



Mise en œuvre des éléments essentiels des programmes

La troisième partie du manuel détaille la mise en œuvre des éléments essentiels des programmes de prévention du cancer du col, de façon à assurer aux femmes admissibles le meilleur accès à des services de dépistage et de traitement de qualité.

Le chapitre 6 décrit les différentes approches pour assurer la disponibilité des services de dépistage et de traitement, mettre en place et entretenir des structures faciles d'accès pour les femmes, et tisser et maintenir des liens réels entre la collectivité, les laboratoires, les établissements de soins spécialisés, les autres services et secteurs de santé et les centres de traitement des données. On trouvera en annexe une liste illustrée des équipements et des fournitures nécessaires.

Le chapitre 7 contient des indications sur diverses stratégies permettant d'atteindre les femmes admissibles, de conseiller celles qui demandent un service de prévention, de protéger leurs droits et d'améliorer leur perception de la qualité des soins.

Le chapitre 8 introduit les concepts fondamentaux de formation suivie de tutorat pour atteindre une qualité de soin conforme aux standards. Il donne également des indications sur la façon d'instaurer et de maintenir durablement les systèmes de formation. Les principes énoncés s'appliquent à toutes les approches et à toutes les méthodes de dépistage et de traitement du cancer du col.

Le chapitre 9 décrit comment contrôler la performance des programmes et assurer la qualité globale des soins. Il fournit des informations sur les indicateurs des programmes, les systèmes d'information de santé (SIS) et les outils quantitatifs. Il suggère des mesures correctives pour améliorer la performance des programmes.

Prestation des soins et renforcement des liens

Sommaire

Messages clés	83
Introduction	83
Rôle de l'équipe d'encadrement	84
Disponibilité des services de prévention du cancer du col	84
Les différents aspects des services	
Personnel médical	
Organisation et pérennisation des structures	
Accès aux services de prévention du cancer du col	91
Visite unique contre visites multiples	
Services verticaux (non intégrés) contre services intégrés	
Services fixes contre services itinérants	
Création et maintien des réseaux de prise en charge	101
Orientation des patientes	
Réseaux de prise en charge	
Organisation et pérennisation des réseaux	
Autres liens	
Conclusion	109
Bibliographie complémentaire	109
Annexe 6.1. Equipement et fournitures	110
Annexe 6.2. Capacité des réservoirs de gaz réfrigérant et nombre d'actes de cryothérapie	118
Annexe 6.3. Check-list pour l'organisation des services itinérants	120
Annexe 6.4. Exemples d'équipement	122

Messages clés

- Les services de prévention du cancer du col englobent le conseil, les tests de dépistage (avec ou sans test diagnostique) et le traitement des lésions précancéreuses chez les femmes dont le test est positif. Ils peuvent être dispensés par différents personnels de santé—médecins et non médecins—sous réserve qu'ils aient reçu une formation assurant leur compétence.
- Plus le nombre de visites nécessaires au dépistage, au traitement et au suivi est réduit, plus les programmes sont efficaces.
- Dans les régions reculées, on améliore l'accès à la prévention en couplant services de santé fixes et itinérants.
- Pour garantir la continuité des soins dans le cadre des programmes de prévention, il faut établir de bons réseaux de prise en charge et tisser des liens avec la communauté et tous les services nécessaires.
- Il est indispensable d'assurer la régularité et la fiabilité des services. Il faut éviter que l'absence de personnel, le manque de fournitures et le mauvais état de marche des équipements, ou encore les délais d'obtention des résultats de laboratoire, empêchent d'accueillir les femmes qui se présentent.

Introduction

L'efficacité des programmes de prévention repose sur leur capacité à dépister un grand nombre de femmes admissibles et à traiter celles qui présentent des lésions précancéreuses du col. Plusieurs facteurs importants peuvent limiter l'impact des services de prévention. Ainsi, il n'y a pas toujours de services de dépistage ou, quand il y en a, ils sont inaccessibles, sous-utilisés, ou peu fiables. De plus, les traitements simples et efficaces des lésions précancéreuses—par exemple en ambulatoire—ne sont pas toujours disponibles ou accessibles, ou sont mal intégrés aux services de dépistage. On a alors fréquemment recours à des méthodes plus agressives et souvent inappropriées (conisation à froid ou hystérectomie), qui nécessitent une hospitalisation et risquent d'entraîner des complications et une augmentation des coûts.

De plus, beaucoup de femmes dont le test de dépistage est positif et qui auraient besoin d'être soignées, ne reviennent pas pour les traitements. Ce taux de «perdus de vue», qui peut atteindre jusqu'à 80%, compromet fortement l'efficacité des programmes (EngenderHealth et al. 2003a, Gage et al. 2003). Les patientes ne se présentent pas aux visites de contrôle et de traitement pour plusieurs raisons : manque de conseils appropriés, mauvaise expérience dans l'établissement, longs délais d'obtention des résultats des tests ou éloignement des centres de traitement. Les programmes manquent souvent de systèmes efficaces permettant de repérer ces femmes pour les contacter et les inviter à revenir se présenter aux consultations de traitement et de contrôle. Enfin, l'absence de fournitures et de matériel en état de marche peut empêcher d'accueillir les femmes qui se présentent.

Ce chapitre propose des conseils pour la prévention et le traitement du cancer du col, en tenant compte des obstacles mentionnés ci-dessus. Il est divisé en trois parties. La première concerne la mise en place des services de dépistage et de traitement. La suivante couvre le choix de leur structure, qui conditionne leur accessibilité. Enfin,

la dernière partie aborde la création et le maintien de liens réels entre la collectivité, les laboratoires, les établissements spécialisés, les autres services de santé et secteurs médicaux et les centres de traitement des données.

Rôle de l'équipe d'encadrement

L'équipe d'encadrement a pour mission de concevoir et mettre en place des services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col :

- Adaptés, sûrs, efficaces, bien acceptés et accessibles aux femmes admissibles quand elles en ont besoin.
- Bien coordonnés entre eux et avec la collectivité, les services cliniques, les services de laboratoire et les autres services et secteurs de santé.
- Répondant aux besoins des femmes, en s'appuyant sur une approche holistique et en garantissant la continuité des soins, tout en préservant les droits des utilisatrices à l'intimité, à la dignité et à la confidentialité.
- Offerts en permanence grâce à la présence de personnel qualifié et à la disponibilité de matériel et d'équipements en état de marche.

Ce chapitre vise à aider les équipes d'encadrement à élaborer différentes stratégies de prévention du cancer du col. Il traite des différentes méthodes de dépistage par cytologie, test ADN-VPH, tests visuels (inspection visuelle avec l'acide acétique [IVA] ou avec le soluté de Lugol [IVL]) ainsi que des méthodes de diagnostic (colposcopie avec ou sans biopsie) et de traitement des lésions précancéreuses (cryothérapie ou résection à l'anse diathermique [RAD]).

Disponibilité des services de prévention du cancer du col

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. Se reporter au Chapitre 1 pour plus de détails sur les différentes méthodes de dépistage et de traitement.

Les différents aspects des services

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.

Dépistage

Les femmes du groupe d'âge cible devront subir un dépistage selon la méthode et la fréquence définies au niveau national. Après avoir procédé à l'entretien et enregistré les antécédents de la patiente, l'agent de santé procédera au test de dépistage et notera les observations intéressantes. C'est lui qui détermine si le test est positif ou négatif, quand il s'agit d'un dépistage par inspection visuelle. En revanche, quand le dépistage fait appel à la cytologie ou au test de recherche de l'ADN du VPH, l'agent de santé se contente de prélever l'échantillon à tester, de l'étiqueter et de remplir les formulaires appropriés qui seront envoyés avec l'échantillon au laboratoire d'analyse. La prise en charge des femmes dont le test est positif dépendra ensuite des résultats du dépistage et de l'approche choisie pour la prise en charge : classique, intermédiaire ou dépister-traiter (Figures 6.1 et 6.2, Tableau 6.2.). Les choix stratégiques des méthodes de dépistage et des types de prise en charge, ainsi que l'infrastructure disponible, déterminent les éléments indispensables au dépistage dans un contexte donné.



Les femmes appartenant au groupe d'âge cible doivent subir un dépistage conformément à la politique nationale.

Femmes dont le test est négatif

Le test est négatif chez la majorité des femmes bénéficiant d'un dépistage, mais il faut tout de même les informer des résultats. Il faut également informer celles dont le test de diagnostic/confirmation est négatif. Dans les pays qui appliquent une politique de dépistage répété périodiquement, on conseillera aux femmes dont le test est négatif de revenir dans un délai raisonnable.

Services de laboratoire

Pour la cytologie et les tests ADN-VPH, les échantillons doivent être envoyés au laboratoire, ce qui multiplie les étapes : étiquetage et emballage de l'échantillon à tester, transport au laboratoire, traitement et analyse, rédaction du compte-rendu des résultats et enfin, communication des résultats à la structure de soins.

Quand on a recours au laboratoire, il est important de s'assurer que :

- Les échantillons à tester sont bien étiquetés et emballés.
- Le transport des échantillons et la transmission des résultats sont organisés et coordonnés. Le personnel soignant et le personnel de laboratoire peuvent ainsi collaborer pour mettre en place et maintenir des systèmes de transport adaptés. Par exemple, à jours fixes dans la semaine, une personne est désignée pour distribuer les comptes-rendus de laboratoire de la semaine ou des quinze jours précédents, rassembler les échantillons emballés prêts à être enlevés et les apporter au laboratoire.
- Les formulaires standards de demande et de compte-rendu d'analyse ont bien été établis et sont disponibles dans les établissements.

Pour tout renseignement concernant l'organisation des services de laboratoire de cytologie, se reporter aux publications de l'OMS (1988) et de l'OMS/PAHO (2001), qui figurent dans la bibliographie complémentaire en fin de chapitre.

Traitement

Indépendamment du test utilisé, le dépistage doit être associé au traitement, afin d'assurer l'efficacité du programme. Pour le traitement des lésions précancéreuses, il est de loin préférable d'utiliser des méthodes ambulatoires, comme la cryothérapie et la RAD. La sélection des femmes nécessitant un traitement dépend de la méthode de dépistage et des options de traitement disponibles :

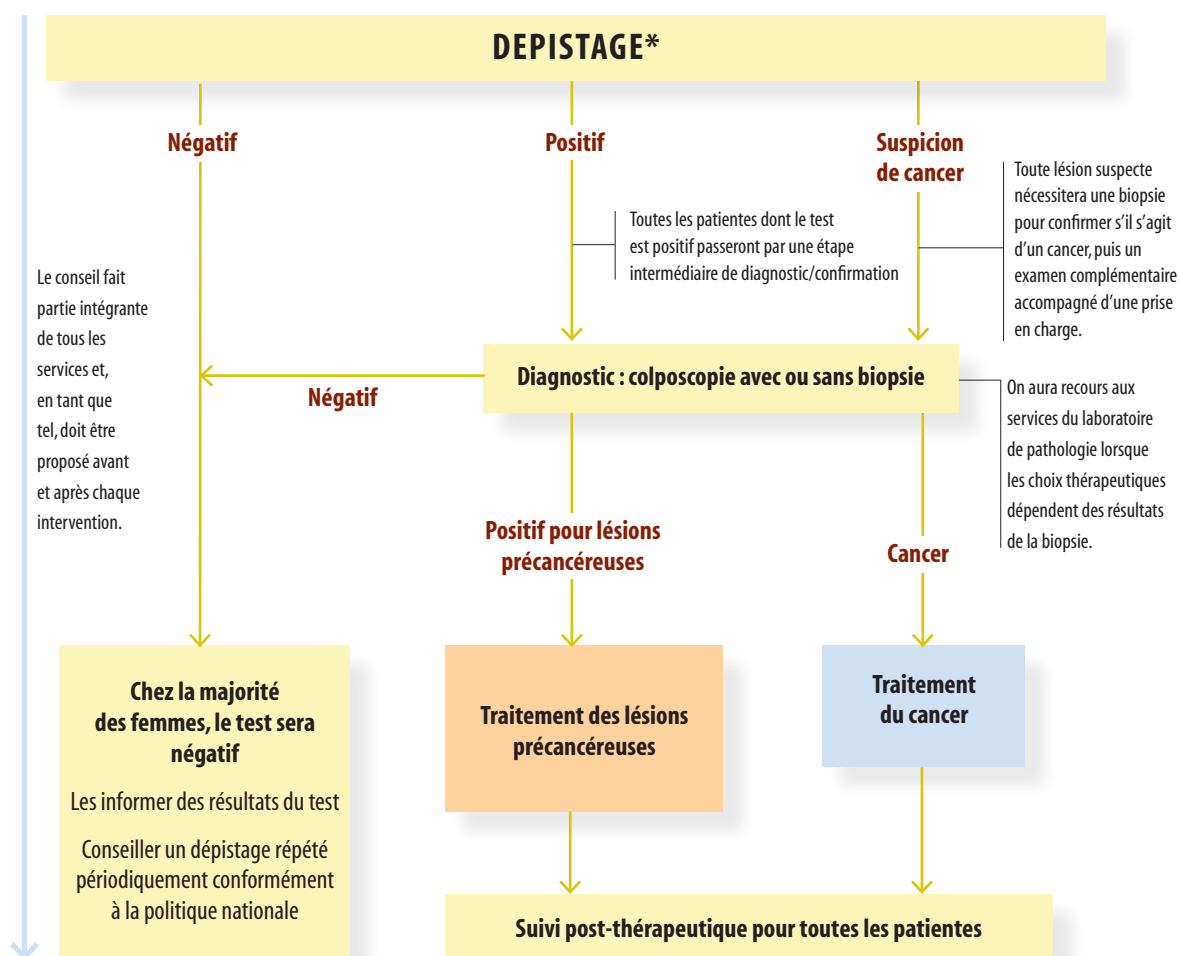
- *Approches classique et intermédiaire.* Le suivi des patientes dont le test de dépistage est positif débute par une étape diagnostique. En effet, dans le cadre de l'approche classique, la décision de traiter dépend des résultats de la biopsie réalisée sous contrôle colposcopique. Dans l'approche intermédiaire, cette décision dépend directement des résultats de la colposcopie sans passer par la biopsie. Cette approche intermédiaire peut cependant comporter une étape supplémentaire de confirmation post-traitement (par exemple, l'analyse histopathologique post-thérapeutique d'une biopsie prélevée sous contrôle colposcopique avant le traitement). La Figure 6.1 présente les différentes étapes des approches classique et intermédiaire.
- *Approche dépister-traiter.* Les patientes dont le test de dépistage est positif sont aussitôt traitées, généralement par cryothérapie, sans passer par l'étape diagnostique. (La Figure 6.2 illustre les différentes étapes.) Pour les patientes dont les lésions ne peuvent pas être traitées par cryothérapie, on demande un examen complémentaire et un traitement.

Ces différentes stratégies ont des conséquences sur le nombre de consultations nécessaires (voir p. 91).

Femmes chez qui on soupçonne un cancer

Quelle que soit l'approche utilisée, classique, intermédiaire ou dépister-traiter, les femmes chez qui on soupçonne un cancer du col doivent subir des examens complémentaires et un traitement approprié.

FIGURE 6.1. Etapes des programmes de prévention et de traitement du cancer du col : approches classique et intermédiaire



*La cytologie et les tests ADN-VPH nécessitent des services de laboratoire.

Suivi post-traitement

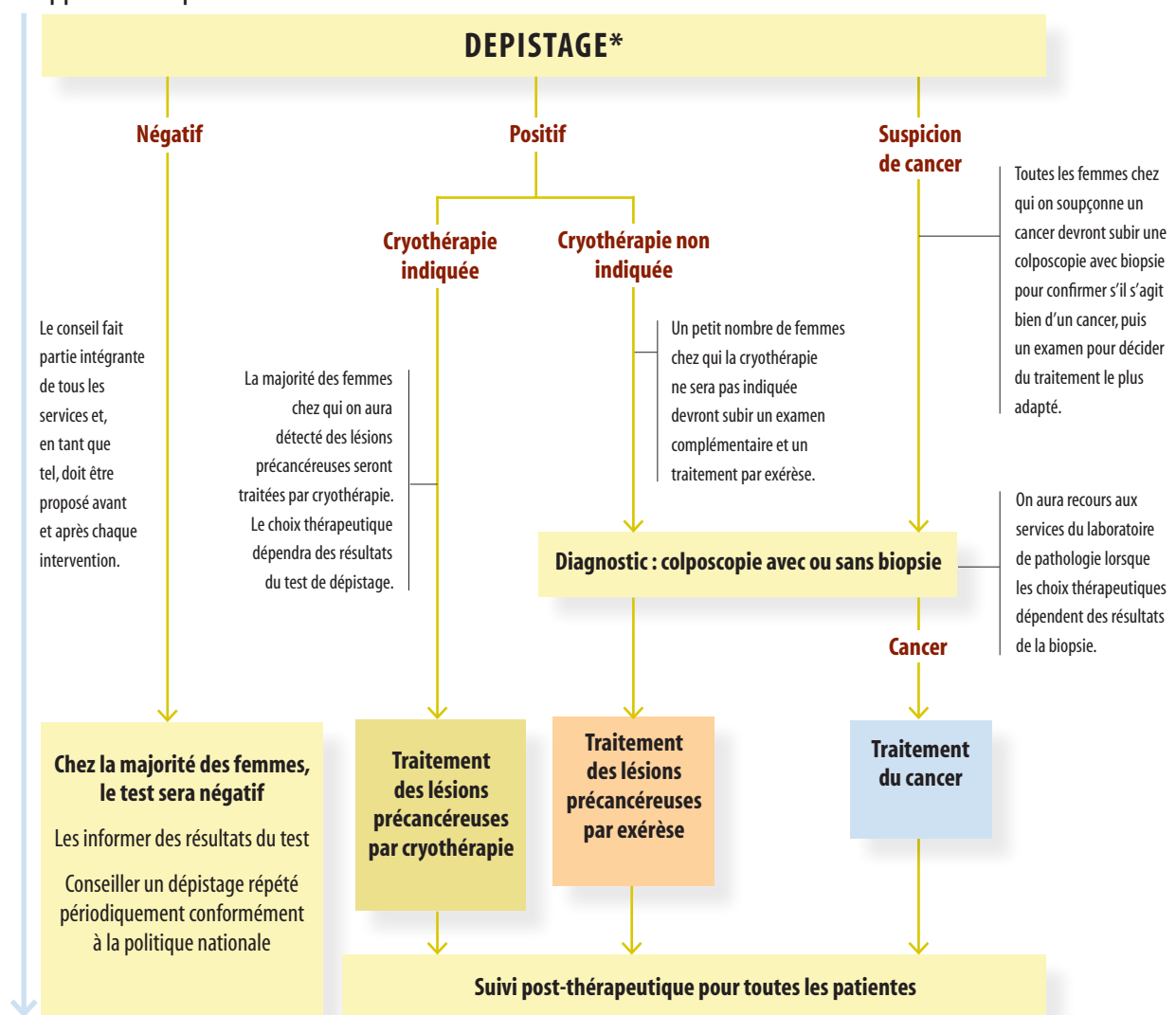
Toutes les femmes traitées pour des lésions précancéreuses doivent bénéficier d'un suivi pour confirmer leur guérison. Il est conseillé de le faire dans un délai minimum d'un an après le traitement. Si elles le souhaitent, les patientes peuvent revenir plus tôt pour une visite de soutien facultative. Dans la mesure du possible, elles devront être suivies chaque année pendant cinq ans. Il est recommandé de répéter le test de dépistage ou de confirmation à chaque visite de contrôle annuelle.

Toutes les femmes traitées pour un cancer doivent bénéficier d'un suivi post-thérapeutique selon le protocole établi (voir Chapitre 10.)

Prévention des infections

Comme pour tout autre service clinique, la prévention des infections fait partie intégrante des services de prévention du cancer du col. En fin de chapitre, la bibliographie complémentaire présente quelques sources d'information à ce sujet.

FIGURE 6.2. Etapes des programmes de prévention et de traitement du cancer du col : approche «dépister-traiter»



* La cytologie et les tests ADN-VPV nécessitent des services de laboratoire.

Personnel médical

Le dépistage et le traitement peuvent être dispensés par différents personnels de santé—médecins et non médecins—sous réserve qu'ils aient reçu une formation assurant leur compétence. Le choix du personnel habilité à pratiquer telle ou telle méthode spécifique s'appuie sur les normes et réglementations nationales. Bien entendu, cette décision doit être prise en concertation avec les organisations professionnelles du pays. Dans le cadre de ces directives, l'équipe d'encadrement doit parfaitement définir les rôles et responsabilités du personnel et veiller à ce que celui-ci soit bien formé (voir Chapitre 9). Le Tableau 6.1 donne la liste du personnel médical qui peut être habilité à effectuer le dépistage et les traitements appropriés dans le cadre des programmes de prévention du cancer du col.

TABEAU 6.1. Personnel habilité à effectuer le dépistage et les traitements dans le cadre des programmes de prévention du cancer du col

Services	Personnel médical potentiellement compétent
Dépistage (cytologie,* test ADN-VPH,* test visuel)	Médecins (généralistes, gynécologues) et non médecins (infirmières, sages-femmes, infirmières de famille, assistants cliniques, agents de santé des soins primaires)
Cryothérapie	Médecins (généralistes, gynécologues) et non médecins (infirmières, sages-femmes, infirmières de famille, assistants cliniques, agents de santé des soins primaires)
Colposcopie et biopsie*	Médecins (généralistes, pathologistes, gynécologues) et non médecins (infirmières, sages-femmes)
RAD	Médecins généralistes ou gynécologues
Conisation à froid (sous anesthésie générale ou locale)	Gynécologues

*La cytologie, le test ADN-VPH et l'histologie (analyse des biopsies) nécessiteront un personnel de laboratoire compétent pour le traitement des échantillons.

Tout le personnel qui assure l'examen des patientes, le dépistage et le traitement, doit être formé aux techniques de communication usager-prestataire, y compris le conseil. Quand c'est possible, la participation d'un conseiller peut s'avérer très utile au programme. Les règles de prévention des infections s'imposent à tous. Tous ceux qui ont reçu une formation doivent être capables d'assurer la désinfection du matériel et des équipements utilisés.

Organisation et pérennisation des structures

Il faut que les services de dépistage et de traitement soient proposés régulièrement, à jours fixes. Une fois définis, les horaires d'ouverture doivent être affichés bien en évidence sur les panneaux d'information de l'établissement de soins et mentionnés lors des campagnes d'information. Pour que les femmes qui travaillent puissent accéder aux services, il est parfois nécessaire d'aménager les horaires en ouvrant le samedi ou plus tard certains soirs de semaine. Par ailleurs, il faut organiser l'enregistrement des patientes de façon à réduire les temps d'attente.

Les salles d'examen doivent être dotées d'un équipement en état de marche et disposer de tout le matériel nécessaire à la réalisation du service proposé. Par conséquent, sur chaque site, l'équipe d'encadrement devra identifier une personne chargée de veiller à ce que les équipements et le matériel nécessaires soient toujours disponibles. Cette personne sera responsable de la gestion des stocks et de la surveillance des appareils. Elle devra également s'assurer que le réapprovisionnement et les réparations sont faits à temps et de façon régulière.

Dans la plupart des systèmes de santé, les hôpitaux et les centres de soins emploient au moins une personne à la maintenance de l'équipement. Cette formule est d'autant plus efficace que ces employés sont formés pour entretenir les appareils et veiller à ce qu'ils soient réparés (sur place ou à l'extérieur). L'entretien d'un équipement onéreux coûte en effet moins cher que son remplacement. L'équipe d'encadrement devra donc identifier le personnel sur place capable de réparer l'équipement (par exemple, les appareils de colposcopie, de cryothérapie et de RAD). Mais comme il est peu probable que les infirmières ou les médecins puissent s'acquitter de ce genre de tâche, il faudra envisager de faire appel à des réparateurs locaux, qui pourront être formés aux techniques particulières requises pour ce type d'appareils. Il conviendra également d'identifier les fournisseurs en matériel de réparation et pièces de rechange.

Lorsque les services commencent à se mettre en place, l'équipe d'encadrement constatera que même les projets les mieux préparés rencontrent parfois des difficultés, liées à des problèmes imprévus de disponibilité du matériel (rupture de stock ou de distribution) ou de fonctionnement (appareils qui cassent ou qui tombent en panne). Toutes ces difficultés constituent autant d'opportunités qui vont permettre à l'équipe d'encadrement d'étudier les systèmes d'achat et de réapprovisionnement. Dans la mesure du possible, il est préférable de remédier aux problèmes en privilégiant les moyens locaux. D'autre part, la pérennisation des structures de soins passe par une bonne communication entre le personnel sur site et l'équipe d'encadrement. Aussi, cette dernière ne doit pas hésiter à faire participer le personnel à la recherche de solutions aux problèmes (voir Chapitre 9).

La mise en place d'un système de recouvrement/partage des coûts peut contribuer à cette pérennisation en assurant le réapprovisionnement en consommables (vinaigre, lames de verre, écouvillons, etc.) et le financement des réparations ou du remplacement des installations et de l'équipement. Ce système peut également aider les femmes qui n'ont pas les moyens de payer les services. L'encadré ci-dessous donne quelques exemples d'initiatives de recouvrement des coûts.

Exemples d'initiatives de recouvrement des coûts au niveau de l'établissement ou de la collectivité

Au niveau de l'établissement. Chaque utilisatrice contribue aux services de dépistage et de traitement, en versant une petite somme d'argent ou en se chargeant de remplacer le matériel consommable, comme le coton. Cette contribution pourra être utilisée pour réapprovisionner l'établissement en matériel et/ou dispenser les soins aux femmes qui n'ont pas les moyens de régler le coût des honoraires ou du matériel.

Au niveau de la collectivité. Les femmes se rassemblent pour s'entraider financièrement. Chaque membre du groupe contribue à une caisse commune. L'argent est ensuite alloué aux femmes qui le demandent pour des besoins spécifiques, comme le paiement d'honoraires ou de matériel. Elles rembourseront la caisse commune dans un délai déterminé.

Accès aux services de prévention du cancer du col

Il faut offrir aux femmes admissibles le meilleur accès possible à des services de dépistage et de traitement de bonne qualité. Il ne suffit pas de mettre des services à disposition pour qu'ils soient utilisés. Dans de nombreuses régions—en particulier, les régions rurales—les femmes ont un accès limité aux soins, non seulement à cause de l'éloignement des centres de soins et des coûts de transport, mais aussi du fait de leurs responsabilités familiales ou professionnelles et autres raisons. En réduisant le nombre de consultations nécessaires au dépistage, au traitement et au suivi, on facilite l'accès des femmes aux soins dont elles ont besoin, on améliore le suivi et on diminue les coûts des programmes de prévention.

Visite unique contre visites multiples

Certaines méthodes et stratégies permettent de détecter et de traiter les lésions précancéreuses au cours de la même visite. En revanche, d'autres vont parfois nécessiter jusqu'à trois visites au centre de soins. Dans ce dernier cas on parle d'une approche à «visites multiples» (voir les différentes options de dépistage et de traitement, Chapitre 1). Le Tableau 6.2 indique le nombre de consultations requises en fonction des différentes méthodes de dépistage et de prise en charge médicale. Dans une même région, il est parfois nécessaire d'utiliser plusieurs approches en fonction de la situation géographique et des moyens des structures de soins. Par exemple, dans la même région, certaines structures manquent de personnel compétent pour pratiquer la cryothérapie et doivent adopter une approche à visites multiples. La cryothérapie est alors réalisée dans un centre spécialisé. En revanche, d'autres structures dans la même région possèdent le personnel compétent pour pratiquer la cryothérapie sur place et peuvent donc choisir l'approche à visite unique.

TABEAU 6.2. Approches à visite unique ou à visites multiples

Stratégie	Types d'approche clinique	Nombre de visites en fonction du type d'approche		
		Visite 1	Visite 2	Visite 3
Approche à visite unique	Approche dépister-traiter	Tests visuels* → Cryothérapie		
	Approche intermédiaire	Tests visuels* → Colposcopie → Traitement		
Approche à visites multiples	Approche dépister-traiter	Cytologie ou test ADN-VPH ou tests visuels*	Traitement	
	Approche intermédiaire	Cytologie ou test ADN-VPH ou tests visuels*	Colposcopie → Traitement	
	Approche classique	Cytologie ou test ADN-VPH ou tests visuels*	Colposcopie → Biopsie de confirmation	Traitement

* Les tests visuels correspondent à l'IVA ou à l'IVL.

Approche à visite unique

Quand les femmes dont le test de dépistage est positif sont immédiatement traitées (c'est à dire aussitôt après le test, au cours de la même consultation), on parle d'une «approche à visite unique». Cette approche est actuellement possible avec les tests visuels qui donnent des résultats immédiats. On a alors le choix entre l'approche dépister-traiter et l'approche intermédiaire (Tableau 6.2). Ainsi, la majorité des femmes chez qui on aura détecté des lésions précancéreuses (plus de 85%), peuvent être soignées par cryothérapie, immédiatement après le test visuel avec ou sans colposcopie. Toutefois, 10 à 15% des femmes devront subir des examens complémentaires, soit parce que la cryothérapie n'est pas adaptée au traitement de la lésion, soit parce que le médecin estime que c'est indispensable pour une raison particulière (par exemple une infection). De plus, certaines femmes préfèrent parfois revenir consulter accompagnées de leur conjoint ou de leur famille, avant de se faire soigner.

Pour beaucoup de femmes, l'approche à visite unique minimise les problèmes financiers, pratiques et logistiques occasionnés par les visites multiples, qui font qu'elles ne reviennent pas pour le traitement. Malheureusement, même dans certains centres de soins primaires qui proposent les tests de dépistage visuels, l'approche à visite unique n'est pas toujours possible parce que les ressources sont insuffisantes ou parce que le nombre trop faible de patientes ne justifie pas les équipements nécessaires à la cryothérapie. Dans tous les cas, le suivi post-traitement est indispensable. Il est donc nécessaire d'instaurer un système de repérage des patientes pour assurer le suivi (voir paragraphe «approche à visites multiples»).

Approche à visites multiples

Les différentes stratégies (dépister-traiter, intermédiaire et classique) peuvent toutes trois nécessiter plusieurs consultations (Tableau 6.2). Comme nous l'avons déjà mentionné, certaines patientes qui auraient besoin d'un traitement ne reviennent pas et c'est là, le principal problème de l'approche à visites multiples. D'autre part, quand le dépistage nécessite des examens de laboratoire, il faut parfois attendre longtemps les résultats pour des problèmes de logistique, souvent liés à l'éloignement et au transport des échantillons, à la charge de travail du laboratoire et au retard accumulé. Naturellement, dans la mesure où il est impossible de prévoir le délai d'obtention des résultats et comme il faut parfois attendre jusqu'à six mois, il est difficile de planifier les consultations destinées à communiquer les résultats et à proposer un éventuel traitement. Par ailleurs, si les délais sont trop longs, les résultats risquent de ne plus être valides (en effet, la maladie peut avoir progressé ou régressé entre temps).

En raison de ces délais, beaucoup de femmes ne reviennent pas chercher leurs résultats. De toute façon, quand elles reviennent, ou bien les résultats ne sont pas encore arrivés, ou bien ils ont été perdus. Souvent, il n'existe ni système de repérage permettant d'identifier les femmes qui ne sont pas revenues pour le traitement ou la visite de contrôle, ni système de communication permettant de les contacter. Et quand ils existent, ces systèmes ne fonctionnent pas toujours.

Lorsqu'on utilise une approche à visites multiples, il est important de s'assurer que :

- Les visites pour la communication des résultats et pour le traitement sont fixées, si possible, pendant la consultation de dépistage et à une date proche. Cela suppose une communication efficace avec le laboratoire et avec les structures spécialisées ainsi que l'obtention rapide des résultats du test.

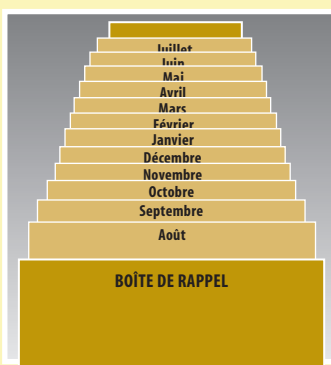
- L'importance du suivi diagnostique et/ou thérapeutique et post-thérapeutique a bien été souligné lors de l'entretien avec la patiente. Des instructions écrites viendront renforcer les instructions orales.
- Un système efficace permettant de retrouver les patientes a bien été mis en place. Il consigne les dates de rendez-vous et les moyens de contacter les femmes si elles ne se présentent pas. Il convient également de mettre en place un système fiable permettant de les prévenir quand une nouvelle visite est nécessaire.

Il existe différentes méthodes pour retrouver les patientes. Ces méthodes peuvent varier en fonction du contexte local et il est souvent nécessaire d'innover. Pour mettre en place des systèmes efficaces permettant de retrouver les patientes, il faut :

- Dès la première visite, collecter les renseignements permettant de contacter la patiente et les mettre à jour à chaque visite. Pour les populations nomades, il est parfois nécessaire de demander et de noter toute une série de points de contact différents.
- Remettre à chaque patiente une carte personnelle sur laquelle sont notés ses rendez-vous, de façon à ce qu'elle ne les oublie pas (Annexe 9.1).
- Organiser un système de repérage des fiches des patientes qui ont besoin d'un suivi thérapeutique ou post-thérapeutique (par exemple une «boîte de rappel». Voir encadré ci-dessous). Ce système permettra d'établir la liste des patientes à contacter.

Système de «relance»

Une «boîte de rappel» est une simple boîte à fiches, compartimentée en semaines ou en mois, dont on se sert pour contrôler le suivi des patientes.



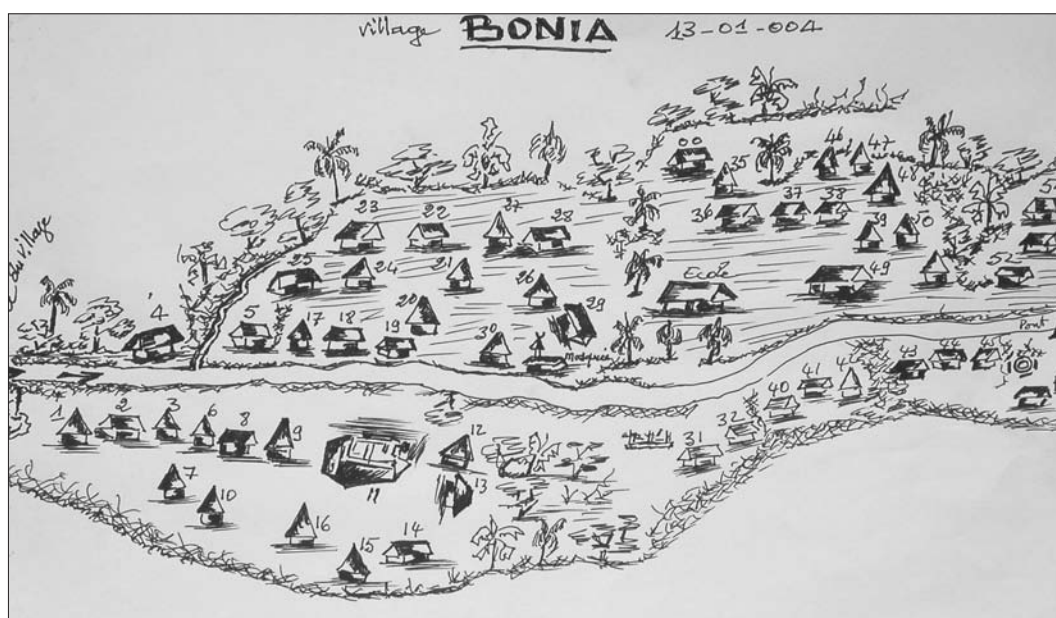
Chaque fois que l'une d'elles doit revenir pour chercher ses résultats, subir un traitement, un contrôle post-thérapeutique ou un dépistage répété périodiquement, l'agent de santé remplit une fiche. Il inscrit le numéro de la carte personnelle de la patiente/son numéro d'identification, les renseignements permettant de la contacter, la date et les résultats du test et la date à laquelle elle doit revenir. La fiche est ensuite insérée par ordre alphabétique dans l'intercalaire correspondant à la semaine ou au mois fixé

pour le rendez-vous. Chaque semaine ou chaque mois, le personnel peut ainsi vérifier si les patientes censées revenir se sont bien présentées à la consultation et peut, le cas échéant, les contacter.

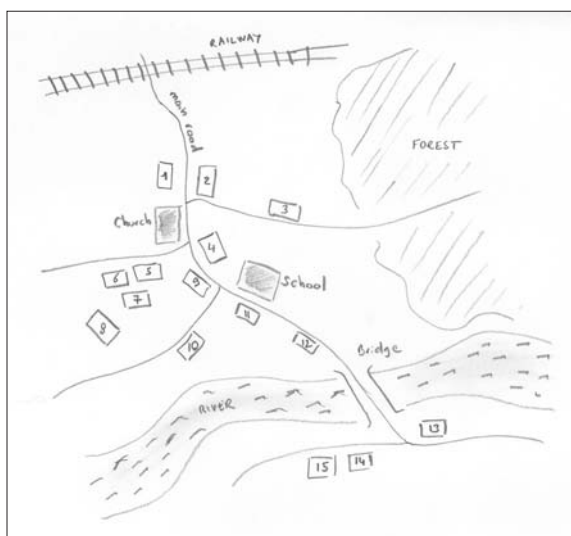
D'après CHIP 2004a.

- Communiquer avec les utilisatrices. Si possible, les avertir ou leur rappeler la visite de contrôle, par courrier ou par téléphone. Toutefois, dans les pays en développement, les régions rurales et les zones d'habitations précaires ne disposent pas toujours de services postaux et téléphoniques fiables. Les agents de santé communautaire et tous ceux qui travaillent sur le terrain (par exemple les organisateurs communautaires) peuvent alors jouer un rôle essentiel en se rendant au domicile des patientes pour les inciter à se présenter aux visites de traitement ou de contrôle. Il leur faut parfois s'aider d'un plan sommaire des lieux (plan du village) pour localiser les foyers des patientes, car très souvent, dans les régions rurales, les gens n'ont pas d'adresse précise. Le plan indique le numéro du foyer de la patiente qui peut être enregistré sur sa fiche de renseignements (Figure 6.3).

FIGURE 6.3. Modèles de plans utilisés pour localiser les patientes



Le plan d'un lieu précis, des environs ou du village, permet d'identifier les foyers des patientes. Ci-dessus et à droite, les habitations sont numérotées de façon à pouvoir être localisées. La fiche de renseignements de chaque patiente mentionne son numéro d'habitation.



Services verticaux (non intégrés) contre services intégrés

Les approches à visite unique ou à visites multiples peuvent toutes deux être proposées aussi bien dans le cadre des services verticaux que dans celui des services intégrés. Les services de santé tendent à être intégrés dans les établissements de soins primaires plutôt qu'aux niveaux supérieurs des structures de santé.

Services verticaux

On parle de services verticaux quand le personnel et les installations sont dédiés à un seul service médical. Les services verticaux existent également à l'intérieur des établissements de santé polyvalents, qui peuvent disposer d'une salle d'examen séparée, d'un système de rendez-vous indépendant et d'un personnel assigné uniquement à la prévention du cancer du col. Les patientes qui ont besoin de services différents sont parfois obligées de revenir. Cette situation est caractéristique des services verticaux.

Les services verticaux peuvent être proposés par les structures de santé fixes—primaires, secondaires et tertiaires—et itinérantes (unités mobiles), par des dispensaires satellites, sur la base d'une activité régulière (hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle) ou à l'occasion de campagnes de masse ponctuelles (voir paragraphe suivant à propos des services fixes et itinérants).

Services intégrés

Il est possible de mettre en place des services intégrés quand on dispose de différents types de personnel (infirmières, médecins généralistes et spécialistes) ou d'un personnel en nombre suffisant pour intégrer la prévention du cancer du col dans son travail de routine. Pendant les heures ouvrables, les patientes pourront ainsi avoir accès à plusieurs services (par exemple médecine générale, médecine familiale, soins prénatals, planning familial, traitement des IST et médecine du travail). Les établissements fixes et les dispensaires itinérants peuvent tous deux offrir des services intégrés.

Services fixes contre services itinérants

Il convient de décider *où* et *quand* proposer les services de prévention du cancer du col, pour que les femmes y aient facilement accès. Ils peuvent être dispensés dans des structures fixes ou itinérantes ou une combinaison des deux.

Les services «fixes» désignent ceux qui sont régulièrement proposés dans des structures bien implantées, centres de soins, dispensaires ou hôpitaux. Les services itinérants (parfois appelés services «mobiles») sont dispensés dans différents locaux—écoles, églises ou même centres de soins—en amenant sur place le personnel, l'équipement et les fournitures nécessaires pour une durée limitée. (Un service mobile ne signifie pas pour autant que les soins soient systématiquement dispensés dans un véhicule, même si c'est l'une des approches parfois utilisées par les services cliniques «itinérants»). Qu'il soit fixe ou itinérant, chaque type de service présente ses points forts et ses limites, qui sont énumérés dans le Tableau 6.4.

TABLEAU 6.4. Points forts et limites des services fixes et itinérants

	Services cliniques fixes	Services cliniques itinérants (mobiles)
Points forts	• Meilleure disponibilité de l'équipement et des fournitures et facilité de stockage. • Continuité des soins plus facile à assurer.	• Couverture plus élevée du fait que le service est apporté aux femmes ; participation accrue de la population. • Plus pratique pour l'utilisatrice qui économise ainsi le temps et l'argent qu'elle aurait perdus en trajet jusqu'à un site fixe éloigné.
Limites	• Les activités de promotion, d'information et d'éducation au sein de l'établissement de soins (Chapitre 8) exigent des efforts permanents.	• Nécessité d'une préparation, d'une organisation et d'une coordination très précise (équipement, personnel, lien avec la collectivité). • Pour une équipe mobile, les coûts et le temps d'intervention dépendent des moyens de transport, de la géographie du terrain, de l'accès et de l'état des routes. • Dans les installations temporaires, les conditions «de terrain» peuvent affecter la qualité des soins. • La manipulation des échantillons se heurte parfois à des difficultés logistiques. • Temps limité pour l'entretien, intimité réduite ; sous la pression du temps et de l'entourage, le recueil des renseignements auprès des patientes risque parfois d'être compromis.

Services cliniques fixes

Tous les établissements peuvent participer à la prévention du cancer du col sur la base d'un service régulier. En effet, les tests de dépistage et le traitement par cryothérapie peuvent être proposés à tous les niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire). Les établissements de soins primaires sont toutefois les mieux placés pour dépister et traiter les lésions précancéreuses, car ils sont accessibles à une plus grande partie de la population, ce qui augmente la participation des femmes admissibles. En revanche, pour ce qui est des traitements des lésions précancéreuses par RAD et conisation à froid, il est préférable qu'ils soient pratiqués dans les établissements secondaires ou tertiaires, car ils exigent un personnel qualifié et compétent ainsi qu'un équipement spécialisé. Quant au traitement du cancer invasif, il est généralement centralisé dans les établissements tertiaires, sachant qu'il requiert un personnel hautement qualifié et expérimenté, de même qu'un équipement coûteux nécessitant une maintenance de haut niveau. Enfin, les liens étant généralement meilleurs entre les services fixes qu'entre les services itinérants occasionnels, l'approche «fixe» offre une meilleure continuité des soins quand la patiente a besoin d'autres services à des niveaux différents.

Services cliniques itinérants

Le rôle des services cliniques itinérants est capital, car ils proposent des soins aux femmes qui habitent des régions rurales reculées, mal desservies par les services fixes. Les équipes médicales itinérantes (parfois appelées «unités mobiles») emploient généralement un prestataire qualifié, accompagné d'un(e) aide/assistant(e), d'une personne affectée aux inscriptions et à l'enregistrement des données et d'une personne chargée de mobiliser la communauté. Cette unité apporte avec elle les fournitures et l'équipement nécessaires aux actes de prévention du cancer du col. Des exemples de dispensaires mobiles sont décrits pages 98 à 100.

Les services itinérants doivent pouvoir proposer toutes les méthodes de dépistage. Il leur est également possible du point de vue logistique de proposer la cryothérapie. Il leur suffit pour cela de disposer de réservoirs de gaz réfrigérant (neige carbonique) et d'assurer le transport des unités de cryothérapie d'un site à l'autre. Toujours dans le cadre de ces unités mobiles, il est possible de pratiquer la colposcopie et de prélever des biopsies. Toutefois, la colposcopie requiert un équipement plus coûteux et des colposcopistes expérimentés, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir. Les équipes mobiles peuvent également pratiquer la RAD et la conisation à froid dans des hôpitaux de niveau secondaire qui possèdent l'infrastructure nécessaire, mais ne disposent pas de prestataires expérimentés.

Dans le cadre des services itinérants, il est particulièrement important de respecter les droits des patientes et les besoins des prestataires et de veiller à ce que la qualité des services ne soit compromise en aucune façon. En effet, quand les services sont dispensés dans des installations temporaires, l'intimité et la dignité des patientes, la confidentialité et la continuité des soins risquent d'être fortement compromises. Quant au conseil, il peut être lui aussi limité par manque de temps et d'intimité.

Comme ils sont souvent installés de façon provisoire, les services itinérants réclament une préparation plus précise, réalisée conjointement avec la population et les équipes sur place. Il faut identifier les sites qui ont besoin des unités médicales itinérantes, collaborer avec les dirigeants communautaires, veiller à ce que les installations soient adaptées et organiser des actions de promotion appropriées (encadré ci-dessous).

Etapes de planification des services cliniques itinérants

- Programmer les dates, en tenant compte des manifestations locales.
- Sensibiliser les femmes et synchroniser les actions de promotion bien à l'avance.
- Recruter/former une équipe mobile qualifiée et veiller à ce qu'elle soit disponible aux dates prévues.
- Définir les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe.
- Organiser le transport de l'équipe et de son équipement dans de bonnes conditions.
- Veiller à ce que tout le matériel et l'équipement nécessaires soient prêts. Utiliser des check-lists pour s'en assurer (Annexe 6.3).
- Assurer la coordination avec les structures spécialisées où les femmes sont adressées pour un traitement en cas de dépistage positif (quand la cryothérapie n'est pas proposée ou indiquée), de complications éventuelles ou autres problèmes de santé.

Les services itinérants peuvent assurer la prévention par des campagnes de masse ou en utilisant des dispensaires satellites.

- *Campagnes de masse par les équipes itinérantes.* Le dépistage de masse peut être conçu comme un événement occasionnel, limité dans le temps et organisé de façon à couvrir systématiquement des zones géographiques qui ne disposent pas de services fixes ou qui n'y ont pas accès. Les approches à visite unique conviennent mieux à ce type d'action, car elles réduisent le nombre de « perdues de vue » et permettent de résoudre les problèmes logistiques liés à la continuité des soins. En revanche, si on utilise une approche à visites multiples, il faut obligatoirement des réseaux de prise en charge et de traitement qui fonctionnent bien. Quand on utilise la cytologie et la recherche d'ADN du VPH comme tests de dépistage, il faut faire appel à des laboratoires. Comme il faut connaître les résultats des tests avant de traiter les lésions précancéreuses, il est essentiel d'informer les laboratoires de la région des jours fixés pour le dépistage de masse, afin qu'ils puissent se préparer à assumer la surcharge de travail que cette campagne va forcément occasionner.



Les services mobiles permettent de réaliser le dépistage dans les régions reculées.

- *Dispensaires satellites.* Il est relativement facile pour les équipes médicales itinérantes d'aller assurer la prévention dans les dispensaires existants sur une base hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle. Il est alors possible d'utiliser l'approche à visite unique ou à visites multiples. Cette dernière est plus facilement envisageable dans le cadre des dispensaires satellites que lors des campagnes de masse. Les femmes peuvent en effet revenir au dispensaire pour le suivi. La coordination avec les laboratoires est également plus simple à organiser.

Etude de cas : Services mobiles dans la Province de Roi Et en Thaïlande

En complément des services fixes proposés par l'hôpital de district, des équipes mobiles ont été constituées pour assurer la prévention du cancer du col dans les dispensaires satellites de sous-district. Ce projet, basé sur l'approche dépister-traiter par IVA et cryothérapie, a débuté dans quatre districts de la Province de Roi Et.

Dans chaque hôpital de district, des infirmières qualifiées proposent à la fois des services fixes et des services itinérants. Elles sont également chargées d'aider l'administration hospitalière à définir le calendrier des services mobiles et fixes dans leurs districts respectifs. Ces calendriers diffèrent d'une région à



l'autre, mais globalement, les services fixes sont proposés environ trois fois par semaine. Les services mobiles ont été programmés de façon à ce que chaque dispensaire satellite de district reçoive la visite d'une équipe mobile au moins une fois par mois.

Avant l'arrivée de l'équipe mobile, le personnel du dispensaire est chargé de coordonner les actions sur le terrain et de recruter les femmes admissibles identifiées sur l'ensemble des registres de la population du sous-district. Ensuite, un vaste réseau de volontaires annonce publiquement la venue de l'équipe mobile dans chaque village, en se servant de haut-parleurs pour attirer l'attention des habitantes, comme cela se fait d'habitude pour la promotion de la santé. Même si ces volontaires n'appartiennent pas officiellement aux équipes locales de promotion de santé, leur participation est essentielle.

En moyenne, de 20 à 40 femmes se sont présentées à chaque visite de l'équipe mobile. Dans la plupart des dispensaires, les femmes dont le test était positif ont pu être traitées immédiatement par cryothérapie. Les rares fois où cela n'a pas été possible, l'équipe mobile a envoyé la patiente à l'hôpital de district pour y être traitée dès le lendemain.

Cette étude a montré que les services mobiles sont beaucoup plus utilisés que les services fixes, car ils sont plus accessibles et bien mieux acceptés par les femmes. En effet, dans les districts qui proposent uniquement des services fixes, seulement 63 IVA ont été réalisées par mois, contre 226 dans les régions qui offrent des services mobiles.

Etude de cas : Projet de services mobiles dans une région rurale de Guinée

Ce projet d'inspection visuelle a été mis en place dans le sous-district administratif de Khorira (Guinée) qui compte plus de 20 000 habitants. Les services de gynécologie les plus proches se trouvent à Dubreka (ville située à plus de 50 kilomètres) ; la chirurgie radicale est pratiquée uniquement à l'hôpital Donka (à Conakry, à environ 200 kilomètres) et les services de radiothérapie les plus proches sont au Sénégal. La décision de traiter repose sur les résultats de la colposcopie. La cryothérapie a été choisie comme principal mode de traitement.

Etape 1 : Préparation des services mobiles

La première étape a consisté à identifier un ensemble de villages correspondant à une population cible d'une centaine de femmes. Les autorités administratives locales ont ensuite identifié les personnes à impliquer sur place (maîtres d'école, chefs de village, etc.). Elles les ont contactées et ont obtenu leur soutien avant de choisir les jours de semaine qui convenaient le mieux pour proposer les



services mobiles et sélectionner les locaux affectés à ces services (dispensaires, bureaux municipaux, écoles, lieux de réunion des femmes). Le calendrier hebdomadaire des services mobiles a été établi en tenant compte des avis de toutes les personnes concernées. Il a également fallu organiser un réseau de prise en charge avec l'hôpital Donka et les services de gynécologie de Dubreka. L'équipe mobile était composée de personnel détaché de l'hôpital régional et du dispensaire le plus proche : quatre infirmières, un gynécologue, une personne chargée de l'entretien avec les patientes et de leur l'enregistrement, une personne chargée de mobiliser la communauté et une aide soignante. Tout l'équipement et le matériel nécessaires ont été acheminés depuis l'hôpital régional. Avant le départ, un inventaire a été effectué à l'aide d'une check-list et le bon état de marche des appareils a été vérifié.

Etape 2 : Mise en oeuvre des services

1er jour (lundi). Les responsables médicaux et une autorité administrative du pays rencontrent les dirigeants locaux pour les mettre au courant du projet et démarrer la préparation du site.

2ème jour (mardi). Un agent de santé local disposant d'un plan des lieux fait du porte à porte pour recenser les femmes admissibles et les inviter à bénéficier des services. C'est l'occasion de leur donner de vive voix les renseignements concernant ces services et de leur remettre une brochure sur le dépistage indiquant où se trouvera l'équipe mobile le lendemain matin à 9 heures.

3ème jour (mercredi). Un membre de l'équipe mobile discute avec chaque femme et lui remet une fiche individuelle de dépistage. Une infirmière effectue l'examen de la patiente et le test de dépistage. Le jour même, toutes les femmes dont le test visuel est positif subissent une colposcopie pour décider si la cryothérapie est indiquée. Si c'est le cas, elles sont traitées immédiatement. En fin de journée, toutes les biopsies prélevées lorsque la colposcopie était anormale sont envoyées au laboratoire de pathologie de Conakry pour confirmation histologique.

Organisation de la prise en charge

Quand la cryothérapie n'est pas indiquée ou lorsque les femmes préfèrent ne pas être traitées immédiatement, l'équipe mobile leur donne rendez-vous sous deux semaines à l'hôpital régional. On conseille à celles qui sont traitées par cryothérapie de se rendre au dispensaire le plus proche ou à l'hôpital régional en cas de complications. Les femmes chez qui on suspecte un cancer sont dirigées vers l'hôpital universitaire de Donka. Tous les rendez-vous et les observations cliniques sont consignés par écrit sur la fiche individuelle.

Création et maintien des réseaux de prise en charge

Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent s'appuyer sur des réseaux de prise en charge qui assurent la continuité des soins, en reliant les structures de première intervention, les structures spécialisées, les autres services et secteurs de santé, les laboratoires, les centres d'étude des données et la collectivité.

Les systèmes de santé et leurs réseaux de prise en charge varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays en développement, les femmes ont accès à tous les niveaux de soins et, souvent, leur choix repose sur des considérations pratiques ou des expériences antérieures. En revanche, dans d'autres pays en développement, le système de santé propose seulement deux niveaux de soins—primaire et spécialisé. Dans ce cas, les femmes peuvent consulter un spécialiste seulement si elles sont envoyées par le médecin d'un centre de soins primaires. Chaque système doit surmonter des difficultés qui lui sont propres pour mettre en place des réseaux de prise en charge. Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de traiter des problèmes spécifiques à chaque pays ou à chaque système de santé ; nous n'aborderons ici que les principaux aspects généralement considérés comme indispensables à la mise en place d'un réseau de prise en charge.

Orientation des patientes

L'orientation des patientes vers un service spécialisé dépend des moyens dont disposent les équipes de dépistage, des modes de dépistage et de traitement qu'elles utilisent et des stratégies cliniques (classique, intermédiaire, dépister-traiter). Le Tableau 6.5 présente les services cliniques qui orientent les patientes vers d'autres services et les différents niveaux des structures qui les accueillent.

TABEAU 6.5. Orientation des patientes, service requis et niveau de la structure spécialisée

Indications nécessitant une orientation	Service clinique requis		Niveau de la structure spécialisée*
Patientes dont le test de dépistage indique des lésions précancéreuses	Traitement	Cryothérapie	Primaire/secondaire/tertiaire
		• RAD • Conisation à froid pour les femmes chez qui la cryothérapie ou la RAD ne sont pas indiquées	Etablissement de niveau secondaire ou tertiaire
Complications graves suite au traitement (hémorragies, infections aiguës)**	1. Chirurgie pour stopper l'hémorragie 2. Transfusion de sang 3. Traitement de l'infection—antibiotiques par voie intraveineuse (IV)		Secondaire ou tertiaire, assurant un service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Suspicion de cancer	Examen (biopsie +/- colposcopie, analyses de laboratoire, stadification) Traitement (chirurgie radicale, radiothérapie, chimiothérapie, soins palliatifs)		Tertiaire ou centres anti-cancéreux. Exige une collaboration entre les services et des liens avec la collectivité (Figure 6.4).

* Varie en fonction de la qualification du prestataire de soins et selon les pays ou les régions.

** Les complications graves sont rares. Les complications mineures—pertes vaginales, suintements ou douleurs pelviennes—peuvent être le plus souvent prises en charge en ambulatoire par l'établissement de dépistage pendant les heures d'ouverture.

Réseaux de prise en charge

Les réseaux de prise en charge doivent fonctionner à double sens. L'information doit pouvoir circuler entre les établissements pour faciliter la prise en charge des patientes aux différents niveaux et en fonction des soins dont elles ont besoin. Ces réseaux varient en fonction des moyens des différents établissements, de la proximité des centres spécialisés et de la structure des systèmes de santé. Ces réseaux exigent des liens entre les centres de soins primaires, secondaires et tertiaires, et entre les secteurs public et privé. Ainsi, quand le centre de soins primaires n'effectue que le dépistage, il faudra orienter les patientes vers les centres de soins secondaires et tertiaires les plus proches pour le diagnostic et/ou le traitement, pour la prise en charge des complications et pour les autres soins.

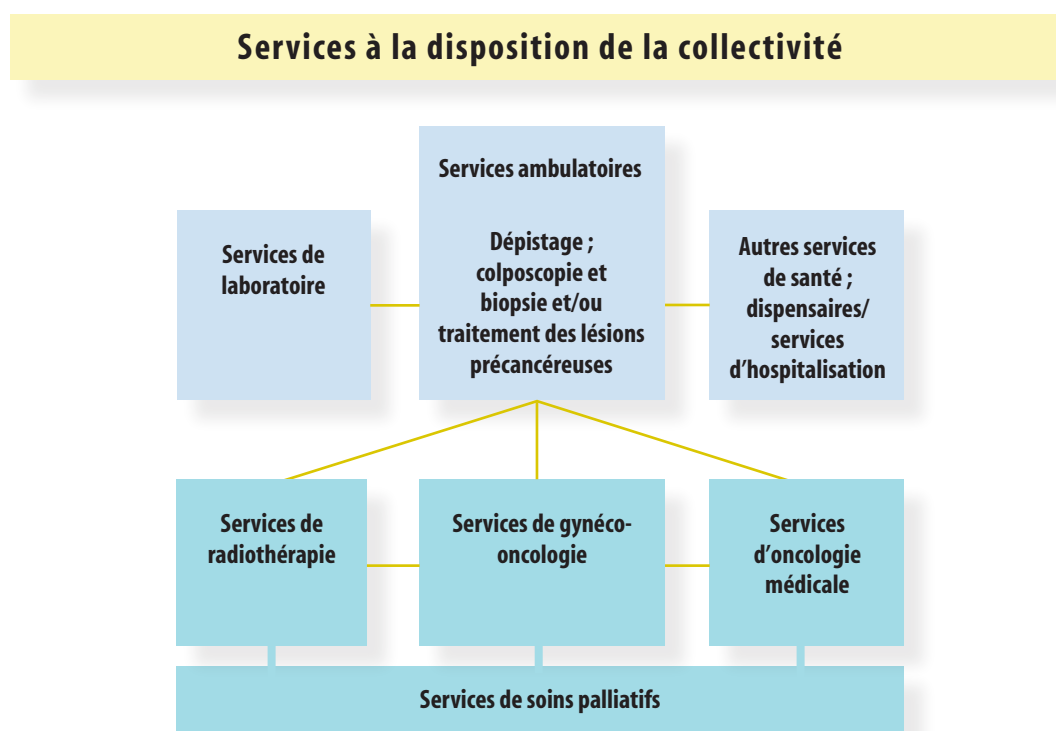
Identification des établissements à intégrer au réseau de prise en charge

Lors de la mise en place des réseaux de prise en charge, les équipes d'encadrement doivent d'abord identifier les établissements qui dispensent les services requis (Tableau 6.5), qui répondent aux critères de qualité des soins et qui sont accessibles aux femmes du point de vue des horaires et de la proximité. L'accès à la structure spécialisée dépendra du motif de l'orientation ainsi que des préférences personnelles des patientes qu'il faut diriger autant que possible vers les établissements les plus pratiques pour elles.

Réseaux de prise en charge inter-services

Il est important pour les structures tertiaires qui comptent plusieurs services de disposer d'un réseau qui les relie entre eux (Figure 6.4) et permet de coordonner les actions de prévention et de traitement du cancer du col, de dispenser les soins et de faire bénéficier les patientes des activités internes à l'hôpital (Inreach: actions d'information et d'éducation destinées au personnel et aux patients [Chapitre 8].)

FIGURE 6.4. Liens entre les services et la collectivité



Organisation et pérennisation des réseaux

L'efficacité d'un réseau de prise en charge repose sur trois grands principes :

- Impliquer dès le départ tous ceux qui sont concernés.
- Entretenir les relations entre les équipes qui orientent les patientes et les structures spécialisées.
- Faire en sorte que les différentes équipes aient la même conception des systèmes de prise en charge et réalisent l'importance de la communication.

Mise en place d'équipes de coordination

Pour établir et maintenir les réseaux, il convient de créer des équipes constituées des principaux acteurs et des représentants des structures qui réalisent le dépistage, le traitement et les tests de laboratoire. Ils doivent se réunir périodiquement (tous les deux ou trois mois) pour définir les objectifs, se mettre d'accord sur les protocoles à suivre et les formulaires à utiliser pour faire circuler l'information, faire le point et résoudre les problèmes.

Etude de cas : Ghana

Un programme de prévention du cancer du col a été mis en place au Ghana, sur deux sites de la région d'Accra : un hôpital régional, le Ridge Hospital à Accra et un hôpital rural, le centre sanitaire du sous-district d'Amasaman. Ce projet reposait sur une stratégie à visite unique avec IVA et cryothérapie.

En principe, dans la région d'Accra, les centres de santé de district ou de sous-district servent de centres initiaux de dépistage. Les patientes qui ont besoin d'une confirmation de diagnostic ou qui sont à un stade avancé de la maladie sont envoyées au Ridge Hospital ou au centre hospitalo-universitaire de l'école de médecine de l'université du Ghana, à Korle Bu. Tous deux sont des hôpitaux publics situés à une vingtaine de kilomètres du centre sanitaire du sous-district d'Amasaman.

Dans le cadre de ce projet, on a mis en place un protocole de prise en charge à deux niveaux et on a demandé à tout le personnel impliqué de s'y référer et d'utiliser des formulaires adaptés. Le Ridge Hospital assure la prise en charge initiale de toutes les femmes d'Amasaman dont le test de dépistage est positif et chez qui la cryothérapie n'est pas indiquée. Les gynécologues expérimentés du Ridge Hospital examinent les patientes qui leur sont envoyées et traitent les lésions précancéreuses. Ils sont également compétents pour prendre en charge toute complication post-traitement. Mais dès qu'il y a suspicion de cancer, une biopsie est effectuée et, si l'histologie confirme un cancer, les patientes sont alors orientées vers Korle Bu, vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le traitement du cancer du col, appelée «MC³» (Multidisciplinary Cervical Cancer Care Group) (similaire aux «tumor boards» dans les pays développés). Elles arrivent avec leur fiche personnelle où sont consignés les résultats du dépistage et de la biopsie et les recommandations du gynécologue qui les envoie. Elles sont à nouveau examinées par un gynécologue de Korle Bu et leur cas est étudié par tout le MC³. Elles sont ensuite prises en charge selon les protocoles établis.

En première analyse, il semble que le retour d'information reste le point faible de ce protocole de prise en charge à deux niveaux et qu'il soit nécessaire de le renforcer en permanence. En effet, toutes les femmes qui ont respecté leurs rendez-vous ont reçu des soins, mais le MC³ a rarement envoyé un rapport écrit à ceux qui les leur avaient adressées. L'information sur les patientes a cependant bien été transmise à l'occasion des réunions mensuelles du projet auxquelles participaient régulièrement tout le personnel du Ridge Hospital et du centre d'Amasaman impliqué dans le projet et au moins un des membres du MC³. Tous ceux qui ont adressé des patientes disent avoir apprécié les liens établis avec les départements de gynécologie, de pathologie et de radiothérapie de Korle Bu et ils espèrent les maintenir.

Protocoles de prise en charge

Les équipes de coordination doivent préparer, avec l'aide du personnel des différents établissements concernés, des protocoles pour les demandes de prise en charge, qui soient en conformité avec les politiques des systèmes de santé régionaux ou nationaux. Il est en effet important de disposer de formulaires écrits pour les demandes de prise en charge. Ces formulaires doivent comporter :

- Des indications claires sur la (les) raison(s) qui motivent la demande de prise en charge.
- Le nom, l'adresse et les horaires d'ouverture du (des) établissement(s) à qui adresser les patientes.
- Les services spécialisés à qui adresser les patientes.
- La liste des informations pertinentes à faire figurer sur la lettre de demande de prise en charge (date et heure de la prise en charge, motif de la demande de prise en charge, observations cliniques, résultats des tests).
- La façon de programmer les rendez-vous (si nécessaire).
- Des instructions sur l'organisation et l'utilisation des moyens de transport.
- La façon de communiquer avec les structures vers lesquelles sont envoyées les patientes.
- Un modèle de lettre standard de demande de prise en charge et de réponse (retour d'information).

Outils pour les réseaux de prise en charge

Il est important d'utiliser des formulaires standardisés de demande de prise en charge et de retour d'information (encadré, page suivante). Chaque fois qu'une patiente est dirigée sur une structure spécialisée, elle doit être munie d'une demande de prise en charge (ou de sa fiche personnelle) mentionnant le motif de la demande, les observations cliniques et les résultats du test de dépistage. S'il faut prendre rendez-vous, c'est au personnel qui oriente la patiente de s'en charger. En retour, la structure spécialisée devra leur communiquer tous les renseignements concernant cette patiente (y compris les observations cliniques, les résultats des examens, les traitements dispensés et les recommandations pour le suivi). Il faut pour cela instaurer un système de communication qui fonctionne (lettres, mémos, téléphone, fax, réunions périodiques des équipes), ce qui permet d'assurer la continuité des soins.

Outils de prise en charge

Formulaire standard de demande de prise en charge

Ce formulaire facilite la continuité des soins. Il doit mentionner :

- Le nom, l'adresse et les coordonnées du prestataire et de la structure qui adressent la patiente.
- Le nom, l'adresse et les coordonnées du prestataire/structure vers lequel est dirigée la patiente.
- Le nom de la patiente, son âge et/ou sa date de naissance, son numéro d'identification (si disponible), son numéro d'inscription dans l'établissement, son numéro d'enregistrement au laboratoire (si approprié) et les moyens de la contacter.
- La date, l'heure et le motif de la demande de prise en charge.
- Les antécédents et les observations cliniques, les résultats des tests et des examens pratiqués.
- La demande de retour d'information sur la prise en charge et des indications pour le suivi de la patiente.

Ces formulaires sont versés aux registres de prise en charge. Parallèlement, certains établissements en font des copies carbone qu'ils ajoutent au dossier médical de la patiente.

Formulaire standard de retour d'information

Ce formulaire doit être renvoyé par la structure spécialisée à ceux qui lui ont adressé la patiente. Il doit comporter :

- Le nom et l'adresse de la structure spécialisée.
- Le nom et l'adresse de ceux qui ont adressé la patiente.
- Les renseignements sur la patiente (nom, âge et/ou date de naissance, moyens de la contacter), ses numéros d'inscription dans la structure spécialisée et dans celle qui l'envoie (ils peuvent être différents d'un établissement à l'autre).
- Les résultats de laboratoire et le numéro d'enregistrement/référence au laboratoire.
- La date de visite/non-visite à la structure spécialisée.
- Les résultats, prise en charge et indications pour le suivi.

Amélioration et organisation des structures spécialisées

L'équipe d'encadrement doit contrôler l'assurance qualité du site pour s'assurer que les structures spécialisées ont bien les moyens de proposer les services pour lesquels les patientes leur sont adressées (Tableau 6.5). Ces services doivent être dédiés aux patientes tout en gardant une bonne rentabilité par rapport à la quantité de personnel affecté et à son efficacité. Il est possible d'améliorer l'accès aux services spécialisés—comme la colposcopie, la biopsie et la RAD—en les proposant aussi bien dans les structures secondaires que dans les structures tertiaires. Pour que les établissements atteignent le niveau leur permettant de proposer la colposcopie et la RAD, il faut orienter et former le personnel dans les domaines suivants : conseil, prévention des infections, colposcopie, pratique de la RAD sous anesthésie locale, diagnostic et prise en charge des complications immédiates et tardives et tenue de dossier. Il faut aussi établir et diffuser des protocoles de prise en charge et vérifier la disponibilité de l'équipement et du matériel. Les structures spécialisées et toutes celles qui pratiquent des interventions invasives doivent employer un personnel formé aux techniques de réanimation et disposer du matériel nécessaire. L'Annexe 6.1 dresse la liste de l'équipement et des fournitures pour les soins d'urgence.

Autres liens

Avec les laboratoires

Les liens entre les établissements de soins et les laboratoires sont essentiels quand les services de dépistage et de traitement proposés nécessitent des analyses de laboratoire. La première préoccupation concerne la sécurité et les délais de transport des échantillons ainsi que la communication précise des résultats, en temps voulu.

Les programmes qui proposent le test ADN-VPH, la cytologie ou l'histologie doivent établir des relations avec un laboratoire fiable, capable de réaliser ces tests, d'interpréter les frottis cytologiques et de procéder à l'analyse histologique des échantillons. Pour que la communication passe efficacement entre le laboratoire et l'établissement de soins, il faut utiliser des formulaires standard de demande d'analyse et de comptes rendus (Annexe 9.3C). La principale difficulté réside dans l'envoi des échantillons au laboratoire et le retour des résultats d'analyse. Pour cela, les établissements de soins et les laboratoires sont souvent obligés de faire appel aux services postaux ou à ceux d'un coursier, ce qui coûte assez cher. Il est donc parfois nécessaire d'instaurer des systèmes de transport hebdomadaire ou bihebdomadaire pour apporter les échantillons au laboratoire et en rapporter les résultats.

Il est important de veiller à ce que les registres du laboratoire et de l'établissement de soins comportent les renseignements indispensables à l'évaluation et à la surveillance du programme (voir Chapitre 9). Toutes les opportunités sont bonnes pour communiquer et retourner l'information et faciliter ainsi l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services. Il faut donc assurer les relations entre les différentes structures, que ce soit par courrier, téléphone, mémos, fax ou par des réunions périodiques du personnel. Enfin, il peut être judicieux d'intégrer un représentant du personnel de laboratoire à l'équipe de coordination.

Avec les autres secteurs de santé

Dans les régions où il y a peu de laboratoires publics de cytologie et de pathologie, il est utile que les équipes d'encadrement du secteur public collaborent avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les laboratoires privés, pour tout ce qui concerne les activités de laboratoire. En retour, il serait utile pour les services de santé privés et les ONG de créer et d'entretenir des liens avec les structures du secteur public, en particulier celles de niveau secondaire et tertiaire, pour la prise en charge des complications graves et le traitement du cancer.

Avec les centres de traitement des données

Le personnel médical doit fournir des données correctes et pertinentes qui constituent la base des systèmes d'information de santé (SIS). Le traitement de ces données permet de déterminer le rendement du programme et de prendre éventuellement les mesures qui s'imposent. Pour que les données soient recueillies en temps utile et que le retour d'information soit régulier, il faut établir des liens entre les structures de soins et les centres de traitement des données. Le Chapitre 9 décrit en détail le processus de collecte des données.

Avec la collectivité

Les agents de santé communautaire (ASC) bien formés, rémunérés ou bénévoles et tous ceux qui œuvrent sur le terrain (organisateurs communautaires) peuvent jouer des rôles importants dans l'instauration des relations avec la communauté à laquelle ils appartiennent. Il leur est aussi plus facile de localiser les patientes et de les accompagner éventuellement jusqu'aux centres de soins. Les ASC sont chargés de :

- Informer, éduquer, ou parler de la prévention du cancer du col et encourager les femmes admissibles à bénéficier des services (voir Chapitre 7).
- Retrouver la trace des patientes qui ont besoin d'un traitement ou d'un suivi post-thérapeutique.
- Dispenser des soins palliatifs à domicile (voir Chapitre 10).

Il est important de les former et de les aider dans leur travail en leur fournissant le matériel indispensable, en leur assurant un tutorat ou une supervision et en leur offrant la possibilité de participer aux initiatives d'amélioration de la qualité comme le processus COPE® (voir Chapitre 9). Il faut des réunions régulières entre les ASC et le personnel de santé des établissements appropriés. Mais dans tous les cas, indépendamment de la stratégie adoptée, il ne faut surtout pas sous-estimer les difficultés rencontrées pour mettre en place les liens entre les différents acteurs et la population, qui permettront d'assurer la communication et une bonne coordination.

Conclusion

Le principal objectif des programmes de prévention du cancer du col est de mettre en place des services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses qui soient accessibles aux femmes. Pour atteindre cet objectif, il faut :

- Mettre en place des services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie à tous les niveaux des structures de soin, y compris au niveau primaire.
- Donner les moyens de pratiquer la RAD aux structures spécialisées, c'est à dire certains établissements de soins secondaires et tous les établissements de soins tertiaires.
- Utiliser l'approche à visite unique (avec ou sans colposcopie) chaque fois qu'elle est possible et indiquée.
- Organiser un système permettant de repérer les femmes ayant besoin d'un traitement et d'un suivi post-thérapeutique.
- Organiser des services cliniques itinérants en ayant recours aux campagnes de masse ou aux dispensaires satellites, afin d'améliorer l'accès des services de prévention aux femmes vivant dans des régions rurales ou reculées.

Pour assurer la disponibilité et la fiabilité des services, il convient de mettre en place une chaîne d'approvisionnement en matériel et une chaîne logistique efficaces, en faisant appel aux fournisseurs les plus proches et aux services locaux d'entretien et de réparation. De plus, le bon fonctionnement des réseaux de prise en charge est indispensable pour garantir la continuité des soins aux femmes qui utilisent les services de prévention. La mise en place de ces réseaux implique la création d'une équipe de coordination, le développement de protocoles et d'outils de prise en charge permettant de proposer les services appropriés, l'identification et l'amélioration de la qualité des structures spécialisées, la création et le maintien de tous les moyens de communication possibles.

Bibliographie complémentaire

AVSC International. *Emergency Management for the Operating and Recovery Room : Reference Manual*. New York : AVSC International ; 2000.

AVSC International. *Infection Prevention : A Reference Booklet for Health Care Providers*. New York : AVSC International ; 2001.

Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO). *Pan American Cytology Network : An Operations Manual*. Washington, D.C. : PAHO/WHO ; 2001.

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle : PATH ; 2000.

Salas et al. *Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología*. Washington, D.C. : PAHO ; 2002.

WHO and Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Cervical Cancer Prevention in Developing Countries : A Review of Screening and Programmatic Strategies*. Geneva : WHO [forthcoming].

WHO. *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer : Technical Guidelines*. Geneva : WHO ; 1988.

Annexe 6.1. Equipement et fournitures

Les listes suivantes énumèrent les fournitures et les équipements essentiels au dépistage du cancer du col (indispensables à l'exécution convenable des services) ainsi que les équipements et les fournitures dits optimum (utiles, mais pas obligatoires).

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Equipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
1. Cytologie: Conventiionnelle et en milieu liquide (LBC) Laboratoire de cytologie requis pour la coloration et l'examen des frottis (Pour en savoir plus, voir OMS 1998.)	• Matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse (voir numéro 11 ci-dessous). • Voir normes /recommandations locales dans les pays disposant d'un système d'analyses cytologiques. • Spéculum. • Spatule (en bois ou en plastique). • Lame de verre (uniquement pour la cytologie conventionnelle). • Flacons d'alcool (uniquement pour la cytologie conventionnelle). • Milieu de transport liquide en flacon d'échantillonnage individuel (uniquement pour la LBC). • Fixateur (uniquement pour la cytologie conventionnelle). • Formulaires de demande d'analyses cytologiques. • Enveloppes pour l'envoi des lames (uniquement pour la cytologie conventionnelle). • Marqueur/crayon/feutre pour écrire sur le verre/étiquettes. • Registre ou feuillet d'enregistrement. • Système de transport des lames au pathologiste et retour à l'hôpital ou à la structure de soins.	Complémentaires • Brosse endocervicale.

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et alternatives)
2. Test ADN-VPH Les tests actuellement disponibles sont réalisés uniquement en laboratoire. (Pour plus de renseignements sur les laboratoires VPH, se reporter au guide du fabricant.)	• Matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse (voir numéro 11 ci-dessous). • Spéculum. • Instruments de prélèvement (écouvillons ou brosses cervicales). • Milieu de transport. • Stockage réfrigéré. • Etiquettes.	
3. IVA	• Matériel nécessaire à la lutte anti-infectieuse (voir numéro 11 ci-dessous). • Table d'examen. • Spéculum vaginal. • Zone propre pour déposer les instruments stérilisés ou ayant été soumis à une désinfection de haut niveau. • Acide acétique dilué à 3%–5%. • Source de lumière (lampe de poche/lampe électrique). • Longs écouvillons (faits à la main en utilisant de la ouate et des bâtonnets oranges ou des pincées annulaires). • Gants (stériles ou non). • Alèses en caoutchouc/ plastique. • Petit récipient contenant la solution d'acide acétique. • Paravent ou zone d'examen privée pour préserver l'intimité.	Alternatives • Table d'examen équipée d'étrières. Complémentaires • Rétracteur métallique des parois vaginales ou préservatifs. • Lampe électrique de 100 watts ou lampe halogène. • Rideaux et linge. • Générateur électrique dans les régions où les coupures de courant sont fréquentes. • Lubrifiant K-Y.

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
4. IVL Le soluté de Lugol doit être étiqueté et conservé dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermée; il peut être ainsi conservé 1 mois.	• Même équipement/fournitures que pour l'IVA et la lutte anti-infectieuse. • Soluté de Lugol (iodure de potassium, au lieu de la solution d'acide acétique).	• Même équipement/fournitures que pour l'IVA et la lutte anti-infectieuse.
5. Colposcopie	• Même équipement/fournitures que pour l'IVA, l'IVL et le contrôle de l'infection. • Colposcope. • Sérum physiologique. • Spéculum endocervical.	Complémentaires • Régulateur de tension/protection contre les coupures de courant (dans les régions où la tension électrique est instable). • Générateur ou batterie de voiture et convertisseur AC/DC (dans les régions où les coupures de courant sont fréquentes).
6. Biopsie et curetage endocervical (CEC)	• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et le contrôle de l'infection. • Pince à biopsie. • Formol. • Flacon d'échantillonnage. • Curette endocervicale. • Solution de Monsel (sulfate ferrique) ou bâtonnets de nitrate d'argent.	Complémentaires • Pince Longue. • Longue pince à dissection (dentée ou non). • Deux haricots. • Plateau à instruments. • Chariot à instruments.

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
7. Cryothérapie	• Même équipement/fournitures que pour l'IVA, l'IVL, la colposcopie et la lutte anti-infectieuse. • Approvisionnement en gaz réfrigérants (Cryogènes—N₂O ou CO₂). • Pistolet/combinaison cryogénique. • Manomètre. • Embouts de sonde (de forme conique allongée, 20 et/ou 25 mm de diamètre). • Housse plastique. • Bouchon en caoutchouc. • Tuyau flexible reliant le manomètre à l'unité de cryothérapie. • Chaîne (fixer la bouteille de gaz au mur pour plus de sécurité). • Bouteilles de gaz (en avoir une de réserve). • Capacité de la bouteille de gaz (Annexe 6.2). • Compresse vaginales (en cas de saignement).	• Même équipement/fournitures que pour l'IVA, l'IVL, la colposcopie et la lutte anti-infectieuse. • Antibiotiques (selon leur disponibilité en fonction de la réglementation nationale). Complémentaires • Conditionneur de gaz cryogènes (dispositif conçu par le PATH, actuellement en cours d'essai sur le terrain, afin d'éviter les problèmes d'obstruction des tuyaux).

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
8. Résection à l'anse diathermique (RAD)	• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et la lutte anti-infectieuse. • Générateur électrochirurgical, câbles électriques, porte-électrode, autres accessoires. • Plaque de dispersion (électrode neutre) pour la patiente. • Electrodes de RAD (anses, électrodes à boule et à aiguille) pour l'excision et l'hémostase. • Aspirateur de fumée. • Embout plastique qui peut être fixé au tuyau d'aspiration. • Dans le cas de parois vaginales relâchées, glisser sur les lames du spéculum vaginal un préservatif neuf dont le bout aura été préalablement coupé. • Solution d'anesthésique local à injecter (contenant de préférence un produit vasoconstricteur tel que l'épinéphrine/adrénaline ou de la vasopressine). • Seringues : une aiguille stérile (18–20 gauge) pour aspirer l'anesthésique local et une aiguille (25–30 gauge) pour l'injecter dans le col utérin. • Flacons d'échantillonnage destinés à la pathologie, contenant du formol pour la fixation des tissus. • Solution de Monsel que l'on aura laissée sévaporer jusqu'à ce qu'elle prenne une consistance pâteuse (pommade de Monsel) lui permettant de s'étaler facilement et de bien adhérer à la zone excisée. (La bouteille de solution de Monsel doit être étiquetée avec le nom et la date de la préparation. Cette solution peut être conservée pendant 6 mois.) • Guide-aiguille à long manche et matériel chirurgical de suture 0–0, en cas d'hémorragie artérielle incontrôlable à partir du site d'excision; on doit d'abord essayer de contrôler le saignement en diminuant la rétraction provoquée par les lames du spéculum et exercer une pression douce (compresse vaginale), appliquer la pommade de Monsel, et en dernier lieu, utiliser l'électrode à macro-aiguille.	• Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et la lutte anti-infectieuse. Alternatives • Spéculum vaginal adapté au branchement d'un tube évacuateur de fumée. • Spéculum vaginal électriquement isolé/recouvert d'un matériau non-conducteur (on utilisera de préférence un spéculum électriquement isolé, afin d'éviter les chocs électriques à la patiente en touchant par mégarde les parois vaginales avec l'électrode active, mais ce n'est pas indispensable). • Seringue dentaire pour l'anesthésie locale. Complémentaires • Si les parois vaginales sont relâchées, il peut être nécessaire d'utiliser un rétracteur latéral des parois vaginales électriquement isolé. • Instrument permettant d'attraper/retirer le tissu excisé (emploi d'une longue pince à dissection ou d'une pince à griffe). • Plateau d'instruments. • Chariot ou plan de travail pour poser le plateau d'instruments. • Bâtonnets de nitrate d'argent pour l'hémostase.

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
9. Conisation (conisation à froid)	• Cette technique étant pratiquée sous anesthésie générale ou locale, il faut disposer de tout le matériel nécessaire à l'anesthésie. • 1 spéculum vaginal. • 2 rétracteurs vaginaux (à bout double ou simple). • 1 sonde utérine. • 1 dilateur utérin (1.5 ou 2.0 cm). • 1 pince à griffe (9») (pince vulsellum). • 1 lame de scalpel (cunéiforme/biseautée). • 1 paire de ciseaux droits (9»). • 1 paire de ciseaux courbes (9»). • 1 porte-aiguille (de préférence 8»). • 2 pinces d'Allis (7.5»). • 1 pince à dissection (7-8»). • 2 sutures de catgut chromique #1. • 2 aiguilles demi-cercle CT 40 mm. • Soluté de Lugol (se reporter page 112 [IVL] pour plus de détails). • Seringue avec aiguille pour injection. • Coton pour nettoyer. • Solution pour nettoyer le vagin (povidone-iodée). • Compresse de gaze.	Autres • Spéculum d'Auvard (poids postérieur détachable). Complémentaires • 2 pinces artérielles. • 2 pinces d'Allis (7.5»). • 2 pinces à griffe (9») (pince vulsellum). • Aiguillée de catgut chromique pour suture avec aiguille demi-cercle CT 40 mm. • Seringue à aiguille longue. • Agent vasoconstricteur tel que l'adrénaline diluée ou la vasopressine.
10. Conseil (se reporter aux Annexes 7.1 et 7.2 pour la liste du matériel requis)		

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
11. Contrôle des infections	• Gants d'examen (stériles ou non). • Gants résistants pour la manipulation des objets souillés. • 2 seaux réutilisables pour les déchets médicaux jetables (1 pour les déchets contaminés et 1 pour les déchets non contaminés). • Seaux pourvus de couvercles (afin d'éviter les émanations de chlore). • Eau de Javel pour l'étape initiale de décontamination (elle ne doit pas excéder 10 minutes afin d'éviter la détérioration des instruments). • Brosses pour l'étape de nettoyage mécanique. • Détergent pour l'étape de nettoyage mécanique. • Eau propre, évier ou cuvette, eau fraîche et savon, pour rincer les instruments après l'étape de nettoyage mécanique et pour se laver les mains. • Alcool éthylique ou isopropylique à 70%–90% (par exemple pour essuyer l'embout de la sonde cryogénique et la housse plastique). • Désinfection de haut niveau (solution de chlore à 0,1 %, glutaraldéhyde à 2%–4% ou eau oxygénée, et de quoi faire bouillir de l'eau). • Coton, gaze, ou linge propre pour décontaminer la surface de la table d'examen à l'eau de javel, après chaque examen. • Containers d'enlèvement des déchets coupants. • Destruction des déchets solides et liquides—fosse à déchets. • Bouilloire ou casserole pour faire bouillir de l'eau.	Complémentaires • Stérilisation (autoclave ou four à chaleur sèche mobiles). • Masque (ou écran facial) et lunettes de protection/de motocycliste. • Zone propre et containers pour les instruments stériles/désinfectés à haut niveau. • Destruction des déchets solides et liquides par incinération. • Affiches exposant les techniques dans leurs grandes lignes (synoptique mural).

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
12. Équipement et fournitures pour la prise en charge des urgences (S'adresse aux centres de recours spécialisés posant les techniques de RAD et de conisation au bistouri, ainsi qu'aux centres assurant la prise en charge des complications graves) S'assurer que l'équipement est entreposé à un endroit stratégique proche des zones où les patients sont susceptibles de nécessiter des soins de réanimation. Préparer un kit d'urgence contenant les médicaments, l'équipement et les fournitures indispensables à la prise en charge d'une urgence. Ce kit pourra être facilement transporté d'un endroit à l'autre, en fonction des besoins. Effectuer périodiquement une répétition des gestes d'urgence, en mettant en scène des situations d'urgence où médecins et infirmières jouent leur propre rôle.	• Tensiomètre. • Stéthoscope. • Sets de perfusion contenant des aiguilles de gros calibre (14 ou 16 gauge). • Solutions IV (sérum physiologique et dextrose 5% en solution aqueuse). • Seringues et aiguilles hypodermiques. • Appareil de réanimation manuelle (Ambu-bag). • Masque facial. • Dispositif d'aspiration (manuel) avec tuyaux et pièges pour les sécrétions. • Cathéter d'aspiration non flexible (taille 18). • Sondes orales (taille 90 mm et 100 mm). • Bouteille d'oxygène pleine. • Lampe électrique/lampe de poche. Médicaments • Adrénaline. • Aminophylline. • Atropine. • Diazépam. • Diphénhydramine. • Hydrocortisone. • Prométhazine.	Complémentaires • Appareil d'aspiration (électrique) avec tuyaux et pièges à sécrétions. • Cathéter d'aspiration flexible. • Sondes nasopharyngées (taille 28 et 30). • Lubrifiant pour intubation nasopharyngée. • Cathéter de Foley.

Annexe 6.2. Capacité des réservoirs de gaz réfrigérant et nombre d'actes de cryothérapie

Lorsqu'on planifie les besoins en matériel pour la cryothérapie, il est important de savoir combien d'actes de cryothérapie peuvent être réalisés avec un seul réservoir de gaz. Selon des estimations de PATH, une unité de cryothérapie Ascon ou Wallach, par exemple, équipée d'une bouteille de gaz de 34 kg (75 lb), permet de réaliser 50 traitements de six minutes et 30 de dix minutes. Cette estimation varie bien entendu selon le type d'unité de cryothérapie utilisée, son état de fonctionnement, la quantité de gaz comprimé restant dans la bouteille et les conditions climatiques. Cette estimation est valable à la fois pour le dioxyde de carbone et l'oxyde d'azote. Le tableau suivant présente les différentes capacités de réservoirs pressurisés pour les deux types de gaz réfrigérants utilisés en cryothérapie, leurs caractéristiques et leur capacité de traitement. Les prix indiqués sont basés sur les tarifs en vigueur au Kenya.

Dimensions du réservoir de gaz réfrigérant pour la cryothérapie et nombre de traitements								
	Hauteur	Diamètre	Capacité	Poids de la bouteille (à vide)	Poids de gaz	Poids total (bouteille + gaz)	Nombre de traitements par réservoir	Prix de la bouteille pour un réservoir* (US\$)
								Prix du gaz pour un réservoir* (US\$)
								Coût annuel total (US\$)
Azote liquide** En location seulement.								
Petit	46 cm	14 cm	1 800 litres	8 kg	7 kg	15 kg	11	5\$ par mois + 66\$ de consigne
								35\$
								95\$
Gros	150 cm	23 cm	16 560 litres	67–69 kg	31–33 kg	98–102 kg	47–50	5\$ par mois + 66\$ de consigne
								271\$
								331\$
Neige carbonique*** En location seulement.								
	122 cm	20 cm	34 litres	49–52 kg	23 kg	72–75 kg	35	8\$ tous les 3 mois + 66\$ de consigne
								20\$
								52\$

* Une taxe à la valeur ajoutée (TVA) de 16% est appliquée au Kenya ; d'autres pays appliquent une taxe similaire.

** Brin's Oxygen Company Ltd.

*** Company Carbacid

Annexe 6.3. Check-list pour l'organisation des services itinérants

Exemple d'inventaire pour un dispensaire mobile proposant le dépistage par IVA et le traitement par cryothérapie* Charge de travail attendue: 75 femmes/dispensaire.	
Equipement	Quantité
Matériel de cryothérapie comprenant une bouteille de gaz montée de préférence sur un support à roulettes	1
Paravents	3
Table d'examen et tabourets	3
Générateur et fuel	1
Plateau d'instruments	3
Fournitures médicales	
Spéculums	25
Pinces Longueue	25
Gants	200
Boules de coton	Environ 4 par utilisatrice
Récipients (tasses en plastique) destinés à contenir l'acide acétique à 5% (vinaigre)	3
Solutions médicales	
Acide acétique à 5%	Environ 10 ml par utilisatrice
Solution de Monsel	—
Sérum physiologique	—
Autres fournitures	
Savon	2
Gants de ménage (gants à usage général)	2
Serviettes	6
Serpillière et balai brosse (balai à franges)	2
Eau de Javel	—
Lampe halogène	3
Alèse en plastique pour la table d'examen	4
Seau en plastique	4
Dossiers des utilisatrices	80
Fiches d'identification des utilisatrices	80
Affiches de conseil (posters et tableaux)	2
Registre	En accord avec le protocole du programme

* Remarque: cet exemple ne signifie pas que seules l'IVA et la cryothérapie peuvent être proposées par les services itinérants.

Exemple d'inventaire pour un dispensaire mobile proposant le dépistage par IVA et le traitement par cryothérapie* Charge de travail attendue: 75 femmes/dispensaire.	
Stylos	12
Rouleau de papier absorbant	2
Chronomètre	2
Ampoules électriques	6
Rallonges électriques	2
Prise de courant multiple	2
Récipient muni d'un couvercle pour la DHN	1
Pince de Cheatle	1
Caisse de rangement des instruments	2
Réchaud à kérosène pour faire bouillir de l'eau	1
Sacs en plastique	12
Poubelle	3
Médicaments selon opportunité et disponibilité	

* Remarque: cet exemple ne signifie pas que seules l'IVA et la cryothérapie peuvent être proposées par les services itinérants.

Annexe 6.4. Exemples d'équipement

FIGURE 1. Cytologie



La pratique de la cytologie nécessite des instruments spécifiques : spatules, lames (de préférence avec une partie en verre dépoli pour noter l'identité de la patiente), crayons, fixateur et boîtes pour le transport des frottis de Pap (photographie ci-contre). Les laboratoires de cytologie se chargent ensuite de traiter et d'analyser les frottis. Il faut pour cela quelques fournitures

et équipement indispensables: des microscopes, des réactifs nécessaires à la coloration de Papanicolaou, des bacs à coloration munis de couvercles, un portoir à coloration, des plateaux porte-lames et des boîtes de rangement pour archiver les lames.

FIGURE 2. Test ADN-VP



La réalisation d'un test de recherche de l'ADN du VPH nécessite une cytobrosse et un flacon d'échantillonnage contenant un milieu de transport déterminé (photo ci-contre). Le traitement des échantillons est ensuite effectué en laboratoire, car les tests ADN-VP réclament un équipement spécial, notamment un luminomètre branché sur un ordinateur et d'autres équipements/fournitures spécifiques à chaque fabricant, pour préparer et analyser les échantillons.

FIGURE 3. Plateau d'examen pour l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)

Le matériel nécessaire à l'IVA doit être disposé sur une surface propre (de préférence une serviette stérile), sur un plateau ou un chariot facilement accessible au prestataire. L'équipement indispensable comporte une paire de gants jetables ou réutilisables après



désinfection de haut niveau; des écouvillons pour badigeonner le col avec du sérum physiologique ou de l'acide acétique (vinaigre de table); un récipient contenant une solution d'acide acétique diluée à 3%-5%; un récipient contenant du sérum physiologique pour nettoyer le col; et une boîte propre pour y ranger les instruments (par exemple, les spéculums).

FIGURE 4. Colposcope

Le colposcope est un appareil optique binoculaire (avec un grossissement d'au moins 10x pour le modèle de base), équipé d'une source de lumière ajustable qui éclaire le col et les autres tissus à examiner. Il est monté sur un socle à roulettes. En général, le colposcope dispose d'une mise au point de précision et d'un filtre vert qui améliore le contraste des vaisseaux sanguins. Il peut être également doté d'un tube de co-observation permettant l'examen par deux personnes, très utile pour l'enseignement, le contrôle et le conseil. Lorsque le colposcope n'est pas utilisé, il est important de le recouvrir d'une housse pour le protéger de la poussière et éviter d'abîmer la lentille. Le coût d'un colposcope de base débute autour des 800 \$US; celui d'un modèle sophistiqué peut s'élever jusqu'à 13 000 \$US.



FIGURE 5. Plateau d'instruments pour la colposcopie

- | | |
|--|---|
| 1: Haricot | 9: Ecouvillons plus larges |
| 2: Flacons de sérum physiologique, d'acide acétique à 5% et de soluté de Lugol | 10: Spéculum vaginal |
| 3: Solution de Monsel | 11: Pince Longuette |
| 4: Flacon de formol | 12: Rétracteur latéral des parois vaginales |
| 5: Seringue pour l'anesthésique local | 13: Spéculum endocervical |
| 6: Flacon d'alcool pour la fixation du frottis cervical | 14: Curette endocervicale |
| 7: Ecouvillons fins | 15: Pince à dissection |
| 8: Cytobrosses | 16: Pince à biopsie |



FIGURE 6. Pince à biopsie cervicale



Il existe différents modèles de pinces à biopsie, telles que Tischler-Morgan, Townsend, ou Kevorkian. Le manche de la pince doit être de 20 à 25 cm de long pour que l'instrument atteigne le col sans difficulté, mais pas trop long pour permettre l'utilisation du colposcope au cours du prélèvement de la biopsie.

Lors du nettoyage et du rangement de la pince à biopsie, il est important de protéger les bords coupants de toute détérioration, car ils doivent être parfaitement affûtés pour obtenir un bon échantillon de tissu en causant le moins de traumatisme possible.

C'est pourquoi, au moment de l'achat de ce type d'instrument, il faut également veiller à ce que le prix comprenne un service d'affûtage. Si ce n'est pas possible, s'organiser pour que ce service soit assuré localement (par exemple, par des bijoutiers locaux).

FIGURE 7. Spéculum endocervical



Le spéculum endocervical est pourvu à son extrémité de deux petites lames qui peuvent être insérées dans le canal endocervical. Il permet de visualiser la jonction pavimento-cylindrique (JPC) quand celle-ci est, toute ou en partie, invisible lors de l'examen habituel avec

le spéculum vaginal. La longueur de cet instrument est similaire à celle d'une pince à biopsie cervicale (20 à 25 cm). En l'absence de spéculum endocervical, il est possible d'utiliser une longue pince à dissection.

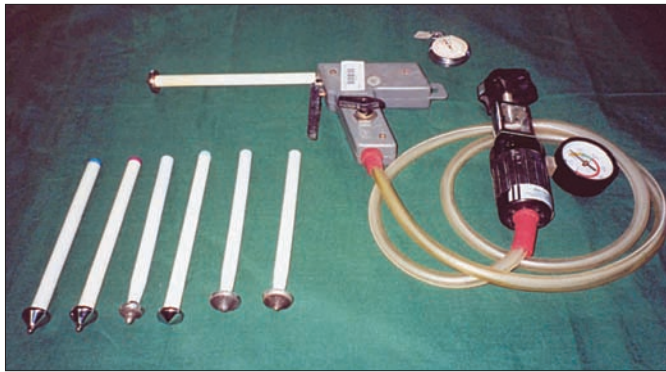
FIGURE 8. Appareil de cryothérapie

L'équipement de cryothérapie est composé d'une source de gaz réfrigérant, comme le dioxyde de carbone ou l'oxyde d'azote, stocké sous haute pression dans une bouteille



métallique; d'un manomètre pour régler le débit de gaz; et d'un tuyau qui transporte le gaz jusqu'à la sonde cryogénique. Un système de base sera équipé d'une gâchette que l'opérateur actionnera pour laisser circuler le gaz à travers le tube et l'embout de la sonde cryogénique.

FIGURE 9. Sondes cryogéniques, pistolet cryogénique, manomètre et chronomètre



Il est conseillé d'utiliser des sondes cryogéniques à bout plat ou légèrement renflé. Il est également préférable de disposer de plusieurs sondes de tailles différentes. Si on ne peut disposer que d'une ou deux tailles, on choisira alors une sonde de 20 et/ou 25 mm.

FIGURE 10. Réservoir de gaz réfrigérant pour la cryothérapie

Le réservoir photographié ci-contre correspond à un réservoir de grande capacité. Pour plus de sécurité, celui-ci est fixé au mur (ici, avec une chaîne), afin d'éviter qu'il ne bascule et ne blesse quelqu'un.



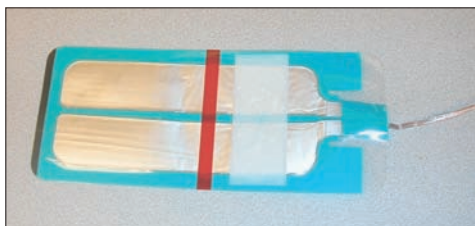
FIGURE 11. Equipement de résection à l'anse diathermique (RAD)

L'équipement de RAD a pour fonctions principales de générer un courant électrique sous haute tension et d'évacuer la fumée produite pendant l'intervention. L'unité de RAD illustrée ci-contre comporte à la fois le générateur électrochirurgical et le système d'aspiration. L'excision est réalisée à l'aide d'une électrode portable unipolaire. La coagulation de la surface restante est ensuite assurée avec une électrode à boule. La patiente est électriquement reliée à la terre au moyen d'une plaque ou d'un tampon conducteur (plaque de dispersion), qui couvre une large partie de la peau et qui est branché sur le générateur électrochirurgical. Pour des raisons de sécurité, le modèle de base d'un appareil de RAD est doté d'un circuit qui contrôle en permanence si le contact entre la patiente et le retour à la terre est correct. Si tel n'est pas le cas, ce type de circuit empêche la machine de fonctionner. La fumée produite au cours de l'intervention est

évacuée à travers un tuyau de plastique placé dans le vagin (généralement branché sur un spéculum vaginal spécialement adapté et électriquement isolé) et connecté à l'autre bout sur un système d'aspiration avec filtre. Le coût d'un tel appareillage est estimé entre 3 500 et 5 000 \$US.



FIGURE 12. Plaque de dispersion pour RAD



Pour pratiquer la RAD en toute sécurité, il faut relier la patiente et le générateur électrochirurgical à la terre, afin de permettre le retour de l'électricité à sa source. La photo ci-contre montre une plaque de dispersion adhésive, jetable, d'une surface métallique d'environ 15 x 20 cm, en contact avec l'extérieur de la

cuisse de la patiente pendant toute la durée de l'intervention. On peut aussi utiliser une feuille de métal, au minimum de mêmes dimensions, enduite d'un lubrifiant conducteur spécial, placée à même la peau de la patiente au bas du dos. Contrairement à la plaque de dispersion adhésive jetable, celle-ci est réutilisable et fait partie de l'équipement d'électrocautérisation habituel sur de nombreux champs d'interventions. Le branchement au générateur électrochirurgical est assuré par l'intermédiaire d'un câble électrique connecté sur la plaque de dispersion ou le tampon conducteur.

FIGURE 13. Plateau d'instruments pour la RAD

- | | |
|--|--|
| 1: Haricot | 10: Stylet muni d'un contacteur manuel |
| 2: Flacons de sérum physiologique, d'acide acétique 5% et de soluté de Lugol | 11: Ecouvillons |
| 3: Solution de Monsel | 12: Spéculum vaginal électriquement isolé |
| 4: Flacon de formol | 13: Pince Longue |
| 5: Flacon d'anesthésique local | 14: Rétracteur des parois vaginales électriquement isolé |
| 6: Seringue pour l'anesthésie locale | 15: Pince à dissection |
| 7: Aiguille et matériel de suture | 16: Curette endocervicale |
| 8: Anses et électrode à boule | |
| 9: Electrode neutre ou plaque de dispersion | |



FIGURE 14. Electrodes de RAD et anses

Electrode à boule, électrode à macro-aiguille et différentes tailles d'anses



FIGURE 15. Spéculum vaginal électriquement isolé pour la RAD

On se sert d'un spéculum en métal spécialement conçu pour la RAD. On remarque tout d'abord sur la lame antérieure du spéculum un guide métallique sur lequel est ancré un tuyau plastique de petit calibre qui permet l'évacuation de la fumée pendant l'intervention. Deuxième différence, le spéculum est entièrement recouvert d'un matériau électriquement isolant. Cette couche isolante protège la patiente des chocs électriques accidentels, si l'anse métallique de l'électrode touche par inadvertance le spéculum au cours de la RAD. Ce type de spéculum est plus cher. Il doit être manipulé avec précaution au cours des étapes de nettoyage, de désinfection et de rangement, car le revêtement spécial tend à disparaître lors de manipulations peu soigneuses.



FIGURE 16. Désinfection de haut niveau dans un bain d'eau bouillante

Après avoir été décontaminés pendant 10 minutes dans une solution d'eau de javel diluée, les instruments, comme les spéculums vaginaux et les pinces à biopsie, passent par une étape de nettoyage mécanique avec un détergent, avant d'être rincés à l'eau claire. On peut ensuite procéder à l'étape de désinfection de haut niveau qui permettra de les réutiliser sans danger. L'une des méthodes les plus simples consiste à les faire bouillir pendant 20 minutes au moins, dans un bain d'eau du robinet changé quotidiennement. Le récipient utilisé doit être lavé et séché avant rangement.



FIGURE 17. Autoclave : stérilisation à la vapeur sous pression

Utilisée à la place du bain d'eau bouillante pour la désinfection de haut niveau, la stérilisation à la vapeur garantit un degré de propreté encore plus élevé. L'autoclave atteint une pression et une température élevées. Trente minutes d'autoclavage suffisent à stériliser les instruments (suivre les recommandations du fabricant). L'autoclave illustré ci-contre est un autoclave portable qui peut être chauffé sur un réchaud électrique ou à gaz.



FIGURE 18. Appareil de télécobalt

La source radioactive (cobalt) est enfermée dans un container en plomb situé dans la tête de l'appareil, à partir duquel l'irradiation est dirigée sur le site tumoral à travers un point de sortie. La patiente est étendue sur un brancard autour duquel pivote la tête de l'appareil, de telle sorte que le faisceau d'irradiation puisse être dirigé sous des angles différents. Le coût d'un tel équipement se situe autour des 350 000 \$US. La source de cobalt doit être changée tous les sept ans à cause de la désintégration radioactive.



Informer et conseiller pour répondre aux besoins de la communauté et des patientes

Sommaire

Messages clés	131
Introduction	131
Rôle de l'équipe d'encadrement	133
Elaborer une stratégie pour atteindre les femmes admissibles	133
Objectifs et défis	
Atteindre les femmes qui n'ont pas accès aux soins	
Éléments des plans d'information et d'éducation	134
Stratégies d'information et d'éducation	136
Impliquer les chefs de la communauté	136
Evaluer l'impact des stratégies	136
Information et éducation au sein de la communauté	137
Par les agents de santé communautaire et les bénévoles	
Activités sociales de proximité	
Développement de partenariats locaux	139
Information et éducation au sein des structures de soins	140
Information et éducation par les médias	141
Conseil et accompagnement	142
Objectifs de l'entretien	
Droits de la patiente	
Qui peut ou doit assurer le conseil ?	
Facteurs influençant le conseil et l'accompagnement	
Matériel d'information et d'éducation	147
Imprimés : élaborer de nouveaux documents ou adapter ceux qui existent ?	
Messages clés destinés aux femmes et à leurs partenaires	
Conclusion	150
Bibliographie complémentaire	150
Annexe 7.1. Matériel pédagogique de l'ACCP	151
Annexe 7.2. Matériel pédagogique recommandé pour les services de prévention du cancer du col	153

Messages clés

- Pour renforcer l'utilisation des services de prévention du cancer du col, il faut mettre en place un plan d'information et d'éducation (I&E) – qui combine les stratégies s'appuyant sur la communauté, sur les infrastructures et sur les médias – pour informer les femmes du groupe d'âge cible et leurs partenaires de l'intérêt et de la disponibilité des services de prévention.
- Pour augmenter le taux de couverture du programme, il faut utiliser des stratégies axées sur la communauté, notamment en étant à son écoute, en faisant participer ses représentants à l'organisation et au déroulement du programme, en élaborant des documents, en mettant en place des activités sociales de proximité et en préparant des plans d'action locale qui répondent à leurs attentes.
- Les stratégies d'information et d'éducation doivent s'adresser aux femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage ainsi qu'à leurs partenaires et à leurs proches, susceptibles de les encourager à solliciter un dépistage et à respecter les recommandations pour le suivi.
- Pour accroître l'utilisation des services, le contact direct avec les agents de santé et l'entourage — par exemple avec des patientes qui en sont satisfaites — est souvent plus efficace que des actions médiatiques ponctuelles.
- En organisant des séances d'information en groupe, suivies de conseils individuels, on répondra à la demande d'information et aux besoins affectifs des femmes, on pourra les inciter à suivre les recommandations de traitement et, si elles sont satisfaites des services, elles encourageront à leur tour d'autres femmes à les utiliser.
- Les documents imprimés sont utiles pour l'éducation et le conseil (si on a les moyens de les réaliser et de les imprimer), mais ils ne doivent pas remplacer le contact direct.

Introduction

La réussite d'un programme de prévention du cancer du col dépend de l'accès des patientes aux services de dépistage et de traitement. Mais il ne suffit pas de mettre ces services à disposition pour garantir leur utilisation. Il faut en plus que les patientes et les membres de la communauté soient conscients du problème du cancer du col, du risque de développer la maladie et de l'existence de structures où ils pourront trouver les services de dépistage. On peut encourager les femmes à se présenter aux services de prévention par des actions d'I&E* bien préparées et bien ciblées. Celles qui s'y rendent doivent recevoir des conseils et des informations, ainsi qu'un soutien affectif, et les prestataires de soins devront veiller à ce que leurs droits soient respectés.

* Les stratégies d'information et d'éducation du public sur les services sanitaires sont parfois appelées "Information, Education, et Communication" (IEC) ou "Communication pour les Changements de Comportement" (BCC). Pour éviter toute confusion, ce manuel utilise le terme "Information et Education" (I&E), laissant aux lecteurs le choix du terme le plus approprié à leur environnement.

En proposant des services de prévention accessibles et abordables et en les faisant connaître à la population cible, on pourra augmenter considérablement leur utilisation et réduire de façon importante l'incidence du cancer du col. Mais d'autres barrières peuvent encore dissuader les femmes de solliciter les services pourtant disponibles (Voir encadré ci-dessous). L'ignorance de la maladie et de sa prévention, la gêne ou la honte de subir un examen gynécologique, ainsi que la crainte du procédé de dépistage, la peur du cancer et les préjugés, peuvent nuire à l'utilisation des services de prévention du cancer du col (Ajayi & Adewole 1998, Fylan 1998, Bingham et al. 2003, EngenderHealth 2003b, Agurto et al. 2004, Bolivia Ministry of Health et al. 2003). Quant aux femmes qui accèdent aux services, les soins qu'elles y reçoivent ne répondent pas toujours à leurs attentes et ne respectent pas toujours certains de leurs droits élémentaires, comme le droit à l'information, le droit de décider librement et de façon éclairée et le droit à la confidentialité. Si elles sont en revanche traitées avec dignité et respect, et si les prestataires prennent le temps de s'entretenir avec elles, de répondre à leurs questions, de leur expliquer les procédures et de les encourager, les patientes seront satisfaites et il y aura plus de chances qu'elles aient recours aux services et acceptent de se faire suivre (Lazcano-Ponce et al. 1999).

Réticences des patientes et perception des services en Afrique du Sud

En collaboration avec l'Université du Cap (Afrique du Sud), EngenderHealth a mené une étude qualitative portant sur plus de 200 femmes dans le township de Khayelitsha, à la périphérie du Cap. Les résultats ont montré qu'il était difficile pour ces femmes de se décider à subir un dépistage, à cause du stress que cela occasionne, d'expériences négatives des services de santé, de tabous culturels ou encore de l'opinion masculine sur les examens gynécologiques.

- Les femmes avaient généralement peur – non pas de la procédure de dépistage elle-même, ni même de découvrir qu'elles avaient un cancer, mais plutôt peur de bousculer les tabous culturels en montrant leur intimité, et peur de remettre en question la domination de leur partenaire sexuel.
- Il ne leur suffisait pas de connaître l'existence du dépistage du cancer du col pour aller se faire dépister. En fait, la majorité des femmes demandaient un dépistage quand elles étaient malades ou pensaient l'être (maladies généralement sans rapport avec le cancer du col) et qu'elles avaient entendu dire qu'elles seraient soignées avec respect.

Les femmes qui ont effectivement bénéficié des services de prévention ont déclaré que le dépistage et le traitement par cryothérapie étaient tout à fait acceptables, qu'elles étaient satisfaites de l'expérience et qu'elles n'hésiteraient pas à la conseiller à leurs amies et à leurs parentes.

D'après EngenderHealth 2003b.

Rôle de l'équipe d'encadrement

En veillant à ce que les stratégies d'I&E et de conseil répondent aux besoins et aux préoccupations d'ordre culturel, affectif et pratique des femmes et en favorisant les relations entre patientes et prestataires, l'équipe d'encadrement peut avoir un impact significatif sur l'utilisation des services, sur les taux de suivi et le succès du programme.

Lors de la mise en place des services d'I&E, l'équipe d'encadrement doit assumer la responsabilité des activités fondamentales suivantes :

- Développer un plan d'information et d'éducation (I&E), en s'appuyant sur la communauté, les structures de soins et les médias, pour procurer aux femmes admissibles et à leurs partenaires une information adaptée.
- S'assurer le soutien des parties concernées, en particulier des chefs de la communauté et des représentants des utilisateurs des services de santé.
- Veiller à ce qu'un personnel qualifié assiste les patientes dans la prise de décisions éclairées.
- Préparer des documents pédagogiques, culturellement adaptés, précis et cohérents.
- Contrôler et évaluer l'efficacité des différentes stratégies d'I&E et procéder aux modifications qui s'imposent.

Elaborer une stratégie pour atteindre les femmes admissibles

Objectifs et défis

Les données des pays qui disposent d'un programme de dépistage montrent que plus de 50% des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du col n'ont jamais subi de dépistage. Les programmes doivent donc chercher à intensifier l'utilisation des services de prévention du cancer du col. Pour remplir cet objectif et renforcer l'efficacité du programme, il faut s'intéresser en priorité aux femmes du groupe d'âge cible qui n'ont jamais subi de dépistage au cours d'une période donnée.

Beaucoup de femmes qui fréquentent les structures de soins ne bénéficient pas du dépistage. Selon une étude menée aux Etats-Unis, la majorité des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du col avaient consulté un médecin au cours des trois années précédant le diagnostic, mais elles n'avaient bénéficié d'aucun dépistage (Kinney et al. 1998). Il est donc primordial d'introduire dans le plan d'action une stratégie s'appuyant sur les structures de soins, pour encourager les femmes à utiliser les services de dépistage.

Atteindre les femmes qui n'ont pas accès aux soins

Parmi les femmes n'ayant jamais subi de dépistage, celles qui n'ont habituellement pas accès aux soins sont les plus difficiles à atteindre et cet objectif représente une véritable gageure. Il est en effet difficile de faire participer ces femmes défavorisées sur le plan médical aux actions de routine. Il s'agit donc tout d'abord de comprendre leurs particularités et les facteurs sous-jacents qui empêchent leur participation, pour pouvoir ensuite concevoir des stratégies d'I&E qui leur permettront d'accéder aux services de prévention.

La prévention est négligée dans de nombreux contextes culturels. Généralement, les gens consultent un médecin uniquement quand ils sont malades ou lorsqu'ils présentent des symptômes. De plus, les femmes qui vivent dans la misère ont tendance à faire passer leur propre santé au second rang et à consacrer leurs maigres ressources à la santé et au bien-être de leur famille. D'autre part, dans beaucoup de sociétés, ce sont les hommes qui décident et les femmes doivent leur demander la permission d'aller se faire soigner. Elles peuvent aussi ne pas avoir accès aux soins pour des raisons économiques (coût des services ou refus de dépenser de l'argent pour y accéder), géographiques (populations nomades ou habitant des régions reculées) ou par manque de moyens de transport. Certaines femmes préfèrent également ne pas se présenter au dispensaire parce qu'elles en ont une mauvaise expérience, parce qu'elles ont des craintes sur le respect de leur vie privée ou de la confidentialité, ou bien à cause de leurs croyances ou de leurs traditions culturelles, ou encore parce qu'elles sont mal informées de l'existence des services ou de leur utilité. Il est aussi très difficile d'atteindre les femmes qui vivent en marge de la société : membres des minorités ethniques, prostituées, toxicomanes, femmes séropositives ou suspectées de l'être (OMS et ACCP, à paraître).

Pour pouvoir mettre au point les meilleures stratégies qui permettront d'atteindre ces femmes, il faut identifier les différents facteurs qui entravent leur participation aux programmes de dépistage, en particulier (Bingham et al. 2003) :

- L'accessibilité (proximité des installations, commodité des horaires de consultations).
- La coordination entre les agents chargés de la communication et les établissements de soins.
- La collaboration entre les établissements de soins et les groupes de femmes au sein de la communauté.
- Les groupes consultatifs en place au sein de la communauté.
- Le soutien des directeurs des services de santé.
- La promotion de bouche à oreille (patientes satisfaites).

Éléments des plans d'information et d'éducation

L'expérience de l'ACCP témoigne de l'importance des actions proactives centrées sur la communauté pour améliorer la fréquentation des services de prévention du cancer du col par les femmes admissibles et augmenter ainsi le taux de couverture. Ces stratégies consistent à :

- Être à l'écoute de la communauté pour comprendre sa perception culturelle du cancer du col, identifier les obstacles qui pourraient s'opposer à sa participation au dépistage, déterminer les caractéristiques des femmes qui n'ont pas accès aux soins et avoir recours en permanence aux procédures d'amélioration de la qualité.
- Faire participer les parties concernées de la communauté (organisations locales, groupes consultatifs, agents de santé communautaire et la population masculine) à la préparation et à la mise en oeuvre du programme.
- Répondre aux besoins de la communauté en préparant des documents d'information adaptés, et en mettant en place des activités sociales de proximité et des plans d'action locale.

Ces stratégies, conçues non seulement pour amplifier et maintenir la demande, mais aussi pour améliorer la qualité des services, devraient accroître la participation des femmes au dépistage et assurer un meilleur suivi thérapeutique (ACCP 2004b).

L'équipe d'encadrement est responsable du développement d'un plan d'I&E adapté à la situation locale, visant à atteindre les femmes du groupe d'âge cible et à diffuser l'information sur la prévention du cancer du col et sur les services disponibles. Le plan doit cibler un public spécifique et combiner plusieurs stratégies d'I&E permettant d'identifier, de former et d'assister les agents chargés de la communication les plus efficaces. Il doit également inclure la création ou l'adaptation de documents imprimés ou audiovisuels sur le cancer du col et sa prévention, qui soient compréhensibles, adaptés à la culture locale et motivants.

Le Tableau 7.1 énumère les différentes actions d'information qu'il est possible de mener, le type d'individus qui peuvent s'en charger efficacement, ainsi que les lieux les plus appropriés pour informer les femmes, leurs partenaires et la communauté en général. Cette liste n'est pas exhaustive, il existe encore bien d'autres possibilités d'actions et de lieux, et ces suggestions ne sont pas forcément efficaces dans toutes les situations. C'est à l'équipe d'encadrement de sélectionner les stratégies les mieux adaptées, notamment celles qui se sont avérées efficaces par le passé.

TABEAU 7.1. Communiquer avec les femmes et leurs partenaires : comment, par qui et où ?

Moyens de diffusion de l'information	Agents chargés de la communication	Lieux
• Contact personnel direct • Réunions sur la santé au sein de la communauté • Affiches ou brochures • Journaux ou périodiques féminins • Spectacles de marionnettes • Pièces de théâtre • Bandes dessinées (ou romans photos) • Articles ou annonces dans les journaux • Messages radiophoniques • Pièces télévisées, annonces par le service public • Lignes téléphoniques directes (hotlines) • Site Internet	• Entourage (femmes du même âge et de la même classe sociale) • Guérisseurs • Dirigeants et membres des groupes de femmes • Agents de santé communautaire • Bénévoles de santé communautaire • Chefs religieux • Chefs de la communauté • Sages-femmes • Infirmières • Travailleurs sociaux dans le domaine médical • Médecins	• Foyers • Groupes de femmes ou foyers municipaux • Lieux de travail ou marchés • Lieux de culte • Planning familial ou centres de santé génésique • Hôpitaux • Festivals locaux

D'après WHO et ACCP à paraître.

Stratégies d'information et d'éducation

Les trois principaux types de stratégies d'I&E sont les suivants :

- *Stratégie au sein de la communauté* (outreach) : entretiens individuels et activités de groupe pour informer les gens à domicile et au sein de la communauté.
- *Stratégie au sein des structures de soins* (inreach) : entretiens individuels et activités de groupe pour informer les patientes qui se rendent dans les structures de soins.
- *Stratégie ayant recours aux médias* : radio, télévision et presse pour diffuser le message à un public plus large et plus disséminé.

Ces stratégies doivent être spécifiques à chaque culture et adaptées à chaque communauté. Par exemple, dans les pays qui traditionnellement possèdent un agent de santé dans les villages et effectuent des recensements en faisant du porte à porte, il devrait être possible de repérer les femmes ayant déjà bénéficié d'un dépistage. L'agent de santé pourra alors contacter de manière systématique les femmes du groupe d'âge cible qui doivent immédiatement subir un dépistage.

Avant de choisir les stratégies d'I&E, il faut étudier leur faisabilité économique et leurs implications financières. Certaines approches, comme l'utilisation des médias, peuvent être plus onéreuses ; il est donc recommandé de procéder à une analyse coût-bénéfice avant d'investir des fonds qui sont limités.

Impliquer les chefs de la communauté

Quelles que soient les stratégies d'I&E utilisées, c'est à l'équipe d'encadrement de demander aux chefs de la communauté et aux autres parties concernées de participer à la conception du plan d'I&E et de le soutenir, et c'est à elle de vérifier la cohérence des messages. Au cours de l'élaboration du plan d'I&E, les membres de l'équipe d'encadrement doivent donc rencontrer les chefs de la communauté, les guérisseurs et les groupes de femmes, pour leur donner des indications sur la prévention du cancer du col et les stratégies proposées, leur demander leur avis, solliciter leur approbation et leur engagement dans le programme. Il est crucial d'établir et de maintenir un dialogue ouvert avec les représentants des groupes de la communauté pour que le programme soit bien accepté et que sa continuité soit assurée, en particulier dans les communautés qui ont habituellement recours aux guérisseurs et à la médecine naturelle.

Evaluer l'impact des stratégies

Le plan d'I&E doit comporter des évaluations périodiques pour s'assurer que les différentes stratégies entraînent bien une élévation du taux de couverture et une diminution du taux des femmes «perdues de vue». En contrôlant les résultats, l'équipe d'encadrement peut en effet identifier les interventions qui marchent bien et celles qu'il faut modifier. Les registres cliniques peuvent fournir des indicateurs pour cette évaluation (Voir Chapitre 9).

Information et éducation au sein de la communauté

Par les agents de santé communautaire et les bénévoles

Les actions en direction de la communauté (outreach) – les activités d'I&E au sein de la communauté – constituent un moyen efficace d'informer les femmes admissibles des possibilités de dépistage du cancer du col et de leur intérêt. Dans de nombreux systèmes de santé, ce sont les agents de santé communautaire, les bénévoles et les pairs éducateurs qui informent les membres de la communauté sur les maladies et leur prévention et qui font la promotion des services de santé existants. Comme ils appartiennent à la même communauté et qu'ils ont le même mode de vie que les femmes de la population cible, les agents de santé communautaire peuvent généralement établir de bons rapports avec les femmes de la population cible, beaucoup plus facilement que les prestataires qui, eux, interviennent dans un cadre médicalisé. Très souvent, il suffit de leur donner une mise à jour des informations sur la prévention du cancer du col, qu'ils pourront intégrer à leur travail de proximité.



Les pièces de théâtre représentent une stratégie efficace d'éducation au sein de la communauté sur la prévention du cancer du col.

Les explications sur le cancer du col et sa prévention fournies par une autre femme qui a déjà subi un dépistage ou un traitement peuvent avoir une grande influence sur les décisions des femmes et changer leur comportement. L'expérience de l'ACCP témoigne qu'une grande partie de l'information sur la prévention du cancer du col circule de bouche à oreille. Les femmes se laissent souvent convaincre de faire un dépistage par les membres de leur famille, leurs amies ou leurs voisines qui en ont elles-mêmes déjà eu un. Les plans d'I&E peuvent donc exploiter ces réseaux sociaux en encourageant chaque femme ayant bénéficié d'un dépistage à adresser cinq amies ou membres de sa famille au service de prévention. D'autre part, les proches, les voisines et les membres de la communauté ayant déjà eu recours à ces services peuvent accompagner les femmes qui hésitent ou craignent de s'y présenter seules.

Activités sociales de proximité

En dehors du contact direct avec un agent communautaire, il existe d'autres exemples d'activités sociales tournées vers la communauté :

- *Education pour la santé au sein de la communauté.* L'organisation de séances d'information par les agents de santé communautaire qualifiés peut augmenter la fréquentation des services de prévention du cancer du col. Le Tableau 7.1 énumère les lieux envisageables pour de telles manifestations.
- *Visites à domicile.* Au cours des visites à domicile, les agents de santé communautaire peuvent donner des informations, répondre aux préoccupa-

tions et aux questions des femmes et les aider à organiser leur déplacement au dispensaire. Il est possible de faire participer à ces discussions leur partenaire ou les autres membres de la famille présents au domicile au moment de la visite.

- *Faire fonctionner le réseau social et familial.* Si elles sont satisfaites des services de dépistage, les femmes pourront les recommander à leur tour auprès de leur famille et de leurs amies.
- *Faire participer les hommes.* Les pairs éducateurs de sexe masculin peuvent également mobiliser les autres hommes et leur demander d'encourager les femmes dont ils partagent la vie à participer au dépistage. Le soutien du partenaire est particulièrement important pour les femmes qui présentent des lésions précancéreuses et qui doivent subir un traitement, afin qu'elles puissent respecter l'exigence des quatre semaines d'abstinence sexuelle post-thérapeutique.
- *Etre à l'écoute des cultures et des traditions.* Il est également possible d'organiser, en les intégrant dans le cadre culturel, des pièces de théâtre, des spectacles de marionnettes, des foires ou des carnavals avec la participation d'artistes locaux, pour présenter différents aspects de la prévention du cancer du col (voir encadré ci-dessous).

Protéger la Santé de la “Déesse de la Richesse” : Encourager les Femmes à Solliciter les Services de Dépistage dans la Région de Barshi, Inde

Un court métrage intitulé “Chère Madame, vous êtes la Déesse de la Richesse de votre Foyer” a été produit dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé utilisé par le CIRC dans la région de Barshi en Inde. Cette vidéo a été projetée aux membres de la communauté de chaque village, la veille du passage des services de dépistage itinérants. Le film diffusé en Marathi, le dialecte local, raconte l'histoire d'une femme dont la mère refuse de subir un dépistage du cancer du col, mais finit par se laisser convaincre suite à l'insistance de sa fille et de la fille d'une voisine dont la propre mère était elle-même décédée d'un cancer du col. Cette histoire montre d'une part que les femmes sont infiniment précieuses pour leur foyer et d'autre part qu'il est possible de les protéger contre le cancer du col. Cette vidéo a été diffusée dans plus de 300 villages qui ont reçu la visite des services de dépistage mobiles.

La plupart des programmes de prévention du cancer du col ont recours au moins à deux types d'activités sociales de proximité, dans le but de diversifier leur action et d'élargir leur audience. Un projet de l'ACCP au Pérou a par exemple associé l'éducation à la santé au sein de la communauté, les visites à domicile et l'éducation par les pairs, pour essayer de recruter le maximum de femmes admissibles pour une première utilisation des services de dépistage (voir encadré, page suivante).

Pérou : Recruter les patientes grâce à la participation de la communauté

Au Pérou, les partenaires de l'ACCP ont mis en place un processus de recrutement participatif pour accroître le recours aux services de prévention du cancer du col. Deux éléments essentiels caractérisent ce modèle durable : (1) offrir aux femmes l'éducation et l'information dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de la prévention du cancer du col et exiger des services de qualité et (2) faire en sorte que les femmes qui bénéficient des services de prévention soient satisfaites et encouragent d'autres femmes à y participer.

Le premier élément de cette stratégie repose sur le partage des responsabilités entre le personnel médical et les membres de la communauté. Quatre-vingts équipes, comptant chacune un membre du personnel de santé et un chef de la communauté, ont été constituées et chargées d'organiser des réunions de sensibilisation à la prévention du cancer du col et de conduire des séances pédagogiques sur différents sujets, comme "j'apprends à connaître mon corps", les infections vaginales, le cancer du col, ou encore la considération de soi. Elles sont également allées voir à leur domicile les femmes qui avaient subi un dépistage, mais qui n'étaient pas revenues au centre de soin pour le suivi.

Le deuxième élément reconnaît l'impact de la qualité des services sur leur utilisation et l'impact de la satisfaction des patientes sur la promotion des services proposant des soins de qualité. Pour être sûrs que les femmes reçoivent des soins de qualité, les prestataires ont participé à un processus continu d'amélioration de la qualité, afin de remédier aux différents problèmes rencontrés. A leur tour, les patientes qui seront satisfaites vont être plus disposées à faire la promotion des services auprès des femmes appartenant à leur réseau social et familial.

Développement de partenariats locaux

On ne soulignera jamais assez combien il est important de tisser des liens étroits et de créer des partenariats avec les autres institutions sanitaires, sociales et culturelles, ainsi qu'avec les organisations communautaires. Ces liens sont indispensables pour augmenter la couverture du dépistage chez les femmes admissibles et aussi pour pouvoir proposer des services complets qui répondent aux besoins des femmes. Parmi les exemples de personnes ou organisations avec lesquelles on peut créer des partenariats pour aller au-devant de la communauté, on peut citer :

- *Les guérisseurs.* En s'associant aux guérisseurs traditionnels, il est possible de rassurer les membres de la communauté qui portent parfois un regard sceptique sur les structures médicales "modernes", et encourager ainsi les femmes à participer.
- *Les organisations non gouvernementales (ONG).* Le partenariat avec les organisations locales facilite la prise en charge aussi bien sur le plan affectif et spirituel que sur le plan médical. Les associations religieuses et les autres

groupes communautaires disposent souvent de travailleurs sociaux et de conseillers qualifiés ainsi que de groupes de soutien qui répondent aux besoins des femmes (voir encadré ci-dessous). C'est particulièrement important pour les femmes chez qui on a diagnostiqué des lésions précancéreuses ou un cancer du col.

- *Les programmes locaux d'assistance financière.* Les femmes peuvent parfois bénéficier d'un soutien financier ou de subventions permettant d'alléger les frais liés à la prévention et au traitement. En couvrant les frais de traitement ou d'hébergement des femmes qui habitent dans des régions reculées ainsi que de leurs familles, on les incite à suivre jusqu'au bout les traitements et les soins qui leur auront été recommandés (ACCP 2004c).

Partenariat avec une organisation de femmes au Kenya

Au Kenya, l'ACCP a établi un partenariat avec l'organisation Maendeleo Ya Wanawake (MYWO), une organisation féminine nationale populaire comportant environ 2 millions de membres et regroupant plus de 25 000 associations de femmes. Trente-cinq femmes membres de cette organisation et résidant dans la région couverte par le projet se sont portées volontaires pour aller au-devant des femmes de la communauté et les inciter à s'adresser aux services de dépistage. Les actions de groupe ont concerné les groupes de femmes, les groupes religieux, les associations de parents d'élèves et les *barazas* (rassemblements des anciens du village et des administrateurs locaux pour discuter des questions concernant la communauté). Des visites à domicile individuelles ont également été organisées pour permettre aux femmes d'exprimer leurs craintes et leurs interrogations.

Information et éducation au sein des structures de soins

Les actions d'information et l'éducation à l'intérieur des structures de soins correspondent à des démarches organisées pour expliquer la prévention du cancer du col aux usagers et au personnel, et pour favoriser la bonne orientation et la bonne prise en charge des patientes à l'intérieur de ces établissements. Cette stratégie "en interne" (inreach) utilise les ressources *internes* de la structure de soins pour informer les patientes, les visiteurs et le personnel, sur la prévention du cancer du col et sur la disponibilité des services pour les femmes de la population cible. Ces activités ont également pour but d'améliorer l'orientation des patientes vers les services disponibles au sein de l'établissement.

Les actions au sein de la communauté peuvent réussir à motiver les femmes qui n'utilisent pas facilement les services de soins. Mais l'ACCP a montré que de nombreuses femmes qui viennent se faire soigner au dispensaire ou à l'hôpital n'ont jamais subi de dépistage. Dans les pays où la couverture du dépistage est faible et où, par conséquent, la prévalence des lésions précancéreuses et du cancer est probablement élevée, il est possible d'améliorer la couverture en proposant le dépistage aux femmes admis-

sibles les plus faciles à trouver – celles qui viennent aux centres de soins. Généralement, les patientes sollicitent des soins pour un problème spécifique, auquel les prestataires répondent, sans saisir l'occasion d'identifier d'autres besoins de santé et d'y répondre. Ces "occasions manquées" concernent tout particulièrement la prévention. Les patientes, les membres de la communauté et les prestataires eux-mêmes reconnaissent souvent que le personnel médical ne parle pas de la prévention du cancer du col aux femmes qui consultent pour d'autres problèmes de santé.

Dans le cadre d'une stratégie interne globale, l'équipe d'encadrement doit assurer la coordination d'un certain nombre d'activités, avec entre autres :

- *Discussions sur le thème de la santé.* Ces discussions sur des problèmes de santé importants peuvent avoir lieu dans les salles d'attente des établissements de soins et il est très facile d'y insérer les messages essentiels concernant la prévention du cancer du col. On peut compléter les réunions de sensibilisation par des projections vidéos et la présentation de planches illustrées (voir Annexe 7.1 ou le site www.alliance-cxca.org).
- *Panneaux et affiches.* Avec des affiches bien conçues, on peut rapidement diffuser le message dans les salles d'attente, les toilettes ou les salles d'examen.
- *Séances d'information pour tout le personnel.* Tout le personnel, et pas seulement les médecins, doit recevoir les informations sur les services de prévention du cancer du col, notamment où ils sont situés et à quel moment ils sont disponibles.
- *Orientation vers les services de dépistage.* Les prestataires qui voient dans leur service des femmes du groupe d'âge cible – hôpitaux de jour, consultations pour hypertension ou diabète – devraient systématiquement demander aux femmes qu'ils examinent si elles ont déjà subi un dépistage (et si oui, à quel moment) et penser à les orienter vers le service approprié.

Information et éducation par les médias

Les médias peuvent éduquer à domicile sans gêner l'exécution des tâches quotidiennes, qui empêchent souvent les femmes de participer aux programmes d'éducation à la santé au sein de la communauté (Samuels et al. 1996). C'est pourquoi les médias peuvent jouer un rôle important quand il s'agit d'inciter le recours à des services efficaces ou de décourager l'utilisation de services dont l'efficacité n'a pas fait ses preuves (Grilli et al. 2002).

On peut utiliser les médias pour la prévention du cancer du col en passant des annonces sur les chaînes publiques de radio ou de télévision, dans les journaux, les magazines et sur Internet (si l'Internet est accessible et si c'est possible), en faisant la publicité des services de prévention sur les radios locales ou dans les débats télévisés, en posant des affiches, en distribuant des brochures et en réalisant des documentaires pour la télévision et la radio. Dans de nombreux pays, les sujets concernant la santé sont traités à la radio, pour influencer à la fois le comportement des professionnels de santé et celui des consommateurs potentiels. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'utilisation des médias exige des compétences et un équipement particuliers et que le coût (par femme dépistée) peut être élevé (Risi et al. 2004).

Points clés à considérer lorsqu'on utilise la radio ou la télévision :

- Utiliser la radio locale ou la radio de la communauté pour gagner du temps et réaliser des économies.
- Utiliser la plage de diffusion gratuite pour les annonces sur le service public.
- Définir la plage horaire qui convient le mieux pour toucher le public cible (femmes de plus de 30 ans).
- Réaliser des spots publicitaires indiquant les lieux ou les horaires des services et les diffuser avant ou après les émissions radio ou télévisuelles présentant ces services.
- Demander à des célébrités (acteurs et actrices, personnalités du sport, chanteurs populaires et artistes), de transmettre le message et de se faire les “champions” de la prévention du cancer du col.
- Veiller à ce que les messages clés correspondent aux objectifs du programme (suggestions de messages clés, page 149.)
- Déterminer si la TV et la radio sont les plus adaptées au public visé. Par exemple, y a-t-il une alimentation constante en électricité ? La plupart des foyers ont-ils la TV et/ou la radio ?
- Estimer les coûts et se demander si les effets attendus justifient la dépense, qui sera probablement plus élevée que pour d'autres approches (voir l'encadré de la page suivante).

7

Conseil et accompagnement

La réponse aux besoins d'information ne doit pas s'arrêter au moment où l'on a convaincu les femmes d'aller faire un dépistage. En réalité, c'est à ce moment-là que les femmes (ou leurs partenaires) se posent le plus de questions et sont le plus inquiètes et qu'elles souhaiteraient sans doute être encore mieux informées. Le rapport personnel et individualisé entre la femme et le prestataire de soins contribue fortement à la satisfaction de la patiente, et représente l'un des aspects essentiels de la qualité des soins. Les femmes se tourneront plus facilement vers les agents de santé s'ils sont aimables, sensibles et à l'écoute de leurs besoins. Une femme qui aura été traitée sans trop de considération aura tendance à ne pas revenir pour la visite de contrôle. Par ailleurs, en faisant part de cette mauvaise expérience à d'autres femmes, elle risque de les décourager de participer au dépistage.

Le conseil et l'accompagnement se définissent comme un échange d'information entre la patiente et l'agent de santé, qui permet d'identifier les besoins et les inquiétudes de la patiente et d'y répondre (encadré, page 144). C'est un élément essentiel des services de dépistage et de diagnostic et/ou de traitement. L'équipe d'encadrement doit veiller à ce que le personnel comprenne bien l'importance de l'accompagnement psychologique et du rôle qu'il joue, qu'il ait suivi une formation en communication et accompagnement, et enfin qu'il ait le temps, l'espace et les ressources suffisantes pour suivre efficacement chaque patiente.

Impact des campagnes médiatiques sur la participation au dépistage du cancer du col en Afrique du Sud

Avant d'investir dans une campagne médiatique onéreuse, il est préférable de peser l'impact potentiel de cette intervention par rapport aux efforts que cela demande. On a évalué en Afrique du Sud l'effet d'une intervention médiatique et d'une intervention éducative ciblées sur l'acceptation du dépistage du cancer du col. Nokhwezi's Story, une bande dessinée d'éducation à la santé qui traite du cancer du col et de sa prévention, ainsi qu'une bande dessinée "témoin" ont été distribuées à un échantillon aléatoire de 658 femmes âgées de 35 à 65 ans. Un mois plus tard, une fiction basée sur l'intrigue relatée dans la bande dessinée a été diffusée par la radio locale.

Six mois après la distribution de la bande dessinée et la diffusion de la pièce radiophonique, les participantes de l'étude ont fait l'objet d'une enquête dans laquelle elles devaient indiquer si elles avaient subi un dépistage. La pièce radiophonique a eu un effet positif, mais son impact a été réduit du fait de la limitation de son audience. Le nombre de femmes qui avaient eu un test de Papanicolaou était plus élevé parmi celles qui se souvenaient des informations essentielles de la bande dessinée ou de la pièce radiophonique, mais le taux global de dépistage est resté malgré tout assez bas – environ 6,5%. Les chercheurs en ont conclu, entre autre, qu'il est préférable de consacrer les ressources humaines et financières, quand elles sont limitées, aux actions individuelles personnalisées plutôt qu'aux grandes campagnes médiatiques ponctuelles et onéreuses.

D'après Risi et al. 2004.

Objectifs de l'entretien

Chaque patiente doit bénéficier d'un entretien, au cours duquel on s'appliquera à :

- Vérifier qu'elle est admissible au dépistage (d'après les directives nationales ou celles de l'établissement).
- Employer des messages clairs et simples pour l'informer sur les lésions précancéreuses et le cancer du col, l'objet de la prévention, les procédures de dépistage et de traitement, de telle sorte qu'elle puisse prendre une décision de façon éclairée.
- Expliquer l'intérêt du suivi (que ce soit pour le traitement des lésions précancéreuses ou un autre dépistage ultérieur) et l'importance du respect des instructions post-thérapeutiques.
- Aider la patiente à vaincre ses angoisses et ses peurs face à la maladie, au dépistage et au traitement, en l'encourageant à formuler ses inquiétudes, en étant à son écoute, en répondant à ses questions, en rectifiant ses idées fausses et en la rassurant.

Définitions clés

Conseil et accompagnement : échange d'information entre la patiente et le prestataire de soins, visant à identifier les besoins et les inquiétudes de la patiente et à y répondre.

Décision éclairée : Décision libre, fondée sur la compréhension de l'information offerte et des options envisageables.

Consentement éclairé : indication écrite ou orale fournie par la patiente au prestataire, confirmant qu'elle comprend une procédure donnée et choisit de la suivre.

Droits de la patiente

L'accompagnement joue un rôle fondamental dans la protection de quatre des sept catégories de droits de la patiente décrites dans le Chapitre 3 : le droit à une information complète et précise ; le droit de prendre des décisions éclairées ; le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité ; le droit à la dignité, au confort et à la liberté d'expression.

Le droit à l'information

Le droit à l'information est largement reconnu comme un droit fondamental dans tous les services de santé (Huezo & Carignan 1997). Les prestataires ont tendance à ne pas vouloir submerger les patientes avec des détails inutiles, mais ils sous-estiment la demande d'information des femmes qui viennent se faire soigner (Marteau 1990). En informant les femmes de manière complète, on augmente la probabilité qu'elles se fassent suivre, qu'elles respectent les protocoles de traitement et qu'elles continuent à pratiquer la prévention (ACCP 2003). Comme nous l'avons déjà mentionné, ce sont les patientes satisfaites qui assurent souvent la meilleure promotion des services. L'impact du programme sera donc renforcé si l'on investit dans l'information des femmes.

Le droit des patientes à décider librement et de façon éclairée

La liberté de décider librement et de façon éclairée est un droit fondamental des femmes consultant les services de santé génésique (Nations Unies 1995). C'est pourquoi il est essentiel de leur fournir les informations et les conseils dont elles ont besoin pour prendre des décisions, notamment quand il s'agit de :

- Rechercher l'information.
- Subir un dépistage.
- Recevoir les résultats de leur test.



L'entretien individuel est essentiel pour répondre aux besoins des patientes, les inciter à suivre les recommandations de traitement et en fin de compte, les satisfaire.

- Suivre les recommandations et faire des tests complémentaires ou se faire soigner si le dépistage est positif.
- Informer leurs partenaires de leur décision de passer un test de dépistage et, si nécessaire, de recevoir un traitement.
- Respecter les instructions consistant à éviter tout rapport sexuel pendant les quatre semaines qui suivent le traitement par cryothérapie.

Le consentement éclairé signifie que la patiente a reçu et compris toutes les informations sur une procédure donnée et a pris la décision de subir cette procédure en connaissance de cause. Il doit suivre l'entretien et peut être donné verbalement ou par écrit, en fonction de la politique du système de santé. La procédure d'obtention du consentement éclairé et le contenu du formulaire correspondant doivent s'appuyer sur les pratiques médicales standards de chaque pays.

Le droit à la confidentialité

Quels que soient les soins dispensés, les données médicales et personnelles des patients doivent être traitées avec discrétion. Le nom du patient et son diagnostic ne doivent pas être discutés en public. Les dossiers médicaux doivent être classés en lieu sûr et consultés uniquement par les prestataires de soins. En effet, le non respect du droit à la confidentialité peut nuire aux patients en dehors de la structure de soins, mais aussi à la réputation de la structure elle-même.

Le droit à la dignité, au confort et à la liberté d'expression

La gêne et la honte d'avoir à subir un examen gynécologique comptent parmi les obstacles qui expliquent les réticences des femmes face au dépistage. Au cours de l'entretien et de l'examen clinique, les prestataires doivent montrer aux patientes qu'ils respectent leurs opinions et tiennent compte de leurs appréhensions, en prenant le temps de les interroger sur leurs attentes et leurs opinions, même si cela ne peut pas toujours se faire dans les meilleures conditions de confort et d'intimité. Ils peuvent aussi contribuer à minimiser le côté embarrassant de la situation en faisant de leur mieux pour assurer la dignité de la femme pendant l'examen, par exemple en disposant des écrans ou des rideaux autour de la table d'examen et en mettant une blouse à sa disposition pour se couvrir en attendant de passer le test de dépistage.

Qui peut ou doit assurer l'accompagnement et le conseil ?

La ou les personne(s) chargée(s) de dispenser les conseils et d'accompagner les patientes varie(nt) en fonction du site, du système de santé et du personnel disponible. Très peu d'établissements disposent de leurs propres conseillers. En fait, ce travail de conseil et d'accompagnement est souvent assuré par différentes catégories de personnel : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux ou encore bénévoles. Tous les membres du personnel peuvent apporter aux patientes un soutien efficace, pour peu qu'ils (ou elles) soient attentifs à leurs besoins, qu'ils (elles) possèdent eux-mêmes des informations correctes et à jour et qu'ils (elles) aient suivi une formation de base aux techniques d'entretien.

Les femmes qui viennent au dispensaire sont amenées à rencontrer beaucoup de personnes différentes, réceptionnistes, agents de sécurité, infirmières, médecins, travailleurs sociaux ou personnel d'accueil. Les échanges qu'elles auront avec eux ne peuvent pas remplacer l'accompagnement psychologique, mais toutes ces personnes peuvent éventuellement leur fournir des informations sur la prévention du cancer du col et

leur indiquer les services qui proposent le dépistage (et c'est souvent ce qui se passe effectivement). Il ne faut surtout pas négliger l'impact que peut avoir le personnel dès qu'une femme franchit le seuil du dispensaire. Il convient donc de concevoir des programmes visant à optimiser cet impact positif sur la prise de décision et le confort des patientes.

Facteurs influençant le conseil et l'accompagnement

Même quand ils ont lieu, les entretiens pour le conseil et l'accompagnement ne comblent pas forcément les attentes des patientes en matière d'information et de soutien affectif, ceci pour un certain nombre de raisons. L'équipe d'encadrement doit d'abord répondre aux préoccupations des prestataires et vaincre les obstacles qui pourraient les empêcher de dispenser une aide psychologique efficace dans leur pratique courante (encadré ci-dessous). L'équipe d'encadrement doit aussi veiller à ce que les prestataires reçoivent une formation adaptée et qu'ils disposent d'assez de temps pour des échanges de qualité avec les patientes. Enfin, elle doit également veiller à ce que les installations assurent une intimité suffisante aux interlocuteurs, c'est-à-dire qu'ils soient soustraits aux regards et que l'on ne puisse entendre leurs propos.

Obstacles habituels au soutien psychologique

Les agents de santé déclarent rencontrer divers obstacles, notamment :

- Manque de temps pour assurer correctement l'entretien visant à donner des conseils et à accompagner la patiente.
- Manque de place pour assurer le respect de la vie privée et la confidentialité.
- Gêne lorsqu'il s'agit d'aborder des questions délicates avec les patientes.
- Ignorance des interrogations et des inquiétudes des patientes.

L'équipe d'encadrement doit aborder avec le personnel les points présentés ci-dessous, les mettre en place dans le cadre des activités de conseil et d'accompagnement et les renforcer par des ateliers de formation :

- *Entretiens individuels avec les patientes, centrés sur leurs problèmes personnels.* Les femmes sont généralement réticentes pour aborder ouvertement les questions personnelles au cours des discussions de groupe sur la santé. Il faut donc proposer un entretien individuel à toutes les femmes qui viennent consulter pour leur permettre de poser ce genre de questions. L'entretien doit être *centré sur la patiente*. En d'autres termes, il faut considérer chaque patiente comme un individu à part entière, différent des autres, et adapter l'accompagnement et le conseil à ses besoins spécifiques. L'entretien doit être, pour le moins, conduit dans une langue comprise par la femme, de préférence sa langue maternelle. Idéalement, il faudrait prévoir un entretien avant et un autre après chaque procédure, pour renforcer les messages essentiels et répondre aux nouvelles préoccupations qui pourraient surgir.

- *Participation des conjoints.* Il faut également encourager les conjoints, en particulier ceux des femmes qui doivent subir un traitement, à participer aux entretiens. Les hommes peuvent en effet jouer un rôle important dans la protection de la santé des femmes, mais pour cela il faut qu'ils soient correctement informés. Il est toutefois important de respecter l'intimité des femmes, car elles peuvent en effet ne pas souhaiter aborder certains sujets concernant leur santé en leur présence.
- *Compétence des prestataires.* Les patientes doivent avoir le sentiment que les prestataires sont compétents et capables de répondre à leurs questions. Les agents de santé doivent être en mesure de leur exposer les grandes lignes de l'histoire naturelle du cancer du col, de sa prévention, de son diagnostic et de son traitement, dans un langage accessible.
- *Compétences psychologiques.* Il revient à chacun des prestataires d'intégrer la dimension psychologique dans ses interactions avec les patientes, aussi bien avant le dépistage et le traitement que par la suite. C'est pourquoi ils doivent tous développer des compétences psychologiques générales, dans le but d'améliorer la communication et l'efficacité de l'entretien, de surmonter la gêne liée au fait de discuter de sexualité et de cancer, de mieux percevoir les préoccupations courantes des patientes et d'être plus réceptifs à leurs opinions et à leurs expériences passées. L'équipe d'encadrement peut mettre en place une formation et un mécanisme de supervision pour renforcer l'application de ces compétences (voir Chapitre 8).
- *Respect de l'intimité.* Il faut créer une atmosphère d'intimité, qui respecte le droit à la confidentialité des patientes, pour instaurer une communication ouverte et honnête, et susciter le respect. Bien que ce soit souhaitable, il n'est pas indispensable de disposer d'une pièce séparée, à condition que les interlocuteurs puissent parler à l'abri des regards, sans que leur conversation soit entendue ou qu'ils soient fréquemment interrompus, et qu'ils n'aient à partager leur espace qu'avec un nombre très réduit d'autres personnes.
- *Rallonger le temps consacré à l'entretien individuel par l'entretien de groupe.* Les prestataires se plaignent souvent d'être débordés, et de ne pas avoir assez de temps pour les entretiens. Pour aller plus vite, on peut donner les informations d'ordre général à plusieurs femmes à la fois, au cours de séances de sensibilisation en groupe, pendant qu'elles attendent d'être vues par le médecin. L'entretien individuel pourra ensuite se limiter à renforcer les messages essentiels délivrés lors de la séance de groupe et à répondre aux questions personnelles des patientes.

Matériel d'information et d'éducation

Imprimés : élaborer de nouveaux documents ou adapter ceux qui existent ?

L'utilisation combinée d'entretiens interactifs et de matériel écrit ou illustré va permettre aux prestataires de vérifier qu'ils ont bien couvert tous les aspects de l'information. De leur côté, les patientes peuvent disposer ainsi de documents auxquels elles peuvent se référer pour se remémorer certains détails. Les brochures, les planches illustrées et les

bandes dessinées peuvent servir à la fois de support de travail pour les prestataires et d'outils d'éducation pour les patientes.

L'équipe d'encadrement doit toutefois être prudente quand elle projette d'élaborer des documents imprimés. Ce processus est onéreux et peut prendre beaucoup de temps, comme le montrent les différentes étapes décrites dans l'encadré ci-dessous. Par ailleurs, les documents imprimés peuvent s'épuiser rapidement et ne jamais être réédités, à moins qu'un budget spécial n'ait été prévu à cet usage. Une alternative consiste à adapter les documents existants aux besoins spécifiques de la population cible, et à les photocopier une fois qu'ils sont finalisés, ce qui est plus simple et plus économique que de faire appel à un imprimeur. L'ACCP a développé de nombreuses fiches d'information, planches illustrées et autres documents qui peuvent être adaptés aux besoins locaux (énumérés en Annexe 7.1). Les étapes à suivre pour adapter le texte et les illustrations sont les mêmes que pour élaborer de nouveaux documents : il faut identifier le public cible puis vérifier auprès de celui-ci que les documents sont compréhensibles et qu'ils lui sont adaptés.

Les huit étapes de la production efficace de documents

1. Planifier le projet.
 - Passer en revue le matériel existant.
 - Définir les objectifs.
 - Préparer un plan d'action.
 - Prévoir un budget.
2. Identifier et étudier le public.
 - Définir le public cible.
 - Étudier ses besoins en matière d'information, ses préférences linguistiques, son niveau de lecture.
3. Définir les messages clés.
4. Préparer les épreuves des documents (associant texte et images).
5. Tester et corriger les épreuves.
 - Demander aux futurs utilisateurs de ces documents de les regarder, de donner leur avis et de suggérer les modifications qu'ils jugent utiles.
 - Modifier les documents en fonction de leurs commentaires.
6. Produire le matériel.
7. Distribuer les documents et former le personnel à leur utilisation.
8. Évaluer les documents.
 - Questionner les utilisateurs sur la diffusion, la compréhension et l'acceptabilité des documents.

D'après PATH 2001.

Messages clés destinés aux femmes et à leurs partenaires

Informations générales sur la prévention du cancer du col

La majorité de la population n'utilise les services de soins que pour le traitement, et ne consulte qu'en cas de symptômes. Il est donc nécessaire d'introduire le concept de prévention dans les stratégies de santé. Avant qu'une femme ne se décide à subir un dépistage, il est important qu'elle bénéficie d'informations de base sur l'histoire naturelle du cancer du col et la gravité de la maladie, pour mieux comprendre l'intérêt du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses, pour elle-même et pour ceux dont elle a la charge. Il est également utile d'expliquer aux femmes que le dépistage est un geste relativement simple et peu coûteux, surtout quand il permet d'intervenir à un stade précoce.

Informations sur le dépistage et le diagnostic du cancer du col

Avant le dépistage, il est extrêmement important d'expliquer aux femmes en quoi il consiste et les mesures qui s'imposeraient en cas de détection de lésions anormales. En leur montrant comment se passe le dépistage et les instruments que l'on va utiliser, on peut dissiper leurs idées fausses et soulager leur anxiété.

Informations sur les résultats du dépistage

Avant de présenter aux femmes les différentes options de traitement des lésions précancéreuses, il faut s'assurer qu'elles comprennent bien la signification des résultats du dépistage. Les femmes sont souvent très anxieuses à l'annonce d'un résultat positif, qui pour elles signifie qu'elles ont un cancer et qu'elles vont mourir. *Les prestataires et le personnel du programme doivent comprendre* que les résultats diffèrent selon le test utilisé (cytologie, test ADN-VPH, test visuel) et que le matériel d'I&E doit correspondre au test utilisé.

Informations sur le traitement des lésions précancéreuses

C'est avec réticence que les femmes se soumettent au traitement des lésions précancéreuses si elles ne disposent pas de l'information nécessaire pour prendre cette décision de façon éclairée. Pour cette raison, les prestataires ou les conseillers doivent s'assurer que leurs patientes bénéficient de l'aide nécessaire pour décider en connaissance de cause de la conduite à tenir en cas de détection de lésions. Il est très important, pour les femmes traitées pour une lésion précancéreuse, de respecter les prescriptions pour la période qui suit le traitement, notamment l'abstinence sexuelle. Cela représente souvent une gageure, du fait de la dynamique de leur relation avec leurs partenaires, ce qui souligne encore une fois la nécessité de les informer et de les éduquer eux aussi. De plus, les femmes dont on a perdu la trace mettent leur santé en danger en coupant le contact avec leurs prestataires de soins.

Conclusion

Avant de pouvoir apporter leur soutien sans réserve aux services de prévention du cancer du col et de les solliciter, les femmes et les autres membres de la communauté doivent en comprendre la nécessité et le bénéfice qu'ils en retireront. L'équipe chargée de l'organisation du programme de prévention peut favoriser la demande et l'utilisation des services en développant des stratégies d'I&E efficaces – à la fois au sein de la communauté et au sein des structures de soins – et en faisant passer des messages adaptés à la culture locale. Il peut être intéressant d'utiliser les médias pour transmettre les messages essentiels ; il est toutefois important de bien prendre en compte le temps et les moyens que cela exige. Quelle que soit la stratégie d'I&E employée, il est vivement recommandé de consulter les patientes et les femmes de la communauté pour la conception des activités et du contenu du matériel pédagogique.

En complément des stratégies d'I&E visant à encourager les femmes à solliciter les services de dépistage, il convient de concevoir des stratégies susceptibles de les aider à s'y retrouver dans les procédures de dépistage et de traitement.

Le conseil et l'accompagnement constituent des éléments essentiels de tout service de soin quel qu'il soit. Ils permettent aux prestataires de répondre à des questions spécifiques et de calmer d'éventuelles appréhensions de la part des patients. Ceux dont on aura calmé les angoisses adhéreront plus facilement aux instructions concernant la suite de leur prise en charge.

Les activités d'information et d'éducation doivent cibler non seulement les femmes admissibles, mais aussi leurs partenaires et les autres membres de leur famille, qui peuvent leur apporter un soutien considérable en les encourageant à solliciter un dépistage et à se conformer aux instructions qui s'ensuivent.

Bibliographie complémentaire

Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP). Fiches d'information. Seattle: ACCP; 2003[b]. Disponible sur le site www.alliance-cxca.org.

EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. New York: EngenderHealth; 2003[c].

EngenderHealth. *Counseling and Communicating with Men*. New York: EngenderHealth; 2003[d]. Men's Reproduction Health Curriculum, section 2.

JHPIEGO. *Talking with women about cervical cancer*. In: *Cervical Cancer Prevention: Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.

Annexe 7.1. Matériel pédagogique de l'ACCP

Ce matériel pédagogique (avec les principaux thèmes dont il traite) est utilisé dans le cadre des projets de prévention du cancer du col de l'ACCP. Pour une version électronique, consulter le site Internet www.alliance-cxca.org.

Brochures d'information

- Qu'est-ce que le cancer du col ?
- Qui est à risque ?
- Comment prévenir le cancer du col ?
- Qu'est-ce qu'un frottis de Papanicolaou ?
- Qu'est-ce que l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ?
- Quelles sont les différentes options pour le traitement des lésions précancéreuses ?
- Recommandations pour le suivi post-traitement.
- Explication des recommandations nationales concernant le dépistage.
- Emplacement des établissements de soins et horaires des services de prévention du cancer du col.

Posters et dépliants (à afficher dans les structures de soins)

- Comment prévenir le cancer du col ?
- Rôle des hommes dans la prévention du cancer du col.

Vidéos (à diffuser dans la salle d'attente)

- Il est possible de prévenir le cancer du col et le dépistage permet de détecter ses signes avant-coureurs — le cancer du col n'entraîne pas forcément la mort.
- Le dépistage est une procédure simple et indolore.
- Description de la procédure de dépistage.
- A quoi s'attendre en cas de détection d'une anomalie.
- Intérêt du dépistage même si la femme ne présente aucun symptôme.
- Rôle des hommes en faveur de la santé des femmes quand ils les encouragent à bénéficier d'un dépistage du cancer du col.

Planches illustrées pour l'entretien psychologique

- Vue d'ensemble des organes génitaux féminins.
- Facteurs de risque associés au cancer du col.
- Histoire naturelle /évolution du cancer du col.
- Importance du consentement éclairé.
- Explication des procédures de dépistage.
- Options disponibles pour le traitement des lésions précancéreuses.
- Effets secondaires possibles du traitement des lésions précancéreuses.
- Recommandations pour le suivi post-thérapeutique.

Instructions pour le retour à la maison (après traitement par cryothérapie ou RAD/LLETZ)

- Conseils d'hygiène personnelle, notamment abstinence sexuelle pendant les 4 à 6 semaines suivant le traitement.
- Effets secondaires possibles.
- Dans quels cas demander un avis médical.

Annexe 7.2. Matériel pédagogique recommandé pour les services de prévention du cancer du col

Les responsables de programme peuvent sélectionner le matériel d'I&E conseillé, énuméré ci-dessous, en fonction du test de dépistage et de la méthode de traitement utilisés.

Planches illustrées destinées aux prestataires de soins pour l'entretien psychologique :

- Cytologie
- Test ADN-VPH
- Test visuel (IVA/IVL)
- Colposcopie
- Traitement (cryothérapie/RAD)

Prospectus destinés aux femmes, réunissant quelques conseils à suivre après :

- La cytologie
- Le test ADN-VPH
- Le test visuel (IVA/IVL)
- La colposcopie
- La cryothérapie
- Une biopsie/curetage endocervical
- La RAD

Affiches pour les prestataires de soins :

- Directives pour la prévention des infections
- Instructions pour l'examen gynécologique

Formation du personnel : garantir des performances conformes aux standards

Sommaire

Messages clés	155
Introduction	155
Rôle de l'équipe d'encadrement	156
Responsabilités du formateur au sein de l'équipe d'encadrement	
Planifier la formation	157
Prévoir un budget pour la formation	
Combien de prestataires faut-il former ?	
Qui former ?	
Qui assure la formation ?	
Thèmes et matériel de formation	
Développer et adapter un kit de formation	
Où dispenser la formation ?	
A quel moment dispenser la formation ?	
Aspects administratifs liés à la formation	
Gagner le soutien du personnel et des collaborateurs	
Développer un système de formation à la prévention du cancer du col	162
Etapas pour devenir formateur clinique, formateur chevronné et formateur maître	
Méthodes de formation	
Transfert de l'apprentissage	166
Principe	
Techniques de transfert de l'apprentissage	
Rôle de l'équipe d'encadrement dans le transfert de l'apprentissage	
Garantir des performances conformes aux standards	167
Principe	
Standards et indicateurs de performance	
Rôle de l'équipe d'encadrement pour garantir la conformité des performances aux standards	
Conclusion	168
Bibliographie complémentaire	169
Annexe 8.1. Liste des outils de formation	170
Annexe 8.2. Prévention du cancer du col : thèmes essentiels et justification de la formation	171
Annexe 8.3. Check-list pour la préparation d'un atelier/d'un cours	175
Annexe 8.4. Cours des enseignants et des formateurs	176

Messages clés

- Dans le cadre des programmes de prévention du cancer du col, la formation permet de disposer d'un pool de personnel compétent suffisamment large pour inciter les femmes à utiliser les services, pour effectuer le dépistage des femmes admissibles à l'aide d'un test adéquat et pour proposer un traitement à celles dont le test est positif.
- La formation basée sur les compétences (FBC) comporte des sessions théoriques et des exercices pratiques qui permettent à chaque stagiaire de se sentir à l'aise pour proposer les services appropriés.
- Il faut éviter qu'un laps de temps trop important ne s'écoule entre la formation et la pratique des services : la formation clinique doit avoir lieu juste avant le lancement du programme pour que les stagiaires puissent immédiatement mettre en application leurs nouvelles compétences.
- Pour favoriser le transfert de l'apprentissage sur le lieu de travail et garantir des performances conformes aux standards, il faut mettre en place un suivi post-formation soutenu par la hiérarchie.
- Pour assurer la pérennité du système de formation, il faut constituer et maintenir au niveau national un pool de professionnels capables de former le nouveau personnel et d'assurer des performances conformes aux standards.

Introduction

La formation est un élément essentiel des programmes de prévention du cancer du col. Elle permet de préparer le personnel à assurer avec compétence les fonctions essentielles du programme : inciter les femmes à se présenter aux services de dépistage, effectuer le dépistage et traiter (ou prendre en charge) celles dont le test est positif.

Les pays qui souhaitent mettre en place de nouveaux programmes ou renforcer les programmes existants doivent se doter des compétences nécessaires, quelle que soit l'approche utilisée, nouvelle ou classique. Par nécessité, ils choisiront probablement de former en interne les prestataires déjà en poste, moyen le plus efficace d'obtenir assez rapidement un pool suffisamment large de personnel compétent. L'enseignement en amont – c'est-à-dire dans les écoles de médecine, d'infirmières ou de sages-femmes – peut éventuellement comporter une formation à la prévention du cancer du col, mais ce n'est pas l'objet de ce manuel.

La formation à la prévention du cancer du col ne doit pas être dispensée de façon isolée, mais doit être intégrée à la formation en santé génésique. Ce réseau de formation, régi par la politique de santé génésique, s'appuie sur les structures et les institutions d'où sortent les agents de santé, et fonctionne grâce à des ressources qui lui sont spécialement affectées. Tous ensemble, décideurs, administrateurs de santé, formateurs, éducateurs, superviseurs, médecins, infirmières et autres agents de santé, garantissent que les prestataires possèdent le niveau de compétences requis et sont capables de dispenser des soins génésiques de qualité ne présentant aucun risque. Quand il fonctionne bien, le réseau de formation permet de produire des formateurs cliniques à partir du pool d'experts nationaux.

Parmi les problèmes couramment rencontrés lors de la formation, on peut noter le manque d'attention des stagiaires lors des séances de travaux pratiques, souvent lié au nombre insuffisant de patientes pour s'exercer, l'importance injustifiée que les stagiaires accordent à la pratique d'un nombre limité de techniques au lieu d'élargir leur compétence ; l'insuffisance du suivi post-formation et de cours de recyclage pour garantir la qualité des services. Il est possible d'anticiper et d'éviter ces problèmes très fréquents en suivant les conseils décrits ci-dessous.

Ce chapitre, destiné à l'équipe d'encadrement, constitue une introduction aux concepts fondamentaux concernant la formation et la façon d'assurer la conformité aux standards des programmes de prévention du cancer du col. Il décrit également les différentes étapes permettant d'intégrer la formation à la prévention du cancer du col dans le réseau de formation en santé génésique existant. Enfin, il propose des stratégies permettant d'éviter les problèmes courants. Ces principes s'appliquent quelle que soit la méthode de dépistage utilisée, même si elle est largement inspirée des programmes de prévention du cancer du col utilisant l'IVA.

Rôle de l'équipe d'encadrement

Le rôle de l'équipe d'encadrement consiste à faciliter la mise en place du système de formation à la prévention du cancer du col, de façon à construire et à déployer un flot continu de nouveaux formateurs et prestataires spécialistes du cancer du col. L'ensemble de ce processus comprend l'évaluation des besoins en formation, les cours, l'évaluation de l'acquisition des connaissances et la supervision au quotidien. Le système de formation doit impliquer les parties concernées et se conformer aux choix stratégiques et aux objectifs définis au niveau local. L'équipe d'encadrement doit coordonner les actions et assurer la communication entre les individus qui participent à la formation et ceux qui sont impliqués dans la planification et dans l'introduction de nouvelles techniques de dépistage comme le test ADN-VPH, l'IVA ou l'IVL.

Responsabilités du formateur au sein de l'équipe d'encadrement

L'équipe d'encadrement doit compter parmi ses membres un coordinateur de la formation dont le rôle consiste à faciliter l'apprentissage – avant, pendant et après la formation – et à aider chaque stagiaire à acquérir toutes les compétences. C'est pourquoi il doit être impliqué dans chacun des aspects de la formation. Il est possible de constituer un groupe de travail ad hoc pour organiser et superviser le volet formation du programme.

Planifier la formation

Pour planifier la formation aux programmes de prévention du cancer du col, il faut s'appuyer sur les résultats de l'évaluation des besoins (voir Chapitre 4) et se conformer à la politique nationale et aux directives de prestation des soins. Il faut au préalable évaluer les besoins en matière de formation, identifier les ressources locales qui peuvent lui être consacrées et définir si une assistance extérieure est nécessaire. Cette estimation peut faire partie de l'évaluation initiale des besoins ou être conduite séparément. Elle doit se concentrer sur l'évaluation des institutions et des installations adaptées à la formation, sur la disponibilité de personnel local compétent, sur le niveau de connaissances des futurs stagiaires et sur les connaissances qu'il leur reste à approfondir. Au cours de la planification, l'équipe d'encadrement doit se poser les questions suivantes :

- Combien de prestataires doit-on former pour pouvoir remplir les objectifs de couverture du dépistage ?
- Quelles sont les contraintes liées aux ressources, financières ou autres ?
- Qui sera formé et pour quelle composante du programme ?
- Qui assurera la formation ?
- Quels thèmes seront abordés et quel sera le matériel utilisé pour former le personnel des différents services ?
- Où la formation sera-t-elle assurée ?
- Quand la formation sera-t-elle assurée et sur quelle durée ?
- Quels sont les moyens en place pour assurer le transfert de l'apprentissage ?

Le timing est un autre point important : il faut beaucoup de temps pour planifier les programmes de formation et cela demande un souci du détail. Idéalement, la formation doit être planifiée six mois à l'avance. L'Annexe 8.3 propose un exemple type d'échéancier. Le coordinateur de la formation doit collaborer avec l'équipe d'encadrement pour planifier l'évaluation des besoins et sélectionner les participants.

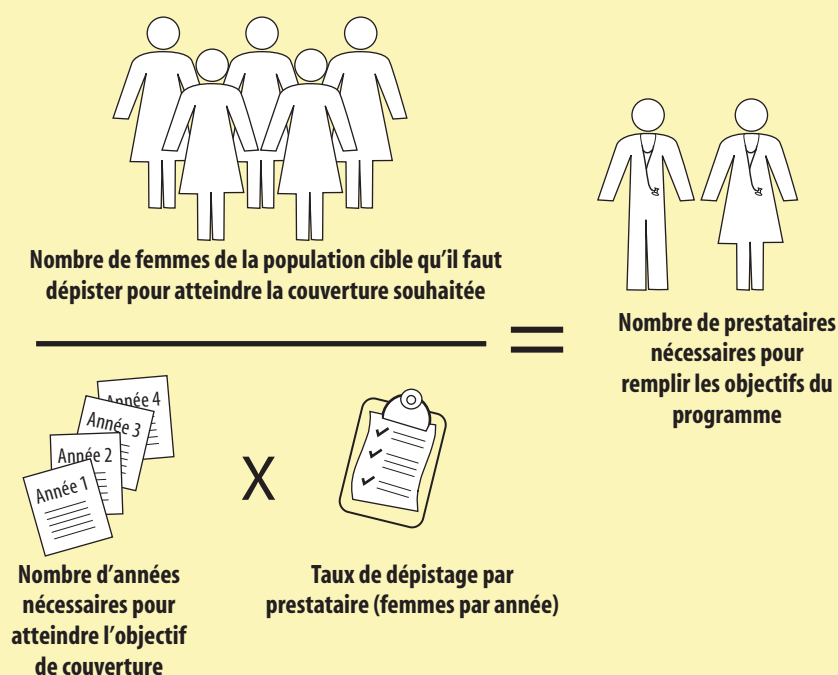
Prévoir un budget pour la formation

C'est l'équipe d'encadrement qui étudie la disponibilité des ressources qui peuvent être investies dans la formation, qu'elles soient financières ou autres, et qui veille à tous les aspects administratifs (tels que le *per diem* des participants). Pour plus de détails, se référer au Chapitre 5.

Combien de prestataires faut-il former ?

De nombreux facteurs peuvent affecter la capacité du programme à atteindre ses cibles. La couverture du dépistage, par exemple, est une cible importante des programmes de prévention du cancer du col, parce qu'elle a un impact considérable sur la diminution de la maladie à long terme et sur le rapport coût efficacité. Et même si certains facteurs, comme le taux de croissance de la population, échappent à son contrôle, l'équipe d'encadrement doit toujours avoir en ligne de mire les objectifs de couverture définis au plan local quand elle planifie la formation. En revanche, elle peut contrôler les ressources humaines et l'évolution dans le temps du taux de dépistage. L'encadré de la page suivante donne un exemple d'estimation du nombre de prestataires nécessaire pour atteindre les objectifs du programme.

EXEMPLE : Estimation du nombre de prestataires à former pour atteindre les objectifs du programme



Exemple

La province X du pays Y doit dépister 240 000 femmes du groupe d'âge cible pour atteindre 80% de couverture en cinq ans. Si un seul prestataire, travaillant trois jours par semaine, peut dépister 3 000 femmes par an, alors pour atteindre 80% de couverture en cinq ans le programme doit former et faire travailler :

$$\frac{240,000 \text{ femmes}}{5 \text{ ans} \times 3,000 \text{ femmes par prestataire}} = 16 \text{ prestataires nécessaires}$$

Qui former ?

Le plan de formation doit spécifier le type et le nombre de personnes qui doivent être formées. Cette décision dépend des approches utilisées pour le dépistage et le traitement, du nombre et de l'emplacement des sites de prévention et de la politique définissant quelles procédures peuvent être effectuées par quels prestataires (Voir Tableau 8.1.). Pour remplir des objectifs définis, il est recommandé de former au minimum deux prestataires par site pour qu'ils puissent s'entre aider.

TABEAU 8.1. Catégorie de personnel participant aux formations

Élément du programme	Prestataire participant au service de prévention du cancer du col
Information et éducation communautaires	Agents de santé communautaire et bénévoles
Dépistage (cytologie, ADN-VPH et techniques visuelles)	Non médecins* ou médecins Cytologie : cytotechniciens, pathologistes
Diagnostic	Colposcopie : non médecins ou médecins Biopsie : non médecins ou médecins, pathologistes
Traitement des lésions précancéreuses	Cryothérapie : non médecins ou médecins RAD : médecins**
Contrôle et évaluation	Gestionnaires de données, responsables de programmes, prestataires de services, médecins. (si un système informatique est utilisé, les gestionnaires de données doivent être formés au logiciel adéquat)
Supervision	Directeurs des établissements de soins et superviseurs locaux (de district)
Procédures de laboratoire (cytologie, ADN-VPH, histologie)	Cytologie : cytotechniciens, cytologistes. Formation au test ADN-VPH en collaboration avec le fabricant du test. Histologie : pathologistes et techniciens

*Le terme non médecins englobent les infirmières, les sages femmes, les assistants cliniques et autres prestataires des services de prévention du cancer du col formés à ces techniques. Les médecins sont soit des généralistes soit des gynécologues.

**Dans certains pays développés, la RAD est effectuée par des infirmières spécialement formées.

Qui assure la formation ?

Il convient de sélectionner des formateurs possédant l'expérience professionnelle adéquate, en fonction du type de personnel à former et de son niveau. Les formateurs cliniques, par exemple, doivent être compétents à deux niveaux. Tout d'abord, ils doivent maîtriser les techniques cliniques et notamment savoir diagnostiquer et traiter les complications majeures ou mineures qui peuvent résulter des techniques qu'ils vont enseigner. Ils doivent également avoir l'habitude d'enseigner et savoir communiquer efficacement et transmettre un savoir théorique et pratique. Ils doivent être capables d'adapter la formation aux besoins individuels du personnel, d'utiliser des supports de cours (films, diapositives et matériel de simulation) et surtout, être motivés pour travailler à la fois avec les patientes et avec les prestataires.

Thèmes et matériel de formation

Un programme complet de formation à la prévention du cancer du col doit comporter les supports de cours et éléments suivants :

- Ouvrage de référence décrivant les thèmes de la formation.
- Pour les participants, manuel décrivant les méthodes d'apprentissage (carnet du participant).
- Pour les formateurs, un guide des méthodes d'enseignement (cahier du formateur).
- Liste du matériel requis : salle de cours, matériel et fournitures cliniques.
- Outils d'évaluation de l'apprentissage (par exemple guides d'apprentissage).
- Outils d'évaluation de la performance (par exemple check-lists).

L'ouvrage de référence fournit toutes les informations nécessaires pour donner un cours cohérent. Il sert de livre de cours aux participants et de manuel de référence aux formateurs ; il permet d'éviter l'utilisation de documents multiples. Le carnet du participant sert à guider le stagiaire à travers toutes les étapes du cours ; il contient un modèle de programme et d'emploi du temps ainsi que des documents imprimés complémentaires. Le cahier du formateur contient le contenu du carnet du participant, assorti d'informations pour le formateur, comme le plan du cours, les réponses essentielles et les outils d'évaluation des connaissances et des compétences. Les membres de l'ACCP ont développé des outils de formation à la prévention du cancer du col adaptés aux différentes approches (Annexe 8.1).

Les principes généraux de prévention du cancer du col doivent faire partie de toutes les formations, mais il est important d'adapter le niveau de l'enseignement à la catégorie de personnel formé et au domaine de soin considéré. De plus, il faut viser à combler les lacunes identifiées au cours de l'évaluation des besoins en matière de formation. Si, par exemple, il n'existe pas d'activités d'information et d'éducation (I&E) dans les autres services sanitaires, la formation à la prévention du cancer du col devra traiter les grands principes et les approches fondamentales de l'éducation à la santé. Se référer à l'Annexe 8.2 pour une liste de thèmes essentiels à inclure dans la formation, en fonction des services et de la catégorie de personnel et de son niveau.

Développer et adapter un kit de formation

La mise au point d'un kit de formation efficace est un élément essentiel de tout programme de prévention. Idéalement, il doit couvrir tous les thèmes, il doit être adapté, actualisé, ciblé, pratique, accessible, facile à diffuser ; il doit également respecter la culture locale, être facile à comprendre par le public visé et aisé à mettre en œuvre. L'équipe d'encadrement peut adapter les programmes de formation existants avec l'aide technique de formateurs expérimentés.

Où dispenser la formation ?

La formation clinique doit se dérouler dans un lieu où il est possible de dispenser une formation à la fois théorique et pratique et qui accueille suffisamment de patientes pour que les stagiaires puissent observer et réaliser les techniques sous la supervision de personnel expérimenté. La formation doit être assurée de préférence à l'endroit où vont travailler les stagiaires, ou alors dans un dispensaire du même type. Il est en effet plus facile pour les stagiaires de passer d'un contexte d'apprentissage au contexte professionnel.

Les efforts fournis pour identifier les points forts et les points faibles de chaque site et développer de bonnes relations avec le personnel seront largement récompensés par l'expérience clinique acquise par les stagiaires, qui finaliseront ainsi avec succès leur formation.

Un des points les plus importants dans la sélection du site de formation consiste à trouver une salle de cours convenable, suffisamment proche d'un établissement de soin approprié. L'équipe d'encadrement et le formateur doivent examiner les avantages et les inconvénients du site le plus proche de l'endroit où travaillent la plupart des participants. Si la formation se fait sur le lieu même de leur travail ou à proximité, les stagiaires risquent d'être fréquemment interrompus et distraits. À l'inverse, plus la salle de cours et les installations cliniques sont éloignées de leur lieu de travail, plus le coût du transport et de l'hébergement est élevé.

L'équipe d'encadrement, accompagnée du formateur, doit inspecter les dispensaires dans lesquels travaillent tous ou certains des participants. Cette stratégie présente de nombreux avantages : le formateur peut observer le personnel en train d'administrer les soins, évaluer les moyens de prévention des infections, discuter du nombre de patientes, observer les procédures de conseil et informer le personnel des prochains stages de formation. L'équipe d'encadrement et le formateur sont alors en meilleure position pour déterminer si les objectifs du cours, le contenu théorique et les activités pratiques correspondent aux besoins et aux aptitudes des participants. Ces visites permettent également d'établir des liens entre le formateur et les futurs stagiaires, qui auront ainsi une meilleure idée de ce qu'ils apprendront au cours du stage.

Les salles qui accueilleront les séances théoriques aussi bien que les séances pratiques doivent être adaptées à la taille du groupe, avec suffisamment de tables, de chaises et de bureaux. Elles doivent être correctement aérées et éclairées et disposer de l'équipement audiovisuel nécessaire. Il faut également prévoir l'hébergement et les repas des stagiaires et des enseignants.

A quel moment dispenser la formation ?

Les activités de formation doivent s'organiser par étapes, les superviseurs étant formés soit avant, soit en même temps que les stagiaires, de façon à favoriser l'acquisition des connaissances et à assurer l'apprentissage par le travail. Certains programmes prévoient de confier la prestation des soins à des infirmières sous la supervision de médecins. Dans ce cas, les médecins *doivent* être formés les premiers pour que l'encadrement soit optimal.

Calendrier

Il est préférable de conduire la formation "au bon moment", c'est-à-dire juste avant le lancement du programme. En effet, s'il s'écoule un laps de temps trop important entre la formation et la prestation des services, les connaissances acquises lors du stage risquent d'être perdues par manque de pratique. La formation du personnel d'I&E peut en revanche, avoir lieu plus tôt, car le rôle de l'I&E est de promouvoir les services de dépistage dans la communauté avant l'ouverture des services.

Durée de la formation

Idéalement, la formation clinique doit être suffisamment longue pour qu'un prestataire de niveau moyen ait le temps d'acquérir les compétences nécessaires. En réalité, la durée de la formation est soumise à des contraintes liées notamment à son coût et

à la disponibilité des ressources. L'expérience de l'ACCP montre que la formation à l'IVA et à la cryothérapie doit durer cinq jours au minimum et dix jours au maximum. Pour les autres professionnels de santé comme les gestionnaires de données, la durée du stage dépend des objectifs du stage, de leurs compétences et du temps dont ils disposent pour la formation.

Aspects administratifs liés à la formation

L'équipe d'encadrement est chargée de prendre les dispositions administratives associées à l'organisation et au déroulement du stage de formation. Cela consiste par exemple à définir le mode de prise en charge (sous forme d'avance ou de remboursement) du *per diem* et des frais de déplacement et d'hébergement. Se référer à l'Annexe 8.3 pour un aperçu des étapes chronologiques de planification des stages.

Gagner le soutien du personnel et des collaborateurs

Avant le lancement du programme, l'équipe d'encadrement doit organiser une session de sensibilisation à la prévention du cancer du col pour toutes les catégories de personnel des établissements concernés. Cela permettra de gagner le soutien du personnel et de favoriser les activités de formation interne (inreach).

Développer un système de formation à la prévention du cancer du col

Les systèmes de formation pour les programmes de prévention du cancer du col englobent une pléiade d'institutions dont l'effort collectif coordonné permet la formation de nouveaux formateurs et de nouveaux prestataires. Il s'agit d'assurer une rotation constante de ce personnel, dont l'effectif peut varier en fonction des départs à la retraite, des réaffectations ou d'autres situations. Le système doit également offrir l'occasion au personnel compétent, de développer progressivement ses aptitudes à l'enseignement.

Il est préférable d'avoir recours aux formateurs et aux instituts de formation du pays. Les écoles de médecine et les centres de formation spécialisée, par exemple, peuvent jouer un rôle clé dans la mise à disposition et la préparation du personnel enseignant. Cependant, les pays qui mettent en place un programme de prévention pour la première fois doivent s'entourer de l'assistance technique d'organisations et d'universités internationales.

Etapes pour devenir formateur clinique, formateur chevronné et formateur maître

Les prestataires ayant les compétences nécessaires et souhaitant devenir formateurs cliniques peuvent faire valider un cursus qui comprend un certain nombre d'étapes. La première étape consiste à suivre un cours spécialisé d'aptitudes à la formation clinique, conduisant au statut de candidat formateur. Au cours des étapes suivantes, il devra, sous la houlette d'un formateur maître :

- Co-enseigner un cours pour les nouveaux prestataires, conduisant au statut de formateur clinique qualifié.
- Suivre un cours spécialisé d'aptitudes à la formation clinique conduisant au statut de formateur clinique chevronné.

- Co-enseigner un cours pour les nouveaux formateurs cliniques, conduisant au titre de formateur maître.

La marche à suivre pour devenir formateur est détaillée en Annexe 8.4.

Méthodes de formation

Se former, c'est acquérir les connaissances, le comportement et les aptitudes pour mener à bien des activités ou des tâches spécifiques. Cela suppose implicitement l'application immédiate des connaissances et compétences acquises. La formation en général est un sujet vaste et complexe et le traiter intégralement dépasserait le cadre de ce chapitre. Certains concepts doivent néanmoins être portés à la connaissance de l'équipe d'encadrement d'un programme de prévention du cancer du col.

But de la formation à la prévention du cancer du col

Il s'agit de donner à des groupes de prestataires les compétences nécessaires pour inciter les femmes à participer au dépistage, pour dépister celles qui sont admissibles avec un test adéquat et traiter celles dont le test est positif conformément aux recommandations. Selon le contexte, ces trois tâches seront assurées soit par un seul prestataire soit par plusieurs qui se répartiront le travail. Dans tous les cas, il est indispensable qu'ils aient suivi une formation. Pour être efficace, la formation doit être appropriée, conçue et dispensée de façon interactive et pratique. (Sullivan et al. 1998).

Formation basée sur les compétences (FBC)

On retrouve dans l'approche FBC les caractéristiques essentielles d'une formation clinique efficace. Cette méthode consiste à apprendre par la pratique. Elle est axée sur les connaissances, les attitudes et les compétences spécifiques nécessaires pour mener à bien une technique ou une activité (Sullivan et al. 1998). L'accent est mis sur la performance de l'élève et non sur sa capacité à retenir l'information. Les nouvelles aptitudes sont appréciées objectivement en évaluant la performance globale selon des critères prédéfinis.

Ce que j'entends, je l'oublie ;
Ce que je vois, je m'en souviens ;
Ce que je fais, je le comprends.

Confucius

Standardisation des compétences

Afin de faciliter la FBC, il faut standardiser l'enchaînement des étapes essentielles du processus de formation, en commençant par l'enseignement de la méthode la plus essentielle et la plus sûre. C'est ensuite que l'on pourra élaborer les outils de formation, guides d'apprentissage ou check-lists. Les guides d'apprentissage décrivent en détail les étapes de la formation et les check-lists permettent d'évaluer la performance des stagiaires.

Techniques pédagogiques, techniques de simulation et de modélisation du comportement

Dans le cadre de la FBC, le formateur doit surtout faciliter et encourager l'apprentissage plutôt que de se limiter à un rôle plus classique d'instructeur ou de professeur. Il peut utiliser les techniques pédagogiques classiques, cours magistraux ou présentations orales, pour transmettre les principes essentiels des différentes méthodes cliniques et des différentes approches de prévention et de traitement du cancer du col, en les étayant et en justifiant leur emploi. Les cours peuvent être animés par des exercices interac-

tifs, questions-réponses, discussions de groupe et utilisation de supports audiovisuels. Il n'est pas possible, en effet, de préparer correctement les prestataires à effectuer leur travail uniquement avec des cours théoriques, aussi vivants soient-ils.

Les techniques de simulation avec des modèles anatomiques et divers autres outils pédagogiques (modèle et photos du col de l'utérus ; voir l'encadré ci-dessous et l'encadré de la page suivante) font partie intégrante de la formation clinique. Elles facilitent l'apprentissage, permettent d'écourter la durée de la formation et de minimiser le risque pour les patientes.

Démonstrations et exercices pratiques

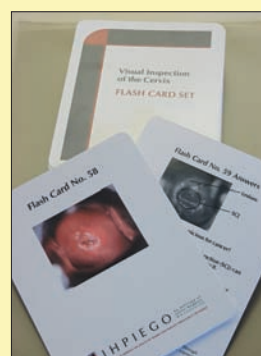
Les formateurs doivent répéter plusieurs fois la démonstration des techniques et les gestes cliniques à effectuer sur les patientes, à l'aide de modèles anatomiques et de supports audiovisuels adaptés. Les stagiaires doivent utiliser les guides d'apprentissage tout au long des différentes étapes de la formation pratique. Les travaux pratiques sur les modèles anatomiques peuvent être complétés par l'utilisation de check-lists qui résument les étapes essentielles des procédures cliniques.

La durée des sessions consacrées aux démonstrations et aux exercices pratiques et notamment le nombre de techniques enseignées, dépend du niveau initial des participants et des compétences qu'il leur reste à acquérir. Les stagiaires n'ont un premier contact avec les patientes qu'après s'être exercés et avoir acquis un certain niveau de compétence sur les modèles anatomiques.

Certains stagiaires assimilent rapidement les nouvelles connaissances ou compétences, tandis que d'autres auront besoin de continuer à s'exercer après le stage ou d'avoir recours à d'autres modes de formation. Pour poursuivre la formation pratique après le stage initial, on peut faire travailler les stagiaires comme "apprentis" aux côtés d'un prestataire expérimenté, dans un établissement situé près de leur lieu de travail. Cet apprentissage peut s'effectuer en alternance, sur un rythme hebdomadaire ou mensuel. Le plus important est de veiller à ce que chaque stagiaire acquière l'expérience pratique adaptée qui lui permettra d'être à l'aise et de réaliser les actes avec compétence.

Outils d'apprentissage pour les techniques visuelles de dépistage

L'utilisation de modèles anatomiques et de photos du col de l'utérus enrichit la formation aux techniques d'inspection visuelle pour le dépistage. Tout comme il existe des diapositives pédagogiques pour les programmes de cytologie, l'ACCP a inclus des images du col de l'utérus dans ses kits de formation à la prévention du cancer du col. Ces images peuvent servir à l'apprentissage comme à l'évaluation des performances, pendant et après la formation. Dans le jeu de photos de JHPIEGO (ci-contre), chaque image est accompagnée d'un court descriptif.



Le jeu de photos

Le modèle pelvien ZOË®

Le Simulateur Gynécologique ZOË® est un modèle grandeur nature de l'abdomen et du pelvis de la femme adulte. C'est un outil de formation polyvalent qui a été développé pour aider les professionnels de santé à enseigner différentes méthodes et techniques gynécologiques. Le modèle ZOË® est idéal pour expliquer et pratiquer :

- L'examen vaginal à l'aide du spéculum
- Les tests de dépistage (inspection visuelle, prélèvement pour frottis cervical ou test de recherche de l'ADN du VPH)
- La reconnaissance visuelle d'un col de l'utérus normal et d'un col de l'utérus anormal
- La mise en place d'une sonde de cryothérapie
- L'utilisation des préservatifs féminins

Le modèle ZOË® peut également être utilisé pour expliquer d'autres techniques gynécologiques, comme l'échographie de l'utérus, le traitement par aspiration manuelle des avortements incomplets, ainsi que les techniques de planning familial (insertion et retrait d'un stérilet, détermination de la taille et ajustement d'un diaphragme, stérilisation des femmes).



Le Simulateur Gynécologique ZOË®

Evaluation des compétences

L'évaluation des compétences consiste à mesurer les connaissances acquises, les aptitudes et les comportements directement observables, en fonction d'un standard établi. On utilisera les check-lists des séances pratiques pour apprécier objectivement les performances. Tous les stagiaires seront ainsi jugés selon les mêmes critères. Ces check-lists permettront également de superviser le personnel après la formation et de déterminer la façon dont les nouvelles compétences sont exploitées sur le lieu de travail. En d'autres termes, elles permettront d'évaluer le transfert de l'apprentissage.

Documents validant la compétence

Les attestations de qualification, qui confirment qu'une personne a satisfait aux exigences du cours en matière de connaissances, compétences et pratique sont délivrées par les instituts de formation. Les diplômes ne peuvent, quant à eux, être délivrés que par un organisme agréé comme le Ministère de la santé, une école de médecine ou une école d'infirmières.

Formation de l'ensemble du personnel du site

Cette approche repose sur l'utilisation du site de soins pour la formation. Elle s'adresse aux différentes catégories de personnel et comporte une supervision permanente (Bradley et al. 1998). Elle tente de répondre aux besoins en formation de l'ensemble du personnel et s'attache à développer et à entraîner des équipes de prestataires. Les services pourront ainsi continuer à fonctionner en cas de congé ou de mutation de l'un d'eux. Cette approche présente deux avantages essentiels. Premièrement, les nouvelles compétences sont plus rapidement mises en pratique puisque la formation a lieu sur place. Deuxièmement, on peut en profiter pour exposer les programmes à l'ensemble du personnel et le mobiliser en faveur de la prévention du cancer du col utérin.

Transfert de l'apprentissage

Principe

Le transfert de l'apprentissage correspond à la phase intensive d'appréciation de la performance qui suit immédiatement la formation et permet de vérifier que les nou-



En pratiquant les techniques cliniques, les agents de santé développent leurs compétences et prennent confiance.

velles compétences sont exploitées sur le lieu de travail à l'issue de la formation. Il s'agit d'une étape intermédiaire entre la formation et la supervision de routine, qui consiste en un ensemble de tâches étroitement imbriquées, faisant appel aux superviseurs du site, aux formateurs, aux parties concernées par la formation et aux prestataires - avant, pendant et après la formation - pour optimiser la mise en application des nouvelles compétences. Convenablement exécuté, le transfert de l'apprentissage contribue à garantir aux services de prévention du cancer du col une performance conforme aux standards.

Techniques de transfert de l'apprentissage

Les techniques de transfert de l'apprentissage permettent d'évaluer l'aptitude des prestataires à pratiquer la technique, à interpréter le test et à décider si la patiente doit être traitée ou dirigée sur un autre établissement. Il s'agit d'un travail d'équipe, qui implique les stagiaires (prestataires des services de prévention du cancer du col), les formateurs, les superviseurs cliniques (s'ils existent), les superviseurs sur site, les collègues et divers autres intervenants. La participation de tous les membres de l'équipe permet de renforcer le processus de transfert des connaissances et des compétences nouvellement acquises dans la pratique quotidienne.

La fréquence et le nombre des visites d'inspection destinées à évaluer le transfert de l'apprentissage varient en fonction des ressources locales et de la disponibilité des formateurs. En règle générale, elles doivent avoir lieu au rythme d'une à deux par mois durant les trois à six mois qui suivent immédiatement la formation et ce, jusqu'à ce que les prestataires soient jugés compétents lors de deux visites d'inspection successives.

Le formateur – de préférence, celui qui a assuré le stage initial – profite des techniques de transfert de l'apprentissage pour observer le prestataire en train de dispenser des services dans son environnement professionnel quotidien (dépistage, traitement, conseil, etc.). Les check-lists de formation sont les principaux outils d'évaluation pour l'examen des performances des prestataires. Quand l'examen clinique a recours aux méthodes visuelles, le formateur peut s'aider d'images du col (jeu de photos) pour évaluer si les performances du prestataire sont conformes aux standards.

En cas de problème, le formateur et le prestataire discutent ensemble pour trouver une stratégie permettant d'améliorer les performances. Enfin, le formateur rédige un rapport de synthèse pour l'équipe d'encadrement, décrivant les résultats de sa visite d'inspection et ses recommandations spécifiques. Il est important que ce rapport soit également porté à la connaissance du prestataire.

Rôle de l'équipe d'encadrement dans le transfert de l'apprentissage

L'équipe d'encadrement est chargée de faciliter les visites d'inspection du transfert de l'apprentissage et de veiller à ce qu'elles aient effectivement lieu. Si elle décèle des problèmes, elle peut être amenée à chercher des solutions avec le superviseur du site ou le superviseur clinique local.

Garantir des performances conformes aux standards

Principe

La phase continue d'évaluation des performances des prestataires suit immédiatement la phase de transfert de l'apprentissage, pour garantir la conformité des performances aux standards. Cette phase d'évaluation suit les mêmes principes que la phase de transfert de l'apprentissage : toutes deux tiennent compte à la fois des facteurs de performance individuelle et de l'impact sur le programme. Les administrateurs de santé ou les superviseurs locaux peuvent assurer eux-mêmes cette phase d'évaluation, alors que seuls des formateurs peuvent superviser la phase de transfert de l'apprentissage.

Standards et indicateurs de performance

Les standards de performance individuelle sont définis par la politique nationale. Pour savoir si la performance individuelle atteint les standards, on utilise des indicateurs de performance. Chaque pays doit avoir ses propres indicateurs en fonction de sa situation. Le Tableau 8.2 décrit quelques-uns de ces indicateurs.

Rôle de l'équipe d'encadrement pour garantir la conformité des performances aux standards

L'équipe d'encadrement est chargée de faciliter la communication entre les formateurs et les superviseurs du site, pour que les mécanismes qui garantissent la conformité des performances aux standards soient intégrés de façon durable aux activités de routine du site.

Voir Chapitre 9 pour plus d'informations sur la performance globale du programme, notamment les indicateurs fondamentaux.

TABLEAU 8.2. Exemples d'indicateurs de performance individuelle

Éléments du programme	Indicateurs de performance individuelle	Méthode de calcul	Mesures correctrices
Conseil	Proportion d'entretiens avec les patientes conformes au standard	Nombre d'entretiens avec les patientes conformes au standard / nombre d'entretiens effectués	Recyclage en matière de conseil pour la prévention du cancer du col
Dépistage	Cytologie : proportion de frottis adéquats	Nombre de frottis adéquats / nombre total de frottis effectués	Recyclage pour la réalisation du frottis cervical
	Méthodes visuelles : taux de concordance entre l'évaluation par le prestataire et l'évaluation par le formateur ou le superviseur clinique	Nombre d'évaluations concordantes / nombre total d'évaluations réalisées par le prestataire et par le formateur ou le superviseur clinique	Auto-évaluation par le prestataire à l'aide de photos du col de l'utérus ou à l'aide d'un CD-ROM et recyclage
Traitement	Taux de traitement conforme au standard, par prestataire	Nombre de patientes traitées / nombre de patientes dont le test est positif, estimées admissibles à un traitement par le prestataire	Analyser les principales causes du faible taux de traitement, choisir des interventions et contrôler à nouveau les performances

Conclusion

La formation constitue un vaste sujet, mais il existe des principes de base que l'équipe d'encadrement doit connaître et auxquels elle doit se référer. Pour planifier et développer des projets de formation dans le domaine de la prévention du cancer du col, elle doit travailler en étroite collaboration avec des formateurs experts du domaine. Au début d'un nouveau programme, on peut faire appel à des formateurs étrangers, mais il faut constituer un réseau national d'experts pour assurer la continuité du système.

Le système de formation doit être suffisamment flexible pour pouvoir intégrer les nouvelles techniques de dépistage et de traitement au fur et à mesure de leur émergence. La méthode pédagogique qui associe la formation basée sur les compétences (FBC) à l'enseignement théorique et aux techniques de modélisation du comportement est extrêmement efficace. Et si l'on intègre des travaux pratiques avec des modèles anatomiques et autre matériel pédagogique, on peut réduire significativement à la fois la durée et le coût de la formation. Si elle est intégrée à un cursus diplômant, la formation peut être validée par un diplôme.

Le transfert de l'apprentissage sert à garantir l'utilisation des nouvelles connaissances et des nouvelles compétences sur le lieu de travail. Il faut que les prestataires soient performants pour que les programmes de prévention du cancer du col soient efficaces. La performance individuelle doit s'évaluer de façon continue, avec les indicateurs de performance individuelle définis par les politiques nationales et locales. C'est en asso-

ciant étroitement formation et supervision sur site que l'on contribuera à résoudre les problèmes rencontrés au niveau de la performance.

Bibliographie complémentaire

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG statement of policy: cervical cancer prevention in low-resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 103(3):607–609.

Blumenthal PD, Ruparelia C, Sullivan R. Ensuring *Performance to Standard for Cervical Cancer Prevention: the Single Visit Approach with VIA and Cryotherapy*. Baltimore : JHPIEGO [forthcoming].

Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, et al. *Whole Site Training: A New Approach to the Organization of Training*. New York : AVSC; August 1998. AVSC Working Paper, No. 11.

JHPIEGO. *Performance Improvement for Quality Reproductive Health Services*. Baltimore : JHPIEGO; 2003[b].

PRIME II/INTRAH/JHPIEGO. *Transfer Of Learning: A Guide For Strengthening The Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill : PRIME II; March 2002.

Sullivan R, Blouse A, McIntosh N, et al. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*. 2nd ed. Baltimore : JHPIEGO; 1998.

Sullivan R, Gaffikin L. *Instructional Design Skills for Reproductive Health Professionals*. Baltimore : JHPIEGO; 1997.

World Health Organization (WHO). *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Geneva: WHO; 1988.

Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. Loop excisional procedures for treating CIN. In: *Electrosurgery for HPV-Related Diseases of the Lower Genital Tract: A Practical Handbook for Diagnosis and Treatment by Loop Electrosurgical Excision and Fulgaration Procedures*. Quebec: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Annexe 8.1. Liste des outils de formation

Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention* [Flash Card Set]. Baltimore : JHPIEGO; 2003.

Blumenthal PD. *Visual Inspection for Cervical Cancer Prevention: An Interactive Training Tool* [on CD-ROM]. Baltimore : JHPIEGO; 2002.

Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on VIA and cryotherapy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [forthcoming].

Blumenthal PD, Oh C. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low Resource Settings: Repair and Maintenance Field Handbook for the Wallach Cryotherapy Unit, Model #LL100*. Baltimore : JHPIEGO; 2004.

Blumenthal PD, Ruparelia C, Sullivan R. *The Performance Support Handbook for Cervical Cancer Prevention Services*. Baltimore : JHPIEGO [forthcoming (b)].

Cervical Health Information Project (CHIP). *Implementing cervical screening in South Africa. Volume II: A guide for trainers*. University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[b].

EngenderHealth. *Men and Women Working Together to Prevent Cervical Cancer : Training Modules for Men, Facilitator's Manual*. New York: EngenderHealth; 2003[e].

JHPIEGO *Cervical Cancer Prevention Course Handbook: Guide for Participants*. Baltimore : JHPIEGO; 2001[b].

JHPIEGO. *Cervical Cancer Prevention Course Notebook for Trainers*. Baltimore : JHPIEGO; 2001[a].

McIntosh N, Blumenthal PD, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore : JHPIEGO; 2001.

PATH. *Teaching Visual Inspection of the Cervix with Acetic Acid (VIA): Kenya Draft*. Seattle : PATH; 2003[a].

Sankaranarayanan R, Ramani WS. *A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia*. Lyon : IARCPress; 2002.

Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, France : IARCPress; 2002.

Annexe 8.2. Prévention du cancer du col : thèmes essentiels et justification de la formation

Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Ampleur du problème et rôle des programmes de dépistage.	- Données nationales et régionales récentes sur l'incidence et la prévalence du cancer du col et sur la mortalité associée. - Obstacles à la prévention. - Justification de la prévention. - Éléments clés d'un programme de dépistage.	Positionne le cancer du col dans le contexte de santé publique et souligne ce qui peut être accompli pour réduire le poids de la maladie. Fournit des explication sur la sélection du groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le traitement des lésions précancéreuses. Prépare les agents de santé de tous les niveaux à informer le public sur la nature de la maladie et le fonctionnement de la prévention. Destigmatise le cancer du col en mettant l'accent sur la prévention.
Histoire naturelle du cancer du col.	- Rôle de l'infection à VPH dans les lésions précancéreuses. - Lésions précancéreuses. - Evolution des lésions précancéreuses en cancer. - Cancer du col.	Fournit des bases pour expliquer ce qu'est le groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le traitement des lésions précancéreuses. Prépare les agents de santé de tous les niveaux à informer le public sur la nature de la maladie et le fonctionnement de la prévention. Destigmatise le cancer du col en mettant l'accent sur la prévention.
Anatomie et physiologie appliquées de l'appareil reproducteur féminin.	- Zone de remaniement, jonction pavimento-cylindrique et modifications physiologiques. - Apparence normale du col, variantes normales, affections bénignes et modifications liées à l'âge. - Influence des hormones, par exemple grossesse ou inflammation du col. - Caractéristiques cliniques des infections de l'appareil reproductif et des IST.	Fournit les bases nécessaires d'anatomie et de physiologie nécessaires à la réalisation des techniques de dépistage, au diagnostic et au traitement.
Evaluation des patientes.	- Enregistrement des antécédents médicaux. - Examen gynécologique.	Mise à jour des compétences cliniques de base, en particulier dans les nombreux plannings familiaux et dispensaires pour IST, où l'examen gynécologique n'est pas pratiqué en routine.

Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Conseil.	• Interactions patiente-prestataire et conséquences d'une mauvaise communication. • Droits des patientes. • Confidentialité, intimité. • Prise de décision en toute connaissance de cause et consentement éclairé. • Aptitudes à communiquer, capacités d'écoute, compétences psychologiques. • Messages à transmettre avant le dépistage, le diagnostic et le traitement, et procédure post-thérapeutique.	Souligne le rôle de l'entretien avec les patientes pour résoudre les questions essentielles sur la participation volontaire et éclairée au programme de dépistage, et sur le respect des recommandations liées au suivi.
Tests de dépistage (cytologie, ADN-VPH, méthodes visuelles).	Pour chaque test auquel le personnel peut être formé : • Principes. • Description. • Caractéristiques du test. • Implications. • Avantages et inconvénients. • Étapes. • Définition d'un test positif. • Nature des lésions nécessitant un traitement. • Utilisation d'une terminologie standard.	Développe les critères de jugement nécessaires à un dépistage visuel efficace, établit des critères clairs pour l'identification des lésions positives et souligne l'importance d'une terminologie standard pour la classification (résultats des tests) pour communiquer au sein et entre les programmes de prévention.

Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Comment gérer les lésions précancéreuses (diagnostic et/ou traitement).	• Coloscopie et biopsie. • Approches thérapeutiques. • Options thérapeutiques proposées par le programme. • Etapes du traitement. • Equipement nécessaire. • Considérations liées au programme au delà du traitement. • Identification des patientes pour lesquelles le traitement est indiqué et prise en charge de celles qui ne peuvent recevoir un traitement donné. • Avantages et inconvénients du traitement. • Effets secondaires associés. • Complications potentielles. • Reconnaître et gérer les complications. • Quand et dans quel établissement prendre en charge les patientes atteintes de lésions précancéreuses, et par quel type de prestataire. • Echec du traitement. • Continuité des soins.	Familiarise les stagiaires avec les options de traitement et permet de développer les aptitudes cliniques ; indique comment prévenir, reconnaître et gérer les complications ; précise quand une femme peut être traitée et quand elle doit être orientée vers un autre centre.
Prévention des infections.	• Justification de la prévention des infections. • Notions de prévention des infections. • Décontamination, nettoyage, désinfection intensive et stérilisation. • Traitement des déchets.	Souligne l'importance de protéger à la fois les patientes et les agents de santé des maladies contagieuses grâce à de bonnes pratiques de travail dans un environnement sain.
Consignation et communication du résultat des tests et des conclusions cliniques.	• Conclusions essentielles qui doivent être documentées. • Consigner les conclusions clairement et systématiquement. • Intégrer la documentation à la pratique clinique.	Souligne l'importance d'une documentation cohérente et de l'archivage des dossiers médicaux pour éviter de perdre de vue les patientes et pour prévenir les conséquences d'un mauvais diagnostic ou d'un traitement inefficace.

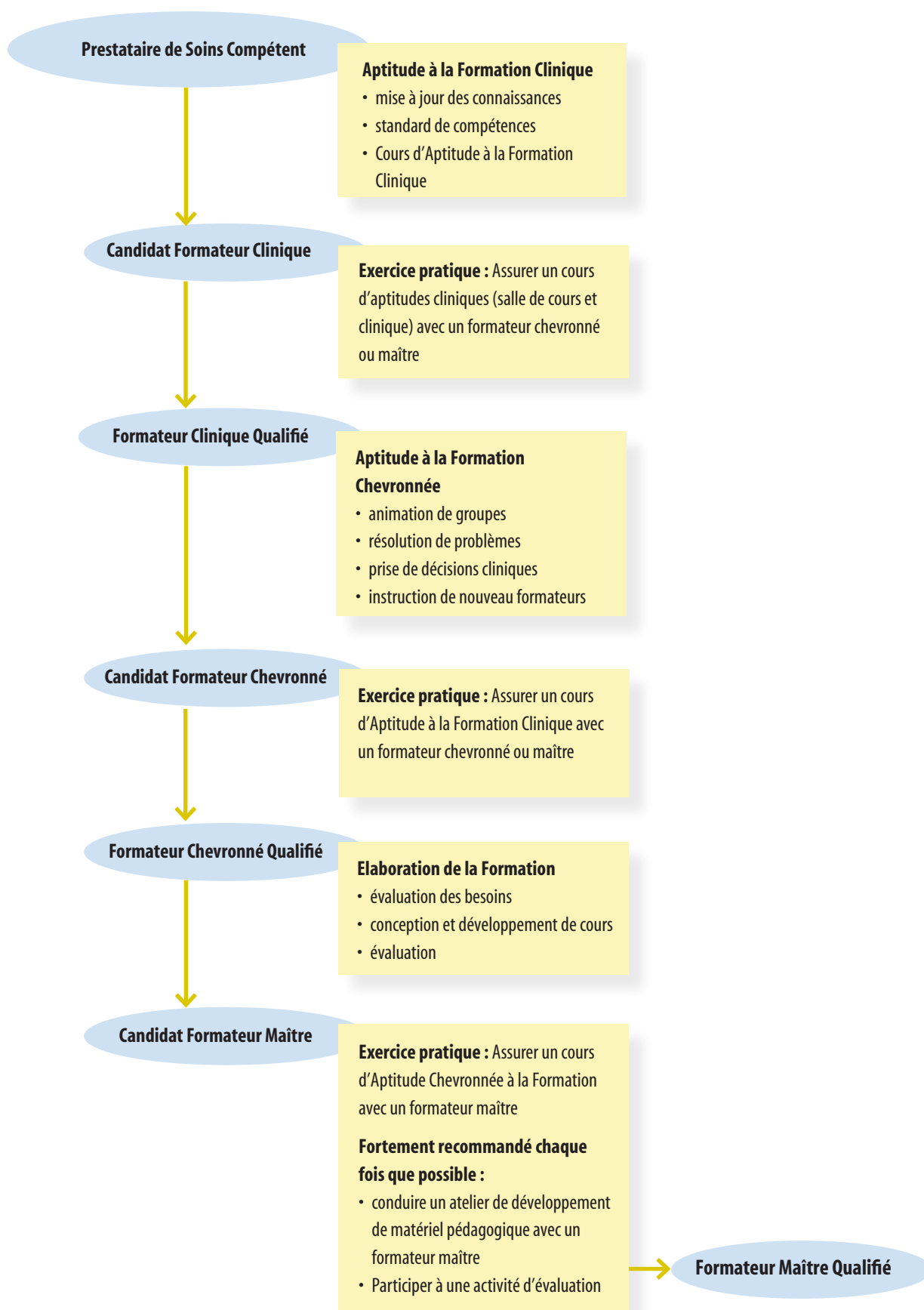
Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Suivi post-thérapeutique.	• Justification du suivi. • Quand procéder au suivi. • Durée du suivi. • En quoi consiste la visite de suivi.	Favorise la continuité des soins.
Vue d'ensemble de la prise en charge du cancer du col.	• Caractéristiques cliniques, stadification, examens. • Traitement du cancer du col. • Soins palliatifs—principes ; prise en charge des symptômes du cancer en phase terminale.	Fournit des informations de base pour permettre aux stagiaires d'apporter un soutien psychologique, d'assurer la prise en charge et de suivre les femmes ayant un cancer du col, qu'ils vont inévitablement rencontrer dans un programme de prévention.
Gestion des données.	• Qu'est-ce qu'un système d'information de santé (SIS). • Description du système d'information de santé (SIS) utilisé dans le programme. • Importance d'un système d'information de santé (SIS) dans un programme de prévention du cancer du col. • Utilisation d'indicateurs de fonctionnement et de résultat.	Souligne le rôle du système d'information de santé (SIS) et comment celui-ci permet de prendre des mesures correctrices et d'améliorer les performances du programme.

Annexe 8.3. Check-list pour la préparation d'un atelier/d'un cours

Six mois avant le cours	Trois mois avant le cours
☐ Confirmer le choix du (des) site(s) de formation. ☐ Choisir l'hébergement (si nécessaire). ☐ Choisir et approuver le choix de formateurs supplémentaires, de consultants, ou d'experts (si nécessaire).	☐ Sélectionner et prévenir les participants. ☐ Entamer les démarches administratives. ☐ Confirmer l'hébergement. ☐ Re-confirmer la disponibilité des formateurs, des consultants, ou des experts. ☐ Commander les documents pédagogiques, les fournitures et l'équipement. ☐ Confirmer les dispositions pour recevoir les participants au centre de formation.
Un mois avant le cours	Une semaine avant le cours
☐ Revoir le programme et les horaires du cours et les modifier si nécessaire (faire parvenir des copies aux participants et aux formateurs). ☐ Revoir le contenu du cours et préparer à l'avance chaque session assurée par un formateur clinique (par exemple, préparer les notes du formateur si celui-ci en utilise). ☐ Préparer le matériel audiovisuel (transparents, diapositives, tableaux, etc.). ☐ Visiter les salles de cours et confirmer la réservation. ☐ Visiter le(s) site(s) de formation clinique et confirmer la(les) réservation(s). ☐ Accuser réception du matériel pédagogique, des fournitures et de l'équipement. ☐ Finaliser les démarches administratives (par exemple, transport vers/depuis le site de formation). ☐ Re-confirmer l'hébergement.	☐ Revoir la liste finale des participants et leur demander des informations sur leur expérience et leurs responsabilités cliniques. ☐ Réunir le matériel pédagogique. ☐ Préparer les certificats de présence. ☐ Re-confirmer la disponibilité des patientes qui se rendront au centre de formation.
Un à deux jours avant le cours	
☐ Préparer les salles de cours. ☐ Préparer et vérifier les supports audiovisuels et les autres outils de formation. ☐ Mettre en place les modèles anatomiques et tous les instruments nécessaires. ☐ Rencontrer le formateur, les consultants externes ou les experts et passer en revue le rôle et les responsabilités de chacun.	

D'après : Sullivan et al. 1998.

Annexe 8.4. Coursus des enseignants et des formateurs



D'après : Blouse et al. 1998.

Améliorer la performance des programmes

Sommaire

Messages clés	179
Introduction	179
Amélioration des programmes	180
Cadre du contrôle et de l'évaluation	
Amélioration de la qualité des services	
Amélioration des résultats directs des programmes	
Mesures correctrices	
Mise en place des systèmes d'information de santé	187
Objectifs des systèmes d'information de santé	
Facteurs à considérer	
Principes fondamentaux	
Identification des patientes	
Types de systèmes d'information de santé	190
Système d'information de santé au sein de l'établissement	
Système d'information de santé centralisé	
Registres du cancer	198
Conclusion	198
Bibliographie complémentaire	199
Annexe 9.1. Modèle de fiche individuelle d'identification	200
Annexes 9.2A–D. Modèles de registres destinés aux systèmes d'information de santé au sein des établissements	201
Annexes 9.3A–E. Modèles de formulaires destinés aux systèmes d'information de santé centralisés	205
Annexe 9.4. Modèles de comptes rendus	210

Messages clés

- Le contrôle continu et proactif des programmes de prévention s'effectue à l'aide des systèmes d'information de santé (SIS) et des outils d'amélioration de la qualité. Suivi d'action correctrices, il permet d'augmenter l'efficacité des programmes.
- Il faut mettre l'accent sur les procédures et les systèmes. Ce sont souvent leurs faiblesses qui sont à l'origine des mauvaises performances des programmes plutôt que les individus.
- Fondés sur des indicateurs pertinents et mesurables, les SIS constituent des outils efficaces, indispensables pour retrouver la trace des patientes et surveiller le bon fonctionnement des programmes de prévention.
- Les SIS peuvent être organisés au sein de chaque établissement ou centralisés. Dans les deux cas, leur efficacité repose sur le recueil systématique des données essentielles et sur la production régulière de rapports de contrôle et de listes permettant de retrouver les patientes, à l'attention des superviseurs et des équipes d'encadrement.

Introduction

La performance d'un programme de prévention fait référence à la fois à la qualité des soins et à l'obtention de résultats quantitatifs répondant aux objectifs précis du programme. Le contrôle et l'évaluation sont indispensables pour veiller à ce que les différents aspects de la prestation des soins fonctionnent avec efficacité et efficience, grâce aux efforts des personnels sur le terrain. L'amélioration de la qualité relève d'un processus participatif, qui doit fonctionner de façon continue et résulter de l'interaction des systèmes d'information, d'auto-évaluation des personnels de santé, et des actions de contrôle d'assurance qualité qui définissent et garantissent le respect des normes.

Les équipes d'encadrement doivent s'assurer que les programmes apportent des services de qualité, appropriés, abordables, accessibles, et d'un bon rapport coût-efficacité. Pour mener à bien cette mission, elles doivent participer activement au processus continu de contrôle et d'évaluation et veiller à ce que les systèmes soient mis en place et fonctionnent efficacement. Pour cela, elles doivent :

- Evaluer l'avancement du programme par rapport aux objectifs et aux cibles, en utilisant des indicateurs mesurables et clairement définis.
- Veiller à ce que l'information soit recueillie, synthétisée et communiquée, en instaurant des SIS qui fonctionnent et des outils d'amélioration de la qualité.
- Utiliser toutes les données pour prendre les mesures correctrices qui s'imposent dans le cadre d'un processus continu d'amélioration de la performance.
- Impliquer le personnel dans les processus d'amélioration de la qualité.

Amélioration des programmes

Cadre du contrôle et de l'évaluation

Le processus de contrôle et d'évaluation aide les équipes d'encadrement à :

- Déterminer dans quelle mesure les programmes répondent aux objectifs et aux cibles fixés et apporter les corrections en conséquence.
- Prendre des décisions éclairées en fonction de l'organisation des programmes et de la prestation des soins.
- Garantir une utilisation correcte et efficace des ressources.
- Evaluer l'impact des programmes par rapport aux objectifs fixés.

Toutes ces actions sont destinées à améliorer le fonctionnement des programmes de prévention.

Le processus de contrôle et d'évaluation suit un cheminement logique évident (Tableau 9.1). Il débute avec les «ressources» (personnel, formation, équipement, fonds, etc.) qui doivent être investies pour parvenir aux «résultats en terme de fonctionnement», c'est à dire la mise en place de services de dépistage et de traitement et autres services de soutien, fiables et accessibles, axés sur les patientes. Il faut ensuite assurer la disponibilité d'un personnel compétent capable de proposer des services de qualité à une large proportion de femmes du groupe d'âge cible, pour atteindre les «résultats directs» ou «résultats en terme d'objectifs», c'est à dire une forte couverture de dépistage et un taux élevé de traitement des lésions précancéreuses chez les femmes dont le test est positif, ce qui réduira en retour le poids de la maladie (impact).

TABEAU 9.1. Cadre du contrôle et de l'évaluation

CONTRÔLE Evaluation du fonctionnement		ÉVALUATION Evaluation de la performance	
Investissements	Résultats en terme de fonctionnement	Résultats en terme d'objectifs (résultats directs)	Impact
• Personnel • Moyens financiers • Supervision • Etablissements • Equipement • Fournitures • Formation • Organisation du programme	• Disponibilité des services de dépistage et de traitement • Services de qualité • Personnel compétent • Sensibilisation à la prévention du cancer du col	• Couverture de dépistage • Taux de traitement chez les femmes présentant des lésions précancéreuses • Changement de comportement • Soutien accru de la collectivité	• Incidence du cancer du col • Mortalité par cancer du col • Impact économique • Impact social

D'après UNAIDS and the World Bank 2002.

La plupart des “résultats directs” sont mesurables à l'aide d'indicateurs définis en fonction des principaux objectifs du programme de prévention : réduire l'incidence de la maladie et de la mortalité associée, en incitant les femmes à utiliser les services de prévention, en effectuant un test de dépistage chez celles qui sont admissibles et en assurant une prise en charge appropriée des patientes dont le test de dépistage est positif.

Les moyens («résultats en terme de fonctionnement») sont reflétés par des indicateurs de qualité. Ils exercent un impact important sur l'utilisation des services, qui affecte en retour la performance du programme. Par exemple, si les patientes ne sont pas satisfaites ou si les stratégies de recrutement sont inappropriées ou inefficaces, les taux de couverture et de participation seront d'autant plus faibles. En fin de compte, un programme de prévention atteindra son objectif ultime (impact)—réduction de l'incidence et de la mortalité associées au cancer du col—uniquement s'il réussit à obtenir à la fois des «résultats en terme de fonctionnement» et des «résultats directs» (Tableau 9.1).

Amélioration de la qualité des services

Il faut tout particulièrement contrôler la qualité des soins et veiller à son amélioration, car elle contribue non seulement à l'efficacité des programmes de prévention et à la réduction des coûts, mais elle contribue aussi au sentiment de satisfaction professionnelle du personnel et incite les femmes à utiliser les services de dépistage et de traitement. Même s'il est difficile de mesurer des facteurs comme la satisfaction ou les préférences des femmes, il existe cependant des approches et des outils qualitatifs permettant de les évaluer, d'identifier des problèmes précis, de les analyser et d'y remédier. Les actions destinées à améliorer la qualité des services au niveau de la structure médicale doivent faire partie des services de routine. Elles doivent être entreprises tous les deux ou trois mois et s'accompagner de mesures correctrices quotidiennes. Dans la mesure où l'amélioration de la qualité engage la responsabilité de tout le personnel, il est important que les différentes catégories de personnel à tous les niveaux y participent.

Entretiens de sortie avec les patientes

Les entretiens constructifs avec les femmes, à leur sortie du centre de soins, contribuent directement à l'efficacité du programme, car ils offrent aux prestataires l'occasion de renforcer leurs liens avec les patientes. Ces entretiens permettent de recueillir l'avis des patientes sur les services en s'aidant de questionnaires semi-structurés, ouverts-fermés: qualité de l'accueil, de quelle façon les services dont elles ont bénéficié peuvent influencer leur intention de revenir pour un traitement ou un suivi en cas de besoin, et si elles sont prêtes à les recommander à d'autres femmes (OMS et ACCP à paraître).

COPE®*

COPE (client orienté, prestation efficace) désigne un processus et un ensemble d'outils destinés aux professionnels de santé pour leur permettre d'évaluer et d'améliorer constamment la qualité des services qu'ils dispensent. Ce processus repose sur les droits des patients et les besoins des prestataires. COPE comporte quatre outils : des guides d'auto-évaluation (un pour chacun des droits des patients et des besoins des prestataires), un guide d'entretien avec les patients, une analyse du cheminement des patients et un plan d'action. Les guides d'auto-évaluation encouragent le personnel à revoir sa façon de travailler au quotidien et jouent un rôle catalyseur dans l'analyse des problèmes qu'ils aident à identifier. Les guides contiennent des questions fondamentales basées sur des normes internationales de pratique clinique et de prestation de services. Le guide de sécurité traite aussi de la tenue des dossiers médicaux. Les outils mettent également l'accent sur les interactions patient-prestataire et sur les préoccupations des patients. (Encadré page suivante.)

* COPE est une marque déposée du Bureau Américain des Brevets.

Exemples d'outils COPE

Guides d'auto-évaluation comportant une liste récapitulative

Les guides d'auto-évaluation COPE posent toute une série de questions qui aident le personnel à réfléchir sur la façon dont les services sont dispensés et s'il existe dans leur établissement, une supervision, une formation et des équipements adéquats. L'un des éléments de cette auto-évaluation concerne le droit des patients à la sécurité. Par exemple, l'exactitude et la mise à jour des dossiers médicaux contribuent à leur sécurité. Le personnel va donc se servir de la liste récapitulative pour vérifier si les renseignements essentiels ont bien tous été correctement consignés dans les dossiers médicaux et si les normes de soins sont respectées.

Guide d'entretien avec les patients

Le personnel utilise le guide d'entretien pour connaître les avis et les attentes des patients sélectionnés, en les encourageant à exprimer leur perception des services proposés par l'établissement de soins —ce qui leur a paru bien ou moins bien lors de la consultation, ce jour-là— et à proposer des solutions pour les améliorer.

Analyse du cheminement des patients

Cette méthode permet au personnel de suivre les patients depuis leur entrée dans l'établissement de soins jusqu'à leur sortie. Elle permet d'identifier les temps d'attente inutiles et d'optimiser l'efficacité du temps de travail du personnel médical.

Plan d'action COPE

Il s'agit d'un plan établi par le personnel pour résoudre les problèmes identifiés au cours d'un exercice COPE. Après avoir rempli les feuilles d'auto-évaluation et les listes récapitulatives, après s'être entretenus avec les patients et avoir analysé leur cheminement (s'il y a lieu), les participants à l'exercice COPE se réunissent pour discuter des problèmes et des recommandations, les étayer, établir les priorités et rédiger un plan d'action au niveau de l'établissement. Ce plan d'action énumère:

- Chaque problème identifié.
- Les causes de chaque problème.
- Les actions préconisées pour résoudre chaque problème.
- Les membres du personnel responsables de la mise en oeuvre des mesures préconisées.
- Le délai d'exécution de chaque mesure.

Le personnel doit effectuer périodiquement des exercices COPE, en s'intéressant surtout aux systèmes et aux processus. L'équipe toute entière discute ensuite des résultats de ces exercices et met au point un plan d'action COPE, énumérant les problèmes identifiés et leurs causes, les solutions préconisées, les personnes responsables de la mise en oeuvre des mesures nécessaires et les délais prévus pour chaque action. Les entretiens avec les patientes à leur sortie du centre de soins font partie intégrante du COPE. Pour plus de renseignements sur les exercices et les outils COPE, se reporter à la bibliographie complémentaire en fin de chapitre.

Supervision facilitative et tutorat

Les superviseurs aussi bien au niveau régional, qu'au sein de l'établissement ou d'un domaine clinique, doivent prendre une part active au contrôle et à l'évaluation des programmes de prévention et à l'assurance qualité des soins. La «supervision facilitative» insiste sur le rôle du superviseur en tant que responsable chargé de sensibiliser le personnel à l'amélioration de la qualité des services. Cette approche met l'accent sur le tutorat, la concertation pour résoudre les problèmes et la communication à double sens entre le superviseur et ceux qu'il supervise. Les superviseurs doivent posséder de solides connaissances techniques et les compétences requises pour apporter des améliorations, faire accepter les changements et encourager le personnel à remédier aux problèmes. Ils doivent aussi savoir comment obtenir les soutiens nécessaires aux programmes et prendre le temps de rencontrer les personnes qu'ils supervisent.

Ils doivent se rendre régulièrement dans les établissements qu'ils supervisent (voir Chapitre 8). Chaque visite d'inspection doit durer suffisamment longtemps pour qu'ils aient le temps d'examiner les différents aspects des services—formalités d'inscription, information et accompagnement des patientes, dépistage, traitement, notification et prévention des infections, tenue des dossiers médicaux et des registres de l'établissement—afin de déterminer si la prise en charge des patientes se fait dans les normes et si leurs dossiers sont complets. Les superviseurs doivent s'assurer que les établissements disposent bien de matériel et d'équipements en état de marche. Une importante partie de leur mission consiste également à examiner les données de l'établissement avec le personnel, en examinant le recrutement pour le dépistage, la couverture, les taux de tests anormaux, les délais de transmission des résultats (quand on a recours aux services de laboratoires), les taux d'adéquation (cytologie) et les taux de traitement. Ils doivent avant tout saisir toutes les occasions pour conseiller, informer les membres des équipes de prévention et travailler avec eux à la résolution des problèmes.

Amélioration des résultats directs des programmes

Pour créer un système approprié permettant de mesurer le fonctionnement et les résultats directs des programmes de prévention du cancer du col, les organisateurs doivent définir les indicateurs essentiels de sa performance sur lesquels ils concentreront leur attention. Le Tableau 9.2 énumère les indicateurs pour chaque objectif du programme en précisant les éléments à surveiller, les indications signalant ceux qui auraient besoin d'une amélioration, et les mesures correctrices préconisées. Il faut toujours garder à l'esprit le concept clé selon lequel la *qualité* des informations doit primer sur la *quantité*. Dans cette optique les SIS permettent de recueillir et d'analyser les données essentielles au contrôle des résultats directs des programmes. Ils sont présentés en détail dans les paragraphes suivants.

TABLEAU 9.2. Indicateurs des programmes de prévention du cancer du col et mesures correctrices associées

Objectif du programme	Éléments du programme	Indications soulignant la nécessité d'une amélioration (Les indicateurs sont en caractères gras)	Mesures correctrices préconisées
Attirer les femmes vers les services de prévention	Participation des femmes*	Diminution du nombre de femmes nouvellement dépistées par mois (en fonction de la cible mensuelle attendue)	• Intensifier le recrutement actif des femmes. • Revoir les méthodes de recrutement.
	Groupe d'âge cible*	Proportion excessive d'utilisatrices en dehors du groupe d'âge cible pour le dépistage (>5%)	• Expliquer au personnel la nécessité de réaliser le dépistage dans le groupe d'âge cible. • Revoir les stratégies de recrutement.
	Dépistage répété inapproprié (Cet élément correspond au nombre de femmes chez lesquelles le dépistage a été répété avant le délai fixé, c'est à dire, en non conformité avec la réglementation sur la fréquence de dépistage.)	Taux excessif de dépistage répété inutile (> 10%)	• Insister auprès de la communauté et des agents de santé sur la nécessité et l'intérêt de proposer le dépistage aux femmes qui n'en ont pas encore bénéficié et éviter ainsi des dépistages répétés inutiles.

*Éléments sur lesquels les programmes disposant de moyens limités doivent mettre plus particulièrement l'accent, même si tous sont importants.

Objectif du programme	Éléments du programme	Indications soulignant la nécessité d'une amélioration (Les indicateurs sont en caractère gras)	Mesures correctrices préconisées
Proposer aux femmes un test de dépistage de qualité	Qualité du test (inspection visuelle)*	Taux de tests IVA ou IVL positifs en dehors de l'éventail des valeurs attendues (5%–25%) **	Cours de recyclage pour l'inspection visuelle.
	Qualité du test (cytologie)*	Taux de frottis de Pap inadéquats au-delà de la valeur attendue (>10%) Taux de lésions intraépithéliales épi-dermoïdes de haut grade (LIEHG) détectées par la cytologie en dehors de l'éventail des valeurs attendues (1%–5%)**	Cours de recyclage pour le personnel chargé de prélever les frottis ou de réaliser les analyses de laboratoire.
	Qualité du test (test ADN-VPH)*	Taux de tests ADN-VPH positifs en dehors de l'éventail des valeurs attendues (5%–25%) **	- Cours de recyclage pour ceux qui font les prélèvements. - Vérifier les modes de conservation et de transport des échantillons.
	Analyses de laboratoire	Délai entre l'envoi du test au laboratoire et la communication des résultats (> 4 semaines)	- Revoir le fonctionnement du laboratoire. - Améliorer les méthodes de travail du laboratoire. - Améliorer le système de transport des échantillons vers le laboratoire et la communication des résultats.

*Éléments sur lesquels les programmes disposant de moyens limités doivent mettre plus particulièrement l'accent, même si tous sont importants.

**Ces chiffres correspondent aux taux probables dans une population non dépistée. Ils sont plus faibles dans une population préalablement dépistée. Ils sont aussi affectés par la prévalence d'IST/VIH dans cette population

Objectif du programme	Éléments du programme	Indications soulignant la nécessité d'une amélioration (Les indicateurs sont en caractère gras)	Mesures correctrices préconisées
Garantir un traitement et une prise en charge appropriés aux femmes dont le test est positif	Diagnostic	Nette différence (augmentation ou diminution) des taux de lésions de haut grade détectées par colposcopie/ biopsie	• Cours de recyclage pour ceux qui prélèvent les échantillons. • Cours de recyclage pour les colposcopistes. • Cours de recyclage en histologie.
	Traitement des femmes dont le test est positif ou de celles qui présentent des lésions de haut grade*	Pour les femmes dont le test de dépistage est positif (ou présentant des lésions de haut grade), taux de traitement dans les 6 mois <90%–100%	• Améliorer le conseil, l'éducation et l'information. • S'assurer que les systèmes de repérage des patientes et les réseaux de prise en charge fonctionnent correctement. • Enquêter sur les obstacles qui limitent l'accès des patientes au traitement (coût, transport, autre).
	Prise en charge des cas de cancer	Pour les femmes dirigées vers un centre anti-cancéreux, faible taux de traitement (<80%)	• Améliorer le conseil, l'éducation et l'information. • Enquêter sur les obstacles qui limitent l'accès des patientes au traitement (coût, transport, autre). • Assurer des services de prise en charge qui fonctionnent.
	Suivi post-thérapeutique des lésions précancéreuses	Faible proportion de femmes «guéries» un an après le traitement (<85%) Taux élevé de complications post-thérapeutiques graves (>1%)	• Vérifier l'adéquation entre diagnostic et traitement. • Former le personnel au traitement. • Former le personnel au traitement et à la prise en charge des complications. • Vérifier si les critères de choix thérapeutique sont corrects.

*Éléments sur lesquels les programmes disposant de moyens limités doivent mettre plus particulièrement l'accent, même si tous sont importants.

Mesures correctrices

Le contrôle de la performance du programme doit être un processus continu impliquant la collecte et l'analyse des données quantitatives et qualitatives, relatives aux indicateurs définis pour le programme. Collecter des chiffres ou définir des indicateurs aussi parfaits soient-ils n'a d'intérêt que si les données recueillies sont examinées, interprétées, puis utilisées pour prendre les décisions qui permettront d'améliorer le programme. L'information collectée à l'aide des SIS et des outils quantitatifs d'amélioration de la qualité doit être utilisée par les superviseurs, les représentants des parties concernées et tout le personnel médical, pour identifier la cause des problèmes et les solutions appropriées. Les mesures correctrices nécessaires pour améliorer les résultats doivent ensuite être identifiées et mises en œuvre en temps opportun. Le contrôle continu vérifiera qu'elles améliorent effectivement la performance du programme.

Mise en place des systèmes d'information de santé

Objectifs des systèmes d'information de santé

Les SIS visent à produire régulièrement des données sur des indicateurs quantitatifs relatifs à chaque élément des programmes, afin de suivre leur progrès et d'identifier ceux qu'il faut améliorer. Il est *aussi* possible d'utiliser les SIS pour surveiller la prise en charge individuelle des patientes. Pour les femmes dont le test de dépistage est positif, le traitement et la prise en charge appropriés sont la clé des performances des programmes de prévention. Les SIS permettent de classer *chaque* femme participant au programme dans l'un des trois groupes suivants :

- Groupe A : Femmes dont le test de dépistage est négatif.
- Groupe B : Femmes dont le test de dépistage est positif et qui ont bénéficié d'un diagnostic et/ou d'un traitement (prise en charge complète).
- Groupe C : Femmes dont le test de dépistage est positif, qui n'ont pas été traitées ou qui l'ont été, mais ont été perdues de vue en cours de suivi post-thérapeutique (prise en charge incomplète).

De tels renseignements permettent non seulement de contrôler à la fois les taux de traitement et de suivi des femmes ayant des lésions précancéreuses, mais aussi d'identifier et de ne pas perdre de vue celles qui auraient besoin d'une prise en charge complémentaire, l'objectif ultime étant de surveiller et, si nécessaire, de prendre des mesures pour diminuer le nombre de femmes dans le groupe C.

Facteurs à considérer

Pour mesurer les progrès au niveau des indicateurs de programme, les SIS doivent produire des données de qualité en temps utile. Mais dans de nombreux pays, ces systèmes n'existent pas ou ne fonctionnent pas correctement. Très souvent, il est impossible d'obtenir les renseignements indispensables non seulement à la prise en charge de la patiente, mais aussi à l'organisation, à l'encadrement, au contrôle et à l'évaluation des programmes de prévention. La mise en place des systèmes d'information exige :

- *Une normalisation.* La standardisation des définitions, des algorithmes pour la prise en charge médicale et des systèmes de classification (par exemple terminologies employées en cytologie) facilite énormément le contrôle du programme.

- *Une formation du personnel médical aux SIS.* Les agents de santé en première ligne doivent comprendre le fonctionnement de ces systèmes et l'intérêt de remplir correctement les formulaires de renseignements et d'adhérer aux méthodes de recueil et de compte rendu des données.
- *Des liens appropriés.* Il faut assurer les relations entre les systèmes d'information aux différents niveaux des structures de soins—primaires, secondaires et tertiaires—et entre les secteurs public et privé. Ces relations permettent aux équipes médicales d'assurer un suivi efficace des patientes et d'évaluer l'impact global du programme.

Principes fondamentaux

Tout en gardant à l'esprit les facteurs susmentionnés, il faut respecter certains principes fondamentaux propres aux SIS pour les rendre abordables et faciles à utiliser et recueillir des données correctes et utiles.

- Rester simple. Recueillir uniquement les données importantes qui serviront à surveiller et à diriger les programmes.
- Veiller au recueil de données précises et appropriées. Pour cela, il faut former les agents de santé pour qu'ils comprennent bien les raisons et le processus de recueil des données du dépistage, les principes des systèmes d'information et leur gestion, même pour ceux qui s'appuient sur des registres écrits.
- Nommer à chaque niveau, une personne chargée de superviser le système de recueil des données, d'organiser la formation du personnel à ce système, d'assurer la circulation des informations, de rédiger les rapports et de faire le lien avec la gestion du programme de dépistage.
- Utiliser les «résultats directs» pour améliorer le programme. Agir quand des problèmes ont été identifiés. Le retour d'information peut être obtenu lors de visites d'inspection régulières.
- Pérenniser les SIS pour la prévention du cancer du col en les intégrant dans les services de routine.
- Préserver le droit des patientes à la confidentialité.

Confidentialité

La confidentialité est un droit fondamental des patientes. Leurs noms et les renseignements médicaux les concernant doivent rester confidentiels et ne peuvent être communiqués qu'au personnel médical impliqué dans leur prise en charge. Une fois remplis, les dossiers médicaux doivent être rangés de façon à être consultés uniquement par certains membres du personnel. En ce qui concerne les SIS informatisés, un mot de passe doit verrouiller la base de données pour bloquer son accès aux personnes non autorisées.

Identification des patientes

Les services de prévention doivent utiliser des fiches individuelles d'identification des patientes (Annexe 9.1). Pour cela, dès la première visite de dépistage, il faut remettre à chaque femme une fiche personnelle et lui attribuer un numéro ou un code d'identification (par exemple le code d'identification de l'établissement accompagné du numéro d'enregistrement de la patiente à l'hôpital/dispensaire). Ce numéro d'identification, qui peut être attribué au niveau local lors la première visite de dépistage, doit ensuite apparaître sur chaque formulaire du programme de prévention, pour faciliter le repérage et le suivi de la patiente. La fiche individuelle d'identification facilite la recherche du dossier médical. De plus, elle permet au personnel médical de connaître à tout moment l'état de santé de la patiente. L'utilisation d'un numéro d'identification contribue également à la confidentialité.



L'efficacité des SIS repose sur la consignation précise des renseignements concernant les patientes

Ce système qui consiste à assigner un numéro d'identification *unique* à chaque patiente permet d'apparier les données la concernant, même si elle a été soignée dans différentes structures. Quand les pays disposent d'un système national d'immatriculation, on peut l'utiliser pour identifier les usagers du système de santé. Dans les pays qui n'en disposent pas, on peut mettre en place un système permettant l'attribution d'identifiants uniques sur un secteur géographique. L'encadré ci-dessous donne un exemple d'identifiant unique basé sur un découpage administratif. Ce système est indispensable quand le traitement des données est centralisé.

Exemple d'identifiant unique

Un numéro unique à 12 chiffres est attribué à chaque femme lors du premier dépistage :

- Chiffres 1–2 : région/province/état.
- Chiffres 3–4 : district.
- Chiffres 5–6 : code de l'établissement de santé où a eu lieu la visite de dépistage initiale.
- Chiffres 7–8 : les deux derniers chiffres de l'année du dépistage.
- Chiffres 9–12 : numéro d'ordre d'arrivée de la patiente.

Il faut utiliser ce numéro à chaque visite de la patiente et l'inscrire sur sa fiche individuelle (Annexe 9.1).

Types de systèmes d'information de santé

Les SIS entièrement informatisés constituent le moyen le plus efficace pour contrôler et évaluer les programmes. Dans l'idéal, ces systèmes devraient utiliser les identifiants uniques des patientes et les mécanismes de convocation et de rappel et être en relation



Si les moyens le permettent, les SIS informatisés constituent le meilleur moyen de recueillir des données pour contrôler et évaluer les programmes.

avec les registres du cancer. Les SIS disposant d'un équipement informatique de pointe utilisent des ordinateurs en réseau entre les différentes structures de soins. Mais beaucoup d'autres types de SIS sont informatisés sans atteindre ce niveau de sophistication. Les SIS informatisés relient les différentes structures de soins, les laboratoires et les centre de traitement des données, et peuvent ainsi sortir régulièrement des rapports sur des indicateurs clés, comme les taux de couverture, de traitement et de suivi, et cela pour l'ensemble du programme.

Même avec des SIS informatisés, il faut

toujours écrire à la main les renseignements concernant les patientes dans les registres et les dossiers médicaux. Dans les pays disposant de ressources limitées, il faut parfois s'appuyer, dans un premier temps, sur ces registres et ces dossiers, avant de développer progressivement les moyens de traitement informatique des données.

Cette partie présente deux types de SIS :

- SIS au sein de l'établissement, basé sur les registres de l'établissement et géré par celui-ci.
- SIS centralisé, relativement simple, qui possède toutes les caractéristiques du SIS au sein de l'établissement, mais qui utilise en plus des ordinateurs indépendants pour le traitement des données et « l'appariement » des données individuelles des patientes (par exemple numéro d'identification unique), même si les soins ont été dispensés dans des établissements différents. Dans ce système, le traitement des informations étant centralisé à l'échelle infranationale (région/état/province/district), c'est donc à ce niveau que seront analysées les données des programmes de prévention.

Les besoins infrastructureux dépendent directement du type de SIS choisi. Comme nous l'avons précisé au Chapitre 5, les ressources doivent être allouées de façon appropriée aux structures de soins pour mettre en place et assurer le fonctionnement des SIS. Les paragraphes suivants donnent des informations qui aideront les équipes d'encadrement à sélectionner le système à utiliser dans leurs programmes, en fonction de leurs ressources. Les annexes proposent des modèles de registres ou de formulaires pour les deux types de SIS. Naturellement, il est possible de les adapter selon le protocole de gestion des données de chaque programme.

Système d'information de santé au sein de l'établissement

Le SIS de l'établissement est utilisé pour contrôler et évaluer les services spécifiques qui y sont dispensés. Il peut aussi donner une image transversale de la qualité du programme. Certains établissements de soins secondaires et tertiaires disposent d'ordinateurs pour le stockage et le traitement des données. Mais la plupart du temps, les SIS d'établissement

s'appuient sur les registres pour collecter et agréger les données. Les Annexes 9.2A à 9.2C proposent les modèles de registres suivants :

- *Registre des visites de dépistage (Annexe 9.2A).* Ce registre consigne les informations essentielles et les résultats des tests de toutes les patientes dépistées. Il permet de contrôler si les résultats de laboratoire (quand ce service est requis) ont été communiqués et d'identifier les patientes dont le test est positif et nécessitant des examens complémentaires ou un traitement.
- *Registre de laboratoire (Annexe 9.2B).* Dans ce registre, tenu par le laboratoire, sont consignés tous les échantillons entrants (VPH, cytologie ou histologie) et les résultats des analyses. Il permet de contrôler les résultats qui n'ont pas encore été communiqués au centre de soins qui a envoyé les prélèvements.
- *Registre des visites à l'établissement spécialisé (Annexe 9.2C).* Dans ce registre, on note toutes les patientes qui se présentent pour un diagnostic/traitement, suite à un test de dépistage positif. Il permet de surveiller les taux de traitement en fonction du diagnostic.

Au sein de chaque structure de soins, les données essentielles consignées dans les registres servent à produire des statistiques mensuelles sur un nombre limité d'indicateurs, dans la mesure des possibilités du SIS d'établissement (Tableau 9.3). Ces statistiques mensuelles sont notées sur une feuille de collation des données (Annexe 9.2D). Dans un même district, il est possible d'agréger les statistiques mensuelles des différents établissements de soins pour évaluer la performance du programme de prévention à l'échelle du district.

Même quand les ressources sont limitées, il est possible d'installer un SIS d'établissement, assez facile d'emploi. Grâce à ce système, on peut agréger les données et comparer ainsi la performance du programme de prévention mois par mois et détecter toute modification significative des indicateurs pour chaque établissement de soins. Mais, il est souvent difficile de collationner tous les renseignements individuels des patientes, notamment quand les soins sont dispensés dans différents établissements (par exemple prise en charge pour un diagnostic et/ou un traitement des lésions précancéreuses du col) ou bien font appel à des services de laboratoire. Une des façons de contourner ce problème consiste à conduire périodiquement des études sur certains éléments du programme. Il peut être utile par exemple de suivre une cohorte de femmes dont le test est positif pour voir où elles en sont de leur traitement, six mois après le dépistage. Dans tous les cas, en dépit de ses limites, il vaut mieux disposer d'un SIS d'établissement qui fonctionne, plutôt que de ne pas disposer de données du tout, ou bien de données de qualité médiocre ou tardives.

Circulation des données entre les structures de soins

Dès que les services sont dispensés sur la base d'une visite unique, le repérage des patientes et le contrôle du programme sont simplifiés, puisque la plupart des données peuvent être collationnées sur un seul et même site de soins. Mais, quand la prestation des services de prévention s'appuie sur une approche à visites multiples, il faut faire particulièrement attention à la circulation de l'information et aux relations entre les différentes structures de soins. Par exemple, lorsque le dépistage nécessite des analyses de laboratoire (cytologie ou ADN-VPH), ou lorsqu'il est indispensable d'orienter les patientes sur une colposcopie (avec ou sans biopsie) ou sur un traitement, il est très important que les données circulent bien. Pour cela, il faut notamment :

TABLEAU 9.3. Utilisation du SIS d'établissement pour calculer les indicateurs de performance

Niveau d'agrégation des données	Éléments du programme	Calcul des indicateurs
Centres de dépistage	Participation des patientes*	Nombre de femmes subissant leur premier dépistage.
	Groupe d'âge cible approprié*	Diviser le nombre de femmes dépistées appartenant à la tranche d'âge cible, par le nombre total de femmes subissant leur premier dépistage.
	Qualité du test d'inspection visuelle*	Diviser le nombre de femmes dont le test est positif, par le nombre de femmes dépistées.
Laboratoire	Qualité de la cytologie*	Indicateur 1 : Diviser le nombre de frottis inadéquats par le nombre total de frottis effectués. Indicateur 2 : Diviser le nombre de frottis anormaux par le nombre total de frottis adéquats effectués.
	Qualité du test ADN-VPH*	Diviser le nombre de tests ADN-VPH positifs par le nombre total de tests ADN-VPH réalisés.
	Temps de traitement des échantillons au laboratoire	Diviser le nombre de comptes rendus d'analyse (résultats) envoyés dans les trois semaines après réception de l'échantillon au laboratoire, par le nombre total de demandes d'analyses reçues au laboratoire.
Centres de diagnostic et de traitement	Diagnostic (colposcopie), s'il est inclus dans le programme	Diviser le nombre de lésions de haut grade détectées par le nombre de femmes qui ont subi une colposcopie. Note : Il est également possible d'évaluer la qualité de la colposcopie, en examinant la corrélation entre les résultats de la colposcopie et ceux de l'histologie. Ceci requiert néanmoins une collaboration avec le laboratoire.
	Traitement des femmes dont le test est positif ou qui présentent des lésions de haut grade**	Diviser le nombre de femmes traitées par le nombre de femmes dont le test est positif ou qui présentent des lésions de haut grade.
	Complications post-thérapeutiques**	Diviser le nombre de complications post-thérapeutiques par le nombre de femmes traitées.

* Éléments sur lesquels les programmes disposant de moyens limités doivent mettre plus particulièrement l'accent, même si tous sont importants.

**Il est plus facile d'obtenir les renseignements relatifs au traitement et aux complications post-thérapeutiques, si traitement et dépistage ont été effectués dans la même structure de soins.

- Des processus de prise en charge clairement définis.
- Des mécanismes de repérage des données relatives aux patientes qui peuvent avoir besoin d'une prise en charge pour des examens complémentaires ou un traitement.
- Des mécanismes assurant d'une part, la transmission au laboratoire des renseignements concernant les patientes, d'autre part, le retour des résultats au centre de soins et aux patientes.

Outils destinés à faciliter les relations entre structures de soins

Il faut établir des listes et des registres pour constituer et entretenir un réseau de communication entre les structures de soins, les laboratoires et la population. Les quelques exemples ci-dessous s'appuient tous sur les registres décrits plus haut (Annexes 9.2A–9.2C):

- *Liste des patientes dont le test de dépistage est positif.* Cette liste est établie à partir du registre des visites de dépistage dans lequel on signale les femmes dont le test est positif (Annexe 9.2A). Cette liste doit être constituée chaque mois pour faciliter le suivi. On peut également utiliser le système de boîte de «relance» décrit Chapitre 6 (p. 93) pour identifier ces femmes.
- *Liste des résultats en attente au laboratoire.* Le centre de dépistage doit établir une liste des échantillons envoyés au laboratoire, dont les résultats n'ont toujours pas été reçus au bout d'un mois. Cette liste peut être établie d'après la date d'envoi de l'échantillon (voir Annexe 9.2A) et doit être envoyée au laboratoire pour qu'il prenne des mesures.
- *Liste des patientes à rappeler pour le suivi à un an.* Chaque mois, le centre de traitement doit établir une liste des patientes qui ont été traitées, mais qui n'ont toujours pas été revues au bout de 13 mois. Cette liste facilitera leur suivi. Elle peut être établie à partir des registres des visites de dépistage ou de prise en charge (Annexes 9.2A ou 9.2C).
- *Questionnaire pour le recueil des coordonnées des patientes et des renseignements utiles pour les retrouver.* Ce formulaire de renseignements doit être rempli, classé dans les dossiers médicaux et réactualisé à chaque visite de la patiente, afin de garantir l'exactitude des renseignements et des différents moyens de la contacter. Le formulaire doit mentionner son nom, son adresse/lieu de résidence, en précisant le point de repère le plus proche et les coordonnées du lieu de travail. Les noms de parents ou d'amis proches peuvent également y figurer, si la patiente le juge utile.
- *Formulaire de repérage des patientes à l'usage des agents de santé communautaire (ASC).* Ce formulaire, utilisé pour repérer chaque patiente, doit mentionner son nom, les coordonnées permettant de la contacter, l'établissement et la date fixée pour un rendez-vous (d'après le registre en Annexe 9.2A). L'ASC peut aussi noter sur ce formulaire le résultat de sa visite à domicile, préciser s'il est impossible de contacter la patiente, indiquer si elle accepte ou non les services proposés et, en cas de refus, en préciser les raisons.

Système d'information de santé centralisé

La décision de mettre en place un SIS centralisé, informatisé, dépend de l'environnement et des ressources locales. Le SIS centralisé, décrit dans ce document, s'appuie sur l'expérience de l'ACCP au Ghana, en Guinée, en Inde et en Thaïlande. Ce système peut être implanté même quand les ressources sont limitées. On peut par exemple le mettre en place pour un secteur géographique (district ou état) englobant la plupart des services de prévention du cancer du col. Naturellement, quand les moyens le permettent, il est tout à fait possible d'instaurer des systèmes d'information plus sophistiqués à l'échelle nationale. Mais compte tenu de leur sophistication, nous ne les décrivons pas ici.

Quand le SIS est centralisé, les renseignements rassemblés à partir des formulaires patients de l'établissement alimentent un fichier central (à l'échelle de la région, de l'état ou du district). L'utilisation d'ordinateurs permet un meilleur stockage des données, facilite et accélère leur traitement et permet la production de rapports sur des indicateurs essentiels du programme. Avec ce système centralisé, il faut absolument disposer de mécanismes d'attribution de codes ou d'identifiants uniques, pour pouvoir attribuer à la même patiente toutes les informations à son sujet provenant de différentes structures proposant les services de prévention du cancer du col (centres de dépistage, de traitement et laboratoire). La centralisation du SIS contribue au traitement efficace des données et à l'évaluation des résultats du programme. Même si l'on utilise un SIS centralisé, il faut également utiliser des SIS d'établissements, pour évaluer la performance de chaque établissement et prendre les mesures correctrices adaptées.

Les SIS centralisés, informatisés, présentent un réel avantage dans la mesure où ils permettent de repérer les patientes qui ont besoin d'un suivi thérapeutique et post-thérapeutique (même si les soins sont dispensés dans des structures médicales différentes), d'obtenir une analyse efficace des données, de contrôler et d'évaluer le fonctionnement et les résultats du programme. Ces systèmes exigent non seulement le bon fonctionnement des moyens de communication entre les différents établissements et le centre de traitement des données, mais aussi des ordinateurs disponibles, une source d'alimentation électrique et des opérateurs confirmés—certaines de ces exigences ne peuvent pas toujours être remplies quand les ressources sont limitées.

Formulaires et circulation de l'information

Pour collecter les données destinées au SIS centralisé, on utilise cinq formulaires standard de prise en charge (Annexes 9.3A à 9.3E). Les prestataires de service les remplissent à chaque visite des patientes et les envoient ensuite au site qui centralise le SIS, c'est à dire au site chargé de gérer la base de données du programme (saisie informatique des renseignements contenus dans les formulaires).

Ces formulaires sont conçus de façon à relever l'information minimum requise pour retrouver les patientes et évaluer la performance du programme. Il est facile de les adapter selon l'approche de prestation des soins et le test de dépistage utilisés. Chaque pays peut adapter ses formulaires existants pour y inclure les principaux renseignements nécessaires à chacune des étapes de son programme de prévention et les rendre compatibles avec les protocoles nationaux relatifs au cancer du col. Par exemple, dans chaque pays, les responsables des programmes doivent adapter les formulaires au système de classification du cancer du col en vigueur. Lorsqu'on se sert de formulaires préexistants, il faut souligner les données indispensables au repérage de la patiente et au contrôle du programme.

Les principaux renseignements contenus dans ces formulaires doivent également être notés dans les dossiers médicaux des patientes et/ou les registres du centre de dépistage

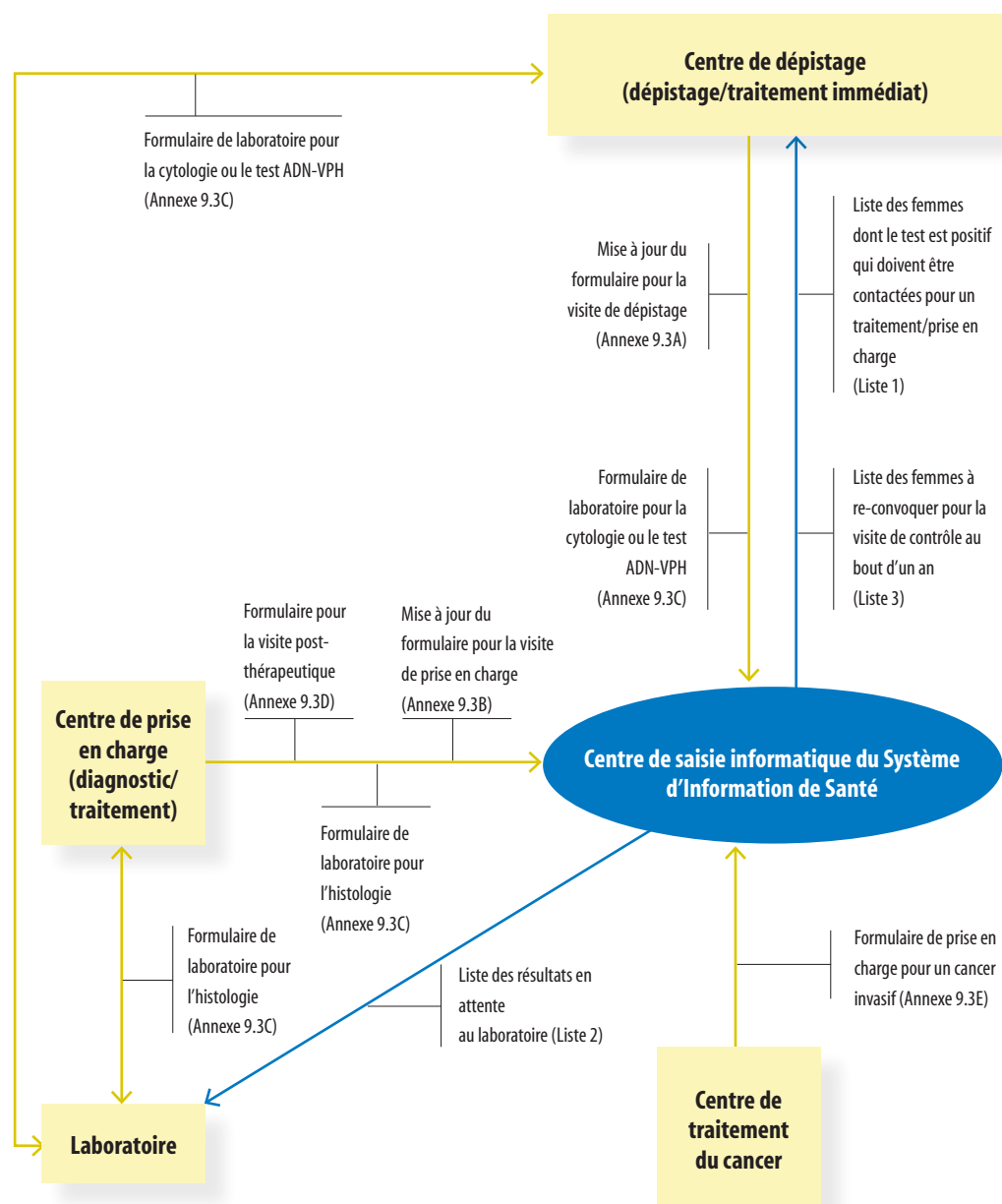
(SIS d'établissement). Ainsi, chaque formulaire portera en tête une rubrique commune consignnant des renseignements personnels sur la patiente, ce qui permettra d'assurer le lien avec son dossier médical dans le SIS.

La description des formulaires ci-dessous est accompagnée d'instructions pour assurer leur lien avec le centre de saisie des données du SIS.

- *Visite de dépistage.* Il faut utiliser le formulaire 9.3A pour noter les résultats du test de dépistage et les mesures qui sont prises (c'est à dire, patiente rassurée, soignée ou orientée sur un traitement) conformément aux protocoles cliniques. Selon le test et l'approche de prise en charge médicale utilisée, jusqu'à trois consultations sont parfois nécessaires pour remplir ce formulaire. Il convient d'en envoyer une copie au centre de saisie informatique des données, aussitôt après la visite pour les résultats du test, ou une semaine après la date fixée pour cette visite si la femme n'est pas venue chercher ses résultats. On peut ainsi mieux surveiller les patientes qui doivent être convoquées à nouveau.
- *Visite de prise en charge.* Il faut utiliser le formulaire 9.3B lors des consultations pour le diagnostic et/ou le traitement à un niveau de soins supérieur. Pour le remplir, il faut une ou deux consultations, selon la nécessité ou non d'une analyse histologique. Comme précédemment, une copie doit être envoyée au centre de saisie informatique des données, une fois le diagnostic établi ou une semaine après le rendez-vous prévu pour les résultats de l'histologie si la femme n'est pas venue les chercher.
- *Formulaire de liaison avec le laboratoire.* Dans la plupart des pays, le formulaire 9.3C existe déjà et peut être adapté. L'identifiant unique de la patiente assure le lien entre les 9.3A ou 9.3B. Le formulaire 9.3C doit accompagner l'échantillon lors de son envoi au laboratoire et, une fois retourné avec la partie résultats complétée, il permettra la mise à jour du formulaire respectif (9.3A ou 9.3B). Parallèlement à l'envoi de l'échantillon au laboratoire, il faut également envoyer une copie du formulaire 9.3C dûment rempli au centre de saisie des données, afin de contrôler le délai d'analyse. Une fois les résultats de laboratoire obtenus, les formulaires individuels (9.3A ou 9.3B) sont mis à jour et le 9.3C est de nouveau envoyé au centre du SIS pour une réactualisation des données saisies.
- *Visite post-thérapeutique.* Après le traitement, on utilise le formulaire 9.3D pour y consigner les effets secondaires ou évaluer le suivi à un an au niveau de la prise en charge. Une fois le formulaire rempli, une copie doit être envoyée au centre de saisie informatique des données.
- *Visite pour traitement du cancer.* On utilise le formulaire 9.3E dans le cadre du traitement du cancer par les structures de soins tertiaires. Une fois le formulaire rempli, une copie doit être envoyée pour la saisie informatique des données.

La Figure 9.1. illustre la circulation de l'information. Il est possible d'utiliser une version simplifiée du SIS centralisé pour les programmes dans lesquels les résultats du test de dépistage sont immédiatement disponibles (confère encadré page 197).

FIGURE 9.1. Circulation de l'information à l'échelle du district pour un SIS centralisé



Notes:

Les flèches jaunes représentent un échange de formulaires.

Les flèches bleues représentent la production de listes pour améliorer la performance.

Des modèles de tous ces formulaires se trouvent en Annexe 9.3.

Les listes sont décrites page suivante.

Une description détaillée de la circulation des formulaires et des listes débute p. 194.

Pour les tests nécessitant des analyses de laboratoire (cytologie, test ADN-VPH et histologie), il faut mettre à jour les formulaires des visites de dépistage et de prise en charge avec les résultats de laboratoire.

Tous les formulaires dûment remplis et mis à jour sont envoyés au centre de saisie informatique du SIS.

Simplification du système centralisé d'information de santé

Il est possible d'utiliser une version simplifiée du SIS centralisé dans certaines situations, quand les résultats du test de dépistage sont immédiatement disponibles. Ainsi, les femmes dont le test est négatif sont comptabilisées uniquement pour évaluer le taux de participation, mais on ne remplit pas les formulaires 9.3A à 9.3E. On le fait seulement pour les femmes dont le test est positif. Il faut toujours entrer l'information dans l'ordinateur central (formulaires pour les femmes dont le test est positif, nombre de femmes dont le test est négatif), mais la quantité de données à saisir est très réduite. Par exemple, en supposant un taux de dépistage positif à 10% et un taux de dépistage quotidien de 100 femmes, il faudrait remplir 100 formulaires 9.3A par jour, pour un SIS centralisé classique. Avec un système simplifié, il suffit de remplir seulement 10 formulaires (femmes dont le test est positif) et de donner le nombre total de femmes dont le test est négatif (90).

Saisie des données et préparation des comptes rendus

Il faut saisir les données au fur et à mesure de l'arrivée des formulaires provenant des différents établissements et laboratoires. Les renseignements contenus dans ces formulaires doivent être précis et complets, pour assurer la fiabilité des données qui en résultent. Le responsable de la saisie informatique doit préparer des comptes rendus réguliers pour signaler les éventuelles incohérences dans les enregistrements de données déjà effectués. Ces comptes rendus listeront les dossiers présentant d'éventuelles contradictions dans chaque type de formulaire. Le personnel participant au programme doit valider ces informations pour s'assurer qu'elles sont correctes, surtout en début de programme.

Le site de centralisation du SIS doit produire un rapport trimestriel (Annexe 9.4) et l'envoyer aux différents établissements et parties concernées, afin d'évaluer l'avancement du programme par rapport à ses objectifs. En comparant les données obtenues sur les trois derniers mois avec les données des précédentes périodes (fonction du temps écoulé depuis la mise en place du programme), il sera plus facile de détecter les modifications importantes relatives à certains indicateurs essentiels et de prendre les mesures correctrices qui s'imposent.

La liste des patientes à re-contacter ou nécessitant une prise en charge sera automatiquement produite et envoyée aux établissements concernés pour un suivi proactif (Figure 9.1):

- Liste des utilisatrices dont le test est positif et qui doivent être retrouvées pour un traitement/prise en charge (Liste 1).
- Liste des résultats en attente au laboratoire (si le prélèvement a été envoyé au laboratoire depuis plus de quatre semaines) (Liste 2).
- Liste des patientes à recontacter pour la visite de contrôle au bout d'un an (celles qui n'ont toujours pas été revues au bout de 13 mois) (Liste 3).

Registres du cancer

On juge l'efficacité des programmes de prévention du cancer du col d'après la diminution des taux d'incidence et de mortalité associées à cette maladie. Il est possible de surveiller toute modification de ces taux grâce aux registres du cancer de la population (Cooke et al. 2002). En les reliant à un SIS centralisé, on peut étudier si les femmes préalablement dépistées négatives développent un cancer par la suite. Cela permet de signaler les faux négatifs. Néanmoins, il faut préciser que, même s'ils sont fortement indiqués, les registres du cancer sont parfois difficiles à établir et à maintenir quand les ressources sont limitées. Pour plus de renseignements sur la mise en place des registres du cancer, contacter l'Unité d'Epidémiologie Descriptive du CIRC (www.iarc.fr).

Conclusion

Le suivi proactif des services de routine, accompagné de mesures correctrices qui s'imposent, est indispensable au bon fonctionnement des programmes de prévention. Quand ils sont fondés sur des indicateurs pertinents et mesurables, les SIS—d'établissement ou centralisés, informatisés—constituent un outil essentiel pour contrôler et évaluer la performance des programmes et produire les listes des patientes qu'il faut retrouver pour leur traitement ou leur suivi. Indépendamment du type de SIS utilisé, il est essentiel d'obtenir des données de qualité. La qualité doit en effet primer sur la quantité. Pour assurer la circulation en temps utile d'informations de qualité, il est indispensable de désigner un membre du personnel qui sera responsable de la mise en place et du maintien du réseau de communication entre les différentes structures de soins. Il sera également chargé de distribuer les formulaires, de rassembler les données et d'envoyer les rapports. Parallèlement aux SIS, il existe des approches et des outils qualitatifs dont il faut se servir pour évaluer la qualité des soins et certains aspects moins tangibles, tels que la satisfaction des femmes qui affecte en retour l'utilisation des services médicaux et par conséquent le bon fonctionnement des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col. Ces actions doivent être menées en permanence au niveau de chaque établissement, en impliquant tout le personnel et en recherchant sur place des solutions aux problèmes rencontrés.

Bibliographie complémentaire

- Cooke A, Parkin M, Ferlay J. CANREG 4 [software]. Lyon, France: IARCPress; 2002.
- EngenderHealth. *COPE® for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolbook to Accompany the COPE® Handbook*. New York: EngenderHealth; 2004.
- EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Rev. Ed. New York: EngenderHealth; 2003[a].
- Kleine A, Gaffikin L, Mahe C. *Piloting a Cervical Precancer Information System: Results from Roi Et Province, Thailand*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.
- Marrett LD, Robles S, Ashbury F, et al. A proposal for cervical screening information systems in developing countries. *International Journal of Cancer*. 2002;102(3): 293–299.
- Pan American Health Organization (PAHO). *Model of an Information System for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries*. Washington, D.C.: PAHO; 2002[b].
- World Health Organization (WHO). *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002[a].

Annexe 9.1. Modèle de fiche individuelle d'identification

[Recto]

Renseignements concernant la patiente					
Numéro d'identification personnel [][] [][] [][] [][] [][][][]					
Région		District	Etablissement	Année	No personnel
Nom: _____					
Date de naissance: [][] / [][] / [][][][] ou âge estimé au dernier anniversaire: [][]					
Coordonnées (Adresse, téléphone, etc.) _____ _____ _____ _____					
Mise à jour (si nécessaire) _____ _____ _____					

[Verso]

Suivi de la patiente				
Dernière consultation			Prochain rendez-vous	
Date	Test/traitement/examen réalisé Numéro de dossier médical	Lieu/Dispensaire	Date	Lieu

Annexe 9.2A. Modèle de registre des visites de dépistage

#	Date	Nom de la patiente	Identifiant personnel de la patiente	Age	Adresse	Nom du prestataire du test	Numéro d'identification au laboratoire et date d'envoi*	Résultat du test**	Résultat communiqué à la patiente***	Mesure prise/date du prochain rendez-vous****
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

* Uniquement pour les tests nécessitant des analyses de laboratoire (Test ADN-VPH, cytologie).

** Identifier les résultats positifs du test (couleur particulière, souligner).

*** Mettre une croix si le résultat a été communiqué.

**** Remplir une fiche de repérage dans la boîte de «rappel» pour toutes les patientes prises en charge.

Annexe 9.2B. Modèle de registre de laboratoire

#	Numéro d'identification au laboratoire	Date de réception de l'échantillon	Echantillon envoyé par:	Identifiant personnel de la patiente	Echantillon analysé par:	Résultat	Date de compte-rendu des résultats	Commentaires
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Annexe 9.2C. Modèle de registre des visites à l'établissement spécialisé

#	Date	Centre de soins référent	Identifiant personnel de la patiente	Nom de la patiente	Age	Adresse de la patiente	Résultat du test de dépistage*	Nom du prestataire	Diagnostic	Mesure prise/date du prochain rendez-vous
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

*Donné par le centre de dépistage (consulter la fiche individuelle d'identification).

Annexe 9.2D. Modèle de feuilles de collation des données mensuelles

Etablissements de dépistage

Mois: _____ Nom de l'établissement: _____

Indicateur	
Nombre de femmes ayant subi le dépistage = (A)	
Nombre de femmes en dehors du groupe d'âge cible = (B)	
Taux de femmes en dehors du groupe d'âge cible = (B/A)	
Nombre de femmes dont le test est positif = (C) (seuil de positivité du test = LIEHG ou stade supérieur pour la cytologie)	
Taux de positivité du test (C/A)	
Nombre de traitements dispensés (si indiqué) = (D)	
Taux de traitement = (D/C)	
Nombre de femmes prises en charge pour un diagnostic/traitement = (E)	
Taux de prise en charge = (E/C)	

Laboratoires

Mois: _____ Nom du laboratoire: _____

Indicateur	
Nombre d'échantillons analysés = (A)	
Cytologie Nombre de frottis inadéquats = (B) Taux de frottis inadéquats = (B/A) Nombre de frottis LIEHG ou de stade supérieur = (C) Taux de positivité pour la cytologie = (C/[A-B])	
Recherche de l'ADN du VPH Nombre d'échantillons positifs pour le VPH = (D) Taux de positivité pour la recherche d'ADN du VPH = (D/A)	

Etablissements de diagnostic/traitement

Mois: _____ Nom de l'établissement: _____

Indicateur	
Nombre de femmes examinées = (A)	
Nombre de femmes chez lesquelles ont été diagnostiquées des lésions de haut grade = (B) Taux de détection des lésions de haut grade = (B/A)	
Nombre de femmes traitées = (C)	
Nombre de lésions de haut grade traitées = (D) Taux de traitement des lésions de haut grade = (D/B)	
Nombre de consultations pour complications en un mois = (E) Taux de complications = (E/C)	

Annexe 9.3A. Modèle de formulaire pour la visite de dépistage

Renseignements concernant la patiente				
Numéro d'identification personnel	[][]	[][]	[][]	[][] [][][][]
	Région	District	Etablissement	Année No personnel
Nom: _____				
Date de naissance: [][]/[][]/[][][][] ou				
âge estimé au dernier anniversaire: [][]				
Coordonnées (Adresse, téléphone, etc.)				

Nom et code du centre _____ [][]

Date de la consultation _____ [][]/[][]/[][][][]

Référence du dossier médical _____

A déjà subi un dépistage (1: Oui, 2: Non, 3: Ne sait pas) []

Prélèvement d'un échantillon pour le test ADN-VPH/cytologie (1: Oui, 2 : Non)
[Compléter le formulaire de laboratoire] []

Identification de l'échantillon au laboratoire _____

Date du rendez-vous pour les résultats du test ADN-VPH/cytologie
[Garder le formulaire jusqu'à cette date] [][]/[][]/[][][][]

Résultats du test de dépistage (remplir uniquement la ligne correspondant au test utilisé)

Résultats de l'IVA/IVL (0: Non réalisé, 1: Négatif, 2: Positif, 3: Suspicion de cancer) []

Résultats du test ADN-VPH (0: Non réalisé, 1: Négatif, 2: Positif) []

Résultats de la cytologie []
(0: Inadéquat, 1: Normal, 2: Inflammation, 3: ASCUS, 4: LIEBG, 5: LIEHG,
6: Carcinome invasif, 7: Non concluant, 8: Autre, préciser _____)

Mesures prises []
(1: Rassurer et conseiller un dépistage répété périodiquement après le délai indiqué par la poli-
tique nationale ou celle du programme, 2: Traitement par cryothérapie, 3: Orientation vers le
centre de soins secondaires pour un diagnostic/traitement, 4: Orientation vers un traitement du
cancer invasif, 5: Autre, préciser _____)

Si prise en charge, nom et code de la structure de soins spécialisée _____ [][]

Annexe 9.3B. Modèle de formulaire pour la visite de prise en charge

Renseignements concernant la patiente					
Numéro d'identification personnel [][] [][] [][] [][] [][][][] Région District Etablissement Année No personnel					
Nom: _____					
Date de naissance: [][]/[][]/[][][][] ou âge estimé au dernier anniversaire: [][]					
Cordonnées (Adresse, téléphone, etc.) _____ _____ _____ _____					

Nom et code du centre _____ [][]

Date de la consultation [][]/[][]/[][][][]

Référence du dossier médical _____

Résultats de la colposcopie []

(0: Non réalisée, 1: Normale, 2: Inflammation, 3: Atypie/CIN1/condylome/verruques/leucoplasie/modification VPH, 4: CIN2–3, 5: Carcinome invasif, 6: Non concluant)

Prélèvement d'échantillon pour l'histologie (1: Oui, 2: Non) []
 [Remplir le formulaire de laboratoire]

Identification de l'échantillon au laboratoire _____

Date du rendez-vous pour les résultats de l'histologie [][]/[][]/[][][][]
 [garder le formulaire jusqu'à cette date]

Diagnostic histologique (communiqué par le laboratoire) []
 (0: Inadéquat, 1: Normal, 2: Inflammation/cervicite, 3: Atypie, 4: CIN1/infection VPH, 5: CIN2, 6: CIN3, 7: Carcinome cellulaire épidermoïde invasif, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant)

Mesures prises []
 (1: Rassurer et conseiller un dépistage répété périodiquement après le délai indiqué par la politique nationale ou celle du programme, 2: Traitement par cryothérapie, 3: Orientation vers le centre de soins de santé secondaires pour le diagnostic/traitement, 4: Orientation vers un traitement du cancer invasif, 5: Autre préciser _____)

9

Annexe 9.3D. Modèle de formulaire pour la visite de contrôle post-traitement

Renseignements concernant la patiente	
Numéro d'identification personnel	[][] [][] [][] [][] [][][][] Région District Etablissement Année No personnel
Nom:	_____
Date de naissance:	[][]/[][]/[][][][] ou âge estimé au dernier anniversaire: [][]
Coordonnées (Adresse, téléphone, etc.)	_____ _____ _____ _____

Nom et code du centre _____ [][]

Date de la consultation post-thérapeutique [][]/[][]/[][][][]

Type de consultation (1: Consultation pour effets secondaires, 2: Suivi thérapeutique à un an)
[]

Référence du dossier médical _____

Remplir uniquement la partie correspondant au type de consultation.

Consultation pour effets secondaires

Principal effet secondaire signalé []

(1: Douleur abdominale réfractaire >2 jours, 2: Fièvre > 3 jours, 3: Saignements avec présence de caillots sanguins, 4: Pertes abondantes malodorantes, 5: Autre _____)

Diagnostic []
(1: Col sain, 2: Autre, préciser _____)

Mesures cliniques []
(1: Rassurer, 2: Prise en charge médicale (antibiotiques, antalgiques, ...), 3: Chirurgie (hystérectomie, ...), 4: Autre _____)

Visite de contrôle un an après le traitement

Diagnostic []
(1 : Col sain, 2: Autre, préciser _____)

Mesures cliniques []
(0 : Inutile, 1: Cryothérapie, 2: RAD, 3: Conisation, 4: Hystérectomie, 5: Orientation sur un traitement du cancer invasif, 6: Autre, préciser _____)

Annexe 9.3E. Modèle de formulaire pour le traitement du cancer invasif

Renseignements concernant la patiente					
Numéro d'identification personnel	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Région	District	Etablissement	Année	No personnel
Nom:	_____				
Date de naissance:	[][]	/	[][]	/	[][][][] ou
âge estimé au dernier anniversaire:	[][]				
Coordonnées (Adresse, téléphone, etc.)	_____				

Nom et code du centre _____ [] []

Référence du dossier médical

Date de la consultation []/[]/[]

Diagnostic final []
(1: Cancer invasif, 2: Autre, préciser _____)

Stade []
(1: Stade IA, 2: Stade IB, 3: Stade IIA, 4: Stade IIB, 5: Stade IIIA, 6: Stade IIIB, 7: Stade IVA, 8: Stade IVB)

Histologie : (Code ICD-O) _____ [][][][][][]

Type de traitement (1: Radical, 2: Palliatif) []

Traitement entrepris []
(1 : Chirurgie, 2 : Radiothérapie, 3 : Chirurgie et radiothérapie, 4 : Radiothérapie et chimiothérapie, 5: Autre : _____)

Traitement complet ? []
(1: Oui, 2: Non, préciser le motif _____)

Annexe 9.4. Modèles de comptes rendus

Dépistage (pour l'ensemble des centres et par centre de dépistage)

Durant les trois derniers mois			Depuis le début du programme		
Nombre moyen de dépistages par mois					
Nombre: _____			Nombre: _____		
Distribution par groupe d'âge des femmes dépistées					
Groupe d'âge	Nombre	%	Groupe d'âge	Nombre	%
<30			<30		
30–39			30–39		
40–49			40–49		
>50			>50		

Résultat du test de dépistage (fonction du test utilisé)					
Taux de positivité (ADN-VPH, IVA, IVL): ____%			Taux de positivité (ADN-VPH, IVA, IVL): ____%		
Résultat de la cytologie			Résultat de la cytologie		
Résultat	Nombre	%	Résultat	Nombre	%
Inadéquat			Inadéquat		
Normal			Normal		
Inflammation			Inflammation		
ASCUS			ASCUS		
LIEBG			LIEBG		
LIEHG			LIEHG		
Carcinome invasif			Carcinome invasif		
Non concluant			Non concluant		
Autre			Autre		

Mesures prises (uniquement pour les tests positifs)					
Mesures prises	Nombre	%	Mesures prises	Nombre	%
Rassurer			Rassurer		
Cryothérapie			Cryothérapie		
Orientation vers un diagnostic/traitement			Orientation vers un diagnostic/traitement		
Orientation vers une prise en charge du cancer invasif			Orientation vers une prise en charge du cancer invasif		
Autre			Autre		

Visite de prise en charge (pour l'ensemble des centres et par centre spécialisé)

Durant les trois derniers mois			Depuis le début du programme		
Observance de la prise en charge					
Nombre de patientes dépistées positives qui se sont présentées à une visite de prise en charge dans les 3 mois : _____ Pourcentage parmi les patientes dépistées positives : _____%			Nombre de patientes dépistées positives qui se sont présentées à une visite de prise en charge dans les 3 mois : _____ Pourcentage parmi les patientes dépistées positives : _____%		
Lésion précancéreuse ou cancer confirmés					
Nombre de patientes avec des lésions précancéreuses ou un cancer confirmés : _____ Pourcentage parmi les patientes prises en charge : _____%			Nombre de patientes avec des lésions précancéreuses ou un cancer confirmés : _____ Pourcentage parmi les patientes prises en charge : _____%		
Mesures prises					
Mesures prises	Nombre	%	Mesures prises	Nombre	%
Rassurer			Rassurer		
Cryothérapie			Cryothérapie		
RAD			RAD		
Orientation sur une prise en charge du cancer du col			Orientation sur une prise en charge du cancer du col		
Autre			Autre		

Consultation pour effets secondaires (pour l'ensemble des centres et par centre spécialisé)

Durant les trois derniers mois		Depuis le début du programme	
Nombre de consultations pour effets secondaires			
Nombre moyen de consultations pour effets secondaires par mois : _____ Pourcentage des patientes traitées : _____%		Nombre moyen de consultations pour effets secondaires par mois : _____ Pourcentage des patientes traitées : _____%	

Compte-rendu de laboratoire (pour l'ensemble des laboratoires, par laboratoire et par type d'échantillon)

Durant les trois derniers mois			Depuis le début du programme		
Résultat du test de dépistage (fonction du test utilisé)					
Taux de positivité (ADN-VPH) : _____ %			Taux de positivité (ADN-VPH) : _____ %		
Résultat de la cytologie			Résultat de la cytologie		
Résultat	Nombre	%	Résultat	Nombre	%
Inadéquat			Inadéquat		
Normal			Normal		
Inflammation			Inflammation		
ASCUS			ASCUS		
LIEBG			LIEBG		
LIEHG			LIEHG		
Carcinome cellulaire épidermoïde invasif			Carcinome cellulaire épidermoïde invasif		
Non concluant			Non concluant		
Autre			Autre		
Résultat de l'histologie			Résultat de l'histologie		
Résultat	Nombre	%	Résultat	Nombre	%
Inadéquat			Inadéquat		
Normal			Normal		
Inflammation/ cervicite			Inflammation/ cervicite		
Atypie			Atypie		
CIN1/infection VPH			CIN1/infection VPH		
CIN2			CIN2		
CIN3			CIN3		
Carcinome cellulaire épidermoïde invasif			Carcinome cellulaire épidermoïde invasif		
Adénocarcinome invasif			Adénocarcinome invasif		
Non concluant			Non concluant		
Autre			Autre		
Temps nécessaire au compte-rendu des résultats					
Temps moyen pour le compte-rendu (temps écoulé entre la date de réception de l'échantillon et la date d'envoi du compte-rendu) : ____ jours			Temps moyen pour le compte-rendu (temps écoulé entre la date de réception de l'échantillon et la date d'envoi du compte-rendu) : ____ jours		

Suivi à un an après le traitement (Pour l'ensemble des centres et par centre spécialisé)

Durant les trois derniers mois			Depuis le début du programme		
Observance du suivi					
Nombre de visites de contrôle: _____ Pourcentage parmi les femmes admissibles au suivi : _____ %			Nombre de visites de contrôle: _____ Pourcentage parmi les femmes admissibles au suivi : _____ %		
Diagnostic lors du suivi					
Diagnostic	Nombre	%	Diagnostic	Nombre	%
Col sain			Col sain		
Autre			Autre		
Mesure prise					
Mesure prise	Nombre	%	Mesure prise	Nombre	%
Aucune			Aucune		
Cryothérapie			Cryothérapie		
RAD			RAD		
Conisation à froid			Conisation à froid		
Hystérectomie			Hystérectomie		
Orientation vers une prise en charge du cancer du col			Orientation vers une prise en charge du cancer du col		
Autre			Autre		

Traitement du cancer (pour l'ensemble des centres et par centre spécialisé)

Durant les trois derniers mois			Depuis le début du programme		
Cas de cancer confirmés					
Nombre de cas de cancer confirmés : _____ Pourcentage parmi les femmes prises en charge pour un cancer du col : _____ %			Nombre de cas de cancer confirmés : _____ Pourcentage parmi les femmes prises en charge pour un cancer du col : _____ %		
Stade du cancer					
Stade	Nombre	%	Stade	Nombre	%
IA			IA		
IB			IB		
IIA			IIA		
IIB			IIB		
IIIA			IIIA		
IIIB			IIIB		
IVA			IVA		
IVB			IVB		
Non déterminé			Non déterminé		
Traitement					
Traitement	Nombre	%	Traitement	Nombre	%
Chirurgie			Chirurgie		
Radiothérapie			Radiothérapie		
Chirurgie et radiothérapie			Chirurgie et radiothérapie		
Radiothérapie et chimiothérapie			Radiothérapie et chimiothérapie		
Autre			Autre		