le protocole de recherche et le questionnaire.

- la deuxième phase consistait à tester les outils de collecte des données.  
Au cours du test, des corrections ont été apportées dans la formulation des questions et leur pertinence appréciée en fonction des réponses obtenues.
- la troisième phase consistait à la collecte des données pour la rédaction du rapport
- et la quatrième étape correspondait au dépouillement, à l'analyse des données et à la rédaction du document final.

#### ▪ **Contraintes et limites de la recherche**

Au cours de cette étude, nous avons rencontré quelques difficultés au niveau des patientes qui proviennent de la sous-région que sont :

- un problème de compréhension et d'interprétation qui pourrait jouer sur la fiabilité des informations ;
- les reports de certains entretiens à cause de la disponibilité des patientes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIEME PARTIE**



## Deuxième Partie : Discussion

### Chapitre I : Résultats de l'enquête

#### I.1. Présentation des résultats

##### ➤ Résultats des questionnaires administrés aux femmes atteintes du cancer du col de l'utérus

A l'issue de nos entretiens, 28 femmes atteintes du cancer du col de l'utérus ont été enquêtées et nous avons obtenu les résultats suivants :

##### a) Répartition en fonction de l'âge

*L'âge est un facteur déterminant dans le dépistage du cancer du col utérin*

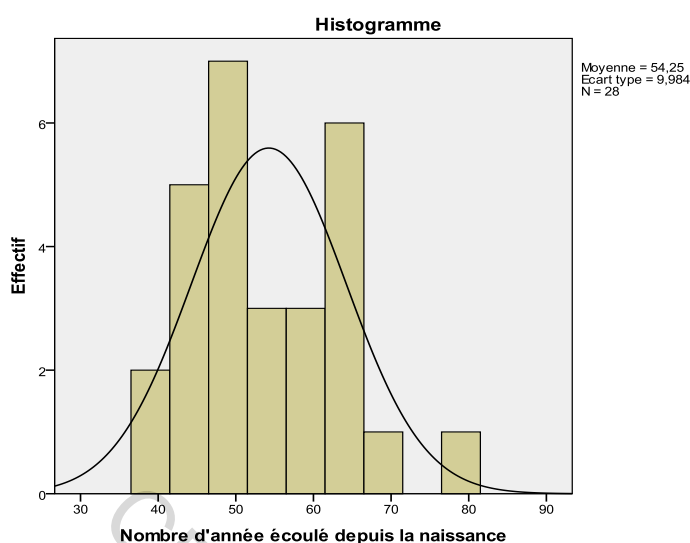
**Tableau 1** : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Classe d'âge	Effectifs	Proportion(%)
30 – 39	1	3,6
40 – 49	12	42,9
50 – 59	7	25,0
60 – 69	6	21,4
70+	2	7,1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

L'enquête nous a révélée que l'âge moyen des femmes qui présentent le cancer du col de l'utérus tournait autour de 54,25 ans avec des extrêmes allant de 39 à 78 ans.

**Figure 1 : répartition en fonction de l'âge**



Source : Elie A. 2014

### b) Répartition en fonction de niveau d'instruction

*Le niveau d'instruction est un indice qui permet d'avoir un point de vue sur l'alphabétisation et l'éducation à la santé.*

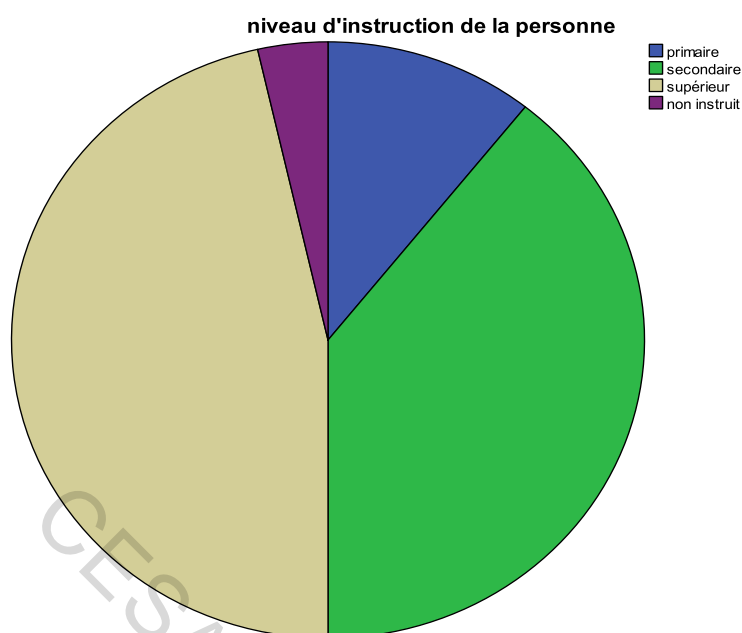
**Tableau 2 : Niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectifs	Proportions (%)
Primaire	3	10,7
Secondaire	11	39,3
Supérieur	13	46,4
non instruit	1	3,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

Il ressort de ce tableau que les femmes les plus touchées et qui viennent à la clinique sont de niveau supérieur soit 46,4% (13/28) des cas. Seul 3,6% (1/28) est non instruit. Ce qui nous facilitera la relation médecin-malade.

**Figure 2 : répartition en fonction de niveau d'instruction**



Source : Elie A. 2014

### c) Répartition en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

*L'occupation professionnelle est un indice qui permet d'évaluer la fréquentation des patientes en fonction de leurs revenus.*

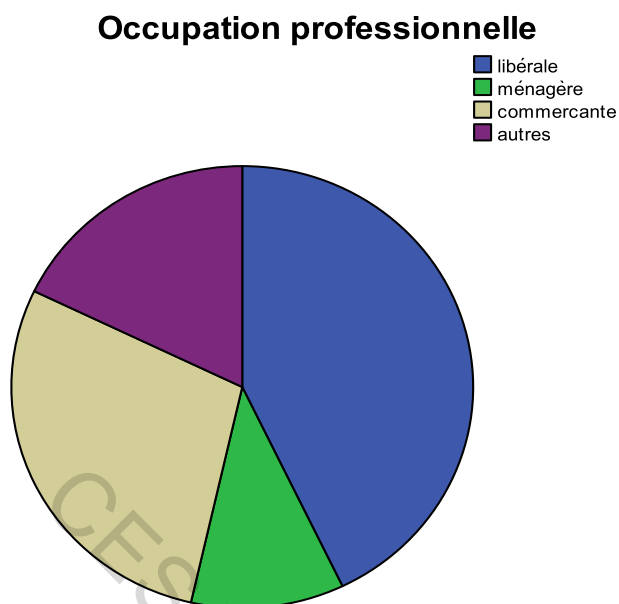
**Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de la catégorie socioprofessionnelle**

Profession	Effectifs	Proportions (%)
Libérale	12	42,9
Ménagère	3	10,7
Commercante	8	28,6
Autres	5	17,9
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

Les patientes sont en majorité libérale avec une proportion de 42,9% (12/28) des cas, suivies des commerçantes dans 28,6% (8/28) des cas, autres dans 17,9% (5/28) des cas et des ménagères dans 10,7% (3/28) des cas. La fréquentation de la clinique par le secteur libéral s'explique par leur revenu élevé.

**Figure 3 : répartition en fonction de la catégorie socioprofessionnelle**



Source : Elie A. 2014

#### **d) Répartition en fonction de la nationalité**

*La nationalité permet de savoir la provenance des malades en vue de développer une stratégie de sensibilisation et de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau national.*

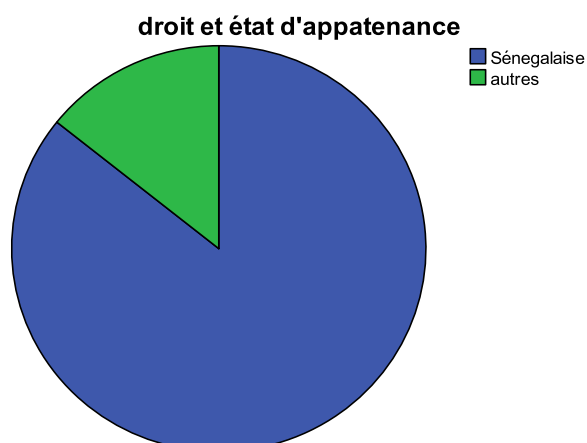
**Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de la nationalité**

Nationalité	Effectifs	Proportions (%)
Sénégalaise	24	85,7
autres	4	14,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

85,7% (24/28) des femmes affectées par le cancer du col de l'utérus à la clinique sont des Sénégalaises. Il est utile de développer une stratégie nationale de sensibilisation et de dépistage précoce.

**Figure 4** : répartition en fonction de la nationalité



Source : Elie A. 2014

#### e) Répartition en fonction de la situation matrimoniale

*La situation matrimoniale permet de faire la sensibilisation vers la population cible.*

**Tableau 5** : Répartition des femmes en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	Proportions (%)
Mariée	16	57,1
Veuve	8	28,6
Divorcée	4	14,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

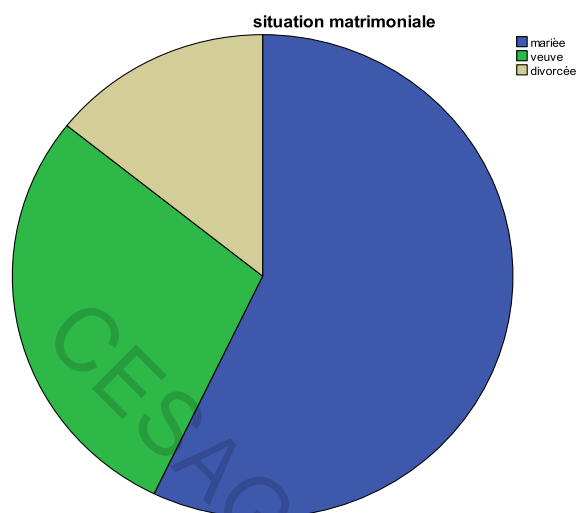
Source : Elie A. 2014

Les mariées sont plus affectées par le cancer du col de l'utérus soit une proportion de 57,1% (16/28) suivies des veuves dans 28,6% (8/28) des cas, et des divorcées dans 14,3% (4/28) des cas.

L'observation de nos résultats pourrait s'expliquer par la précocité du mariage et le multipartenariat du mari en rapport avec la polygamie fréquente dans nos régions



**Figure 5 : Répartition en fonction de la situation matrimoniale**



Source : Elie A. 2014

**f) Répartition des femmes selon les circonstances de dépistage**

*Les circonstances de dépistage permettent d'apprécier le diagnostic précoce ou tardif de la maladie.*

**Tableau 6 : Répartition selon les circonstances de dépistage**

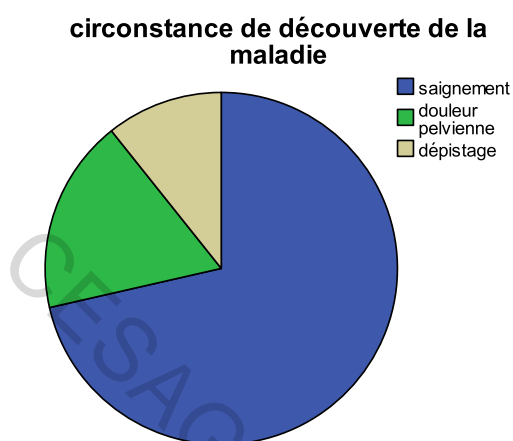
<b>Circonstance de découverte</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Proportions (%)</b>
Saignement	20	71,4
Douleur pelvienne	5	17,9
Dépistage	3	10,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

Près de 89,3 % (25/28) des femmes ont connu leur maladie par le biais d'un personnel de santé après avoir été consulté pour un motif de saignement ou douleurs pelviennes atroces. Ce qui pourrait signifier que les campagnes de

sensibilisation pour le dépistage précoce sont faibles et n'atteignent pas l'ensemble du pays.

**Figure 6 : répartition selon les circonstances de dépistage**



Source : Elie A. 2014

**g) Appréciation selon les conditions de l'annonce de la maladie**

*L'annonce de la maladie est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait la patiente de son être et de son avenir.*

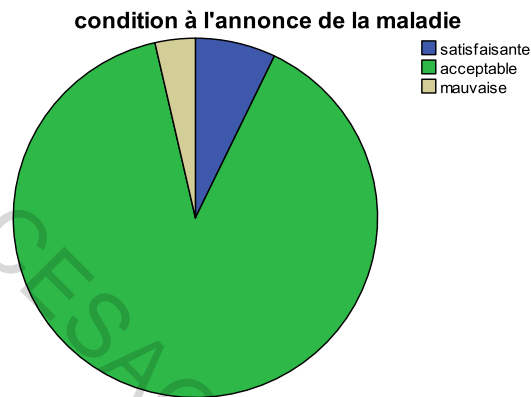
**Tableau 7 : Répartition des femmes selon les conditions de l'annonce de la maladie**

Condition d'annonce	Effectifs	Proportions (%)
satisfaisante	2	7,1
acceptable	25	89,3
mauvaise	1	3,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

89,3% (25/28) ont apprécié les conditions d'annonce de la maladie et seul 3,6% (1/28) a jugé mauvais. Ce qui pourrait signifier que le médecin a le "savoir" et le "faire savoir". Il a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic.

**Figure 7 : appréciation selon les conditions d'annonce de la maladie**



Source : Elie A. 2014

#### **h) Appréciation des conditions d'accueil**

*L'accueil est le lieu par excellence d'incarnation de la relation à l'utilisateur.*

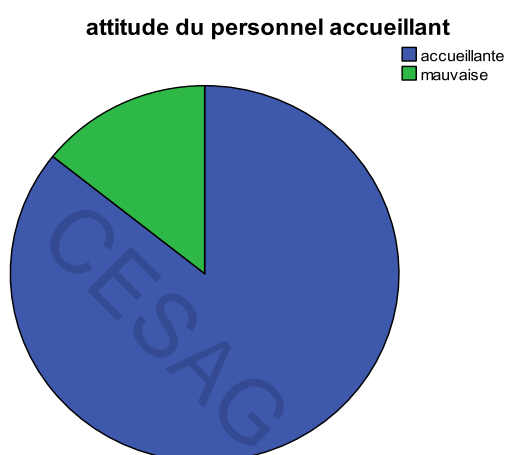
**Tableau 8 : Répartition selon les conditions d'accueil**

<b>Condition</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Proportions (%)</b>
Accueillante	24	85,7
Mauvaise	4	14,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

14,3% (4/28) des patientes ont jugé mauvaise la qualité d'accueil ce qui n'est pas négligeable pour une clinique. La clinique devrait penser à l'amélioration des conditions d'accueil.

**Figure 8 : Appréciation des conditions d'accueil**



Source : Elie A.

### i) Appréciation de stress

*Le stress est un facteur de risque de la maladie. Il peut conduire à un renoncement et à un refus des soins.*

**Tableau 9** : repartition du facteur de stress

Avez-vous peur de la maladie ?	Effectifs	Proportions (%)
oui	25	89,3
non	3	10,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

Le sentiment de peur à la découverte de la maladie est de 89,3% (25/28) des cas et seul 10,7%(3/28) n'ont pas eu cette sensation. Cette crainte de la maladie peut être liée à la représentation du cancer dans la société sénégalaise qui l'assimile souvent à la mort.

Le regard de la société parfois très négatif face à cette maladie constitue une pesanteur assez profonde.

**Figure 9 : répartition du facteur de stress**



Source : Elie A. 2014

**j) Appréciation de la durée de l'attente**

*La durée de l'attente est un indice important qui permet d'apprécier la fiabilité du service.*

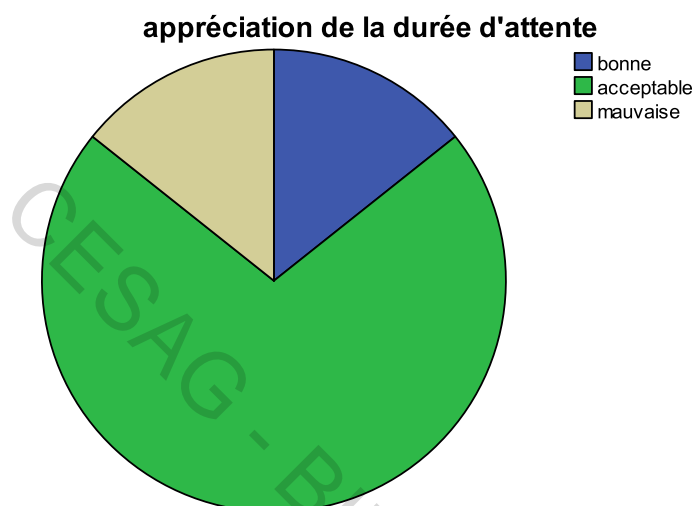
**Tableau 10 : Répartition selon l'appréciation de la durée de l'attente**

<b>Durée d'attente</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Proportions (%)</b>
Bonne	4	14,3
acceptable	20	71,4
Mauvaise	4	14,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

En effet près de 85,7 % (24/28) des patientes ont jugé de mauvaise à cceptable et seul 14,3% (4/28) ont jugé bonne. Une stratégie interne devrait être mise en place pour réduire la durée d'attente.

**Figure 10** : appréciation de la durée d'attente



Source : Elie A. 2014

**k) Appréciation des patientes du coût de la prise en charge**

*Le coût est un indice qui permet à la patiente de recevoir des soins. Il est capital dans la prise en charge.*

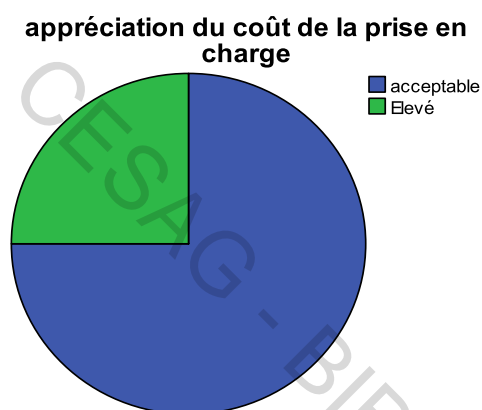
**Tableau 11** : Répartition selon l'appréciation du coût de la prise en charge

<b>Coût</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Proportions (%)</b>
acceptable	21	75,0
Elevé	7	25,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

75% des patientes ont jugé le coût de la prise en charge acceptable. Seul 25% ont jugé élevé. Ce qui pourrait signifier est les patientes ont des revenus qui leurs permettent de se prendre en charge ou une couverture médicale.

**Figure 11** : Appréciation du coût de la prise en charge



Source : Elie A. 2014

### 1) Appréciation selon le type de paiement des malades

*Le type de paiement permet de savoir l'importance et le taux de couverture médical.*

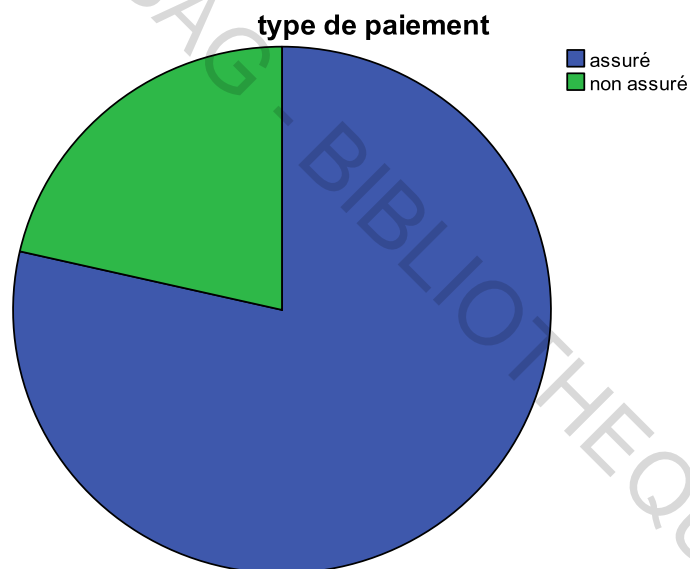
**Tableau 12** : répartition du type de paiement

Type de paiement	Effectifs	Proportions (%)
Assuré	22	78,6
non assuré	6	21,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Source : Elie A. 2014

78% (22/28) des patientes traitées pour le cancer du col de l'utérus sont assurées. Seul 21,4% (6/28) des patientes ne sont pas assurées. On peut déduire la nécessité d'une couverture médicale sur le plan national.

**Figure 12** : appréciation selon le type de paiement des malade



Source : Elie A. 2014

**m) Les patientes qui ont bénéficié d'examen paraclinique**

*L'examen paraclinique permet de confirmer ou de voir l'extension de la maladie.*

**Tableau 13** : répartition d'examen paraclinique

Paracliniques	Effectifs	Proportions (%)
---------------	-----------	-----------------



Oui	28	100,0
Non	0	0,0

Source : Elie A. 2014

100% (28/28) des patientes ont bénéficié d'un examen paraclinique. En peut en conclure que cet examen occupe une place importante dans la prise en charge.

## I.2. Résultats des questionnaires adressés au personnel

### I.2.1. Analyse des opportunités, des menaces, des forces et faiblesses de la clinique des mamelles

La FFOM (force, faiblesse, opportunité et menace) est un outil de la planification stratégique. Nous avons utilisé cet outil en administrant des questionnaires au personnel de la clinique pour connaître d'une part les forces et faiblesses internes de la clinique et d'autre part les opportunités et menaces liées à l'environnement.

**Tableau 14 : FFOM**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La réputation du chirurgien</li> <li>▪ La maîtrise des paramètres de la maladie par les personnels de la clinique</li> <li>▪ La rapidité du diagnostic</li> <li>▪ La rapidité de la prise en charge</li> <li>▪ La qualité de la prise en charge</li> <li>▪ Le dépistage et traitement des lésions précancéreuses</li> <li>▪ Le respect des horaires du travail</li> <li>▪ La propreté de la clinique</li> <li>▪ Les relations entre les personnels de la clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible management</li> <li>▪ Absence de radiothérapie sur place</li> <li>▪ Absence d'imagerie sur place</li> <li>▪ Une longue attente</li> <li>▪ Absence de prise en charge psychologique par un psychologue.</li> <li>▪ Mauvaise d'hygiène au niveau de la cuisine</li> <li>▪ Bâtiment délabré</li> <li>▪ Absence d'équipement dans la salle d'attente</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le personnel qualifié</li> <li>▪ L'équipement</li> <li>▪ Le suivi des patientes</li> <li>▪ Un bon accueil</li> <li>▪ Spécialisé dans le domaine du cancer</li> <li>▪ Taux de rémission élevé</li> <li>▪ les médecins de garde sont des CES</li> <li>▪ L'un des services les plus réputés au Sénégal par sa spécialisation</li> </ul>	
<p><b>OPPORTUNITES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grand besoin de soin pour le cancer</li> <li>▪ Situation géographique de la clinique</li> <li>▪ L'assurance des patientes</li> <li>▪ Cliniques fréquentées par des nantis</li> </ul>	<p><b>MENACES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Découverte tardive d'une lésion grave</li> <li>▪ Les métastases du cancer</li> <li>▪ La résistance au traitement</li> <li>▪ Récidive du cancer</li> <li>▪ Découverte tardive et retard de diagnostic</li> <li>▪ Absence de traitement</li> <li>▪ Complication de la chimiothérapie</li> <li>▪ Rupture thérapeutique</li> <li>▪ Coût élevé</li> </ul>

Source : Elie A. 2014

### ❖ IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET PRIORISATION

A la suite de l'analyse situationnelle, de nos entretiens et de nos observations à la clinique des mamelles, les problèmes suivants ont été priorisés et hiérarchisés par le personnel.

- Découverte tardive et retard de diagnostic

- Absence d'examen paraclinique sur place
- Absence de radiothérapie sur place
- Une longue durée d'attente
- Absence de prise en charge psychologique par un psychologue.
- Coût élevé
- Absence d'équipement dans la salle d'attente
- Faible management
- Mauvaise d'hygiène au niveau de la cuisine

Les critères d'hierarchisation des différents problèmes à résoudre sont au nombre de quatre que sont :

- Critère 1 : importance du problème  
Pondération : très important 3 ; important 2 ; peu important 1
- Critère 2 : fréquence du problème  
Pondération : très fréquent 3 ; fréquent 2 ; peu fréquent 1
- Critère 3 : existence de solution efficace au problème  
Pondération : solution très difficile 3 ; difficile 2 ; peu difficile 1
- Critère 4 : disponibilité des ressources pour la résolution du problème  
Pondération : coût élevé 3 ; coût moyen 2 ; coût faible 1

**Tableau 15** : Hierarchisation des problèmes selon les critères retenus

Problèmes	Critères				scores	rangs
	Importances	Fréquences	Existence de solutions	Disponibilité des ressources		
Absence de radiothérapie sur place	3	2	2	3	10	3 <sup>ème</sup>
Absence d'examen paraclinique sur place	3	3	2	3	11	2 <sup>ème</sup>

Une longue durée d'attente	3	3	2	1	9	4 <sup>ème</sup>
Absence de prise en charge psychologique par un psychologue	2	2	2	2	8	5 <sup>ème</sup>
Découverte tardive et retard de diagnostic	3	3	3	3	12	1 <sup>er</sup>
Absence d'équipement dans la salle d'attente	1	1	2	2	6	7 <sup>ème</sup>
Coût élevé	3	2	1	1	7	6 <sup>ème</sup>
Mauvaise d'hygiène au niveau de la cuisine	1	1	1	1	4	9 <sup>ème</sup>
Faible management	2	1	1	1	5	8 <sup>ème</sup>

Source : Elie A. 2014

### ❖ Analyses des résultats des problèmes hiérarchisés

L'enquête auprès du personnel de la clinique des mamelles a permis d'énumérer d'une part les forces et faiblesses internes de la clinique et d'autre part les opportunités et menaces liées à l'environnement.

Après le processus de priorisation et d'hiérarchisation des problèmes, la découverte tardive et retard de diagnostic qui enregistre le score le plus élevé sera l'objet de notre étude dans la contribution de l'amélioration de la prise en charge des patientes atteintes du cancer du col utérin à la clinique des mamelles.

Les autres problèmes sont plus de l'environnement interne que la clinique peut améliorer par le management.

❖ *Determination/ analyse des causes*

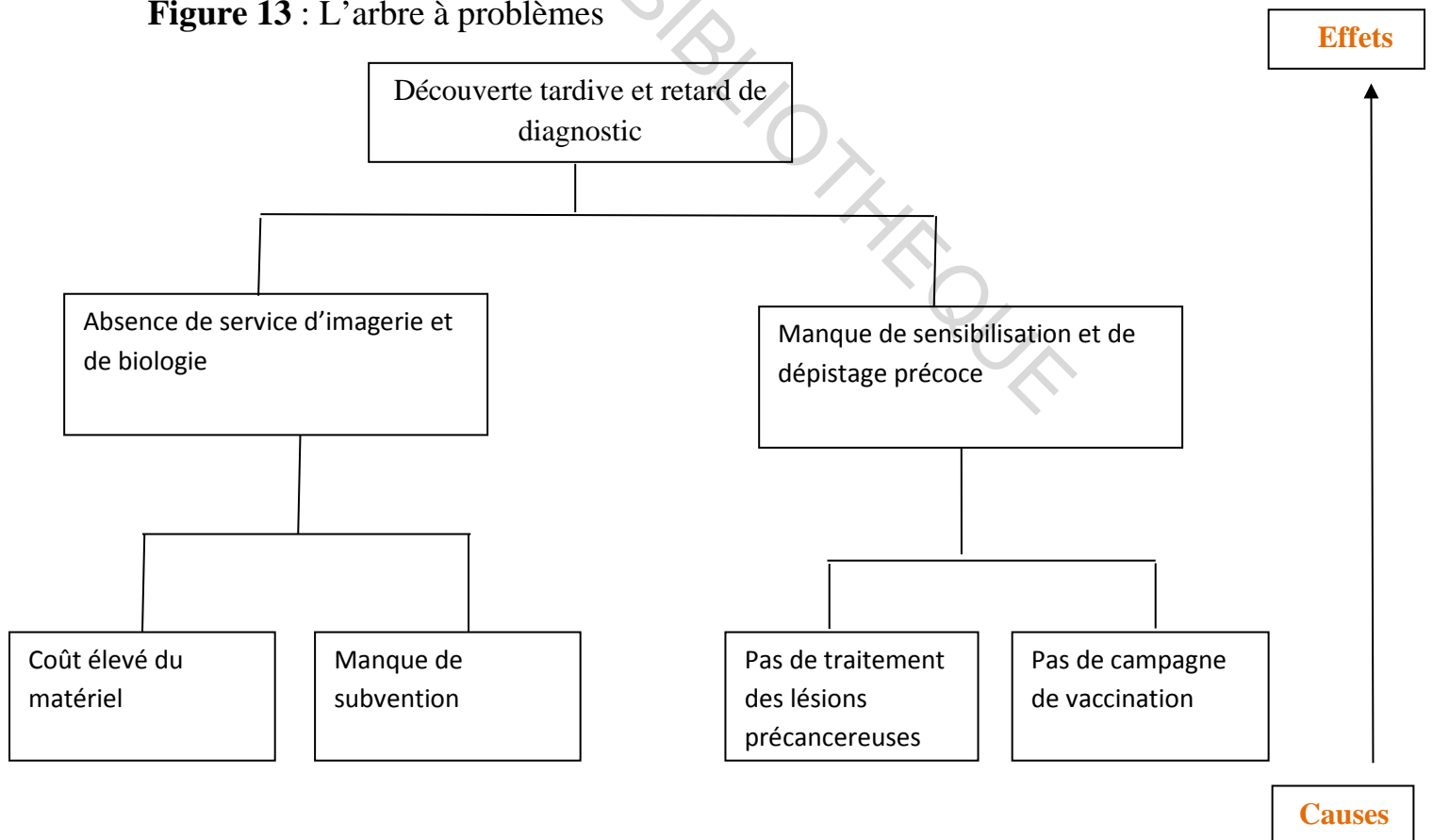
➤ Présentation des outils

La cause de problème primordial (découverte tardive et retard de diagnostic) recensée va être analysée à l'aide des outils de résolution de problème. Cette cause est déterminée à partir des résultats des questionnaires administrés aux personnels de la clinique et de son importance dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

Parmi ces outils nous pouvons citer :

Le diagramme à Arbre qui va nous permettre d'identifier les causes potentielles du problème.

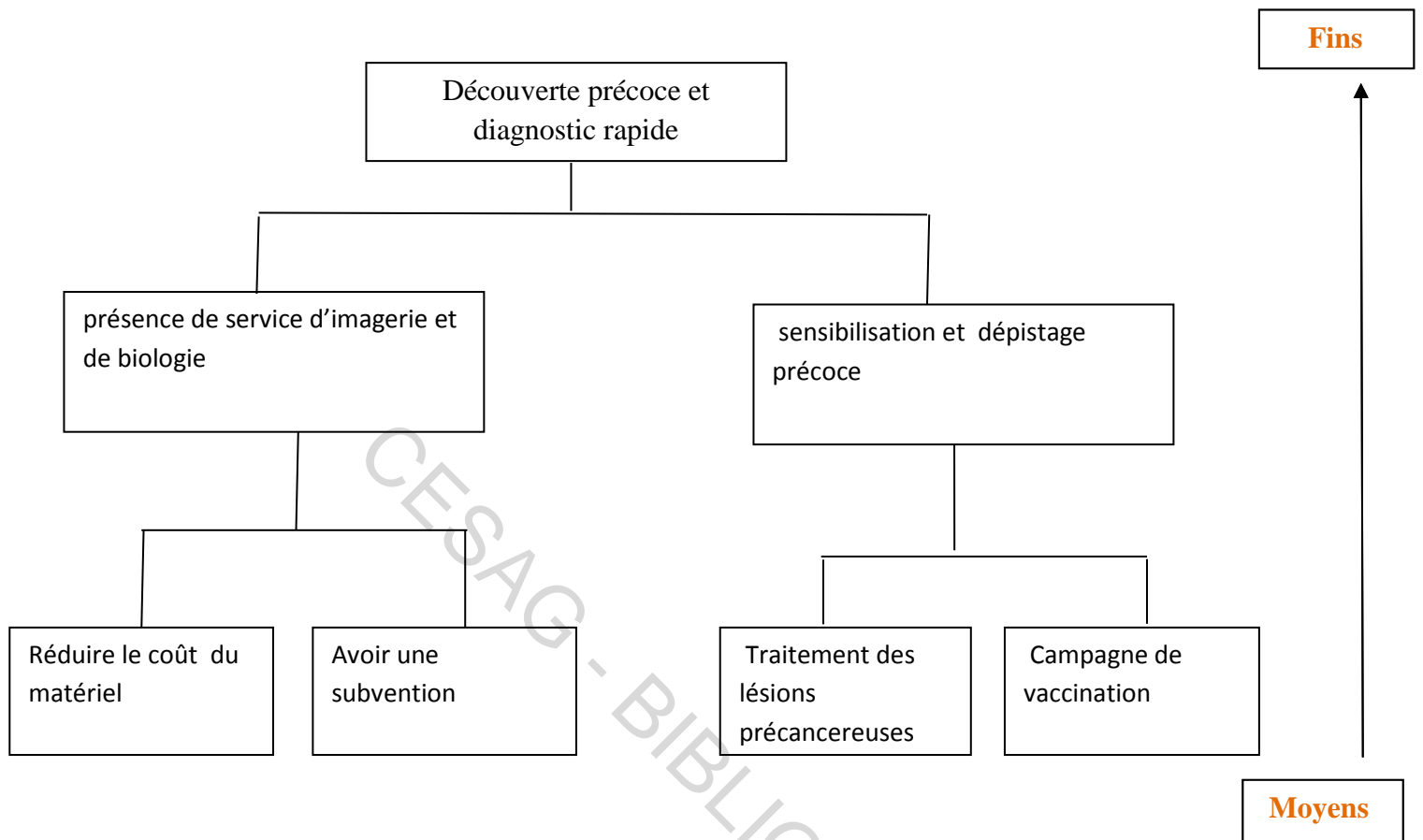
**Figure 13** : L'arbre à problèmes



Source : Elie A. 2014

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Figure 14** : L'arbre à objectifs



Source : Elie A. 2014

## **Chapitre II : Recommandations**

Au regard des résultats obtenus de l'étude, nous formulons des recommandations qui sont destinées au Directeur de la clinique, et aux autorités étatiques allant dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des femmes atteintes du cancer du col.

### **➤ *Au de service de la oncologie***

- Avoir une bonne coordination,
- planifier les réunions de concertations pluridisciplinaires
- former le personnel aux techniques de communication et de conseil,
- acquérir un service d'examen paraclinique (imagerie et de biologie)
- acquérir un appareil de radiothérapie
- produire un référentiel de prise en charge des cancers du col.
- Renforcer le dispositif de formation initiale en oncologies afin d'augmenter le nombre de potentiel de médecins pour prendre en charge le cancer.

### **➤ *A l'endroit de la direction***

- Améliorer les bâtiments de la clinique.
- Améliorer la condition d'accueil
- Réduire la durée d'attente
- Faciliter l'accès aux soins aux malades cancéreux en recherchant des partenaires pour le financement des matériels
- Informatiser la clinique pour avoir des statistiques fiables



➤ *Aux autorités sanitaires du Sénégal*

- Le cancer du col de l'utérus est devenu un fardeau pour le Sénégal ; nous pensons qu'il faut une lutte acharnée contre cette maladie à l'instar de celle du VIH/SIDA et du paludisme
- Construire et équiper d'un nouveau centre de référence de lutte contre le cancer ;
- Créer des centres secondaires de dépistage et de diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus ;
- Offrir des bourses de formation à la spécialisation de cancérologie ;
- Favoriser l'accessibilité aux anticancéreux dans les quatorze régions du Sénégal par la subvention des anticancéreux ;
- Mettre en place d'un système de surveillance épidémiologique du cancer ;
- Mettre en place un programme de formation du personnel médical et paramédical indispensable ;
- Promouvoir la recherche scientifique dans le domaine du cancer.
- Introduire dans le cursus scolaire des thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque (Tabac, obésité.....) ;
- Promouvoir la vaccination des jeunes filles contre le virus responsable du cancer du col de l'utérus appelé papillomavirus.

## CONCLUSION

Malgré le nombre important des femmes souffrant du cancer du col de l'utérus et le nombre qui succombe aux suites de cette affection, Il s'agit pourtant d'une maladie qui peut être prévenue et qui, quand elle est dépistée à temps, peut être guérie. Le fait qu'un vaccin soit maintenant disponible a donné lieu à un espoir. Les jeunes filles sont dès à présent protégées contre le virus qui cause la plupart de ces cancers.

Maintenant, le défi est de veiller à ce que, partout dans le monde, les femmes aient accès à ce vaccin. Un vaccin est un moyen technique excellent, mais il faut plus pour faire réussir la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Une condition importante est que toutes et tous soient conscients des dangers de cette maladie, que chacun sache clairement comment elle se développe, comment on peut la prévenir et la guérir. La nécessité du dépistage précoce doit également être soulignée.

Toutes les femmes, jeunes et moins jeunes, doivent subir régulièrement un contrôle gynécologique. Même si cette technique a ses limites, elle est reconnue comme le meilleur moyen de dépister de façon précoce le cancer du col.

En outre, il faut insister sur l'importance d'intégrer la psycho-oncologie dans le traitement. Lors de mes contacts avec les femmes atteintes du cancer du col, j'ai pu constater qu'une grande solitude règne souvent dans leur vie. Même si la famille, les amis, les voisins sont activement présents, c'est la femme et elle seule qui doit combattre la maladie. Les conséquences psychologiques sont loin d'être négligeables : dépression, anxiété, angoisse, fatigue parfois non reconnue par l'entourage déterminent le processus de guérison. Un accompagnement psychosocial de qualité qui fait partie intégrante des soins oncologiques me semble indispensable. La femme est aujourd'hui mieux informée et redevient maîtresse de son corps ; ainsi peut-elle faire des choix éclairés. De bons rapports entre les patientes d'un côté et leur médecin et soignants de l'autre s'inscrivent

dans une approche globale et pluridisciplinaire. La dimension relationnelle des soins devrait faire aujourd'hui l'objet d'une prise en charge plus professionnelle. La sensibilisation à cette maladie doit être au coeur des actions de prévention. Cette sensibilisation cadre idéalement dans une éducation plus générale portant sur la santé et la maladie. En fait, l'éducation est également un vaccin, un vaccin social. Une conscientisation à un mode de vie sain, à une alimentation équilibrée, à l'exercice physique, à l'hygiène corporelle et mentale est aussi importante.

L'Etat et tous ses partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé et la prévention médicale doivent veiller à garantir l'accès au vaccin et au dépistage pour chaque jeune femme, afin de contrer la maladie et de prévenir tant de décès. Ils doivent rendre accessibles les anticancéreux afin de permettre un traitement efficace.

Les chercheurs se sont focalisés sur les maladies transmissibles et les pathologies aiguës, longtemps considérées comme prioritaires en termes de santé publique. Avec la transition épidémiologique, la fréquence observée des maladies liées aux conditions environnementales et au style de vie et particulièrement celle des cancers est en augmentation.

Les facteurs de risque ainsi que les dimensions sociales et culturelles doivent être mieux connus si l'on veut améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1-Agence Nationale de la Démographie et de la statistique,(2009)** « Situation économique et sociale du Sénégal ».
- 2-Ahmadou DEM et al, (2008)** « Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Volume 18, Numéro 1, 25-9, Janvier-Février-Mars 2008, Étude originale ».
- 3-Document Vue d'ensemble des traitements du cancer du col de l'utérus et des soins palliatifs** page Quatrième Partie 218-230
- 4-Jacques Ferlay et al, GLOBOCAN (2002)** « Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide». IARC Cancer Base n° 5, version 2.0 (Lyon, France: IARC, 2004).
- 5-Jacques Ferlay et al., GLOBOCAN 2002.** « Les taux d'incidence sont ajustés pour tenir compte des différences de structure d'âge entre les pays » .
- 6-Kristin Davis et al., (2004)** « Human Papilloma virus Vaccine Acceptability Among Parents of 10-to-15-Year-Old Adolescents », Journal of Lower Genital Track Disease 8, n° 3 : 188-94.
- 7-OMS, (2010).** « Le cancer du col de l'utérus dans la région Africaine de l'OMS » : Situation actuelle et perspectives.
- 8-Plan d'action 2013 Inca,** 57 pages : page 20-24.
- 9-Prévention du cancer du col de l'utérus avec le test care HPV,** faire du Sénégal un modèle pour l'Afrique.
- 10-QIAO Coll,** A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural china. Lancet Oncol. 2008 oct 9 (10):929-36.
- 11-Sankaranarayan et al, (2001)** « Programme efficaces de dépistage du cancer du col dans les pays en voie de développement à revenu faible ou moyen » : Bulletin of world health Organisation 79(10), page 954-970

**12-Séminaire de chirurgie gynécologique** : Oncologie mammaire et pelvienne (niveau 2) Dakar/ Sénégal du 6 au 10 juin 2011 « Vers la réduction de la mortalité Maternelle et Infantile », 10 pages page 2-6.

**13-Stratégies de l'ACCP, (aout 2004)** « Soutenir les femmes atteintes d'un cancer du col utérin : Prévention du cancer du col utérin Revues détaillées N° 2

**14-The American College of Obstetricians and Gynecologists, (2004)** « ACOG Statement of Policy: Cervical Cancer Prevention in Low Resource Settings », American Journal of Obstetrics & Gynecology 103, n°3: 607-9.

**15-Woto et al, (1996).** « Le dépistage cytologique des cancers du col de l'utérus en Afrique noire : Quelles perspectives ? » : Bull cancer

**16-W. Steward and Paul Kleihues,(2005)** "Cancers in the world", IARC PRESS, Lyon 2005.

CFRSAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXES

### QUESTIONNAIRES ADMINISTRES AUX FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

**Identifiant :**

**Age :**

**Profession :** libérale ménagère, commercante, autres

**Téléphone :**

**Nationalité :** Sénégalaise, autres

**Niveau d'instruction :** primaire, secondaire, supérieur, non instruit

**Statut matrimonial :** mariée, célibataire, veuve, divorcée

**Condition d'annonce de la maladie :** satisfaisante, acceptable, mauvaise, autres

**Circonstance de dépistage :** saignement, douleur pelvienne, dépistage

**Peur de la maladie :** oui, non

**Appréciation du personnel d'accueil :** satisfaisante, acceptable, mauvaise, autres

**Durée d'attente :** bonne, mauvaise, acceptable, autres

**Appréciation du coût :** acceptable, élevé

**Type de paiement :** assuré, non assuré

**Chimiothérapie** : post opératoire, pré opératoire, non

**Radiothérapie** : post opératoire, pré opératoire, non

**Examen paraclinique** : oui, non

**Psychothérapie** : oui, non

## **QUESTIONNAIRES ADMINISTRES AUX PERSONNELS DE LA CLINIQUE DES MAMELLES**

**Citer les forces de la clinique des mamelles et les classées dans l'ordre croissant**

**Citer les faiblesses de la clinique des mamelles et les classées dans l'ordre croissant**

**Citer les opportunités de la clinique des mamelles et les classées dans l'ordre croissant**

**Citer les menaces de la cliniques des mamelles et les classées dans l'ordre croissant**

## **RESUME**

**Objectifs : le but de cette étude est de :**

- **Evaluer les connaissances des femmes sur la maladie**
- **Analyser la disponibilité et l'utilisation des services offerts pour le traitement du cancer du col utérin**
- **Identifier les dysfonctionnements liés à la prise en charge du cancer du col utérin**
- **Formuler des recommandations possibles à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes éventuels identifiés.**

**Matériel et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective de 28 cas de cancers du col utérin, survenus chez les femmes de colligés à la clinique des mamelles de Dakar entre le mois d'octobre 2012 au mois d'octobre 2013 et du personnel qui intervient directement dans la prise en charge.

L'étude a relevé des problèmes liés à la prise en charge de cette maladie qui nous ont permis de faire un arbre des problèmes, un arbre des objectifs et de formuler des recommandations.