

Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col



MANUEL A L'USAGE DES ORGANISATEURS



EngenderHealth

**International Agency
for Research on Cancer**

JHPIEGO

**Pan American
Health Organization**

PATH

Endorsing Agencies



**World Health
Organization**

Geneva

AFRO

INCTR

**International
Network for Cancer
Treatment and
Research**

Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col

MANUEL A L'USAGE DES ORGANISATEURS



Alliance pour la Prévention du Cancer du Col

2006

Cette publication a bénéficié du soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates à travers l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col.

Droits de reproduction © 2006, Engenderhealth, Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), JHPIEGO, Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO), Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Tous droits réservés. Le contenu de ce document peut être utilisé librement à des fins d'éducation ou non commerciales, à condition d'être mentionné dans les remerciements.

Toutes les photos sont la propriété des organisations partenaires de l'ACCP, sauf mention contraire.

Mention à utiliser en cas de citation: Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (APCCP). *Planification et Mise en Œuvre des Programmes de Prévention et Lutte contre le Cancer du Col. Manuel à l'Usage des Organismes*. Seattle : ACCP, 2006.

Traduction en français de la version originale réalisée par Sylvie Calmels-Rouffet, Betty Dodet et Catherine Cohet (Dodet Bioscience), Lyon (France).

Sommaire

Préface	viii
Alliance pour la Prévention du Cancer du Col	ix
Remerciements	xi
A propos du manuel	xiv
Résumé exécutif	xvi

Première partie : Contexte

Chapitre 1 : Justification de la prévention du cancer du col de l'utérus

Messages clés	3
Introduction	3
Poids de la maladie	3
Histoire naturelle du cancer du col	5
Méthodes de prévention du cancer du col	7
Justification du dépistage du cancer du col	12
Conclusion	14
Bibliographie complémentaire	14
Annexe 1.1. Caractéristiques des tests de dépistage	15

Chapitre 2 : Considérations de politique générale

Messages clés	19
Introduction	19
Décision de mettre en place un programme de prévention du cancer du col	19
Cadre de l'approche stratégique	21
Décisions stratégiques relatives aux services	23
Conclusion	27
Bibliographie complémentaire	28

Deuxième Partie : Elaboration, organisation et gestion des programmes

Chapitre 3 : Démarrage du processus de planification

Messages clés	31
Introduction	31
Eléments du programme	34
Implication des parties concernées.....	37
Conclusion	39
Bibliographie complémentaire	39
Annexe 3.1. Check-list pour l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes	40

Chapitre 4 : Evaluation des besoins du programme

Messages clés	43
Introduction	43
Quels besoins doivent être évalués ?	43
Comment évaluer les besoins locaux ?	47
Conclusion	51
Bibliographie complémentaire	51
Annexe 4.1. Questions types pour évaluer l'application des principes, des directives et des normes	52
Annexe 4.2. Questions types pour l'évaluation des points relatifs à l'organisation du programme	54
Annexe 4.3. Questions types pour l'évaluation des services sanitaires	55
Annexe 4.4. Questions types pour l'évaluation des activités d'information et d'éducation	57
Annexe 4.5. Questions types pour l'évaluation des points de vue de la communauté	58
Annexe 4.6. Questions types pour l'évaluation des laboratoires	60
Annexe 4.7. Questions types pour l'évaluation des systèmes d'information.....	62

Chapitre 5 : Planification, préparation et lancement du programme

Messages clés	65
Introduction	65
Rôle de l'équipe d'encadrement	65
Considérations financières	66
Plan d'action du programme	67
Budget du programme	72
Mise en place des systèmes de prestation des services	75
Mise en place des systèmes de supervision, de contrôle et d'évaluation	76
Lancement du programme	78
Conclusion	79

Troisième Partie : Mise en œuvre des éléments essentiels des programmes

Chapitre 6 : Prestation des soins et renforcement des liens

Messages clés	83
Introduction	83
Rôle de l'équipe d'encadrement	84
Disponibilité des services de prévention du cancer du col	84
Accès aux services de prévention du cancer du col	91
Création et maintien des réseaux de prise en charge	101
Conclusion	109
Bibliographie complémentaire	109
Annexe 6.1. Equipements 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

Chapitre 7 : Informer et conseiller pour répondre aux besoins de la communauté et des patientes

Messages clés	131
Introduction	131
Rôle de l'équipe d'encadrement	133
Elaborer une stratégie pour atteindre les femmes admissibles	133
Éléments des plans d'information et d'éducation	134
Stratégies d'information et d'éducation	136
Impliquer les chefs de la communauté	136
Évaluer l'impact des stratégies	136
Information et éducation au sein de la communauté	137
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
Matériel d'information et d'éducation	147
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

Chapitre 8 : Formation du personnel : garantir des performances conformes aux standards

Messages clés	155
Introduction	155
Rôle de l'équipe d'encadrement	156
Planifier la formation.....	157
Développer un système de formation à la prévention du cancer du col.....	162
Transfert de l'apprentissage	166
Garantir des performances conformes aux standards	167
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

Chapitre 9 : Améliorer la performance des programmes

Messages clés	179
Introduction	179
Amélioration des programmes	180
Mise en place des systèmes d'information de santé	187
Types de systèmes d'information de santé	190
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

Quatrième Partie : Vue d'ensemble des traitements du cancer du col de l'utérus et des soins palliatifs

Chapitre 10 : Traitement du cancer et soins palliatifs

Messages clés	217
Introduction	217
Rôle des équipes d'encadrement	218
Contexte général	218
Stratégies pour établir et renforcer les services de traitement du cancer du col	225
Soins palliatifs	230
Conclusion	239
Bibliographie complémentaire	240
Annexe 10.1. Aspects techniques et programmatiques des options de traitement du cancer du col.....	241
Annexe 10.2. Analgésiques d'usage courant pour soulager la douleur associée au cancer	244
Annexe 10.3. Système de classification FIGO du cancer du col.....	245

Acronymes, glossaire et références

Acronymes.....	248
Glossaire	249
Références	255

Préface

Le cancer du col, le second par sa fréquence chez les femmes dans le monde, représente un problème de santé publique important. En 2000, plus de 493 000 nouveaux cas et 273 000 décès ont été enregistrés. Environ 85% de ces décès surviennent dans les pays en développement, et dans certaines parties du monde, le nombre de décès par cancer du col dépasse celui des décès liés à la maternité. En effet, cette maladie constitue une menace non seulement pour la santé et la vie des femmes, mais aussi pour celles de leurs enfants, de leurs familles et de leur communauté. Ce problème est souvent sous-évalué quand il s'agit d'établir les priorités sanitaires et devrait être mieux pris en compte par ceux qui décident des politiques de santé.

Nous avons les moyens d'agir. Le cancer du col est l'un des cancers les plus faciles à prévenir et à traiter. Il lui faut en effet des années pour se développer à partir de lésions précancéreuses qu'il est possible de détecter de façon précoce et de traiter efficacement par des méthodes validées. De nombreux pays développés utilisent ces méthodes depuis une cinquantaine d'années dans le cadre de programmes bien organisés. Ces actions ont permis de réduire de façon remarquable la mortalité et la morbidité associées au cancer du col.

Pendant ce temps, la situation a peu ou pas évolué dans les pays en développement. Le manque de sensibilisation des principaux acteurs, l'absence de programmes de lutte contre le cancer du col et l'absence d'indications adaptées aux pays concernés sur la meilleure façon de mettre en place de tels programmes constituent autant d'obstacles qui contribuent à cette situation.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) salue cette initiative de l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP), qui propose un manuel à l'usage des organisateurs de programmes au niveau régional ou local dans les pays en développement. Cet ouvrage a bénéficié de leur expérience collective dans la mise en place de projets de recherche et de projets pilotes utilisant de nouvelles approches de dépistage et de traitement, et cela dans différents contextes géographiques et socioculturels et pour différents niveaux de ressources.

Ce manuel général et pratique répond au défi fondamental de passer des considérations de politique générale à l'organisation, à la mise en œuvre et à la supervision de nouveaux programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col ou au renforcement des programmes existants. Il vient compléter les directives de l'OMS pour les Programmes Nationaux de Lutte contre le Cancer et les publications de l'OMS sur le dépistage du cancer du col dans les pays en développement, Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)/OMS *Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10 : Cervix Cancer Screening*, et OMS *Comprehensive Cervical Cancer Control : A Guide for Essential Practice* pour les prestataires de soins. Le manuel de l'ACCP fait partie d'une série de documents couvrant les politiques sanitaires, la pratique clinique et la prestation des soins, tous fondés sur l'analyse critique des données disponibles. Cet ensemble constitue l'outil idéal pour les Pays membres de l'OMS qui souhaitent augmenter l'efficacité de leurs actions de lutte contre le cancer du col.

Catherine LeGales Camus
Sous-Directeur général
Maladies non transmissibles
et santé mentale

Joy Phumaphi
Sous-Directeur général
Santé familiale et communautaire

A propos de l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col

L'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP) est composée de cinq organisations internationales dans le domaine de la santé – EngenderHealth, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), JHPIEGO, l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO) et PATH. Elles ont toutes pour objectif la prévention du cancer du col utérin dans les pays en développement. Les partenaires de l'Alliance cherchent à identifier, promouvoir et mettre en place des stratégies de prévention dans les régions à faibles ressources où la prévalence et la mortalité par cancer du col utérin sont les plus élevées. Pour plus d'information sur le travail et les publications de l'Alliance, consulter le site www.alliance-cxca.org.

Organismes partenaires de l'ACCP

EngenderHealth

440 Ninth Avenue
New York, NY 10001, USA
Tel: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
Email: info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org



ENGENDERHEALTH
Improving Women's Health Worldwide

EngenderHealth œuvre dans le monde entier pour l'amélioration de la vie des individus en assurant la sécurité, la disponibilité et la pérennité des services de santé génésique. Il fournit assistance technique, formation et information, en s'attachant aux solutions pratiques qui permettent d'améliorer les services quand les ressources sont limitées. EngenderHealth estime que les individus sont en droit de pouvoir décider en toute connaissance de cause de leur santé génésique et de recevoir les soins qui répondent à leurs besoins. Il travaille en partenariat avec les gouvernements, les institutions et les professionnels de santé pour que ce droit devienne une réalité.

Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)

150 Cours Albert Thomas
69372 Lyon CEDEX 08, France
Tel: 33-0-4 72 73 84 85
Fax: 33-0-4 72 73 85 75
Email: com@iarc.fr
www.iarc.fr



Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) fait partie de l'Organisation mondiale de la Santé. Les missions du CIRC sont de coordonner et de mener des recherches sur les causes des cancers chez l'homme et sur les mécanismes de la cancérogenèse et de développer des stratégies pour la lutte contre le cancer. Le Centre est impliqué dans la recherche épidémiologique et la recherche de laboratoire. Il diffuse l'information scientifique par le biais des publications, des réunions, des cours et des bourses. Le travail du Centre a quatre objectifs principaux : (1) la surveillance des cancers dans le monde, (2) l'identification des causes du cancer, (3) l'élucidation des mécanismes de la cancérogenèse, et (4) le développement de stratégies scientifiques pour la lutte contre le cancer.

JHPIEGO

1615 Thames Street
Suite 200
Baltimore, MD 21231, USA
Tel: 410-537-1800
Fax: 410-537-1474
Email: info@jhpiego.net
www.jhpiego.org



JHPIEGO est une filiale de l'Université Johns Hopkins, qui établit des partenariats à l'échelle mondiale et locale pour améliorer la qualité des services de soins s'adressant aux femmes et aux familles. JHPIEGO est l'un des leaders mondiaux dans la création d'approches innovantes et efficaces pour développer les ressources humaines pour la santé.

Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO)

525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Tel: 202-974-3000
Fax: 202-974-3663
Email: publinfo@paho.org
www.paho.org



Le Bureau sanitaire Panaméricain (BSPA), la plus ancienne des organisations internationales pour la santé, est le siège de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO). Il fournit aux pays membres de la PAHO l'assistance et la direction techniques nécessaires pour atteindre leur objectif de santé pour tous et le bénéfice qui en découle. Le BSPA constitue le principal catalyseur pour assurer le meilleur état de santé possible à tous les peuples des Amériques et contribuer au bien-être de leurs familles et de leurs communautés. Il a pour mission de coordonner les initiatives des pays membres et de leurs partenaires visant à assurer l'équité dans la santé, à combattre la maladie et à améliorer la qualité de vie et la longévité des peuples des Amériques.

PATH

1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107, USA
Tel: 206-285-3500
Fax: 206-285-6619
Email: info@path.org
www.path.org



PATH est une organisation internationale à but non lucratif, dont l'objectif est de trouver des solutions durables, culturellement adaptées, permettant aux communautés du monde entier de rompre le cycle de la mauvaise santé. Avec la collaboration de divers partenaires des secteurs public et privé, PATH aide à trouver les technologies et les stratégies en santé appropriées qui permettront de changer la façon de penser et d'agir de la population. PATH travaille à améliorer la santé et le bien-être dans le monde.

Remerciements

L'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP) tient à remercier tous ceux qui ont participé à l'élaboration, à l'organisation, au recueil des informations, à la rédaction et à la révision de cet ouvrage, *Planification et Mise en Œuvre des Programmes de Prévention et de Lutte contre le Cancer du Col : Manuel à l'Usage des Organismes*.

EngenderHealth:

Mark Barone, DVM, MS
Jan Bradley, MA
Ilana Dzuba, MHS
Martha Jacob, FRCOG, MPH

Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC):

Cédric Mahé, PhD
R. Sankaranarayanan, MD

JHPIEGO:

Paul Blumenthal, MD, MPH
Robbyn Lewis, MPH

Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO):

Merle Lewis, DrPH, MPH
Silvana Luciani, MHSc

PATH:

John Sellors, MD, FCFP
Kristen Lewis, MPH

Martha Jacob a assuré la coordination de la réalisation de ce manuel, qui a été revu et remis en forme par un groupe constitué de Cédric Mahé, Silvana Luciani, et Martha Jacob. Jill Tabbutt-Henry, MPH, consultant, a assuré l'organisation et la structuration de l'ouvrage. Margo Lauterbach a contribué à la préparation d'une première version du Chapitre 8. Nous remercions Anna Kurica (EngenderHealth) qui a revu et adapté les illustrations et Sharone Beatty (EngenderHealth) qui a aidé à coordonner la relecture du manuscrit et la recherche des illustrations. Merci à Evelyn Bayle (CIRC), Sophie Sibert (CIRC), Sharone Beatty et Deirdre Campbell (PATH), Pilar Fano (PAHO) et Victoria Robinson (JHPIEGO) pour le soutien administratif tout au long de ce travail.

Plusieurs membres de PATH ont participé à la finalisation du document. Cristina Herdman et Anne R. Boyd ont coordonné la publication, dont Cristina Herdman a vérifié le contenu. Les conseils de Jacqueline Sherris ont été d'une aide précieuse tout au long des étapes de rédaction et de production. Jack Kirshbaum a revu et corrigé le manuscrit final, et Jessie Gleckel a structuré les références. Barb Rowan a conçu la mise en page avec l'assistance de Kristin Dahlquist, NanCee Sautbine et de Scott Brown. Janet Saulsbury et Patrick McKern ont relu le document.

L'ACCP remercie également les personnes mentionnées ci-dessous qui ont relu certains chapitres ou la totalité du manuel et ont fait part de leurs commentaires constructifs dans les délais impartis. Cet ouvrage a grandement bénéficié de leurs suggestions. L'ACCP assume néanmoins l'entière responsabilité de la version finale.

Dr Ornela Abazi, Association albanaise pour le planning familial, Albanie

Dr Irene Agurto, PAHO, USA

Dr Jean Ahlborg, EngenderHealth, USA

Mme Anna Alexandrova, Health Psychology Research Center, Bulgarie
Dr Biljana Ancevska Stojanovska, Institute for Mother and Child Health Care—
Health Center, Macédoine
Mme Silvina Arrossi, CIRC, France
Dr Stefan Bartha, Ministère de la Santé, Roumanie
Dr Partha Sarathi Basu, Institut national du Cancer Chittaranjan, Inde
Dr Ana Jovicevic Bekic, Institut d’Oncologie et de Radiologie de Serbie, Serbie et
Monténégro
Dr Neerja Bhatla, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), Inde
Mme Amie Bishop, PATH, USA
Mme Anne R. Boyd, PATH, USA
Dr Nathalie Broutet, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Suisse
Dr Patricia Claeys, Centre international pour la Santé de la Reproduction
(ICRH), Université de Ghent, Belgique
Dr Patricia Coffey, PATH, USA
Dr Stephen Corber, PAHO, USA
Dr Maria Cumpana, Ministère de la Santé, Moldavie
Mme Rasha Dabash, consultant, USA
Dr Angie Dawa, PATH, Kenya
Dr Michelle De Souza, Khayelitsha Cervical Screening Project, Afrique du Sud
Dr Irena Digol, Against Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology,
Moldavie
Dr Miguel Espinoza, PAHO, USA
Dr Abu Jamil Faisal, EngenderHealth, Bangladesh
Dr Irena Kirar Fazarinc, Institut d’Oncologie, Ljubljana, Slovénie
Dr Antonio Filipe, OMS, AFRO, Congo
Dr Lynne Gaffikin, JHPIEGO/CECAP, USA
Dr Pamela Godia, Ministère de la Santé, Kenya
Dr Sue J. Goldie, Harvard School of Public Health, USA
Dr Amparo Gordillo-Tobar, PAHO, USA
Dr Susan J. Griffey, JHPIEGO, USA
Dr Wendel Guthrie, Jamaica Cancer Society, Jamaïque
Mme Cristina Herdman, PATH, USA
Dr Nadica Janeva, Institute for Mother and Child Health Care—Health Center,
Macédoine
Mme Kasturi Jayant, Inde
Mme Anna Kaniauskene, EngenderHealth, USA

Dr Mary Kawonga, Women's Health Project, Afrique du Sud
D. Nancy Kidula, consultant en obstétrique et gynécologie, Kenya
Dr Leah Kirumbi, Kenya Medical Research Institute (KEMRI), Kenya
Mme Georgeanne Kumar, EngenderHealth, USA
Dr Nisha Lal, EngenderHealth, Inde
Dr Victor Levin, consultant, Agence internationale de l'Energie Atomique, Autriche
Dr Neil MacDonald, Université McGill, Canada
Dr Ian Magrath, Réseau international pour la Recherche et le Traitement du Cancer (RIRTC), Belgique
Dr Anthony Miller, Canada
Dr Jennifer Moodley, Women's Health Research Unit, Université de Cape Town, Afrique du Sud
Dr Ketra Muhombe, Kenya Cancer Association (KECANS), Kenya
Dr Hextan Y.S. Ngan, Université de Hong Kong, Hong Kong
Dr Twalib Ngoma, Ocean Road Cancer Institute (ORCI), Tanzanie
Dr Max Parkin, CIRC, France
Ms Julietta Patnick, NHS Cancer Screening Programme, Grande-Bretagne
Dr. Ljuben Risteski, Health Center—Skopje, Macédoine
Dr Sylvia Robles, PAHO, USA
Dr Chandrakant Ruperalia, JHPIEGO, Ethiopie
Dr. Debbie Saslow, American Cancer Society, USA
Dr Rhonda Sealey-Thomas, PAHO, USA
Ms Kathy Shapiro, consultant, Suisse
Dr Jacqueline Sherris, PATH, USA
Dr Sherian Slater, Ministère de la Santé, St. Vincent et Grenadines
Dr Emiliya Tasheva, Ministère de la Santé, Bulgarie
Mme Lidija Topic, Institut des Sciences Sociales, Serbie et Monténégro
Dr Vivien Tsu, PATH, USA
Dr Andreas Ullrich, OMS, Suisse
Dr Bhadrasain Vikram, Agence internationale de l'Energie Atomique, Autriche
Dr Cristian Vladescu, Center for Health Policies and Services, Roumanie
Dr Damien Wohlfahrt, EngenderHealth, Kenya
Dr Eduardo Zubizarreta, Agence internationale de l'Energie Atomique, Autriche

A Propos du Manuel

Le cancer du col de l'utérus, contrairement à la plupart des autres cancers, peut être évité grâce à des programmes de dépistage permettant d'identifier et de traiter les lésions précancéreuses. Pourtant, on enregistre chaque année dans le monde plus de 490 000 nouveaux cas de cancer du col (Ferlay et al. 2004). Environ 80% de l'ensemble de ces cancers surviennent dans les pays moins développés, parce qu'ils n'ont pas de programmes de prévention ou parce que ceux qui existent sont mal exécutés. En réponse à cette situation, l'ACCP a collaboré dans plus de 50 pays pour :

- Evaluer les approches innovantes de dépistage et de traitement ;
- Améliorer les systèmes de prestation de soins ;
- S'assurer que les points de vue et les besoins de la population sont pris en compte dans la conception des programmes et que la population en bénéficie ;
- Renforcer la sensibilisation au cancer du col et les stratégies de prévention efficaces.

L'ouvrage *Planification et Mise en Œuvre des Programmes de Prévention et de Lutte contre le Cancer du Col : Manuel à l'Usage des Organismes* a été réalisé pour aider les équipes d'encadrement à planifier, mettre en place et superviser les services de prévention et de lutte contre le cancer du col. Il s'adresse, selon les différents pays et les différents programmes, aux directeurs des programmes, aux responsables de district et d'établissement, aux superviseurs, aux formateurs, aux administrateurs et aux conseillers techniques. Ce manuel a été conçu avec l'objectif de participer aux initiatives mondiales pour améliorer la santé des femmes, en promouvant des systèmes de soins adaptés, abordables et efficaces pour la prévention et la lutte contre le cancer du col.

Cet ouvrage s'attache aux éléments génériques essentiels pour le succès des programmes et concerne l'ensemble des différents stades du processus, allant de la prévention, par le biais du dépistage, au traitement et aux soins palliatifs. Il présente les différentes options de prestations de soins convenant à différents contextes géographiques et culturels, et à différents niveaux de ressources. Les équipes d'encadrement devront sélectionner les approches qui correspondent le mieux au contexte et à l'objectif de leur programme.

Ce manuel a été rédigé en partant du principe que certaines grandes décisions stratégiques ont déjà été prises à un niveau national ou infranational sur les divers aspects du programme qui va être mis en place au niveau du pays, de l'état ou de la province. Ces décisions concernent les méthodes de dépistage et de traitement, l'approche à utiliser pour la prestation des soins, le groupe d'âge cible, le niveau de couverture souhaité, la fréquence des dépistages, la réglementation permettant l'habilitation de prestataires de différents niveaux à effectuer certains actes, et le choix du type de programme, vertical ou intégré. Aussi, ce document ne comporte pas d'indications sur les directives de bonnes pratiques cliniques ni sur le choix des options stratégiques pour la prévention et la lutte contre le cancer du col. Pour ce genre d'information, le lecteur est prié de se référer aux documents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Comprehensive Cervical Cancer Control : A Guide for Essential Practice* (sous presse), du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) : *Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10 : Cervix Cancer Screening* et de l'OMS *National Cancer Control Programmes : Policies and Managerial Guidelines*. On trouvera toutefois ici des informations essentielles – par exemple les éléments et les ressources nécessaires pour les différentes stratégies de dépistage et de traitement et pour les différentes approches de

prestation de services – susceptibles d'aider les équipes d'encadrement à appliquer les décisions stratégiques.

Les quatre parties de cet ouvrage proposent aux équipes d'encadrement des informations utiles pour la réalisation des principales tâches qu'elles ont à accomplir. Les chapitres suivent un ordre logique correspondant à l'élaboration et à la mise en place des programmes, mais chacun d'eux peut se lire indépendamment et comporte des références croisées renvoyant si besoin à d'autres chapitres.

Pays dans lesquels l'ACCP engage des actions :

Afrique : Angola, Burkina-Faso, Cameroun, Congo, Ethiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe.

Amérique latine et Caraïbes : Antigua et Barbade, Argentine, Bolivie, Colombie, République dominicaine, Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname, Trinidad et Tobago et Venezuela.

Asie du Sud et du Sud-Est : Inde, Laos, Népal, Thaïlande et Vietnam.

Europe de l'Est et Asie Centrale : Albanie, Arménie, Bulgarie, Géorgie, Kazakhstan, Kirgizstan, Lituanie, Macédoine, Moldavie, Mongolie, Russie, Serbie Monténégro et Ukraine.

Résumé exécutif

Le cancer du col de l'utérus continue à tuer des dizaines de milliers de femmes qui auraient pu être sauvées par un dépistage relativement simple, suivi si besoin d'un traitement des lésions précancéreuses. Cette tragédie frappe tout particulièrement les pays en développement, où le poids de la maladie est le plus lourd, et l'accès à des services de prévention efficaces très limité. Depuis 1999, l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP) mène des recherches et met en place des projets pilotes dans de nombreux pays aux ressources limitées, afin de définir les principaux aspects cliniques et programmatiques d'une prévention efficace du cancer du col. Ce document est destiné aux équipes d'encadrement, au niveau national ou infranational, pour les aider à planifier, mettre en œuvre et contrôler les services de prévention et de lutte contre le cancer du col. Il apporte sa contribution aux initiatives internationales visant à améliorer la santé des femmes, en promouvant des mécanismes de prestation appropriés, abordables et efficaces pour la prévention et la lutte contre le cancer du col.

Première partie : contexte général

Le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus se justifient au regard des principes généraux de prévention en santé publique. La lenteur de la progression des lésions précancéreuses jusqu'au stade de cancer laisse une fenêtre d'au moins dix ans pendant laquelle il est possible de détecter et de traiter les lésions, et de prévenir ainsi leur progression jusqu'au stade de cancer invasif. Quand les ressources sont limitées, on peut mettre en œuvre des programmes de prévention efficaces, en se focalisant sur trois points essentiels : obtenir une couverture de dépistage élevée, proposer un dépistage efficace et acceptable, et assurer le traitement approprié des femmes dont le test s'avèrerait positif.

Il existe différentes méthodes de détection, de diagnostic et de traitement du cancer du col, qui sont utilisées actuellement dans les pays développés et dans les pays en développement. Chacune d'elles possède ses avantages et ses inconvénients, dont il faut tenir compte lors des choix stratégiques, au niveau national, des méthodes à utiliser. La cytologie, test de dépistage le plus couramment utilisé dans les pays développés, nécessite plusieurs consultations, des dépistages à intervalles réguliers, et une infrastructure de laboratoire suffisante. Tout cela constitue des barrières susceptibles de limiter - et c'est effectivement le cas - l'efficacité de la prévention du cancer du col dans les pays dont les ressources sont limitées.

Il existe des alternatives aux approches classiques de dépistage. Par exemple, les méthodes de dépistage visuel, comme l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ou après application de soluté de Lugol (IVL) sont peu coûteuses et donnent des résultats immédiats. Leur spécificité est toutefois modérée et une proportion importante de femmes ayant subi un test IVA ou IVL vont être inutilement traitées ou orientées sur une prise en charge. Le test ADN-VPH, autre option de dépistage, est une nouvelle méthode fondée sur la détection de l'ADN du virus du papillome humain (VPH). Il est plus sensible que la cytologie et les tests visuels, et sa spécificité est correcte. Mais son coût, l'infrastructure et les équipements techniques qu'il nécessite peuvent entraver sa mise en place.

Il convient d'associer le dépistage à des méthodes relativement simples, sûres et efficaces de traitement ambulatoire des lésions précancéreuses, comme la cryothérapie ou l'électroréssection à l'anse diathermique (RAD). La cryothérapie peut être pratiquée aussi bien par des médecins que par des non médecins, à tous les niveaux des structures de

soins. Ce traitement, dont la morbidité associée est très faible, est bien accepté par les femmes et leurs partenaires et par les prestataires de soins, dans les environnements aux ressources limitées. La RAD est généralement pratiquée par des médecins, sous contrôle colposcopique et sous anesthésie locale. Elle nécessite une alimentation fiable en électricité et un équipement relativement plus sophistiqué. Ces deux méthodes diffèrent sur un point pratique essentiel. En effet, la RAD implique une exérèse du tissu et permet ainsi d'obtenir un échantillon de tissu autorisant la vérification histologique du diagnostic. En revanche, la cryothérapie est une méthode ablatrice par destruction du tissu et ne permet donc pas d'obtenir d'échantillon pour l'histologie.

Les tests de dépistage, notamment les méthodes visuelles ou la détection du VPH, présentent le risque inhérent d'entraîner des traitements inutiles. Mais quand on les associe à une méthode de traitement ambulatoire sans danger, relativement bon marché et acceptable, le bénéfice global l'emporte sur les inconvénients. Indépendamment des méthodes de dépistage et de traitement retenues, il convient d'associer les services de dépistage et les services de traitement des lésions précancéreuses, de façon à en améliorer l'accès pour les femmes. Ce manuel présente différentes options pour la prestation des services, applicables dans différents contextes géographiques et culturels et à différents niveaux de ressources, sachant qu'en réduisant les délais et le nombre de consultations pour le dépistage, le traitement et le suivi, on augmente l'efficacité des programmes. Les organisateurs devront sélectionner les approches qui correspondent le mieux à leur contexte particulier et aux objectifs de leur programme.

Il est essentiel d'obtenir une large couverture de la population cible, ce qui nécessite une bonne organisation et une bonne coordination des programmes de prévention. Si l'analyse des besoins et des ressources d'un pays indique qu'il est raisonnable d'investir dans un programme de prévention, il faudra décider au niveau national quels types de méthodes de dépistage et de traitement utiliser, l'âge auquel le dépistage devra débuter, sa fréquence, et le niveau souhaité de couverture. Il faudra aussi attribuer des ressources suffisantes à chacun des aspects de la prévention et de la lutte contre le cancer du col. Ce manuel propose aux équipes d'encadrement des conseils sur l'organisation des programmes, en partant du principe que la stratégie globale a déjà été définie. Il s'attache aux éléments qui jouent un rôle crucial dans le succès des programmes de prévention, indépendamment des techniques de dépistage et de traitement utilisées, et décrit l'ensemble des étapes, de la prévention au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses, jusqu'aux soins palliatifs.

Deuxième partie : élaboration et gestion des programmes

Au moment de prendre les décisions stratégiques, il convient de désigner un coordinateur, en lui accordant le mandat, l'autorité et les ressources nécessaires pour diriger le programme. Le coordinateur devra mettre en place une équipe pluridisciplinaire, chargée d'assurer à ses côtés la gestion du programme. Ce groupe pluridisciplinaire devra être composé de spécialistes dans les domaines de la clinique, de la gestion administrative et de la formation. Tous devront participer activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme. Il faut consacrer suffisamment de temps à la préparation du programme et du budget, en s'appuyant sur l'évaluation des besoins et des moyens locaux. Il est indispensable que les trois volets de la prestation de soins – 1) l'information et l'éducation de la population (I&E), 2) le dépistage, 3) le diagnostic et/ou le traitement – soient étroitement liés. La politique générale du programme, la formation, le contrôle et l'évaluation constituent les bases de l'organisation, nécessaires au succès du programme.

La première étape, essentielle à la mise en place d'une prévention efficace et durable, consiste à faire participer les représentants des principales parties intéressées, à l'élaboration du nouveau programme ou au renforcement des services existants. Leur contribution est inestimable, et leur participation aux tout premiers stades garantit leur engagement et leur soutien aux activités du programme.

L'équipe d'encadrement doit évaluer les besoins locaux, notamment en matière d'infrastructure, de moyens techniques et d'information, pour pouvoir identifier les ressources nécessaires au programme. La meilleure façon de réaliser cette évaluation consiste à impliquer une équipe pluridisciplinaire regroupant les différents acteurs et à recueillir les points de vue aussi bien des personnes qui s'occupent des services de prévention que de celles qui en bénéficient. A partir de l'évaluation des besoins et des considérations de coût efficacité, l'équipe d'encadrement peut élaborer un projet décrivant étape par étape la façon d'atteindre les objectifs du programme, à savoir une couverture élevée, un dépistage de qualité et efficace, et l'assurance d'un traitement pour les femmes dont les tests s'avèrent positifs. Le rôle de l'équipe d'encadrement consiste à établir des stratégies de terrain qui couvrent tous les aspects du programme : définir les cibles au niveau local, organiser les structures de dépistage et de soins et déterminer l'équipement, la formation et les ressources nécessaires pour chacun des sites.

Il est essentiel de créer les compétences et les moyens nécessaires pour assurer la prestation des soins, leur supervision, leur contrôle et leur évaluation avant la mise en œuvre des programmes de prévention. Il faut ainsi mettre en place tout le matériel nécessaire au programme, distribuer tous les équipements et toutes les fournitures, donner des indications à la population, aux parties concernées et au personnel, s'assurer que les prestataires sont formés et disponibles, créer des systèmes de contrôle de la qualité, et mettre en place des systèmes d'information. Il convient de désigner des responsables locaux chargés de superviser la mise en œuvre des services et d'assurer la coordination avec l'équipe d'encadrement.

Troisième partie : mise en place des principaux éléments des programmes

Prestation des soins et renforcement des liens

L'objectif principal est d'offrir aux femmes admissibles le meilleur accès possible à des services de qualité pour le dépistage et le traitement du cancer du col. En effet, dans beaucoup de pays – en particulier dans les zones rurales – les femmes n'ont pas accès aux services de santé. Mais il ne suffit pas de mettre les services à disposition pour qu'ils soient utilisés. Il faut qu'ils soient accessibles, acceptables, abordables et fiables. Par exemple, les programmes qui permettent de réduire le nombre de consultations nécessaires pour le dépistage, le traitement et le suivi facilitent l'accès des femmes aux soins dont elles ont besoin, améliorent les taux de suivi et réduisent le coût des programmes.

Les services de prévention du cancer du col comprennent le conseil, le dépistage (avec ou sans test diagnostique) et le traitement des lésions précancéreuses pour les femmes dont le test est positif. Ces services peuvent être proposés à différents niveaux des structures de soins et par différentes catégories de personnel de santé. Les programmes peuvent utiliser une approche statique, axée sur le centre de soin (services fixes), ou une approche mobile (équipes itinérantes), ou encore combiner les deux approches. De plus, il est essentiel d'avoir des réseaux de prise en charge qui fonctionnent bien, pour assurer la continuité des soins quand des tests diagnostiques et des traitements complémentaires s'avèrent nécessaires. Il peut être utile d'engager des agents de santé com-

munautaire bien formés, rémunérés ou bénévoles, pour créer ou entretenir des liens avec la population locale – pour encourager les femmes à utiliser les services proposés, pour identifier celles qui ont besoin d'être traitées et suivies, et pour procurer des soins palliatifs à domicile. Enfin, pour assurer la disponibilité et la fiabilité des services, il convient de mettre en place une chaîne d'approvisionnement en matériel et une logistique efficaces.

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

Pour augmenter l'utilisation des services de prévention du cancer du col, il est nécessaire de mettre en place un plan d'information et d'éducation (I&E) – en s'appuyant à la fois sur la population, sur les infrastructures et sur les médias – afin d'informer les femmes du groupe d'âge cible ainsi que leurs partenaires de l'intérêt et de la disponibilité des services de prévention. Le contact direct entre la population cible et les professionnels de santé ou les pairs éducateurs est généralement plus efficace que les activités médiatiques ponctuelles pour améliorer l'utilisation des services. Les séances d'éducation en groupe, suivies de conseils individuels, peuvent répondre à la demande d'information et aux besoins affectifs des femmes, les encourager à suivre les indications de traitement, et combler leurs attentes. Si elles sont satisfaites, elles encourageront à leur tour d'autres femmes à utiliser ces services. Les documents imprimés sont utiles pour l'éducation et le conseil, mais ne doivent pas remplacer le contact direct.

Formation du personnel : assurer des performances conformes aux standards

Dans le cadre des programmes de prévention du cancer du col, la formation est destinée à assurer la présence d'un personnel compétent en nombre suffisant pour inciter les femmes à utiliser les services, pour effectuer les tests de dépistage appropriés chez les femmes admissibles, et pour traiter celles dont le test est positif. Il faut établir un plan de formation – en précisant son contenu et son coût, en identifiant qui assurera la formation, où et quand – en fonction des objectifs du programme, et en accordant une attention particulière à l'obtention du taux de couverture souhaité et au maintien de la qualité des soins. Les formations combinant une approche didactique, des simulations et des exercices pratiques, devraient permettre aux prestataires d'acquérir l'assurance nécessaire à la pratique des services qui leur sont demandés. La formation clinique doit avoir lieu juste avant la mise en route de ces services, de façon à ce que le personnel ne perde pas ses compétences entre le moment de la formation et le début des prestations. Pour pérenniser le programme, il conviendra de mettre en place et de maintenir dans le pays un pool de formateurs capables de former de nouveaux prestataires. Ce système devrait favoriser le transfert de l'apprentissage grâce à un suivi post-formation comportant notamment des cours de recyclage.

Améliorer la performance des programmes

La performance d'un programme se définit par rapport aux objectifs fixés (couverture du dépistage ou traitement de toutes les femmes dont le test est positif). Il est essentiel d'effectuer des contrôles et de faire des évaluations pour vérifier que les différents volets de la prestation des soins fonctionnent tous avec efficacité et efficience. Cette surveillance du programme relève d'un processus participatif visant à améliorer la qualité; il doit fonctionner en permanence et résulter de l'interaction des systèmes d'information, des systèmes d'assurance qualité et de l'auto-évaluation du personnel de santé.

Les systèmes d'information de santé (SIS), fondés sur des indicateurs validés et mesurables, constituent un outil essentiel pour le contrôle et l'évaluation de la performance des programmes. Ils peuvent être gérés au niveau de l'établissement ou de

façon centralisée. Indépendamment du modèle de SIS utilisé, il est essentiel d'avoir des données de bonne qualité, ce qui nécessite une formation du personnel au recueil et à la saisie des données, et à la rédaction des rapports. Il faut absolument désigner, au sein de l'équipe, un responsable de la communication entre les différentes structures de soins, chargé de distribuer les formulaires, d'agréger les données et de distribuer les rapports, assurant ainsi la circulation et la qualité des informations, qui serviront au contrôle et à l'évaluation du programme ou à prendre des décisions. La qualité des informations doit primer sur leur quantité.

En améliorant la qualité des services, les contrôles contribuent à l'efficacité des programmes, à la réduction des coûts, à la satisfaction professionnelle et incitent les femmes à utiliser ces services. Bien qu'elle soit difficile à mesurer, la satisfaction des patientes peut affecter l'utilisation des services, et en fin de compte le fonctionnement du programme. Il existe des approches et des outils qualitatifs qui permettent, en permanence et de façon proactive, de contrôler le fonctionnement des services, d'analyser les problèmes et d'y remédier pour améliorer la qualité.

Quatrième partie : vue d'ensemble des traitements du cancer du col et des soins palliatifs

Il convient d'associer les services de prévention aux services de traitement et de soins palliatifs et de les intégrer, chaque fois que c'est possible, aux programmes nationaux de lutte contre le cancer.

Les activités d'information et d'éducation devraient permettre aux prestataires aussi bien qu'aux patientes de réaliser qu'il est souvent possible de soigner le cancer du col par un traitement approprié. L'équipe d'encadrement a le devoir de renforcer et d'augmenter le recours à la chirurgie radicale quand c'est possible, et d'améliorer l'accès aux services de radiothérapie quand ils existent.

Il faut renforcer les services de soins palliatifs à tous les niveaux des structures de soins, notamment au niveau des soins communautaires. Les soins palliatifs permettent non seulement de prendre en charge la douleur et divers autres symptômes du cancer, mais ils aident aussi la collectivité à se mobiliser, à établir des liens avec les centres de traitement et à offrir un soutien affectif, social et spirituel aux femmes en phase terminale et à ceux qui prennent soin d'elles. Il se peut que la réglementation des médicaments et les politiques médicales et pharmaceutiques restreignent l'accès aux médicaments appropriés, particulièrement dans les zones rurales. Il conviendra alors de les évaluer et de les modifier si nécessaire.

Conclusion

Les programmes doivent être planifiés de façon stratégique, à partir d'une évaluation réaliste des besoins et des moyens, et utiliser les données les plus récentes sur les modes de dépistage et de traitement. La faible performance des programmes de prévention du cancer du col dans certains pays dont les ressources sont limitées résulte le plus souvent d'une mauvaise planification et d'une mauvaise mise en œuvre de ces programmes ainsi que de l'absence de systèmes de contrôle et d'évaluation, indépendamment des tests de dépistage ou des méthodes de traitement utilisés. La mise en place de mécanismes et de procédures permettant de soutenir et de maintenir chacun des éléments du programme peut jouer un rôle important pour offrir aux femmes qui en ont besoin des services efficaces, accessibles et acceptables.

A photograph of a woman with dark hair, wearing a patterned top, holding a baby. The image is overlaid with a blue gradient. The word 'Contexte' is written in white text on the left side of the image.

Contexte

La première partie de ce manuel présente des informations générales sur lesquelles peuvent s'appuyer les programmes de prévention du cancer du col.

Le chapitre 1 décrit l'ampleur du problème, l'histoire naturelle de la maladie, les méthodes de dépistage et de traitement et présente les raisons justifiant la mise en œuvre d'un programme de prévention.

Le chapitre 2 offre un aperçu des choix stratégiques qui affectent directement la prestation des soins ainsi que l'organisation et la gestion des programmes. Les responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes ne participent pas forcément aux choix stratégiques, mais ils doivent les connaître et les comprendre, car ils ont un impact sur l'efficacité du programme.

Justification de la prévention du cancer du col de l'utérus

Sommaire

Messages clés	3
Introduction	3
Poids de la maladie	3
Histoire naturelle du cancer du col	5
Méthodes de prévention du cancer du col	7
Tests de dépistage	
Diagnostic et confirmation	
Traitement des lésions précancéreuses	
Associer dépistage et traitement	
Justification du dépistage du cancer du col	12
Conclusion	14
Bibliographie complémentaire	14
Annexe 1.1. Caractéristiques des tests de dépistage	15

Messages clés

- Le dépistage et le traitement du cancer du col se justifient au regard des principes généraux de prévention en santé publique.
- Contrairement à bien d'autres cancers, la plupart des cancers du col pourraient être évités. En effet, la lenteur de la progression des lésions précancéreuses jusqu'au stade de cancer du col laisse une fenêtre d'au moins dix ans pendant lesquels il est possible de détecter et de traiter ces lésions et de prévenir ainsi leur progression jusqu'au stade de cancer invasif.
- Il existe différents tests de dépistage du cancer du col. Tous, de même que les options de traitement des lésions précancéreuses, présentent des points forts et des limites dont il faut tenir compte au moment de prendre les décisions stratégiques, de préparer et de mettre en oeuvre les programmes de dépistage du cancer du col.
- Indépendamment du test de dépistage utilisé, il faut tout mettre en oeuvre pour optimiser la couverture et relier entre eux les services de dépistage et de traitement. La faisabilité des différentes approches pour combiner dépistage et traitement dépend des ressources disponibles dans l'environnement considéré.
- La cryothérapie peut être pratiquée aussi bien par des médecins que par des non médecins, à tous les niveaux des structures sanitaires. L'expérience montre qu'il s'agit d'un traitement sans danger, bien accepté par les femmes et leurs conjoints, ainsi que par ceux qui le pratiquent.

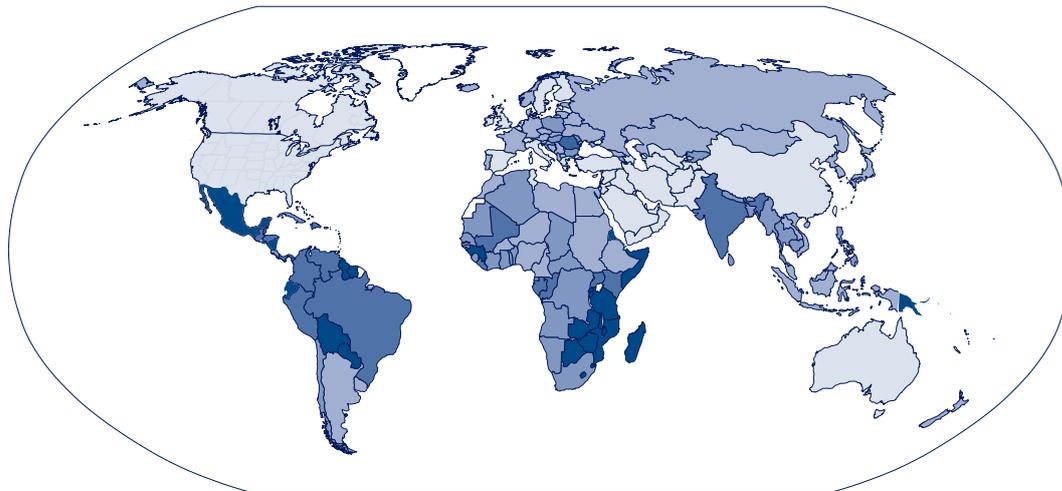
Introduction

Ce chapitre présente des données fondamentales sur l'histoire naturelle du cancer du col et le poids de la maladie, dans le but d'aider les équipes d'encadrement à mettre en place les moyens nécessaires aux actions de prévention. Ce chapitre traite également des méthodes de prévention disponibles—tests de dépistage, techniques de traitement ambulatoire des lésions précancéreuses et stratégies de prise en charge des femmes dont les tests sont anormaux. Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de fournir des détails techniques sur les différents tests de dépistage et les options de traitement, ni même de donner des conseils précis quant au choix du test le mieux adapté à une situation donnée. Chaque chapitre de cet ouvrage comporte une bibliographie complémentaire pour plus d'informations.

Poids de la maladie

Bien qu'il soit possible de le prévenir, le cancer du col représente la première cause de décès par cancer chez les femmes des pays en développement (Ferlay et al. 2004). La Figure 1.1 présente les taux d'incidence du cancer du col dans le monde. Il est évident que les données d'incidence et de mortalité associées au cancer du col sont plus précises dans les pays qui possèdent des registres du cancer. Mais la plupart des pays en développement n'en disposent pas et le nombre de cas non répertoriés est élevé.

FIGURE 1.1. Estimation de l'incidence standardisée par âge des cas de cancer du col pour 100 000 femmes (2002)



Taux (nombre de nouveaux cas pour 100 000 femmes)



D'après Ferlay 2004.

En Asie du Sud et en Amérique Latine, le taux de cancer du col a légèrement diminué ou s'est stabilisé au cours des deux dernières décennies. En revanche, l'incidence de ce cancer est en augmentation dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, notamment en Ouganda, au Mali et au Zimbabwe (Parkin et al. 2001, Parkin et al. 2002, Wabinga et al. 2000). Comme l'indique le Tableau 1.1, dans des pays en développement comme l'Argentine, le Chili, la Chine, le Pérou, l'Afrique du Sud et la Thaïlande, la mortalité par cancer du col est plus élevée que la mortalité maternelle (Parkin et al. 2002, WHO 2001a).

TABLEAU 1.1. Comparaison de la mortalité par cancer du col et de la mortalité maternelle dans quelques pays en développement, au cours de l'année 2000

Pays	Décès attribués au cancer du col	Mortalité maternelle (nombre de décès)
Argentine	1 679	590
Brésil	8 286	8 700
Chili	931	90
Pérou	2 663	2 500
Afrique du Sud	3 681	2 600
Chine	25 561	11 000
Inde	74 118	136 000
Thaïlande	2 620	520

D'après Ferlay et al. 2004, AbouZahr et Wardlaw 2004.

Histoire naturelle du cancer du col

Il est indispensable de bien comprendre la façon dont se développe le cancer du col pour mettre en place des interventions destinées à prévenir la mortalité associée à cette maladie. Plus de 99% des cas de cancer du col et des lésions précancéreuses sont directement liés à l'infection par le virus du papillome humain (VPH). Cette infection sexuellement transmissible (IST), le plus souvent asymptomatique (Walboomers et al. 1999), est l'IST la plus fréquente dans le monde. On estime qu'elle touche, au moins une fois dans leur vie, 50% à 80% des femmes sexuellement actives (Koutsky 1997, Crum et al. 2003). La plupart de ces infections se produisent à partir de l'adolescence, entre vingt et trente ans. Le cancer du col est en fait la complication rare d'une IST courante.

A ce jour, plus d'une centaine de types de VPH ont été identifiés. Plus d'une trentaine d'entre eux sont responsables d'infections génitales. On classe ces virus en deux catégories : les types à haut risque de cancer du col et les types à faible risque. Une douzaine de types de VPH sont classés à haut risque ; quelques-uns des virus à faible risque sont responsables des verrues génitales. L'infection du col par des virus de type à haut risque peut entraîner des lésions qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent progresser chez certaines femmes jusqu'au stade de cancer du col (Figure 1.2). La plupart du temps, l'infection est passagère et le virus est éliminé par les défenses de l'organisme, sans risque d'évolution cancéreuse (Elfgren et al. 2000, Ho et al. 1998, Nobbenhuis et al. 1999).

On ne sait pas exactement pourquoi 5% à 10% des femmes infectées par des virus de type à haut risque développent des infections persistantes. Ces femmes ont un risque plus élevé de développer des lésions précancéreuses de haut grade et, en l'absence de traitement, un cancer du col (Bosch et al. 2002, Ho et al. 1998, Hopman et al. 2000, Muñoz et Bosch 1996, Nobbenhuis et al. 1999, Schiffman et al. 1993, Walboomers et al. 1999). On ne peut pas savoir à l'avance chez quelles femmes les lésions précancéreuses vont évoluer en cancer, car on ne connaît pas encore très bien les facteurs environnementaux et les facteurs immunitaires de l'hôte associés à la progression cancéreuse.

Le Tableau 1.2 résume les données concernant l'infection VPH, les lésions précancéreuses du col et le cancer invasif. L'infection par le virus du papillome peut provoquer des lésions de bas grade, dont la plupart régressent spontanément ou n'évoluent pas en lésions de haut grade ou en cancer (PATH 2000). En revanche, il arrive que des

FIGURE 1.2. Histoire naturelle du cancer du col

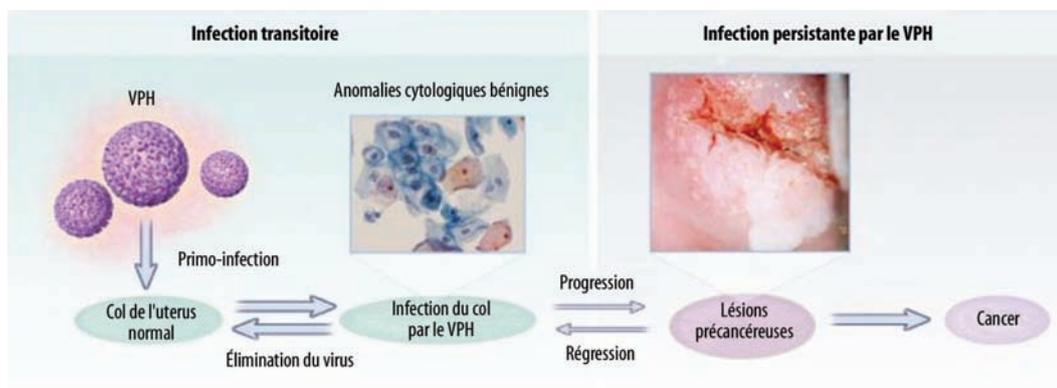


Photo d'après: Wright TC Jr, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490. ©2003 Massachusetts Medical Society. Tous droits réservés.

lésions de haut grade se développent soit à partir de lésions de bas grade, soit directement à partir d'une infection persistante (Cox 2001, PATH 2000). L'évolution de certaines lésions de haut grade jusqu'au stade de cancer invasif prend une dizaine d'années, ce qui laisse largement le temps d'identifier et de soigner les femmes infectées avant l'apparition d'un cancer du col (Miller 1992, Jenkins et al. 1996). Ce dernier se déclare en effet généralement chez les femmes de plus de quarante ans et le pic d'incidence s'observe chez les femmes de 50 à 70 ans (Miller 1992, Parkin 1997).

TABLEAU 1.2. Infection VPH, lésions précancéreuses et cancer invasif du col

Infection VPH	Lésions de bas grade	Lésions de haut grade	Cancer invasif
L'infection VPH est extrêmement fréquente chez les femmes en âge de procréer. L'infection peut persister, provoquer des anomalies cervicales ou régresser spontanément.	Les lésions de bas grade sont généralement passagères et disparaissent avec le temps. Mais certaines évoluent en lésions de haut grade.	Les lésions de haut grade, précurseurs du cancer du col, sont nettement moins fréquentes que les lésions de bas grade. Elles peuvent se développer soit à partir de lésions de bas grade, soit directement à partir d'une infection persistante.	Le cancer invasif se développe sur plusieurs années. Il est plus fréquent chez les femmes de 50 à 70 ans.

D'après PATH 2000.

L'infection par le virus du papillome ayant été identifiée comme nécessaire—quoique non suffisante—pour le développement des cancers du col, on a pu envisager des mesures de prévention primaire. Les facteurs associés à l'infection—précocité des rapports sexuels, multiplicité des partenaires sexuels (de la femme ou de ses partenaires) et antécédents d'IST—sont généralement le reflet de l'activité sexuelle, aussi les actions de prévention primaire se sont-elles attachées à réduire le risque d'infection, en encourageant la diminution du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de contraceptifs de barrière, notamment de préservatifs (Centers for Disease Control and Prevention 2004, Lytle et al. 1997, Weaver et al. 2004).

Les données à ce sujet, peu nombreuses, indiquent que ce type d'actions aurait peu d'effet. Les recherches n'ont réussi à montrer qu'une faible diminution du risque d'infection avec l'emploi de méthodes contraceptives de barrière (Kjaer et al. 1997, Lytle et al. 1997, Lazcano-Ponce et al. 2001, Molano et al. 2002, Plummer et Franceschi 2002, Shepherd et al. 2000a,b), probablement parce que chez les sujets infectés, hommes et femmes, le virus est présent sur les parties génitales internes et externes, notamment sur les zones non protégées par les préservatifs. De plus, on peut être porteur sans le savoir et le virus persiste très longtemps. Cela explique la transmission au sein de couples mutuellement monogames, d'infections contractées bien avant leur rencontre.

En terme de prévention primaire du cancer du col, c'est la vaccination qui semble la stratégie la plus prometteuse. Des vaccins prophylactiques contre les virus de types 16 et 18 (responsables d'environ 70% des cas de cancer du col) pourraient être commercialisés dans certains pays en développement d'ici 2010. Des données préliminaires montrent que ces vaccins sont probablement efficaces pour prévenir l'infection et le développement des lésions précancéreuses (néoplasies cervicales intraépithéliales [CIN]). Il

faudra attendre plusieurs années après leur introduction pour connaître leur impact à long terme sur l'incidence du cancer du col (Koutsky et al. 2002). Et même quand ces vaccins prophylactiques seront disponibles, il faudra continuer les programmes de dépistage et de traitement pour les femmes qui auront déjà été exposées au virus et pour celles qui pourraient être infectées par des virus cancérogènes appartenant à d'autres types que 16 ou 18.

Méthodes de prévention du cancer du col

Tests de dépistage

Le dépistage s'adresse à un groupe cible (dans le cas présent, les femmes) à risque pour une maladie donnée (dans le cas présent, les lésions précancéreuses du col de l'utérus), l'objectif étant de détecter et de traiter les personnes chez qui on aura identifié les signes précoces de la maladie. On utilise pour cela des tests peu coûteux, précis et fiables, qui peuvent être largement utilisés. Plusieurs tests de dépistage du cancer du col sont utilisés ou à l'étude dans le monde entier. La cytologie cervicale est utilisée depuis 50 ans, mais il existe maintenant de nouveaux tests, comme la recherche de la présence d'ADN du virus VPH et le dépistage visuel, brièvement décrits ci-dessous. Chacun a ses points forts et ses limites, énumérés en Annexe 1.1 où figurent également des détails techniques. Aucun test de dépistage n'étant parfait, il est indispensable de bien peser leurs avantages et leurs inconvénients éventuels en fonction du contexte, avant de décider du ou des tests à employer.

Méthodes de dépistage classiques

Cytologie cervicale La cytologie cervicale conventionnelle—également appelée test de Papanicolaou, test Pap, frottis de Pap ou frottis cervical—permet de détecter les cellules anormales dans un échantillon prélevé sur le col utérin. Pour cela, il faut pratiquer un examen au spéculum vaginal qui permet de visualiser le col et l'orifice, et de prélever des cellules cervicales à l'aide d'une spatule en plastique ou en bois, d'une brosse endocervicale ou d'une cytobrosse. Les cellules sont ensuite étalées puis fixées sur une lame de verre (lame de microscope) qui sera envoyée au laboratoire, où elle sera le plus souvent colorée manuellement avant d'être examinée au microscope par un cytologiste qualifié. Compte tenu des multiples étapes du processus, il peut s'écouler plusieurs semaines avant que la patiente reçoive ses résultats. Il est toutefois possible de les obtenir plus rapidement si le programme est bien organisé.

La cytologie en milieu liquide (LBC) est une technique nouvelle, qui permet d'obtenir une fine couche de cellules cervicales dépourvues de débris. Elle coûte plus cher que la cytologie conventionnelle et le traitement du frottis nécessite du matériel supplémentaire et un équipement sophistiqué. D'autre part, l'impact de la LBC sur l'incidence et la mortalité associées au cancer du col reste encore à établir, de même que son rapport coût-efficacité. Pour en savoir davantage sur la cytologie et les services proposés par les laboratoires de cytologie, se reporter aux documents de l'OMS: *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines* (1988) et de l'OMS/PAHO, *Pan American Cytology Network. An Operations Manual* (2001).

Les programmes de prévention du cancer du col déjà existants s'appuient presque tous sur la cytologie. En effet, depuis le milieu du vingtième siècle, la cytologie cervicale est le test de dépistage le plus couramment utilisé, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement où le dépistage est bien implanté. Lorsqu'ils sont bien

organisés et qu'ils fonctionnent correctement, les programmes de dépistage cytologique effectués à intervalles réguliers entraînent de nettes diminutions de l'incidence et de la mortalité par cancer du col, à condition, naturellement, que les taux de dépistage et de traitement des femmes présentant des tests anormaux soient élevés. La sensibilité et la spécificité de la cytologie ne sont pas toujours optimales, notamment quand les ressources sont limitées (voir Annexe 1.1). En effet, les programmes de dépistage cytologique ne peuvent pas se dérouler efficacement si l'infrastructure et l'assurance qualité du laboratoire ne remplissent pas les conditions requises.

Nouvelles méthodes de dépistage

Test ADN-VPH Le test actuellement disponible, Hybrid Capture 2, est capable de détecter dans un prélèvement cervical la présence d'un ou plusieurs virus VPH de type à haut risque (associés au cancer du col). Ce test nécessite généralement un examen au spéculum pour prélever des cellules cervicales à l'aide d'une cytobrosse ou d'un écouvillon. L'échantillon est ensuite envoyé au laboratoire pour y être analysé. Il existe des systèmes automatisés, capables de traiter entre 70 et 90 échantillons à la fois, en l'espace d'environ 7 heures. Les laboratoires qui en disposent peuvent donc en principe rendre les résultats dans la journée. On a également exploré la possibilité de réaliser ce test sur des échantillons prélevés par la patiente elle-même, sans avoir recours à l'examen au spéculum. Sur ces échantillons auto-prélevés, la sensibilité du test est correcte et la méthode est mieux acceptée dans certains milieux culturels (Wright et al. 2000, Dzuba et al. 2002).

Même si les exigences du test ADN-VPH, en termes de technique, de coût et d'infrastructure, peuvent entraver sa mise en oeuvre, les données disponibles suggèrent qu'il est plus performant que la cytologie et l'inspection visuelle pour détecter les lésions précancéreuses chez les femmes de 30 à 50 ans (voir Annexe 1.1 pour des informations générales sur les performances du test). Des études sont en cours pour développer des tests ADN-VPH simples et peu coûteux, qui permettent d'obtenir des résultats plus rapidement. D'ici 2010, les études de l'ACCP (Alliance pour la Prévention du Cancer du Col) devraient montrer l'impact à long terme du test ADN-VPH sur l'incidence du cancer du col.

Tests visuels: IVA et IVL Il existe deux sortes de tests visuels qui permettent d'identifier les lésions précancéreuses du col. Comme la cytologie cervicale et la recherche d'ADN du VPH, l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA), parfois appelée inspection visuelle directe (IVD), nécessite un examen au spéculum qui permet de visualiser le col de l'utérus et l'orifice. Après avoir badigeonné le col avec une solution d'acide acétique à 3%–5% (vinaigre), à l'aide d'un écouvillon, on observe un blanchiment momentané des lésions précancéreuses.

L'IVA peut être réalisée dans de nombreuses situations. Elle ne nécessite aucune analyse de laboratoire, les résultats sont immédiats et le traitement peut être dispensé au cours de la même consultation. Étant donné la nature subjective de l'examen visuel, il est important de standardiser les critères de définition des tests positifs et négatifs et d'être particulièrement attentif à l'assurance qualité (Denny et al. 2002). Alors que la plupart des études à ce jour ont montré une sensibilité de l'IVA identique, voire même supérieure à celle de la cytologie, la spécificité de ce test visuel s'avère cependant plus faible (voir Annexe 1.1). D'ici 2010, les études de l'ACCP, actuellement en cours, devraient montrer l'impact de l'IVA sur l'incidence du cancer du col.

Le second test correspond à l'inspection visuelle du col après application de soluté de Lugol (IVL ou test de Schiller). Comme l'IVA, l'IVL consiste à colorer momentanément

le col—cette fois avec le soluté de Lugol. Les cellules normales prennent la coloration à l'iode et deviennent brun acajou, tandis que les lésions précancéreuses jaunissent. Comme pour l'IVA, les résultats de l'IVL sont immédiats, le traitement peut être dispensé immédiatement au cours de la même consultation et le test peut être réalisé dans différentes situations. Cependant, même si l'IVL donne peut-être de meilleurs résultats que l'IVA, son efficacité dans certaines circonstances reste encore à démontrer, de même que son impact sur la diminution de l'incidence du cancer du col.

Diagnostic et confirmation

Traditionnellement, le dépistage cytologique est associé au traitement par le biais d'une étape diagnostique intermédiaire de colposcopie, suivie d'une biopsie de confirmation, si indiqué. Il est aussi possible de prélever un échantillon du canal endocervical par curetage endocervical (CEC) ou frottis endocervical. L'analyse en laboratoire des tissus obtenus par biopsie (histologie) confirme la présence ou l'absence de CIN dans les stades précancéreux ainsi que la présence ou l'absence de cancer du col.

La colposcopie consiste à examiner le col utérin sous un fort éclairage avec grossissement, au moyen d'un colposcope—loupe binoculaire (voir p. 123). Les prestataires peuvent ainsi déterminer l'étendue des lésions. La colposcopie est très utile pour prélever des biopsies et diriger les traitements de cryothérapie ou de résection à l'anse diathermique (RAD). Cette méthode non invasive ne requiert aucune anesthésie et peut donc être pratiquée en ambulatoire. Toutefois, un colposcope coûte cher—de 800 à 13 000\$US—et pour maîtriser son utilisation, les prestataires ont besoin d'une formation spécialisée et d'une certaine expérience. Les études de l'ACCP en Inde et en Afrique montrent que l'introduction d'une étape intermédiaire de colposcopie réduit le nombre de traitements inutiles. Cependant, compte tenu des coûts de l'équipement et de la formation, cet examen n'est pas toujours possible quand les ressources sont limitées.

Traitement des lésions précancéreuses

L'un des éléments clés de la réussite d'un programme de prévention repose sur sa capacité à proposer aux femmes un traitement approprié des lésions précancéreuses, par des méthodes efficaces et sans danger, qui puissent être pratiquées en ambulatoire. Mais dans de nombreux pays dont les ressources sont limitées, les cliniciens manquent de formation et d'expérience et, très souvent, ne disposent pas du matériel et de l'équipement indispensables aux techniques de traitement ambulatoire. Par conséquent, ils se tournent vers des méthodes plus complexes et plus coûteuses, nécessitant une hospitalisation, comme la conisation à froid ou l'hystérectomie, réalisées par des spécialistes sous anesthésie générale ou locale. Même si elles sont appropriées dans certaines circonstances, ces méthodes agressives ne doivent être utilisées qu'à bon escient, car elles peuvent être à l'origine de graves complications, en particulier d'hémorragies, d'infections pelviennes et de lésions des organes adjacents.

La cryothérapie et la RAD peuvent toutes deux être pratiquées en ambulatoire. Efficaces et sans danger, relativement simples et peu coûteuses, elles sont utilisées dans le traitement des lésions précancéreuses. Elles diffèrent cependant sur un point pratique essentiel. La RAD consiste en effet à exciser le tissu et fournit ainsi un échantillon tissulaire autorisant une vérification histologique du diagnostic. En revanche, la cryothérapie est une méthode d'ablation par destruction des tissus et ne permet donc pas d'obtenir un échantillon tissulaire pour l'histologie (Tableau 1.3). Ces méthodes moins agressives ne demandent pas d'infrastructure importante, minimisent les risques de complications et diminuent les coûts. Les méthodes les plus simples sont souvent plus acces-

sibles aux femmes, car elles peuvent être proposées aux niveaux les plus élémentaires du système de santé. Mais, indépendamment de la méthode utilisée, les prestataires de soins doivent être conscients des risques éventuels associés au traitement, lorsqu'il s'adresse à des femmes vivant dans des régions à forte prévalence du VIH (encadré ci-dessous).

Traitement des femmes infectées par le VIH

Les lésions précancéreuses du col de l'utérus ont tendance à être plus fréquentes, persistantes et récurrentes chez les femmes séropositives (Ellerbrock et al. 2003, Tate and Anderson 2002). Ces dernières doivent donc bénéficier de conseils spécifiques avant d'être traitées. Il faut leur préciser que le traitement des lésions par cryothérapie et RAD risque d'être moins efficace dans leur cas et qu'elles devront être suivies régulièrement. D'autre part, il semble que l'excrétion de VIH augmente substantiellement—mais temporairement—au niveau des régions du col traitées (Wright et al. 2001). Cependant, on ne dispose à ce jour d'aucune preuve concluante permettant d'établir un lien entre la transmission du VIH et la cryothérapie ou la RAD. Un complément d'étude s'avère nécessaire. Dans tous les cas, lorsque le traitement est indispensable, il faut conseiller à la patiente et à son partenaire l'abstinence sexuelle (ou à défaut, l'utilisation d'un préservatif) pendant la période de cicatrisation pour les protéger contre une éventuelle augmentation du risque d'infection VIH.

Cryothérapie

La cryothérapie est une méthode relativement simple qui permet de détruire les cellules précancéreuses par cryogénéisation du col, au moyen d'un gaz comprimé réfrigérant comme la neige carbonique (CO₂) ou l'azote liquide (N₂O). Pour congeler la lésion, on place la sonde cryogénique sur le col, en s'assurant qu'elle recouvre entièrement la lésion. Le procédé consiste à former une boule de glace dépassant de 4–5 mm les bords de la sonde cryogénique. La cryothérapie nécessite un ou deux cycles de congélation-décongélation. Le cycle unique comporte une seule congélation de trois minutes. Le cycle double comporte une première congélation de trois minutes, suivie d'une décongélation de cinq minutes et d'une deuxième congélation de trois minutes. L'ACCP mène actuellement une étude randomisée, destinée à comparer le cycle unique et le double cycle de congélation pour déterminer les conséquences ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chaque méthode. Les résultats seront disponibles début 2005.

La cryothérapie est une méthode de traitement ambulatoire, simple et rapide (pas plus de 15 minutes), qui ne nécessite pas d'anesthésie. Elle peut être pratiquée de façon sûre et efficace aussi bien par des praticiens généralistes que par des non médecins (Jacobs et al, à paraître). D'après les études de l'ACCP, il semble qu'il s'agisse d'une option de traitement bien acceptée par les femmes, leur conjoint et les prestataires de soins (Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists [RTCOCG]/JHPIEGO 2003a).

Les femmes qui vont subir une cryothérapie ont besoin d'informations claires et d'un soutien psychologique pour atténuer l'anxiété que pourrait susciter la crainte des effets secondaires du traitement. En effet, beaucoup de patientes ressentent un certain incon-

fort (douleurs ou crampes) pendant l'intervention ou durant les deux ou trois jours suivants. Elles peuvent aussi souffrir de vertiges, d'évanouissements ou de bouffées de chaleur, pendant ou immédiatement après le traitement. Elles se plaignent également de pertes vaginales aqueuses abondantes, qui peuvent durer jusqu'à quatre semaines. C'est l'effet secondaire de la cryothérapie le plus fréquemment rencontré, mais les femmes peuvent facilement remédier à ce désagrément en utilisant un linge propre ou des serviettes hygiéniques.

Les complications associées à la cryothérapie sont minimales. Les données disponibles montrent que c'est une méthode sûre, comportant très peu de risques de complications graves (ACCP 2003a). Les hémorragies et les atteintes inflammatoires pelviennes, deux des complications potentielles les plus graves, sont extrêmement rares chez les femmes traitées par cryothérapie. D'autre part, il n'existe aucune preuve indiquant qu'il puisse exister un lien quelconque entre la cryothérapie et la sténose cervicale ou que la cryothérapie ait un impact à long terme sur la fertilité des femmes ou sur leurs grossesses futures—considérations importantes lorsqu'on traite des femmes en âge de procréer (ACCP 2003a, RCOG/JHPIEGO 2003b).

En raison de sa simplicité et de son coût modique, la cryothérapie constitue certainement l'approche thérapeutique la plus adaptée quand les ressources sont limitées. Qui plus est, elle peut être pratiquée de façon sûre par des non médecins dans des centres de soins primaires. Si les résultats du dépistage sont immédiatement disponibles, la patiente pourra être traitée sans délai, au cours de la même consultation. Autres avantages de la cryothérapie : l'équipement requis est relativement simple, la technique est facile à apprendre et ne nécessite ni anesthésie ni source d'alimentation électrique. Mais c'est une méthode de destruction des tissus, si bien qu'après l'intervention, il n'y a plus d'échantillon tissulaire dont l'analyse permettrait de confirmer que la lésion a bien été entièrement retirée. De plus, il est impossible de savoir s'il ne s'agit pas d'une lésion invasive précoce nécessitant un traitement complémentaire. Autre inconvénient, la cryothérapie n'est pas adaptée au traitement des lésions étendues qui ne peuvent être entièrement recouvertes par la sonde, ni aux lésions situées dans le canal endocervical. Il est également important de souligner que cette méthode nécessite un approvisionnement régulier en gaz réfrigérant.

Résection à l'anse diathermique (RAD)

Egalement connue sous l'appellation d'excision à l'anse large de la zone de remaniement (LLETZ pour Large-Loop Excision of the Transformation Zone), la RAD utilise un fil électrique fin, en forme d'anse, pour retirer la région anormale du col. Elle est généralement pratiquée sous contrôle colposcopique et sous anesthésie locale, dans des centres de soins secondaires ou tertiaires. L'hémorragie constitue l'une des complications susceptibles de survenir, pendant et après le traitement, chez 1 à 4% des patientes (Mitchell 1998, Wright et al. 1992, Sellors and Sankaranarayanan 2002). La RAD nécessite une alimentation électrique. Elle exige un équipement plus sophistiqué que la cryothérapie. Le Tableau 1.3 compare les deux méthodes sur la base des critères les plus importants.

La RAD présente le double avantage, d'une part, d'être une méthode chirurgicale simple et, d'autre part, de fournir un échantillon de tissu excisé qui peut être envoyé à l'analyse histopathologique. Cette dernière permet de déterminer la nature exacte de la lésion et de détecter des microinvasions insoupçonnées. Toutefois, de nombreux pays en développement ne disposent pas de services d'histologie.

TABEAU 1.3. Comparaison de la cryothérapie et de la RAD

Principaux critères	Cryothérapie	RAD
Efficacité	86–95%*	91–98%*
Effets secondaires éventuels	Pertes aqueuses	Saignements
Anesthésie	Pas obligatoire	Anesthésie locale obligatoire
Echantillon tissulaire pour l’histopathologie	Non	Oui
Alimentation électrique obligatoire	Non	Oui
Coût relatif	Faible	Elevé
Niveau du prestataire	Médecins et non médecins	Principalement des médecins

D’après Bishop 1995.

*ACCP 2003a, Martin-Hirsch et al. 2004.

Associer dépistage et traitement

Indépendamment du test utilisé, il convient de combiner le dépistage et le traitement pour assurer la réussite du programme. Pour ce faire, il est possible d’utiliser l’approche classique (dépistage, diagnostic, confirmation et traitement), l’approche intermédiaire (dépistage, diagnostic et traitement avec biopsie de confirmation post-traitement) ou l’approche dépister-traiter (le traitement dépend uniquement des résultats du test de dépistage). Le Chapitre 6 détaille ces différentes stratégies.

Justification du dépistage du cancer du col

L’objectif de tout type de dépistage en santé publique est d’offrir des moyens accessibles et peu coûteux, permettant de détecter dans une population donnée les individus susceptibles de contracter ou de développer une maladie particulière et de leur procurer un test diagnostique, un traitement approprié, ou les deux à la fois. L’encadré, page suivante, décrit les principes généraux du dépistage en santé publique.

Ces critères justifient le dépistage du cancer du col car :

- Le cancer du col constitue un important problème de santé publique dans de nombreux pays dont les ressources sont limitées.
- Il existe un stade précurseur décelable (lésions précancéreuses) qui peut être traité de façon sûre, efficace et acceptable.
- Il s’écoule un long moment entre l’apparition des lésions précancéreuses et la survenue du cancer (environ dix ans), ce qui laisse le temps de détecter les lésions et de les traiter.
- Le traitement des lésions précoces ne coûte presque rien, comparé à la prise en charge d’un cancer invasif.

Les femmes qui ont accès à des programmes de prévention efficaces ont moins de risques de développer un cancer du col que celles qui n’y ont pas accès. Il n’est donc pas surprenant d’observer des variations spectaculaires de l’incidence du cancer du

col, non seulement entre les différentes régions du monde, mais aussi entre différents groupes socio-démographiques à l'intérieur d'une même région. Au milieu des années 80, dans les pays développés, à peu près 40 à 50% des femmes avaient subi un test de dépistage au cours des cinq années précédentes, contre seulement 5% des femmes dans les pays en développement (OMS 1986). Même si ces données sont anciennes, rien n'indique que la situation ait vraiment changé dans la plupart des pays en développement. Par exemple, récemment, en Afrique du Sud, parmi plus de 20 000 femmes de plus de vingt ans, seulement 8% avaient subi un frottis de Pap au cours des cinq années précédentes (Fonn et al. 2002). De même, dans un district rural, en Inde, où plus de 120 000 femmes ont été interviewées, moins d'1% d'entre elles ont déclaré avoir subi un dépistage. Dans les pays développés où les femmes bénéficient régulièrement d'un dépistage cytologique, les programmes de prévention ont entraîné une diminution de la mortalité par cancer du col (Mitchell et al. 1996, Eddy 1990, IARC 1986a,b). En revanche, dans la plupart des pays en développement, les taux de mortalité attribuée à ce cancer n'ont pas diminué de façon significative, en dépit de tentatives d'implantation de programmes de dépistage (Beral et al. 1994).

Principes généraux du dépistage

Critères permettant de décider si le dépistage est ou non indiqué :

- La maladie constitue-t-elle un problème de santé publique ?
- L'histoire naturelle de la maladie est-elle comprise ?
- Existe-t-il une phase latente ou symptomatique précoce décelable de la maladie ?
- Existe-t-il un traitement acceptable de la maladie ?
- Existe-t-il un consensus sur les personnes à traiter ?
- Existe-t-il des structures permettant le dépistage et le traitement et sont-elles accessibles ?
- Existe-t-il un équilibre économique entre l'identification des cas et les soins médicaux ultérieurs ?
- Le programme est-il viable ?

D'après PATH 2000.

Conclusion

Il est possible de prévenir le cancer du col grâce au dépistage des lésions précancéreuses et à leur traitement approprié avant qu'elles n'évoluent en cancer. La nature de la maladie et les options de traitements disponibles justifient l'instauration de programmes de dépistage du cancer du col, conformément aux principes généraux du dépistage en santé publique. On utilise actuellement différentes méthodes de dépistage, de diagnostic et de traitement, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement. Chaque méthode présente ses points forts et ses limites, dont il faut tenir compte au moment des choix stratégiques des techniques à utiliser. Indépendamment des méthodes de dépistage et de traitement choisies, il faut absolument associer dépistage et traitement, de telle sorte que les femmes chez lesquelles on aura dépisté des lésions précancéreuses puissent bénéficier du traitement qui permettra de prévenir le développement du cancer du col de l'utérus.

Bibliographie complémentaire

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention*. Seattle: ACCP; 2004[a]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 3.

ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review*. Seattle: ACCP; 2003[a]. Cervical Cancer Prevention Issues In Depth, No. 1.

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

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC Press. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

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

World Health Organization (WHO). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide for Essential Practice*. Ginebra: OMS [en preparación].

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

WHO. *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. *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, Canadá: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Annexe 1.1. Caractéristiques des tests de dépistage

Caractéristiques	Cytologie cervicale	Nouveaux tests de dépistage		
		Test ADN-VPH	Tests basés sur l'inspection visuelle	
			Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*	Inspection visuelle avec le soluté de Lugol (IVL)
Sensibilité et spécificité vis à vis des lésions de haut grade et des cancers invasifs	<p>Sensibilité = 47–62%**</p> <p>Spécificité = 60–95%**</p> <p>Au cours des 50 dernières années, la cytologie a été évaluée dans de nombreuses situations, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.</p>	<p>Sensibilité = 66–100%**</p> <p>Spécificité = 62–96%**</p> <p>Au cours de la dernière décennie, le test ADN-VPH a été évalué dans de nombreuses situations dans les pays développés et relativement peu dans les pays en développement.</p>	<p>Sensibilité = 67–79%**</p> <p>Spécificité = 49–86%**</p> <p>Au cours des dix dernières années, le test IVA a été évalué dans de nombreuses situations dans les pays en développement.</p>	<p>Sensibilité = 78–98%**</p> <p>Spécificité = 73–91%**</p> <p>Au cours des trois dernières années, le CIRC a évalué le test IVL en Inde et dans trois pays d'Afrique. Il faut cependant que ce test soit évalué par d'autres équipes dans un plus grand nombre de situations pour confirmer la reproductibilité des résultats ci-dessus.</p>
Nombre de visites requises pour le dépistage et le traitement	Nécessite deux visites ou plus.	Nécessite deux visites ou plus.	Peut être utilisé lors d'une approche à visite unique, quand le traitement ambulatoire est possible.	Peut être utilisé lors d'une approche à visite unique, quand le traitement ambulatoire est possible.

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

** D'après Sankaranarayanan et al., à paraître. *La Sensibilité* est la proportion de personnes correctement identifiées par le test comme étant porteuses de la maladie. Une sensibilité plus grande signifierait moins de faux négatifs. *La Spécificité* est la proportion de personnes correctement identifiées par le test comme n'étant pas porteuses de la maladie. Une spécificité plus élevée signifierait qu'il y aurait moins de faux positifs.

		Nouveaux tests de dépistage	
Caractéristiques	Cytologie cervicale	Test ADN -VPH	Tests basés sur l'Inspection visuelle
			Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*
Type de prestataire	Prélèvement et fixation de l'échantillon par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue. Traitement et examen de l'échantillon par un technicien de laboratoire formé spécialement.	Prélèvement de l'échantillon par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue. Traitement de l'échantillon par un technicien de laboratoire formé spécialement.	Réalisation et interprétation du test par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue.
Points forts	La cytologie est largement acceptée depuis plus de 50 ans. Il a été prouvé qu'on pouvait obtenir une diminution de l'incidence et de la mortalité associées au cancer du col avec la cytologie, dans le cadre de programmes de qualité. Quand les ressources sont suffisantes, la cytologie remplit la plupart des critères d'un bon test de dépistage. Les lames de cytologie permettent un archivage permanent des résultats. Forte spécificité.	Le test détecte 13 types oncogènes de VPH sans préciser lequel. Test objectif. Distingue parmi les femmes présentant des lésions, celles qui ont un risque élevé de développer une maladie du col dans les années à venir. Un test négatif garantit pratiquement l'absence d'infection VPH ou de lésions associées. Non affecté par la présence d'infections vaginales ou cervicales. Forte spécificité chez les femmes de plus de 35 ans.	Procédé simple nécessitant un minimum de ressources. Résultats immédiats autorisant un traitement sans délai. Simplicité de l'équipement et des fournitures requis. Il est plus facile de détecter les changements de couleur provoqués par la coloration à l'iode que ceux provoqués par l'acide acétique.

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

Caractéristiques	Cytologie cervicale	Nouveaux tests de dépistage		
		Test ADN-VPH	Tests basés sur l'inspection visuelle	
Limites	<p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation du technicien.</p> <p>Nécessité de s'assurer que les résultats sont bien transmis au centre médical et que les femmes présentent des résultats anormaux, reçoivent bien le traitement approprié.</p> <p>Lourdeur des coûts et des exigences en matière d'infrastructure, y compris techniciens de laboratoire formés spécialement.</p> <p>Risque d'erreurs d'étiquetage des échantillons, d'endommagement ou de perte au cours du transport.</p> <p>Risque d'erreurs de prélèvement et de laboratoire.</p> <p>Exige un système d'assurance qualité de laboratoire.</p>	<p>Nécessité de s'assurer que les résultats sont bien transmis au centre médical et que les femmes dont le test est positif reçoivent bien le traitement approprié.</p> <p>Lourdeur des coûts et des exigences en matière d'infrastructure, y compris techniciens de laboratoire formés spécialement.</p> <p>Risque d'erreurs d'étiquetage des échantillons, d'erreurs de laboratoire, d'endommagement ou de perte des échantillons au cours de transport et possibilité de panne du système d'analyse.</p> <p>Moyennement spécifique chez les femmes de moins de 35 ans.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, elles n'ont pas forcément des lésions précancéreuses pour le moment. Cela peut entraîner une surcharge de travail pour le service qui dispense le traitement.</p>	<p>Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*</p> <p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation par le technicien de ce qu'il voit sur le col.</p> <p>Ne convient pas au dépistage des femmes ménopausées.</p> <p>Les lésions IVA positives ne sont pas forcément précancéreuses.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, il ne s'agit pas forcément de lésions précancéreuses.</p>	<p>Inspection visuelle avec le soluté de Lugol (IVL)</p> <p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation par le technicien de ce qu'il voit sur le col.</p> <p>Données limitées concernant la validité de l'IVL en tant que test de dépistage primaire. Nécessité d'un complément d'étude.</p> <p>La coloration peut persister pendant 30 à 45 minutes, si bien qu'en cas de nécessité, tout examen clinique complémentaire doit être retardé.</p> <p>Les lésions IVL positives ne sont pas forcément précancéreuses.</p> <p>Ne convient pas au dépistage des femmes ménopausées.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, il ne s'agit pas forcément de lésions précancéreuses pour le moment. Cela peut entraîner une surcharge de travail pour le service qui dispense le traitement.</p>

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

Considérations de politique générale

Sommaire

Messages clés	19
Introduction	19
Décision de mettre en place un programme de prévention du cancer du col	19
Cadre de l'approche stratégique	21
Décisions stratégiques relatives aux services	23
Méthodes de dépistage et de traitement	
Groupe d'âge cible, fréquence et couverture du dépistage	
Optimisation de l'accès aux services de prévention	
Programmes verticaux contre programmes intégrés	
Conclusion	27
Bibliographie complémentaire	28

Messages clés

- Il est possible de mettre en place des programmes de prévention du cancer du col efficaces, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés.
- Les décideurs doivent s'engager à allouer les ressources et le personnel nécessaires à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi des programmes.
- Les représentants des principales parties concernées doivent, autant que possible, participer à la phase de définition de la politique générale du programme. Les choix stratégiques doivent tenir compte des besoins et des priorités de santé publique.
- Quand les ressources sont limitées, les stratégies de prévention du cancer du col doivent d'abord s'attacher à proposer au moins un dépistage au plus grand nombre possible de femmes entre 30 et 50 ans, en utilisant l'approche dépister-traiter qui évite des consultations répétées.

Introduction

Les directives de l'OMS concernant l'organisation des programmes nationaux de lutte contre le cancer mettent en avant trois grandes étapes : le choix de la stratégie, l'élaboration du programme et sa mise en oeuvre. Ce manuel est consacré essentiellement à la phase d'élaboration et au déroulement des programmes au niveau infranational (région / district / état / province), en partant du principe qu'il faut d'abord définir la politique générale des programmes avant de demander aux équipes d'encadrement de préparer et de mettre en place les services.

Les équipes d'encadrement ne sont pas toujours impliquées dans les choix stratégiques au niveau national, mais elles doivent en être informées et comprendre les décisions concernant les méthodes de dépistage et de traitement à utiliser, le groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le niveau de couverture souhaité, l'optimisation de l'accès aux soins et le choix des services, verticaux ou intégrés.

Décision de mettre en place un programme de prévention du cancer du col

L'histoire naturelle du cancer du col et l'existence de méthodes de dépistage et de traitement justifient, en principe, l'investissement dans des programmes de prévention. Les résultats d'études menées par l'ACCP indiquent qu'il est possible, dans les pays en développement, de mettre en place des programmes de prévention qui permettent de réduire le poids de la maladie. Mais cela n'est valable que si deux conditions sont remplies. Premièrement, l'incidence des cancers du col doit justifier la mise en place de ces programmes. Ensuite, il faut atteindre un taux de couverture élevé et s'assurer d'avoir les moyens de prendre en charge correctement les femmes dont le dépistage est positif (WHO 2002a). Il faut donc tout d'abord savoir si la mise en place d'un programme de prévention se justifie et s'il existe une réelle volonté politique d'affecter les ressources nécessaires à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi d'un tel programme.

Le choix des techniques de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses constitue la première étape fondamentale pour la réussite du programme. Mais d'autres facteurs jouent également un rôle important. Il faut que les services de dépistage et de traitement soient accessibles et que les femmes veuillent bien utiliser ces services. La mise en place d'un programme de dépistage *organisé*, qui réponde à tous ces points, constitue la clé du succès. Dans l'idéal, les programmes de dépistage devraient disposer de registres du cancer et de systèmes informatisés de convocation et rappel, ce qui n'est pas toujours le cas quand les ressources sont limitées. Même dans ces conditions, il est encore possible de mettre en place des programmes de dépistage organisé, avec une bonne coordination des services et qui présentent les principales caractéristiques énumérées dans l'encadré ci-dessous.

Caractéristiques des programmes de dépistage organisé

Les programmes de dépistage organisé doivent :

- définir la population cible ;
- définir des stratégies de recrutement efficaces, permettant d'atteindre une couverture élevée ;
- s'appuyer sur un système de santé capable d'assurer le dépistage et le suivi des femmes dont le test est positif et de leur proposer un traitement, si indiqué ;
- disposer d'un système d'assurance qualité ;
- disposer d'un système d'information de santé ;
- s'appuyer sur une équipe d'encadrement responsable de la préparation et de la mise en œuvre du programme.

D'après Quality Management Working Group, Cervical Cancer Prevention Network 1998.

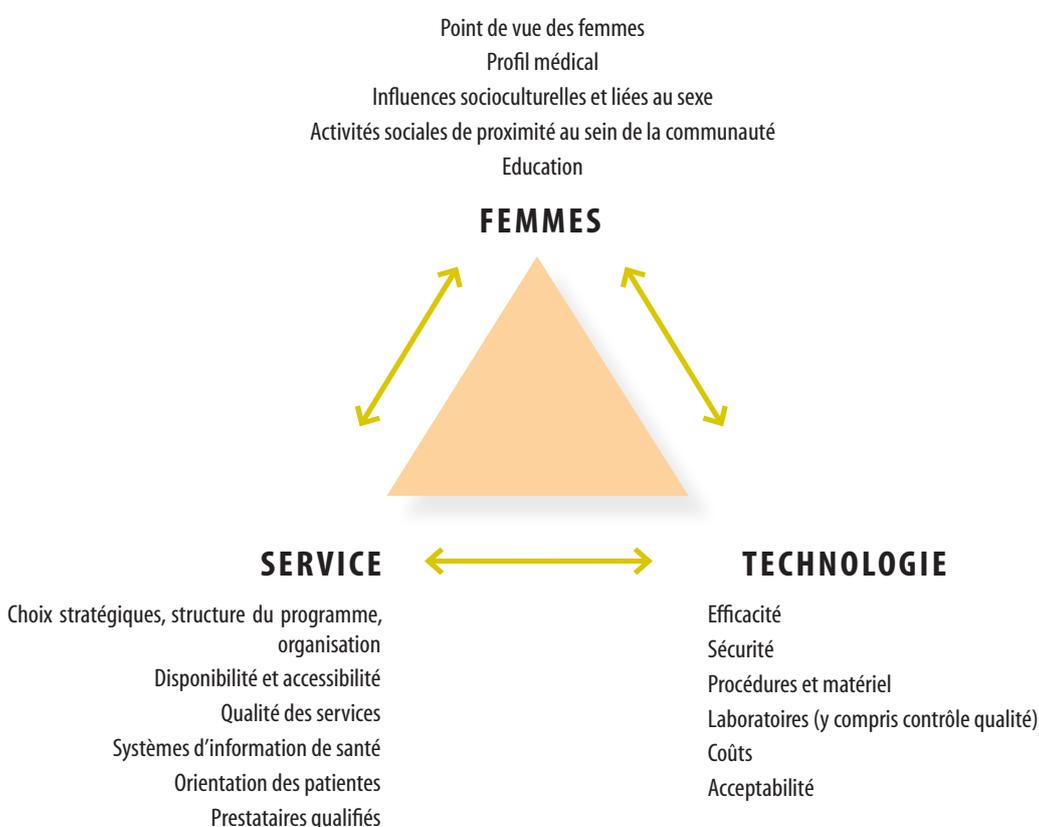
Le dépistage opportuniste, ou spontané, est un service proposé aux femmes qui en font la demande ou qui consultent pour d'autres raisons, sans que l'on cherche à cibler une population particulière. L'impact de cette stratégie sur l'incidence et la mortalité du cancer du col est plus limité et le rapport coût-efficacité est moins bon (Hakama 1997). Le dépistage opportuniste présente l'inconvénient majeur de s'adresser à des femmes qui, très souvent, n'appartiennent pas au groupe d'âge cible, dans la mesure où il s'agit généralement de femmes qui se rendent dans les dispensaires pour des consultations prénatales ou de planning familial. Le plus souvent, elles ont moins de 30 ans. Il est donc peu probable qu'elles présentent des lésions précancéreuses ou alors il s'agit de lésions de bas grade qui vont régresser spontanément. Quand les ressources sont limitées, bien souvent, il n'existe aucun système permettant de s'assurer que les femmes de plus de 30 ans subissent bien un dépistage (Chirenje et al. 2001, Miller 1992). Dans ces conditions, le diagnostic est souvent posé à un stade avancé de la maladie, ce qui entraîne une morbidité et une mortalité élevées (Parkin et al. 1993).

Cadre de l'approche stratégique

L'approche stratégique de l'OMS pour l'introduction de la contraception (Simmons et al. 1997) peut être adaptée à l'instauration ou au renforcement des programmes de prévention du cancer du col. Selon cette approche, pour décider de la politique générale et élaborer les programmes, il faut d'abord comprendre les interactions entre la population à risque, le système de soins et l'ensemble des interventions proposées, en tenant compte des contextes socioculturels et politiques. Ce processus d'élaboration du programme, mené au niveau local, favorise les collaborations entre les divers partenaires concernés par l'amélioration des services existants ou par l'introduction de nouvelles technologies. En adaptant cette stratégie à l'introduction de services de prévention du cancer du col, il est recommandé, lors du choix de la politique générale et de la préparation du programme, de prendre en compte les interactions entre :

- Les femmes (les patientes) et les services auxquels elles ont accès ;
- Les femmes et les techniques de dépistage et de traitement et notamment l'acceptabilité des différentes options ;
- Les systèmes de soins et les techniques de dépistage et de traitement et notamment la capacité de ces systèmes à intégrer de nouvelles techniques et à pérenniser les services (Voir Figure 2.1 ci-dessous et encadré page suivante).

FIGURE 2.1. Approche stratégique pour la prévention du cancer du col



D'après Simmons et al. 1997.

Approche stratégique pour l'évaluation des programmes de prévention du cancer du col en Bolivie

L'Approche stratégique de l'OMS pour l'introduction de la contraception (Simmons et al. 1997), qui comporte trois étapes, encourage la collaboration entre les décideurs locaux, les collectivités et les différents acteurs pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à proposer des services et à favoriser leur utilisation. De 2001 à 2002, la Commission du Ministère de la santé bolivien pour la détection et la lutte contre les cancers féminins a adapté et appliqué l'approche stratégique de l'OMS pour évaluer les services de prévention et de traitement du cancer du col disponibles dans le pays et pour identifier les stratégies d'intervention les plus appropriées. En collaboration avec EngenderHealth et la PAHO, le ministère a, dans un premier temps, analysé la situation dans quatre régions de Bolivie. Cette étude, réalisée par une équipe pluridisciplinaire, s'est appuyée sur des observations et des questionnaires semi-structurés. A l'issue de cette évaluation, une réunion technique a été organisée avec les principaux intéressés pour définir avec eux des priorités et des recommandations visant à améliorer les services, notamment en identifiant de nouvelles opportunités de recherche ou de nouvelles stratégies et en déterminant les modifications à apporter au programme. Cette pluridisciplinarité a permis d'intégrer divers points de vue et de favoriser les alliances, de conforter certaines idées ou d'en apporter de nouvelles pour élaborer des programmes ou développer des stratégies. Ce processus de participation a permis aux principaux intéressés de s'approprier les conclusions de l'évaluation et d'adhérer aux recommandations.

D'après Bolivia Ministry of Health et al. 2003.



Décisions stratégiques relatives aux services

Comme décrit dans l'encadré ci-dessous, la phase de définition de la politique générale du programme comprend plusieurs étapes : confirmation de l'engagement politique, implication de hauts responsables des parties concernées, analyse de la situation, élaboration de stratégies d'après l'évaluation de la situation, obtention d'un soutien pour les nouvelles stratégies et de ressources pour le programme. Alors que l'équipe d'encadrement n'est généralement pas impliquée dans l'élaboration de la stratégie, il est utile qu'elle comprenne bien les raisons de ces choix, en particulier ceux qui affectent plus directement la prestation des services et l'organisation du programme.

Etapes de la définition de la politique générale du programme

Confirmation de l'engagement politique

Il faut que les hauts responsables s'impliquent dans l'élaboration ou le renforcement du programme de dépistage. Dans les faits, cela doit se traduire par l'attribution des ressources nécessaires et la nomination d'un coordinateur disposant du mandat, de l'autorité et des moyens indispensables pour diriger le programme.

Recrutement de hauts responsables des parties concernées

Les décideurs doivent identifier les hauts responsables des principales parties concernées par les programmes de prévention, qui seront invités à donner leur avis et à apporter leur soutien au programme. Ils doivent avoir un pouvoir de décision dans leur propre structure. On trouvera parmi eux des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, des directeurs de structures médicales, des professeurs d'université, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et des représentants de la collectivité, en particulier les porte-parole des groupes de femmes.

Analyse de la situation

Pour décider de la faisabilité et de la portée du programme, il faut d'abord connaître le poids de la maladie et évaluer l'importance relative du cancer du col par rapport aux autres priorités sanitaires. Il faut répertorier les services existants qui pourraient être utilisés pour le programme de dépistage et identifier les moyens techniques disponibles (ou que l'on pourrait développer).

Elaboration des stratégies

Il faut définir les stratégies qui vont régir les différents services. Pour cela, il faut sélectionner les méthodes de dépistage et de traitement, définir le groupe d'âge cible pour le dépistage, le taux de couverture souhaité, la fréquence des dépistages, statuer sur les habilitations (permettant par exemple aux prestataires de niveau intermédiaire d'effectuer des actes cliniques) et déterminer si le programme sera vertical ou intégré à d'autres services de santé. Etant donné l'importance de l'engagement, du soutien et des investissements



que cela implique, ces décisions se prennent au niveau national. Ce sont elles qui déterminent le fondement des directives et des normes nationales.

Obtention d'un soutien pour les nouvelles politiques et de ressources pour le programme

Il faut attribuer des ressources suffisantes pour permettre le bon déroulement du programme. Il faut aussi obtenir le soutien des instances administratives et médicales, pour qu'elles défendent les nouvelles politiques dans leurs propres sphères d'influence.

D'après WHO 2002a.

Méthodes de dépistage et de traitement

Ceux qui décident du choix des méthodes de dépistage et de traitement à mettre en œuvre au niveau d'un pays, d'un programme ou d'une structure donnée, doivent tenir compte des points suivants :

- Performance des tests de dépistage ;
- Moyens nécessaires à la réalisation des tests ;
- Sécurité et efficacité du traitement ;
- Equipement et fournitures nécessaires ;
- Faisabilité des méthodes de dépistage et de traitement selon les lieux où elles seront appliquées ;
- Acceptabilité des méthodes choisies pour le dépistage et le traitement, par les femmes et leurs partenaires, et par les prestataires ;
- Impact probable des méthodes de dépistage et de traitement sur le poids de la maladie ;
- Coûts.

Groupe d'âge cible, fréquence et couverture du dépistage

Groupe d'âge cible

Pour définir le groupe d'âge cible, c'est-à-dire à quel âge il faut commencer et arrêter le dépistage, il faut tenir compte des points suivants :

- Risque de maladie dans les différentes classes d'âge ;
- Performance des différents tests de dépistage en fonction de la classe d'âge ;
- Disponibilité des moyens nécessaires au dépistage et au traitement.

Selon le Centre international de Recherche sur le Cancer (*Cervix Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005), le dépistage doit d'abord s'adresser aux femmes de trente à cinquante ans, âge auquel le risque de lésions précancéreuses est le plus élevé alors que l'incidence des cancer invasifs du col n'a pas encore commencé à augmenter. Dans de nombreux pays, l'incidence des cancers invasifs est très faible chez les femmes de moins de 25 ans ; elle augmente ensuite pour atteindre un pic entre 50 et 70 ans. Les données provenant des registres du cancer des pays en développement montrent qu'environ 70% des cas déclarés sont diagnostiqués chez des femmes de plus de 45 ans. Les lésions précancéreuses, en revanche, sont généralement détectables plus de 10 ans avant l'apparition du cancer, avec un pic autour de 35 ans. Le risque de cancer du col est relativement élevé chez les femmes de plus de 50 ans n'ayant jamais subi de dépistage, alors que, dans la même classe d'âge, ce risque est faible chez celles qui ont eu au moins un dépistage négatif au cours des années précédentes.

Les caractéristiques des différents tests de dépistage peuvent aider à définir le groupe d'âge cible. Les méthodes de dépistage visuel, par exemple, sont recommandées surtout chez les femmes de moins de 50 ans, car chez les plus âgées, la jonction pavimonto-cylindrique disparaît dans le canal cervical et devient donc difficile à visualiser. Le test de recherche de l'ADN du VPH devrait être réservé aux femmes de plus de 35 ans car, chez les plus jeunes, sa spécificité est faible et, par conséquent, son taux de faux positifs élevé (Wright et Schiffman 2003). La cytologie convient à tous les âges, même s'il est recommandé d'effectuer un prélèvement de cellules endocervicales chez les femmes plus âgées.

Fréquence des dépistages

Le cancer du col se développe en général lentement, à partir de lésions précurseurs. Il est donc possible d'en réduire significativement la morbidité et la mortalité en pratiquant des dépistages, même s'ils sont peu fréquents. Les études réalisées par l'ACCP en appliquant des modèles mathématiques aux données disponibles (études de cohortes prospectives, bases de données, publications) ont permis de définir des priorités. Quand les ressources ne permettent de proposer aux femmes qu'un seul dépistage au cours de leur vie, il faut le faire entre 30 et 50 ans, plus particulièrement entre 35 et 40 ans. Si les ressources sont suffisantes pour pratiquer deux à trois dépistages, il est préférable de les pratiquer tous les 5 ans environ (et non tous les 10 ans), par exemple à 35, 40 et 45 ans plutôt qu'à 30, 40 et 50 ans (Goldhaber-Fiebert et al. 2003, Goldie et ACCP 2004, communication personnelle par S. Goldie, mai 2004). Si les moyens permettent des dépistages encore plus fréquents, on peut les faire tous les trois ans entre 25 et 49 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à 64 ans (*Cervix Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005).

Couverture du dépistage

La couverture correspond au taux de participation des femmes admissibles (celles qui appartiennent au groupe d'âge cible) au programme de dépistage sur une période donnée. On la calcule en divisant le nombre de femmes admissibles se prêtant au dépistage au cours de cette période par le nombre total de femmes admissibles. Le taux de couverture de la population cible est l'un des éléments déterminants du succès des programmes de prévention (Pretorius et al. 1991, Sasieni 1991, OMS 1992). Dans certains pays qui ont mis en place des programmes de dépistage, plus de 50% des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du col n'en ont jamais bénéficié (Sung et al. 2000). Pour avoir un impact important sur l'incidence et la mortalité par cancer du col, il faut donc trouver les moyens permettant à toutes les femmes de bénéficier

des services de prévention. En revanche, si l'on effectue un second dépistage inutile ou un dépistage de routine chez des femmes n'appartenant pas au groupe d'âge cible (par exemple les femmes d'une vingtaine d'années en consultation prénatale), on augmente considérablement les coûts pour un bénéfice minime. En principe, il vaut mieux augmenter le taux de couverture plutôt que la fréquence des dépistages (Miller 1992, Sasieni 1991) ou la sensibilité du test (Kim et al. 2002a, Kim et al. 2002b), en particulier dans les pays ayant un faible taux de couverture (inférieur à 25%). D'après ces éléments, les programmes de prévention doivent se donner pour objectif le dépistage chez les femmes du groupe d'âge cible et éviter les dépistages à répétition.

Les objectifs de couverture une fois définis, l'équipe d'encadrement doit tout mettre en œuvre pour les atteindre dans son secteur d'intervention (voir Chapitre 5). Si les objectifs de couverture n'ont pas été définis au niveau national, les définir au niveau local constitue une étape clé dans l'élaboration du programme.

Optimisation de l'accès aux services de prévention

Selon l'ACCP, le dépistage et le traitement du cancer du col peuvent être assurés aussi bien par des non médecins que par des médecins, à condition qu'ils soient bien formés. Le choix du personnel habilité à accomplir certains actes doit s'appuyer sur les normes et les réglementations du pays. Si celles-ci sont trop restrictives, il faudra les modifier avec l'accord des organisations professionnelles ou des structures de réglementation du pays.

Programmes verticaux contre programmes intégrés

Dans les programmes verticaux, les prestataires de soins et l'équipement sont affectés à un seul service. La préparation d'un programme englobe la planification et les prévisions budgétaires, l'organisation, la définition des rôles et des responsabilités du personnel, la formation, la supervision, la logistique, la mise en place et la gestion des systèmes d'information, la supervision et l'accueil des patientes dans les différents services (Management Sciences for Health 1994). Dans les programmes intégrés, les patientes peuvent accéder à un ou plusieurs services dans le même établissement, durant la même journée, et parfois par le même prestataire de soins. La décision d'intégrer la prévention du cancer du col à d'autres programmes de santé dépend de nombreux facteurs : la volonté politique, la prise en compte des priorités sanitaires, la politique nationale de prévention du cancer du col, la disponibilité des ressources humaines et des moyens matériels, les diverses contraintes, les exigences des donateurs et les moyens engagés.

Les équipes d'encadrement doivent tenir compte des avantages et des inconvénients respectifs de chaque type de programme, intégré ou vertical (Tableau 2.1). Si on en a les moyens, il est préférable de mettre en place des services intégrés, dans la mesure où cela n'entraîne pas une trop grande surcharge de travail pour le personnel, ce qui nuirait à l'efficacité du programme. L'intégration du dépistage n'a d'intérêt que si cela permet d'atteindre un grand nombre de femmes de plus de 30 ans. Dans ces conditions, il n'est pas intéressant d'intégrer le dépistage au planning familial, étant donné que 50 à 60% des femmes qui les fréquentent ont moins de 30 ans (Claeys et al. 2003). Que le programme soit vertical ou intégré, il est important de répondre aux besoins des patientes par une approche holistique et de s'assurer qu'elles bénéficient des services dont elles ont besoin ou qu'elles sont bien orientées. Les services intégrés et verticaux sont décrits de façon plus détaillée Chapitre 6.

TABLEAU 2.1. Avantages et inconvénients des programmes verticaux et intégrés

	Programme Vertical	Programme Intégré
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Engagement plus important et focalisation sur les objectifs de prévention. Rôles et responsabilités du personnel clairement définis. 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de plusieurs problèmes médicaux au cours d'une seule et même consultation. Evite la stigmatisation liée à la notion de «service spécialisé dans le cancer du col». Possibilité d'utiliser le réseau de prise en charge existant ou de bénéficier d'une prise en charge sur place. Personnel aux compétences élargies.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Coût plus élevé pour le système de santé (dans la mesure où l'infrastructure et l'équipement ne sont pas partagés). Contraintes logistiques et financières pour les patientes (frais de transport, contraintes professionnelles et familiales) si elles sont orientées vers d'autres services de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Compétition avec d'autres priorités sanitaires (la prévention peut être considérée comme moins urgente que le traitement). Contraintes de planification et d'organisation plus importantes. Eventuelle surcharge de travail. Rôles et responsabilités du personnel et des superviseurs moins bien définis.

Conclusion

La définition de la politique du programme représente une étape cruciale, car c'est à ce stade que l'on évalue les besoins de la population ou du pays, que l'on détermine les stratégies qui régiront les interventions et que l'on obtient les soutiens politiques et financiers nécessaires au programme. La participation des principaux acteurs au niveau national est essentielle pour déterminer les besoins et les priorités de santé publique. Les équipes d'encadrement doivent bien comprendre les raisons des choix stratégiques, pour pouvoir les expliquer à leur tour et obtenir le soutien des collectivités locales dans la préparation et la mise en œuvre du programme.

Toute stratégie quelle qu'elle soit nécessite l'engagement de moyens. Les études coût-efficacité jouent donc un rôle crucial dans les décisions (Goldie et al. 2001, Mandelblatt et al. 2002). D'après ces études, quand les ressources sont limitées, les stratégies de dépistage du cancer du col doivent :

- favoriser tout d'abord le dépistage des femmes de 30 à 50 ans ;
- favoriser les approches de dépistage et de traitement limitant le nombre de visites (afin de minimiser les « perdues de vue » en cours de suivi);
- favoriser la couverture plutôt que la fréquence des dépistages.

Bibliographie complémentaire

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

Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Family Planning Manager*. 1994;3(3).

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, France: IARC Press. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005.

Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, DC: PAHO; 2002[a].

Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer*. 2000;88(10):2283-2289.

World Health Organization (WHO). *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002[a].



Elaboration, organisation et gestion des programmes

La deuxième partie de ce manuel explique comment élaborer, organiser et gérer méthodiquement les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col. Les procédures décrites s'appliquent aussi bien à l'élaboration d'un nouveau programme qu'au renforcement d'un programme existant. Elles peuvent être adaptées en fonction des situations et du contexte local.

Le chapitre 3 présente l'organisation et le rôle des équipes dans l'élaboration des programmes de prévention. Il décrit également les éléments essentiels des programmes, introduit le principe de qualité des soins et donne des détails sur la première étape de planification.

Le chapitre 4 décrit la deuxième étape de l'élaboration des programmes – l'évaluation des besoins – et donne en annexe des modèles de questionnaires pour les interviews.

Le chapitre 5 traite des autres étapes de l'élaboration des programmes : création d'un plan d'action, affectation des budgets, mise en place de systèmes de prestation de soins et de gestion de leur qualité avant même le lancement du programme.

Démarrage du processus de planification

Sommaire

Messages clés	31
Introduction	31
Eléments du programme	34
Volets de la prestation des soins	
Trois actions essentielles à la réussite du programme	
Implication des parties concernées	37
Conclusion	39
Bibliographie complémentaire	39
Annexe 3.1. Check-list pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes	40

Messages clés

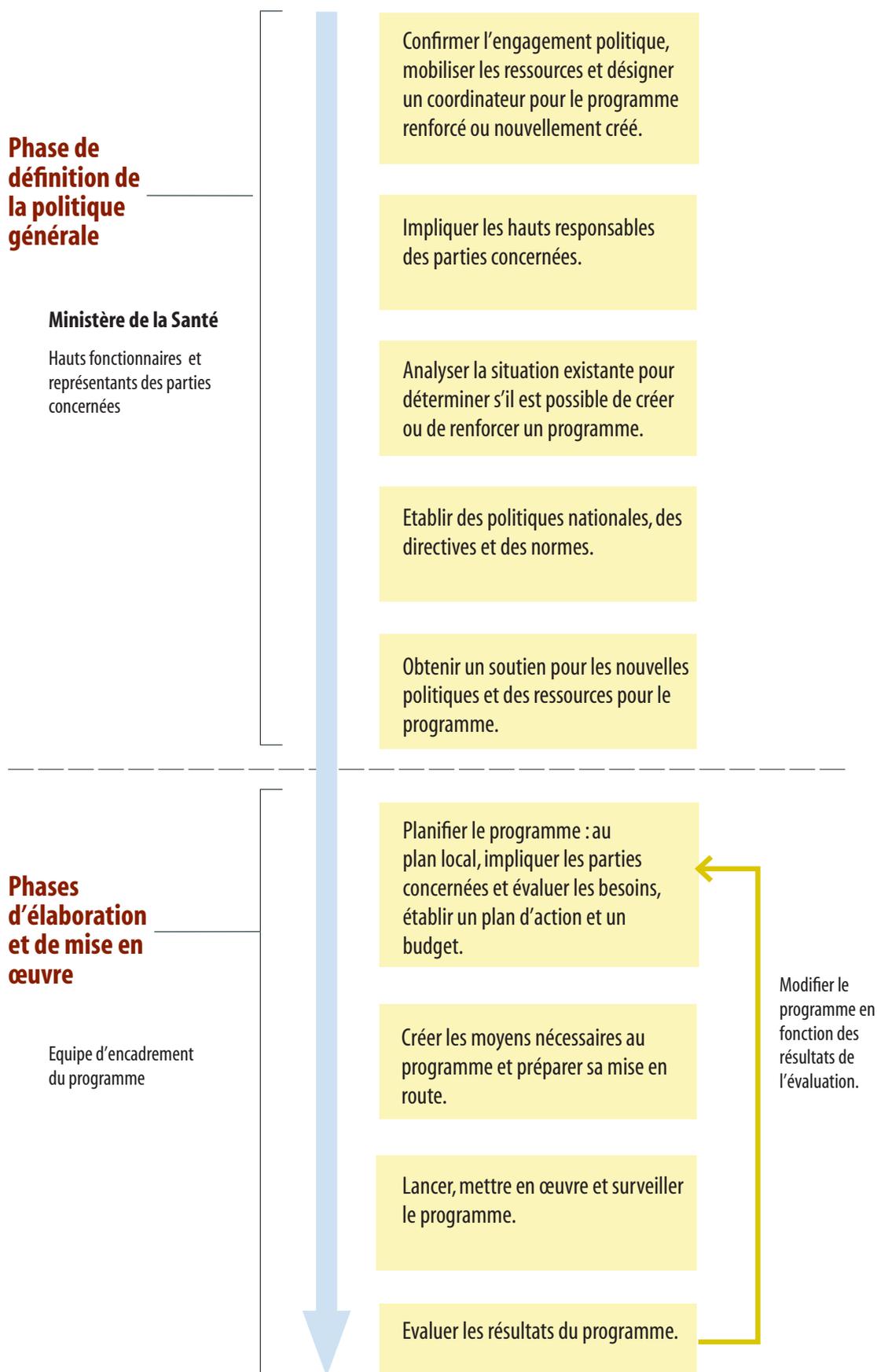
- Le coordinateur du programme national de prévention et de lutte contre le cancer du col met en place une équipe d'encadrement pluridisciplinaire qui assurera à ses côtés l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme.
- Un programme de prévention et de lutte contre le cancer du col comporte trois volets de prestation des soins qui doivent être étroitement liés entre eux : l'information et l'éducation de la population (I&E), le dépistage, le diagnostic et/ou le traitement. Trois actions sont décisives pour l'efficacité de ces services : formation, contrôle/évaluation et choix stratégiques du programme.
- Avant de commencer l'élaboration et la mise en œuvre du programme, il est capital d'impliquer les principaux intéressés.
- L'équipe d'encadrement est chargée de définir et d'assurer des systèmes et des méthodes de travail de bonne qualité à tous les niveaux. Elle est aidée dans cette tâche par des groupes de travail et un comité consultatif composé des représentants des parties concernées.

Introduction

Le bon déroulement des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col exige une organisation méthodique et des investissements dans les services de santé. Mais dans de nombreux pays, le soin, la préparation, ou même l'attention accordés à l'organisation et à la gestion des programmes sont insuffisants, ce qui diminue l'efficacité des services de dépistage et de traitement.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme sont précédées d'une première étape qui consiste à définir la politique générale au niveau national (voir Chapitre 2). C'est à ce moment que sont établis les fondements du programme et qu'un coordinateur est désigné. Avant de passer à l'organisation du programme proprement dite, le coordinateur va devoir constituer une équipe d'encadrement, laquelle s'associera à ses efforts pour impliquer les personnes concernées au plan local. La Figure 3.1 illustre les différentes étapes du processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme et la façon dont elles s'inscrivent dans l'étape initiale du choix de la politique générale.

FIGURE 3.1. Processus de définition de la politique générale et de l'organisation du programme



Il faut accorder au coordinateur du programme le mandat approprié, l'autorité et les moyens nécessaires pour diriger le programme en collaboration avec l'équipe d'encadrement pluridisciplinaire. Cette dernière va devoir gérer l'organisation, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme. Cette démarche s'applique à la création des nouveaux programmes comme au renforcement des programmes déjà existants. Selon le système de santé du pays, l'équipe d'encadrement fonctionnera au niveau national ou infranational.

Les principaux rôles de l'équipe d'encadrement sont :

- Impliquer les parties concernées au plan local dans l'élaboration et la mise en oeuvre du programme.
- Evaluer les besoins locaux pour le programme.
- Etablir le plan d'action et le budget du programme.
- Soutenir l'ensemble des activités administratives, financières et d'évaluation pendant tout le déroulement du programme.
- Coordonner les activités entre les différents éléments du programme.

Les membres de l'équipe d'encadrement doivent posséder les compétences et l'expertise requises pour remplir ces fonctions essentielles. Ils devront partager les responsabilités

et savoir exploiter l'expérience et intégrer les points de vue des parties concernées et des membres de la collectivité.

Enfin, l'approche consistant à former de petits groupes de travail, affectés à un aspect particulier de l'organisation du programme et de son déroulement, garantit l'exploitation judicieuse de l'expertise de chacun des membres de l'équipe. Par exemple, un groupe de travail pourra être chargé de contrôler l'évaluation des besoins locaux ou de superviser la



Les équipes d'encadrement jouent un rôle essentiel dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes

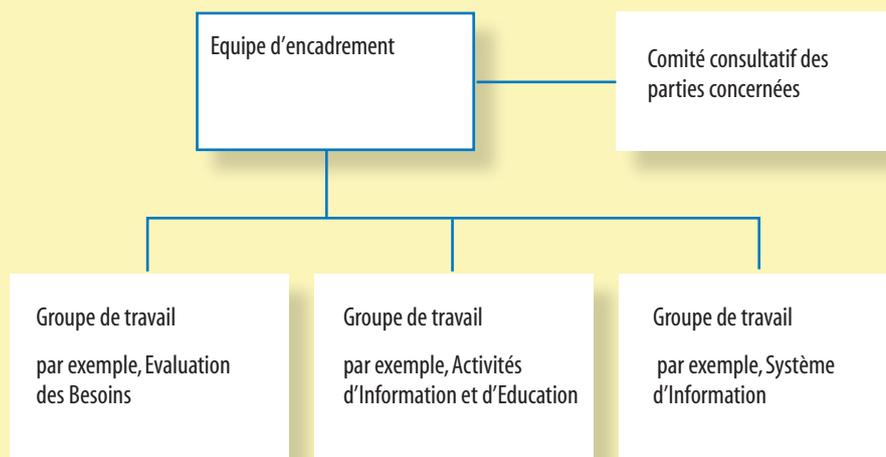
mise en place d'un système d'information. Il fera ensuite part de ses recommandations à l'équipe d'encadrement. L'encadré de la page suivante donne un exemple de la façon dont une équipe d'encadrement peut fonctionner.

Equipe d'encadrement d'un programme de prévention et de lutte contre le cancer du col

Une équipe d'encadrement dirigée par un coordinateur de programme doit être composée de spécialistes dans des domaines aussi divers que :

- Administration et gestion de la santé.
- Santé publique, collecte et analyse des données.
- Techniques médicales et cliniques (soins infirmiers, médecine générale, gynécologie, oncologie et pathologie).
- Gestion de laboratoire.
- Education de la population à la santé, sciences sociales.
- Formation.
- Gestion de la logistique et de l'approvisionnement.

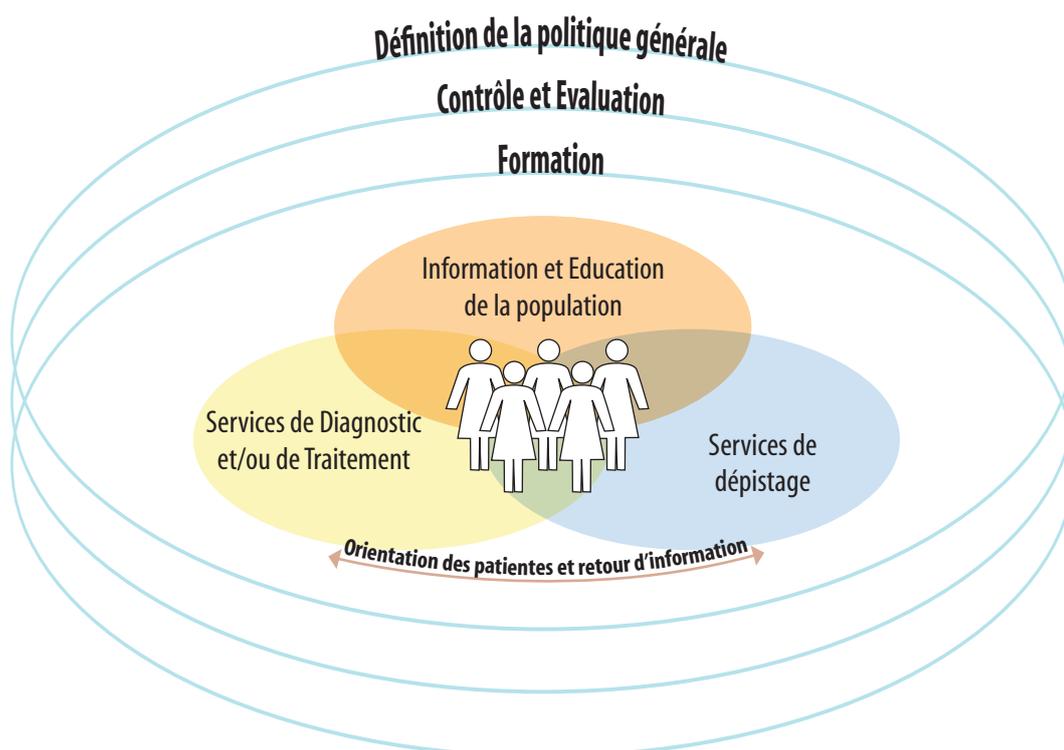
Un comité consultatif constitué des parties concernées peut apporter son soutien à l'équipe d'encadrement dans l'élaboration du programme et le contrôle de la qualité lors de sa mise en œuvre.



Éléments du programme

La réussite d'un programme dépend non seulement des méthodes de dépistage et de traitement employées, mais aussi des ressources et des conditions nécessaires pour dispenser ces services à un grand nombre de femmes qui en ont besoin, ainsi que de la capacité et de la volonté des femmes elles-mêmes à profiter de ces services. Lors de l'élaboration d'un nouveau programme de prévention du cancer du col ou du renforcement d'un programme existant, l'équipe d'encadrement devra tenir compte de tous les éléments indispensables à un tel projet. Comme l'illustre la Figure 3.2, les besoins des femmes et leurs inquiétudes doivent être au centre du processus d'élaboration et de mise en œuvre. Il faut que les trois actions essentielles à la réussite du programme et à la qualité des soins—formation, définition d'une politique générale, contrôle et

FIGURE 3.2. Éléments d'un programme de prévention et de lutte contre le cancer du col



évaluation du programme—couvrent les trois principaux volets de la prestation de soins qui doivent être étroitement liés : I&E de la population, dépistage, diagnostic et/ou traitement.

Volets de la prestation des soins

Information et éducation de la population

Il faut instaurer des relations entre la population et les structures de soins. Il est indispensable d'informer et d'éduquer la population, aussi bien féminine que masculine, à propos du cancer du col, pour encourager et aider les femmes à participer au dépistage et assurer ainsi la réussite des objectifs de couverture du programme. Ces actions I&E doivent se dérouler au sein de la population, dans les établissements de soins et par l'intermédiaire de différents médias.

Dépistage

Les services de dépistage, qui englobent le conseil, doivent être disponibles et accessibles avant et après le dépistage. Il faut informer toutes les patientes des résultats de leur test et instaurer des systèmes de repérage efficaces permettant de contacter celles qui ont besoin d'un nouveau dépistage ou d'une prise en charge pour un diagnostic et/ou un traitement. Si le dépistage utilise la cytologie ou le test de recherche de l'ADN du VPH, les laboratoires doivent disposer des moyens nécessaires pour traiter les échantillons dans un délai minimum. Ils doivent également employer une terminologie commune pour le compte rendu des résultats et se doter de systèmes appropriés pour optimiser la qualité des analyses. Il est également indispensable de créer et d'entretenir des relations (retour d'information) entre les laboratoires et les structures médicales et entre les différents niveaux de soins.

Diagnostic et/ou traitement (lésions précancéreuses et cancer)

Il convient d'associer dépistage et traitement. Les stratégies de prévention qui comportent des étapes de diagnostic et de confirmation nécessitent des services pratiquant la coloscopie et la biopsie (pour l'examen des lésions présumées invasives) en relation avec des laboratoires d'histopathologie. Il faut également des services de prise en charge des femmes atteintes d'un cancer invasif, notamment des services de chirurgie (à défaut, des services de soins palliatifs). L'information et le conseil doivent faire partie intégrante de l'ensemble des services de traitement.

Le bon déroulement d'un programme de prévention exige du personnel qualifié, un équipement et du matériel en état de marche. Ceci est valable pour chacun des trois volets de la prestation des soins. Ils doivent être par ailleurs étroitement liés entre eux pour garantir aux patientes une prise en charge adaptée et la continuité des soins.

Trois actions essentielles à la réussite du programme

Les différents volets de la prestation des soins s'appuient sur trois actions essentielles à la mise en place et au maintien de la qualité des services.

Définition des stratégies

La politique générale va fournir les bases et les lignes directrices des différents aspects du programme et de la prestation des soins. Elle se définit généralement en plusieurs étapes au niveau national ou infranational (voir Chapitre 2). Le choix des stratégies qui vont diriger le programme concerne la sélection des méthodes de dépistage et de traitement, la détermination de la fréquence du dépistage, du groupe d'âge cible et du taux de couverture, la définition des réglementations autorisant les agents de santé de niveau intermédiaire à pratiquer certains actes médicaux, et le choix du type de services : verticaux ou intégrés.

Formation

En matière de formation, ce sont les politiques de santé génésique qui dictent les besoins. La formation elle-même est assurée par les institutions et les structures qui forment habituellement le personnel médical. Il faut donner au système de formation les moyens de perdurer. Au niveau de chaque volet du programme, tous les types de personnel impliqués doivent être qualifiés et compétents dans leurs fonctions respectives. Pour cela, il faut définir les connaissances, les comportements et les compétences nécessaires à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il faut également leur offrir une formation ou la renforcer, selon les besoins, pour qu'ils puissent assurer leur rôle au niveau de qualité exigé. Cela concerne ceux qui travaillent sur le terrain à l'information et à l'éducation de la population, le personnel hospitalier non médical, le personnel médical chargé du dépistage, du diagnostic et du traitement, le personnel responsable de la collecte et de l'analyse des données, et les superviseurs chargés d'assurer la qualité du fonctionnement.

Contrôle et évaluation

Pour contrôler et évaluer un programme, il faut i) en définir les objectifs d'après la politique nationale, ii) diriger les activités en cours de façon à garantir une qualité des services dispensés telle qu'elle permette d'atteindre ces objectifs, iii) recueillir et analyser les données relatives à ces objectifs et iv) prendre quand il le faut des mesures correctives.

Qualité des soins : préserver les droits des patientes et répondre aux besoins des prestataires

Quel que soit le service dispensé, la qualité reste un point essentiel, dans la mesure où c'est elle qui influencera les résultats du programme. Par conséquent, il convient d'accorder une attention toute particulière à la qualité de la prestation des soins, lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de prévention. Tous s'accordent à reconnaître deux grands principes d'assurance qualité : «préserver les droits des usagers et répondre aux besoins des prestataires». Ainsi, pour assurer des soins de qualité, les prestataires doivent être capables de préserver les droits des patientes en leur assurant :

- Une information complète et précise.
- L'accès aux soins.
- La possibilité de décider en toute connaissance de cause (consentement éclairé).
- La sécurité des soins.
- L'intimité et la confidentialité.
- La dignité, le confort et la liberté d'expression.
- La continuité des soins.

Le programme devra également se doter des mécanismes et des moyens nécessaires pour aider les prestataires dans leur travail, ce qui implique :

- Une gestion de bonne qualité et un soutien vigilant aussi bien au niveau des établissements de soins que du district.
- Une information, une formation et le développement des compétences.
- Des fournitures, des équipements et une infrastructure adaptés.

D'après EngenderHealth 2004, Huezo and Carignan 1997.

ces pour maintenir la qualité des soins et le fonctionnement du programme. Le contrôle et l'évaluation doivent couvrir tous les services, y compris ceux de laboratoire.

Implication des parties concernées

La première étape, essentielle à la mise en place réussie d'un programme de prévention du cancer du col, passe par l'implication des principaux acteurs dans l'élaboration et l'organisation du projet, de façon à ce qu'ils se l'approprient. Mais pour s'assurer que le programme répond bien aux besoins et aux préoccupations des femmes, il faut également les impliquer dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme et des messages d'information.

TABLEAU 3.2. Représentants des parties concernées à impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col

Eléments du programme	Personnes à impliquer
Information et éducation au sein de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Directeurs des établissements de soins. • Chefs de cliniques/directeurs de département. • Personnel chargé de la promotion de la santé. • Représentants des ONG au sein de la communauté. • Membres de la communauté.
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Hauts fonctionnaires du ministère de la Santé. • Administrateurs de district. • Directeurs des établissements de santé. • Chefs de clinique/directeurs de département. • Personnel de laboratoire (pathologiste, cytotechnicien). • Représentants des professions médicales et paramédicales. • Personnel du service des achats et de l'approvisionnement. • Représentants des organismes payeurs (assurance maladie). • Membres de la communauté.
Diagnostic et traitement : lésions précancéreuses et cancéreuses	<p>Comme ci-dessus, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directeurs des centres de colposcopie. • Directeurs des établissements de traitement. • Cliniciens (par exemple, gynécologues/gynécologues oncologues/radiothérapeutes). • Personnel de laboratoire.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Directeurs des établissements de soins. • Formateurs et responsables des ressources humaines. • Représentants des facultés de médecine. • Représentants des professions médicales et paramédicales. • Chefs de cliniques/directeurs de département. • Personnel de laboratoire. • Représentants du personnel (médecins et infirmières). • Personnel d'entretien.
Contrôle et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables des systèmes d'information au niveau du district/de la région/de la province. • Chefs de cliniques/directeurs de département. • Directeurs des établissements de soins. • Responsables de laboratoire et cytopathologistes/cytotechniciens. • Directeurs et cliniciens des centres de colposcopie et de traitement. • Chercheurs. • Economistes de la santé. • Membres de la communauté.

D'après Cervical Health Information Project (CHIP) 2004a.

Le Tableau 3.2 suggère quelques-uns des représentants des parties concernées dont la participation est fortement recommandée. Après les avoir identifiés au sein de la communauté, l'équipe d'encadrement devra les inviter à prendre une part active aux différents aspects de l'élaboration ou de la mise en œuvre du programme. Ainsi, les représentants des parties concernées pourront être conviés à participer à un comité consultatif ou à un groupe de travail. Il est également possible de solliciter leur avis sur des points particuliers tels que la conception du matériel éducatif.

Un comité consultatif, composé des représentants des parties concernées au niveau national ou infranational, peut constituer un excellent soutien pour l'équipe d'encadrement chargée d'élaborer le programme et d'assurer la qualité des services (CHIP 2004a). Quand de tels comités existent déjà pour d'autres programmes, il peut être judicieux de leur demander de mettre à l'ordre du jour la prévention et la lutte contre le cancer du col. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait possible de constituer un comité consultatif de 10 à 15 membres qui conseillera l'équipe d'encadrement et l'aidera à superviser la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation du programme.

Conclusion

L'organisation des programmes de prévention et de lutte contre le cancer doit reposer sur des décisions stratégiques qui tiennent compte de tous les éléments du programme, avec pour préoccupation la qualité des soins. En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire d'encadrement et les groupes de travail, le coordinateur dirige le programme, depuis son élaboration jusque dans sa mise en œuvre, en s'attachant à garantir des soins de qualité. De son côté, l'équipe d'encadrement est chargée d'identifier au sein de la population les personnes concernées dont la participation aux groupes de travail et aux comités consultatifs est essentielle au succès des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col.

Bibliographie complémentaire

EngenderHealth. *Facilitative Supervision Handbook*. New York: EngenderHealth; 2001.

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

World Health Organization (WHO). *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002[a].

Annexe 3.1. Check-list pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes

Choix de la politique générale

- Confirmer l'engagement politique.**
 - Mobiliser les ressources nécessaires.
 - Nommer un coordinateur en lui accordant le mandat, l'autorité et les moyens nécessaires pour diriger le programme.
- Impliquer les hauts responsables des parties concernées.**
- Faire une analyse de la situation.**
- Evaluer les approches et les méthodes de dépistage et de traitement.**
 - Définir un groupe d'âge cible pour le dépistage.
 - Décider de la fréquence du dépistage.
 - Définir le taux de couverture de la population.
 - Etablir des réglementations autorisant les prestataires de niveau intermédiaire à pratiquer le dépistage et le traitement.
 - Décider si le programme sera vertical ou intégré.
- Engager/solliciter des ressources et obtenir le soutien nécessaire à la mise en œuvre des nouvelles politiques.**

Elaboration du programme

- Mettre en place une équipe d'encadrement.**
- Impliquer les parties concernées au plan local.**
- Evaluer les besoins locaux.**
- Mettre en place un plan d'action.**
 - Définir les objectifs de la couverture de dépistage au plan local.
 - Evaluer le poids du traitement.
 - Faire le point sur les stratégies de prestation des soins.
 - Mettre en place un programme de formation pour les prestataires.
 - Mettre en place des stratégies d'information et d'éducation
- Préparer le budget et attribuer les ressources en fonction du plan d'action.**

Préparation au lancement du programme

- Etablir des systèmes de prestation des soins.**
 - Mettre en place le matériel nécessaire au programme.
 - Fournir des explications à la collectivité, aux parties concernées et au personnel.
 - Veiller à la formation et à la disponibilité des prestataires.
 - Obtenir et distribuer les équipements et les fournitures.
- Etablir des systèmes de gestion de la qualité.**
 - Créer les moyens nécessaires pour garantir la qualité.
 - Mettre en place un système de supervision.
 - Définir les indicateurs de qualité.
 - Mettre en place un système d'information.
- Lancer le programme lors d'une manifestation inaugurale.**

Mise en œuvre

- Assurer l'information et l'éducation de la population pour répondre aux besoins de la collectivité et des femmes.
- Dispenser les soins et assurer les relations entre les services.
- Veiller à ce que les prestataires qualifiés travaillent selon les normes.
- Contrôler et superviser le travail des prestataires pour garantir la qualité des soins.
- Contrôler et évaluer le fonctionnement du programme et ses résultats.
- Modifier le programme en fonction des résultats du contrôle et de l'évaluation.

Evaluation des besoins du programme

Sommaire

Messages clés	43
Introduction	43
Quels besoins évaluer ?	43
Principes, directives et normes régissant les programmes	
Points relatifs à l'organisation du programme	
Services sanitaires	
Activités d'information et d'éducation	
Points de vue de la communauté	
Laboratoires	
Infrastructures, équipement et fournitures	
Systèmes d'information	
Comment évaluer les besoins locaux ?	47
Phase de pré-évaluation	
Phase d'évaluation	
Phase de post-évaluation	
Conclusion	51
Bibliographie complémentaire	51
Annexe 4.1. Questions types pour évaluer l'application des principes, des directives et des normes	52
Annexe 4.2. Questions types pour l'évaluation des points relatifs à l'organisation du programme	54
Annexe 4.3. Questions types pour l'évaluation des services sanitaires	55
Annexe 4.4. Questions types pour l'évaluation des activités d'information et d'éducation	57
Annexe 4.5. Questions types pour l'évaluation des points de vue de la communauté	58
Annexe 4.6. Questions types pour l'évaluation des laboratoires	60
Annexe 4.7. Questions types pour l'évaluation des systèmes d'information	62

Messages clés

- L'évaluation des besoins locaux permet à l'équipe responsable de la gestion du programme d'identifier ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du programme de prévention et de lutte contre le cancer du col.
- La meilleure façon de conduire cette évaluation consiste à former une équipe pluridisciplinaire regroupant les représentants des différentes parties concernées.
- L'évaluation devra porter sur les différents éléments du programme : le respect des principes, des directives et des normes régissant les programmes ; la gestion du programme ; les services sanitaires ; les activités d'information et d'éducation (I&E) ; le point de vue de la population ; les laboratoires ; l'infrastructure, l'équipement et le matériel ; et les systèmes d'information.
- Il est primordial de connaître aussi bien le point de vue des prestataires que celui des bénéficiaires des services de prévention.

Introduction

L'évaluation des besoins correspond généralement à la seconde étape de la préparation d'un programme (après le recrutement des partenaires). Elle précède l'étape d'élaboration ou de renforcement du programme. Elle consiste à recueillir toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant la création de programmes de prévention ou le renforcement de programmes existants. Il faut pour cela élaborer des questionnaires, puis recueillir les informations et procéder à leur analyse systématique. Cela permet de comprendre les points de vue de ceux qui dispensent les soins et de ceux qui en bénéficient et d'identifier les lacunes des différents services. Ce chapitre propose des conseils sur la façon de procéder pour évaluer les besoins locaux, lorsqu'il s'agit de mettre en place des programmes de prévention ou d'améliorer les programmes existants.

Quels besoins évaluer ?

On trouvera ci-dessous la description des différents aspects qu'il convient d'évaluer. L'équipe chargée de l'évaluation doit d'abord identifier les questions d'ordre général (par exemple, quels sont les moyens nécessaires au dépistage de l'ensemble des femmes du groupe d'âge cible). Elle pourra ainsi déterminer les domaines sur lesquels elle devra se concentrer et définir les problèmes qu'elle aura à aborder. Les annexes 4.1 à 4.7 proposent des listes de questions types, qui peuvent être adaptées aux différentes situations locales. Au cours de cette étape de préparation, les membres du groupe d'évaluation devront se familiariser avec les données démographiques, la situation du cancer du col dans leur pays et la structure des services sanitaires.

Quand il n'existe encore ni système ni structure de prévention du cancer du col, l'évaluation vise essentiellement à recenser les moyens disponibles pour la création de nouveaux services. Il est essentiel d'avoir, dans chacun des domaines, l'avis des principales parties concernées pour savoir comment mettre en place les nouvelles actions de prévention et assurer leur pérennité.

Principes, directives et normes régissant les programmes

Pour définir les responsabilités professionnelles des prestataires et atteindre le niveau souhaité de qualité des soins, il convient de suivre les principes, les directives et les normes qui régissent les programmes ainsi que la pratique clinique du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer. Le groupe d'évaluation doit donc déterminer dans quelle mesure les professionnels de santé sont au courant de l'existence de ces règles et de ces directives, quelle en est leur perception et dans quelle mesure ils les appliquent. Il est possible d'obtenir ce type d'informations en interrogeant le personnel médical et administratif des structures de soin locales. L'annexe 4.1 propose une liste de questions à leur poser.

Points relatifs à l'organisation du programme

L'évaluation des besoins doit tenir compte des aspects concernant l'organisation du programme de façon à :

- Comprendre comment les services de prévention et de traitement du cancer du col sont ou pourraient être organisés et dispensés.
- Identifier les principaux organismes impliqués dans la prestation des services ainsi que les dirigeants, coordinateurs ou superviseurs régionaux éventuels.
- Estimer le niveau de ressources disponibles et les moyens de financement des services.
- S'informer du fonctionnement des commandes et achats de matériel ainsi que des moyens d'améliorer les infrastructures.

On recueillera ces informations lors d'entretiens avec les hauts représentants (régionaux ou locaux) du Ministère de la santé, avec les responsables des programmes de santé génésique, de lutte contre le cancer ou contre les maladies chroniques, avec les dirigeants et les responsables des instituts du cancer, des ligues et des sociétés savantes contre le cancer et autres organisations non gouvernementales engagées dans la prévention du cancer, enfin avec les membres des associations de médecine, de pathologie, de gynécologie, d'oncologie et avec les autres corporations professionnelles concernées. L'Annexe 4.2 propose une liste de questions types pour mener à bien ces entretiens.

Services sanitaires

L'évaluation des besoins comprend l'étude des services de soins primaires, secondaires et tertiaires de la région sélectionnée (par exemple division sanitaire régionale ou municipale), pour déterminer :

- Le type et le rayon d'action des services déjà en place.
- L'accès aux services de soins : accès pratique, conditions d'accueil et délais pour obtenir un rendez-vous ou recevoir les résultats des tests.
- Le taux de couverture des femmes à risque, notamment celles de la classe d'âge concernée par le dépistage ainsi que les obstacles à surmonter pour parvenir à un taux de couverture élevé.
- Les moyens de retrouver les patientes et d'assurer leur prise en charge quand il faut leur transmettre les résultats, les traiter ou assurer la continuité des

soins, notamment les liens existant entre les différents niveaux de soins impliqués dans le dépistage, le diagnostic et le traitement.

- L'acceptabilité des nouvelles approches de dépistage et de traitement, comme la pratique de la cryothérapie par des prestataires de niveau intermédiaire.
- Les ressources humaines et leur compétence, notamment en ce qui concerne les services de dépistage et de traitement, les services mobiles et les services de recrutement des patientes à domicile, l'information et le conseil et la maintenance des systèmes d'information de santé (SIS).
- Les normes et pratiques déjà en place pour prévenir les infections, notamment pour la stérilisation des instruments.
- L'existence d'un système de supervision et de contrôle, et sa qualité, notamment l'identité de la personne chargée de coordonner ces activités.
- Les liens entre les différents services et secteurs de santé.

L'évaluation du système sanitaire peut s'appuyer sur des entretiens avec le personnel médical et administratif des structures de soins. Elle nécessite également un état des lieux des services de soins qu'il convient d'inspecter pour noter leur état et leur fonctionnement. L'Annexe 4.3 propose une liste de questions types à poser au personnel médical sur les pratiques de dépistage et de traitement du cancer du col.

Activités d'information et d'éducation

L'information des femmes sur la prévention du cancer du col est essentielle pour qu'elles se présentent aux services de dépistage et acceptent de se faire suivre. C'est pourquoi les méthodes et les supports d'information et d'éducation (I&E) sont très importants. L'évaluation des besoins doit prendre en considération les stratégies I&E utilisées ou potentiellement utilisables pour joindre les femmes concernées dans leur communauté et dans les structures de soins.

Il faut examiner, entre autres, les stratégies d'information utilisées dans les dispensaires et au sein de la population, l'existence de supports d'information, leur type et leur objet, leur validité, leur cohérence et la pertinence du message qu'ils véhiculent, les méthodes utilisées pour préparer et tester le matériel destiné à l'I&E ainsi que les méthodes de formation des prestataires de soins et des agents de santé communautaire à l'utilisation du matériel. L'Annexe 4.4 propose une liste de questions types à ce sujet.

Points de vue de la communauté

Il est important de tenir compte des avis et des besoins de la population (hommes et femmes), de leur niveau d'information sur le cancer du col et de leurs besoins en matière de soins, d'une part pour mettre en place des services adaptés, d'autre part pour mener des campagnes d'information qui répondent à leurs interrogations et à leurs préoccupations. Les agents de santé communautaire et les équipes mobiles, en contact direct avec les membres de la communauté, peuvent enquêter auprès des patientes potentielles et de leurs conjoints. Ils peuvent notamment vérifier leur compréhension du concept de prévention, leur niveau d'information sur le cancer du col, leur connaissance de l'existence de services de prévention. Ils peuvent aussi s'informer de leur perception du dépistage et de leur attitude vis à vis du système de soins et identifier les

obstacles possibles à l'utilisation des services de dépistage. L'Annexe 4.5 propose une liste de questions types à ce sujet.

Laboratoires

Il convient d'évaluer les laboratoires qui effectuent (ou qui pourraient effectuer) les tests cytologiques, histopathologiques ou ADN-VPH, sous l'angle de leur compétence, de leur performance, de leur charge de travail et de leurs besoins par rapport au standard communément accepté. Il est également important de vérifier l'existence et d'estimer l'efficacité des protocoles et des systèmes d'audit pour l'évolution professionnelle continue. L'équipe chargée d'évaluer les laboratoires doit compter parmi ses membres un pathologiste doté d'une expérience en cytologie. Il devra rencontrer et interroger les directeurs des laboratoires de cytopathologie, les pathologistes, les techniciens et tout le personnel concerné. L'évaluation doit s'appuyer sur les observations et les informations concernant les éléments suivants :

- Les procédés et procédures de laboratoire, y compris la circulation des informations.
- L'environnement physique, l'infrastructure, l'équipement, le matériel et la capacité de stockage du laboratoire.
- La disponibilité de l'équipement et du matériel essentiels à la réalisation des tests.
- Le délai entre la réception des échantillons et l'envoi des résultats au site de prélèvement.
- Le nombre de techniciens disponibles et leur qualification pour réaliser les tests.
- Les procédures d'exécution des tests.
- Les méthodes de contrôle qualité internes et externes au laboratoire.
- Le nombre de tests effectués et le nombre de tests potentiellement réalisables, la qualité des échantillons réceptionnés et la qualité des résultats.
- Le fonctionnement et l'efficacité des relations entre le laboratoire et les structures de soins pour la communication des résultats.

L'Annexe 4.6 propose une liste de questions types pour évaluer les services laboratoire.

Infrastructures, équipement et fournitures

Au cours de l'évaluation des besoins, il faut s'assurer que le laboratoire possède un équipement en état de marche et tout le matériel nécessaire au dépistage et au traitement. Il faut également réunir des informations sur les commandes et les achats et sur la répartition du matériel ainsi que sur les procédures d'entretien et de réparation des infrastructures et des équipements, pour déterminer les moyens de les améliorer. On peut obtenir ces informations en inspectant les centres de soins et les dispensaires et en interrogeant le personnel médical et administratif. L'Annexe 6.1 présente une liste des équipements et du matériel recommandés pour les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col.

Systemes d'information

Les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col exigent que les dossiers soient bien tenus et à jour, sur support papier ou informatique, non seulement pour assurer le suivi des femmes mais aussi pour permettre leur propre évaluation en fonction de critères et d'éléments de comparaison bien définis. En principe, les systèmes d'information devraient permettre de déterminer le nombre de femmes appartenant à la population cible, d'archiver les données personnelles et médicales de celles qui ont bénéficié d'un dépistage et de répertorier celles dont le test est positif et qui doivent être suivies.

Il est possible d'utiliser ces systèmes d'information pour estimer le taux de couverture du dépistage, tester sa qualité et vérifier la continuité des soins. Ils doivent au moins permettre de recueillir les informations à partir des formulaires des patientes ou des registres d'admission des centres de soins locaux. Ces informations doivent ensuite, au besoin, être transmises au site de prise en charge ou au laboratoire ainsi qu'au coordinateur central du programme chargé de contrôler les résultats des tests et les objectifs de couverture.

Il faut donc bien préciser, au cours de l'évaluation de la qualité des soins et du programme, la façon dont les informations sur le dépistage et le traitement sont rassemblées, enregistrées, analysées et vérifiées. Il faut également définir si elles sont intégrées à un système national d'information de santé (SIS) ou bien traitées séparément. Il faut aussi préciser l'origine des données, évaluer les formulaires contenant les informations cliniques et administratives, décrire la circulation des formulaires/informations et évaluer, le cas échéant, les systèmes électroniques d'information de santé. Il faut également revoir les formulaires utilisés et interroger les responsables des programmes, le personnel administratif, le personnel de laboratoire et les cliniciens. L'Annexe 4.7 propose une liste de questions types.

Comment évaluer les besoins locaux ?

L'évaluation des besoins relève d'un processus participatif en trois phases. La première phase, de pré-évaluation, correspond au travail de préparation. Au cours de la seconde phase, ou phase d'évaluation, s'effectuent la collecte et l'analyse des données. La troisième phase, post-évaluation, correspond à la rédaction du rapport, à la présentation des résultats aux autorités sanitaires et à la proposition d'actions visant à instaurer des services de dépistage et de traitement ou à améliorer ceux qui existent.

Phase de pré-évaluation

Implication des partenaires locaux

Les parties concernées doivent être informées des objectifs de l'évaluation et de la façon dont elle va se dérouler. Il faut également les inviter à faire partie du groupe d'évaluation ou à assister aux réunions au cours desquelles les résultats seront présentés et discutés, pour ensuite proposer des mesures d'amélioration des services.

Mise en place du groupe d'évaluation

Les membres du groupe d'évaluation — sous-groupe de l'équipe d'encadrement — doivent apprendre à mener les interviews, à effectuer des visites d'inspection, à recueillir et analyser les données. Le groupe doit compter un représentant du Ministère de

la santé, des responsables et des acteurs régionaux travaillant dans le domaine de la santé et appartenant aux secteurs public et privé. Les membres du groupe doivent posséder des compétences dans des domaines variés (technique, administratif, communication) et diverses disciplines (soins infirmiers, médecine générale, épidémiologie, gynécologie, pathologie, sociologie, santé publique et promotion de la santé). Il faut qu'ils s'intéressent au projet et y consacrent du temps. Il convient de choisir un responsable de groupe (homme ou femme), sur la base de ses compétences et de ses capacités à diriger une équipe.

Le groupe d'évaluation a pour rôle de :

- Définir les questions stratégiques auxquelles l'évaluation des besoins devra répondre.
- Evaluer les initiatives existantes dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le cancer du col dans une zone géographique donnée.
- Identifier les besoins et définir les conditions qui exerceront un influence positive ou négative sur la poursuite des trois objectifs du programme, à savoir un taux de couverture élevé, des tests de dépistage de qualité et le traitement approprié des femmes dont le test est positif.
- Identifier les actions spécifiques et les ressources nécessaires à la bonne organisation d'un programme de dépistage et de traitement.

Exposé du programme au groupe d'évaluation

Il faut organiser un atelier de travail réunissant tous les membres du groupe pour leur indiquer les objectifs de l'évaluation et pour s'assurer qu'ils comprennent tous de la même façon les aspects méthodologiques de l'évaluation et les aspects techniques des actions de prévention. Cette réunion doit aussi leur permettre de définir la méthode de travail, de concevoir les outils pour les interviews et de s'organiser. L'atelier favorise également le développement de l'esprit d'équipe.

Définition de la méthode de travail

En fonction de ce qui aura été décidé sur la portée et l'étendue de l'évaluation des besoins, le groupe d'évaluation sélectionnera les méthodes de collecte des informations quantitatives et qualitatives à utiliser (Tableau 4.1) : discussions de groupe ciblées, entretiens individuels, questionnaires postaux, étude et analyse de dossiers cliniques pris au hasard sur les 6-12 derniers mois ou inspection des structures de soin. Le groupe identifiera les personnes à interroger et sélectionnera un échantillon de personnes et de structures appartenant à chacun des niveaux du système de santé et dans chacune des zones couvertes. Les Annexes 4.1 à 4.7 présentent des listes de questions types pour conduire les entretiens.

TABLEAU 4.1. Méthodes de recueil de l'information nécessaire à l'évaluation des besoins

Domaines d'évaluation	Méthodes de recueil de l'information
Principes, directives et normes	Analyse de documents. Interview du personnel administratif et médical.
Points relatifs à l'organisation du programme	Interview du personnel administratif et médical.
Services sanitaires	Interview du personnel médical. Inspection des centres de soins. Analyse des dossiers médicaux.
Activités d'information et d'éducation (I&E)	Interview du personnel médical et des agents de santé communautaire.
Points de vue de la communauté	Groupes de discussion ciblés avec les femmes/membres de la communauté. Interview des patientes. Sondages auprès de la communauté.
Laboratoires	Interview du personnel de laboratoire. Inspection des laboratoires.
Infrastructures, équipement et matériel	Interview des administrateurs et des prestataires de soins. Inspection des centres de soins et des dispensaires.
Systèmes d'information	Interview des administrateurs de santé. Analyse de documents.

Organisation des visites d'inspection

Le groupe d'évaluation doit planifier les visites d'inspection suffisamment à l'avance, prévoir le transport et l'hébergement et préparer les entretiens, en concertation avec les autorités sanitaires et le personnel de chaque site. Il faut tenir compte des jours d'ouverture des services. Il est important de bien faire comprendre au personnel du site inspecté la nécessité de se plier à cette procédure, en soulignant qu'il ne s'agit pas de juger le travail mais de s'informer des besoins, en précisant que les informations obtenues feront l'objet d'un rapport préservant l'anonymat. Il faut inspecter les différents types de structures du secteur public (soins primaires, secondaires et tertiaires) et du secteur privé, les établissements de soins situés en zone urbaine, péri urbaine ou rurale, ceux qui proposent ou pourraient proposer des services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, les laboratoires (cytopathologie, ADN-VPH) et les centres de traitement anticancéreux (unités de chirurgie radicale, de radiothérapie, d'oncologie et de soins palliatifs).

Phase d'évaluation

Collecte des informations

Le groupe d'évaluation doit collecter les informations selon la méthode choisie. Si sa taille le permet, il peut être plus efficace de le diviser en plusieurs sous-groupes. Les informations pourront ainsi être recueillies sur un secteur géographique plus étendu et mises en commun par la suite. Le groupe d'évaluation doit sélectionner un ou plusieurs enquêteurs, en fonction de leur capacité à conduire les entretiens sur le ton de la conversation, sans intimider leurs interlocuteurs. Autant que possible, le groupe doit se procurer des exemplaires des dépliants et brochures d'information et des formulaires pour la collecte des données (par exemple données cliniques). Il faut nommer un rapporteur chargé de consigner les résultats des visites d'inspection et des interviews, sous forme de notes, d'enregistrements réalisés pendant les interviews (si possible) et/ou de photographies (avec la permission des intéressés).

Examen des données

En fin de journée, il faut systématiquement procéder à un débriefing pour commencer à identifier les points essentiels, les thèmes récurrents et les problèmes soulevés par l'organisation du programme. Ce débriefing quotidien permet d'identifier les questions majeures ou les informations manquantes et de définir les informations essentielles à obtenir au cours des entretiens du lendemain.

Analyse des données et recommandations

Une fois les informations recueillies, le groupe d'évaluation doit se réunir pour en faire la synthèse et l'analyse. Tous les membres doivent participer, d'une part, à la discussion sur les points essentiels apparus pendant la phase de collecte des données et, d'autre part, à l'analyse des grands thèmes ou des lacunes évidentes dans le programme de prévention existant. Le groupe analysera l'information en se référant aux catégories définies dans la section précédente (« Quels besoins évaluer? »), en rajoutant les nouveaux points qui auraient pu surgir au cours de l'évaluation. Le groupe élaborera ses recommandations sur la base des résultats et des conclusions de l'évaluation des besoins.

Phase de post-évaluation

Rédaction du rapport

Le groupe d'évaluation doit nommer un rédacteur chargé de préparer un rapport détaillant la méthode suivie et les résultats obtenus, en les étayant si possible avec des données. En étroite collaboration avec les autres membres du groupe, le rédacteur devra rédiger le rapport de façon claire et concise, dans les délais impartis.

Présentation et distribution du rapport aux différentes parties concernées

Il faut convier les représentants des principales parties concernées à des réunions au cours desquelles l'équipe chargée de l'évaluation présentera ses résultats et ses conclusions, trouvera le soutien nécessaire pour élaborer ou renforcer le programme de prévention et préparera le plan d'action du programme. Le rapport devra être distribué aux parties concernées dans les délais impartis.

Elaboration du plan d'action

Quand les partenaires et les autorités auront étudié les conclusions du rapport d'évaluation et en auront accepté les recommandations, il conviendra d'élaborer un plan d'action. C'est l'équipe d'encadrement qui doit en principe préparer le projet décrivant les activités, les organismes responsables et les ressources nécessaires à l'application de ces recommandations, en collaboration avec le groupe d'évaluation. Il peut être nécessaire de faire approuver le plan d'action par les parties concernées et les organismes chargés de la prestation des services (Ministère de la santé ou responsables des services de soins du secteur privé). Le Chapitre 5 décrit comment élaborer le plan d'action et préparer le budget.

Conclusion

Durant la seconde étape du processus de préparation des programmes de prévention du cancer de col (après le recrutement des différents partenaires), une équipe pluridisciplinaire procède au recueil et à l'analyse des informations sur les besoins locaux et la disponibilité des ressources. Les recommandations qui en découlent doivent servir à développer un plan d'action pour la mise en œuvre de nouveaux programmes ou la consolidation de programmes existants.

Bibliographie complémentaire

EngenderHealth. *COPE® for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolbook to Accompany the COPE® Handbook*. New York: EngenderHealth; 2004.

JHPIEGO. *Cervical Cancer Assessment Checklist*. Baltimore: JHPIEGO; 1999.

Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, D.C.: PAHO; 2002[a].

PATH. *Program Capacity Assessment Tool: Integrating Cervical Cancer Prevention Into Reproductive Health Services*. Seattle: PATH; 2001. Reproductive Health Reports, No. 4.

Annexe 4.1. Questions types pour évaluer l'application des principes, des directives et des normes

On trouvera ci-dessous une liste de questions types à poser aux administrateurs et aux professionnels de santé, pour vérifier s'ils connaissent et s'ils suivent les principes, les directives et les normes en matière de prévention et de lutte contre le cancer du col. Ces questions peuvent être modifiées en fonction des règles en vigueur et de la situation sanitaire de chaque pays.

1. Etes-vous familier avec le programme de santé génésique chargé de la prévention du cancer du col de l'utérus ? Avez-vous connaissance d'un programme national de lutte contre le cancer qui englobe la prévention du cancer du col de l'utérus ?
2. Selon vous, quelle place occupe la prévention du cancer du col dans les priorités sanitaires ?
3. Selon vous, quels sont les autres programmes de santé publique qui pourraient entrer en concurrence avec la prévention du cancer du col dans la région ?
4. Savez-vous si le budget des autorités sanitaires comporte des fonds dédiés à la prévention du cancer du col ? Si c'est le cas, sont-ils suffisants, à votre avis, pour le bon déroulement du programme actuel ?
5. Avez-vous connaissance des principes qui régissent les modes de dépistage, de diagnostic et de traitement proposés dans votre pays ?
6. Quelles sont les stratégies qui régissent les aspects suivants de la prévention et de la lutte contre le cancer du col ?
 - a) Tests de dépistage.
 - b) Tests diagnostiques.
 - c) Choix du traitement des lésions précancéreuses.
 - d) Traitement du cancer du col.
7. Existe-t-il des directives (écrites ou non) de bonne pratique clinique concernant le dépistage et le traitement du cancer du col ?
8. Que préconisent les directives de bonne pratique clinique dans les domaines suivants :
 - a) Age auquel commencer le dépistage.
 - b) Groupe d'âge cible pour le dépistage.
 - c) Taux de couverture à atteindre.
 - d) Intervalle entre les dépistages.
 - e) Tests de dépistage à utiliser.
 - f) Terminologie standard pour le compte rendu des résultats du dépistage.
 - g) Personnel habilité à effectuer les tests de dépistage et/ou le traitement des lésions précancéreuses.
 - h) Méthodes de prise en charge des femmes dont le test est positif.

9. Acceptez-vous ces directives et les suivez-vous dans votre pratique ?
10. Existe-t-il des directives ou des lois qui régissent l'utilisation des dérivés opiacés en soins palliatifs ?
11. Dans l'ensemble, quelles sont les forces et les faiblesses des politiques et des directives en matière de prévention du cancer du col ?
12. D'après vous, comment remédier aux faiblesses ?

Annexe 4.2. Questions types pour l'évaluation des points relatifs à l'organisation du programme

On trouvera ci-dessous une liste de questions types pour les entretiens avec les principales autorités locales dépendant du Ministère de la santé, avec les responsables des programmes de santé génésique et de lutte contre le cancer ou contre les maladies chroniques, avec les dirigeants et chefs de programme des instituts du cancer, des ligues et des associations contre le cancer et des diverses autres organisations non gouvernementales impliquées dans la prévention du cancer, ainsi qu'avec les membres des associations de médecine, de pathologie, de gynécologie et d'oncologie. Ces questions peuvent être modifiées en fonction des caractéristiques des infrastructures de soins, des priorités sanitaires et des programmes de chaque pays.

1. Existe-t-il un programme de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus avec des objectifs et des cibles bien définis ? Dans le cas contraire, pensez-vous qu'un tel programme puisse être mis en place ?
2. Existe-t-il une politique nationale de dépistage et de traitement du cancer du col ? Que précise-t-elle sur le groupe d'âge cible du dépistage et sur le taux de couverture à atteindre ?
3. Quelle est, ou quelle pourrait être, la structure du programme en termes d'encadrement et de prestation de soins primaires, secondaires et tertiaires ?
4. Qui est, ou qui pourrait être chargé de gérer et de coordonner le programme de prévention du cancer du col ?
5. Qui est, ou qui pourrait être chargé de superviser le déroulement du programme au niveau de l'établissement ou de la région ?
6. Quel est approximativement le taux de couverture actuel (pourcentage de femmes dans la population cible bénéficiant du dépistage en respectant l'intervalle recommandé) ? Quel pourcentage de femmes ayant subi un dépistage ont été suivies pour un diagnostic ou un traitement ?
7. Existe-t-il un système permettant de retrouver les femmes qui ont besoin de soins complémentaires et de réduire ainsi le nombre de «perdues de vue» ?
8. Les femmes doivent-elles payer (en totalité ou en partie) pour le dépistage, le diagnostic (colposcopie et biopsie), le traitement des lésions précancéreuses ou du cancer ? Si oui, quel est le coût moyen de chaque service ?
9. Quels sont les indicateurs utilisés, ou qui pourraient l'être, pour évaluer les résultats du programme ? Comment évaluer la réussite du programme ?
10. Dans l'ensemble, quelles sont les forces et les faiblesses de la gestion du programme de prévention du cancer du col ? Comment remédier aux faiblesses ?

Annexe 4.3. Questions types pour l'évaluation des services sanitaires

Destinées aux entretiens avec les prestataires de soins, ces questions types concernent les services de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer du col. Ces questions peuvent être modifiées en fonction des caractéristiques des infrastructures de soins, des priorités sanitaires et des programmes de chaque pays.

Dépistage

1. Dans quel contexte le dépistage est-il effectué : en routine, dans le cadre des consultations mère enfant ou lors de campagnes spéciales de prévention du cancer du col ? Autres contextes ?
2. Quelles sont les stratégies utilisées pour identifier et recruter les femmes admissibles au dépistage ? Comment les améliorer ?
3. A quel endroit le dépistage est-il effectué : dispensaire communautaire, centre de soins, cabinet médical, centre de dépistage, centre de planning familial ? Préciser le nombre de sites et le nombre de tests effectués chaque année.
4. Qui procède aux tests de dépistage : médecin généraliste, infirmière, autre ? Quel est le nombre total d'agents de santé impliqués ? A quelle catégorie professionnelle appartiennent-ils ?
5. Propose-t-on une formation spéciale aux professionnels de santé chargés du dépistage ? Leur propose-t-on des cours de recyclage ? Si oui, à quelle fréquence ?
6. De quelle façon la qualité des soins au cours de l'examen gynécologique est-elle assurée ? Comment l'améliorer ?
7. Où sont analysés et interprétés les tests cytologiques ? Préciser l'endroit et le nombre de tests interprétés chaque année.
8. Quel est le délai moyen entre le moment où le test cytologique est effectué et celui où les résultats sont communiqués aux femmes ?
9. Comment les femmes sont-elles averties de leurs résultats ? Qui les leur communique ? Le système fonctionne-t-il correctement ? Leur propose-t-on des conseils ? Les femmes reçoivent-elles une copie des résultats, ou sont-ils consignés sur une carte qu'elles conservent ?
10. Les structures de soins sont-elles correctement équipées pour le dépistage : table d'examen gynécologique, éclairage, spéculums, spatules, lames, réactifs de fixation des lames, fiches pour les patientes, etc. ?
11. Dans l'ensemble, quelles sont les forces et faiblesses des services de dépistage ? Comment remédier aux faiblesses ?

Diagnostic

12. Quels sont les tests diagnostiques disponibles en cas de dépistage positif ? Comment les femmes sont-elles prises en charge et suivies ?
13. Un test diagnostique est-il prévu pour vérifier les résultats du dépistage avant de procéder au traitement ? Où et par qui le diagnostic est-il effectué ?
14. Quelles sont les procédures standard pour s'assurer que le diagnostic est bien effectué chez les femmes qui en ont besoin et qu'il est réalisé selon les recommandations ? Quel pourcentage de femmes bénéficie réellement d'un diagnostic complet ?
15. Comment annonce-t-on aux femmes qu'elles ont besoin d'un diagnostic complémentaire ? Bénéficient-elles de conseils particuliers à ce moment-là ?
16. En moyenne, quel est le délai entre le résultat du dépistage et la consultation pour diagnostic ?
17. Dans l'ensemble, quelles sont les forces et faiblesses des services de diagnostic ? Comment remédier aux faiblesses ?

Traitement des lésions précancéreuses et du cancer

18. Quels sont les traitements proposés aux femmes présentant des lésions précancéreuses ? Et à celles qui présentent un cancer du col ?
19. Où sont-elles traitées et par qui ?
20. Comment annonce-t-on aux femmes qu'elles ont besoin d'un traitement et comment leur donne-t-on des informations sur le traitement qu'elles vont recevoir ? Bénéficient-elles de conseils et d'un soutien à ce moment-là ?
21. En moyenne, quel est le délai entre le diagnostic de lésion précancéreuse et le traitement ?
22. Existe-t-il des données concernant les taux de succès/échec du traitement, les complications et le nombre de «perdues de vue» en cours de traitement ?
23. Dans l'ensemble, quelles sont les forces et faiblesses des services de traitement ? Comment remédier aux faiblesses ?

Annexe 4.4. Questions types pour l'évaluation des activités d'information et d'éducation

Ces questions types sont destinées aux entretiens avec les agents de santé communautaire et les prestataires de soins impliqués dans les activités d'I&E au sein de la communauté. Ces questions peuvent être modifiées en fonction des caractéristiques des infrastructures de soins, des priorités sanitaires et des programmes de chaque pays.

1. Des études ont-elles été réalisées pour mieux cerner les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en ce qui concerne le dépistage et le traitement du cancer du col ? Si oui, quelles en sont les principales conclusions ?
2. Des études ont-elles été réalisées pour mieux cerner les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé face au dépistage et au traitement du cancer du col ? Si oui, quelles en sont les principales conclusions ?
3. Quel est le matériel pédagogique mis à disposition des femmes pour les informer sur la prévention du cancer du col ? Comment est-il distribué ? Quels en sont les principaux messages ? Quelles en sont les forces et faiblesses ? Comment remédier aux faiblesses ?
4. Quelles sont les stratégies d'éducation pour la santé mises en place dans la communauté pour encourager les femmes à subir un dépistage et à se tenir informées des résultats de leur test ? Ces stratégies sont-elles efficaces ? Comment les améliorer ?
5. Quelles sont les stratégies d'éducation pour la santé mises en place dans les centres de soins pour encourager les femmes à risque à bénéficier d'un dépistage ?
6. Les femmes font-elles passer les messages aux autres femmes et contribuent-elles à leur éducation en matière de dépistage du cancer du col ? Existe-t-il des exemples témoignant de leur niveau et de leur degré d'implication dans la communication au sein de la communauté ?
7. Quelles sont les institutions qui sont, ou qui pourraient être impliquées dans des initiatives visant à encourager et à améliorer la participation des femmes au programme de dépistage ?
8. Comment les activités d'I&E sont-elles financées ? Quel est leur budget ?

Annexe 4.5. Questions types pour l'évaluation des points de vue de la communauté

Ces questions types sont destinées à tester les connaissances, à identifier les besoins et les inquiétudes des hommes et des femmes de la communauté en matière de cancer du col. Il est possible de les modifier en fonction des caractéristiques de la communauté concernée.

Connaissances sur le cancer du col

1. Que savez-vous du cancer ?
2. Qu'avez-vous entendu dire sur le cancer qui affecte le col de l'utérus/le vagin/l'utérus/le ventre ?
3. Sinon, connaissez-vous une maladie qui atteint les organes reproducteurs de la femme ?

Le concept de prévention

4. Comment faites-vous pour éviter d'être malade ?
5. Comment protégez-vous vos enfants contre la maladie ?
6. Si vous êtes malade, comment faites-vous pour éviter que la maladie ne s'aggrave ?
7. Comment pensez-vous que le concept de prévention puisse s'appliquer au cancer en général et au cancer du col en particulier ?

Connaissance des services de prévention

8. Qu'avez-vous entendu dire sur les services de prévention/dépistage/test du cancer du col ?
9. Savez-vous comment accéder à ces services ?
10. Savez-vous qui pourrait vous renseigner à ce sujet ?

Perception du dépistage

11. *[Pour les femmes]* Avez-vous déjà subi un examen pelvien ou un examen au spéculum ? (Expliquer, si besoin, que cela consiste à palper [examen pelvien] ou à observer [examen au spéculum] l'intérieur du vagin pour vérifier que tout va bien.) Si oui, comment avez-vous réagi ? Sinon, comment réagiriez-vous à cet examen ?
12. Comment réagiriez-vous à l'idée de subir un examen pelvien si cela pouvait vous éviter un cancer du col ?
13. A votre avis, comment vos amies ou les femmes de votre famille réagiraient-elles à l'idée d'avoir à subir un examen pelvien ?
14. A votre avis, comment réagirait votre mari ou partenaire si vous deviez subir un examen pelvien ?
15. *[Pour les hommes]* Comment réagiriez-vous à l'idée que votre femme ou votre partenaire subisse un examen pelvien et un test de dépistage, si cela pouvait lui éviter un cancer ?

Obstacles possibles à l'utilisation des services de dépistage

16. Qu'est-ce qui a rendu difficile, ou pourrait rendre difficile pour vous [hommes : «pour votre partenaire»], le fait de subir un dépistage du cancer du col ? (Approfondir en demandant, «Que pensez-vous. . . » : du cancer et/ou de l'examen pelvien, de l'accord de votre mari ou de votre partenaire, de l'accord de votre famille, de l'endroit où sont proposés les services et de la personne qui s'en charge, des problèmes de transport, des problèmes de coût, de l'obligation d'un long trajet, de faire garder ses enfants, ou de manquer son travail).
17. Qu'est-ce qui vous faciliterait [qui faciliterait à votre partenaire] l'accès aux services de dépistage ? (Approfondir en fonction des réponses aux questions précédentes).

Attitude envers le système de soins

18. Où allez-vous généralement vous faire soigner ? Et pour les soins gynécologiques ?
19. Que pensez-vous de la qualité des soins qui y sont dispensés ?
20. Répondent-ils à vos besoins ?
21. Que pensez-vous de la façon dont on vous traite là-bas ?
22. Cela vous gênerait-il de vous y rendre pour la prévention du cancer du col ? Si oui, pourquoi ?
23. Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ?

Lieu et calendrier des services

24. Où préféreriez-vous aller pour le dépistage ?
25. Quel serait le meilleur moment (de la journée, de la semaine, de l'année) ?

Annexe 4.6. Questions types pour l'évaluation des laboratoires

Ces questions types sont destinées à évaluer les laboratoires d'histopathologie au cours des entretiens avec les directeurs de laboratoires, les pathologistes, les techniciens et autre personnel de laboratoire. On peut les modifier en fonction de l'infrastructure sanitaire et des services de laboratoire de chaque pays.

Au niveau national

1. Combien de laboratoires de pathologie y a-t-il dans le pays, par district sanitaire/région ?
2. Les laboratoires sont-ils centralisés ou décentralisés ?
3. Existe-t-il un laboratoire national de référence ? Conduit-il des audits externes sur la qualité des tests de cytologie et d'histopathologie effectués par les laboratoires régionaux ?
4. En moyenne, combien de tests cytologiques et de biopsies sont traités par laboratoire, chaque année ?
5. Quels termes emploient les laboratoires pour le compte rendu des résultats des tests de dépistage et des biopsies ? Existe-t-il une terminologie standard au niveau national ?
6. Combien y-a-t-il de cytopathologistes et de cytottechniciens par laboratoire ? Comment sont-ils formés ?
7. En moyenne, combien de tests un technicien lit-il par jour et par an ?
8. La qualité du travail des cytottechniciens est-elle évaluée et contrôlée ? De quelle manière ?
9. Comment la qualité du travail des pathologistes est-elle évaluée et contrôlée ?

Au niveau local

10. Comment le laboratoire enregistre-t-il les prélèvements ? Attribue-t-il un code d'identification unique à chaque femme ?
11. Quels sont les termes employés pour le compte rendu des résultats ? Qui est responsable du rapport final et à qui est-il adressé ? Qui est responsable du suivi des résultats anormaux ?
12. Comment le résultat du test est-il transmis du laboratoire au centre de soins/de dépistage correspondant ? Quels sont leurs liens ? Est-il facile de retrouver des résultats ?
13. En moyenne, quel est le délai entre la réception d'un prélèvement et le moment où les résultats sont enregistrés et communiqués au site de prélèvement ? Quel est le nombre moyen de prélèvements en attente d'interprétation ? Quelle est la principale cause de ce retard ?
14. Quel est le pourcentage de prélèvements détériorés pendant le transport ?

15. Comment se font la réception et l'enregistrement quotidiens des lames (par exemple ordre d'arrivée, date de réception, nom de la patiente, lieu du frottis) ? L'enregistrement se fait-il à la main, ou bien est-il informatisé ?
16. Quelles sont les mesures internes de contrôle de qualité ?
17. Le laboratoire essaie-t-il systématiquement de corrélérer les résultats anormaux des tests de dépistage aux résultats d'histopathologie ? Si non, pourquoi ?
18. Une remise à niveau est-elle proposée aux techniciens qui font des erreurs systématiques d'interprétation ?

Annexe 4.7. Questions types pour l'évaluation des systèmes d'information

Ces questions types sont destinées aux entretiens avec les responsables des programmes, les administrateurs de santé, le personnel des systèmes d'information de santé (SIS), le personnel chargé de la saisie des données, les prestataires de soins et tous ceux qui sont impliqués dans l'enregistrement et la gestion des informations concernant les patientes. Il est possible de les modifier en fonction des infrastructures de soins et des SIS de chaque pays.

1. En général, utilise-t-on un code d'identification unique pour gérer les données sanitaires ? Si oui, est-il spécifique au système de santé ou s'agit-il d'un identifiant personnel plus largement utilisé ?
2. Comment les informations sur le dépistage et le suivi du cancer du col sont-elles collectées et organisées ? Si ce n'est pas fait, pour quelles raisons ?
3. Dans quel but utilise-t-on ou pourrait-on utiliser un système d'information ?
 - Dépistage au quotidien (pour produire des rapports standard).
 - Convocation de routine.
 - Suivi des patientes dont le résultat est positif.
 - Contrôle de la qualité.
 - Statistiques pour les laboratoires, les centres de soins et/ou les patientes.
 - Statistiques pour les directeurs de programme.
4. Comment (registre, système de classement, système informatisé) consigne-t-on, ou pourrait-on consigner les informations et les résultats des tests ?
5. Existe-t-il des formulaires standard pour le dépistage, le diagnostic et le traitement ?
6. Le programme a-t-il accès aux chiffres du recensement de la population cible (c'est-à-dire les femmes du groupe d'âge cible) ?
7. Le programme a-t-il accès à d'autres données susceptibles d'améliorer son système de gestion et de contrôle (registres des décès, registres des hystérectomies, etc.) ?
8. Existe-t-il dans votre pays un registre du cancer qui permette de calculer l'incidence du cancer du col et la mortalité associée ?

Planification, préparation et lancement du programme

Sommaire

Messages clés	65
Introduction	65
Rôle de l'équipe d'encadrement	65
Considérations financières	66
Atteindre un taux de couverture élevé	
Offrir un test de dépistage de qualité, efficace et acceptable	
Assurer le traitement des femmes dont le test est positif	
Autres considérations	
Plan d'action du programme	67
Objectifs de couverture au niveau local	
Estimations pour la mise en place des services de traitement	
Stratégies de prestation des services	
Budget du programme	72
Mise en place des systèmes de prestation des services	75
Elaborer le matériel nécessaire au support du programme	
Etablir des liens avec la collectivité et les structures	
Donner des indications à la collectivité, aux parties concernées et au personnel	
Assurer la formation et la disponibilité des prestataires	
Se procurer et distribuer équipement et fournitures	
Mise en place des systèmes de supervision, de contrôle et d'évaluation	76
Mettre en place des systèmes de supervision	
Développer les moyens pour assurer la qualité	
Définir les indicateurs du programme	
Mettre en place le système d'information	
Lancement du programme	78
Conclusion	79

Messages clés

- La planification systématique joue un rôle essentiel dans la réussite du programme. Il faut consacrer suffisamment de temps à la préparation des nouveaux programmes ou au renforcement des programmes existants.
- Il convient de définir les cibles, les stratégies et les actions qui permettront d'atteindre un taux de couverture élevé, de proposer des tests de dépistage de qualité et efficaces et d'assurer le traitement des femmes dont le test est positif.
- Le choix des stratégies qui doivent figurer dans le projet doit reposer sur des considérations de coût-efficacité. En d'autres termes, il convient d'évaluer le coût des différentes stratégies en fonction de l'impact qu'elles pourront avoir sur le programme.
- Pour assurer la réussite du projet, il faut lui octroyer des financements suffisants. Les ressources doivent être attribuées de façon stratégique pour optimiser leur impact sur le programme.
- Avant de démarrer le programme, il faut s'assurer que les moyens et les compétences soient en place, pour que les prestataires puissent offrir aux patientes les soins de qualité auxquels elles ont droit.
- L'inauguration du programme au moment de son lancement doit constituer un événement suscitant l'enthousiasme des prestataires et de la population.

Introduction

Suite à l'évaluation des besoins, il convient d'élaborer un projet qui décrive les cibles, les stratégies et les actions qu'il faudra mener pour atteindre les objectifs définis : un taux de couverture élevé des femmes du groupe d'âge cible, un test de dépistage efficace et acceptable et le traitement de toutes les femmes dont le test est positif. *Avant le lancement* du programme, il est important de consacrer suffisamment de temps à la préparation de ses différents aspects (6 à 12 mois). Il convient en particulier de s'assurer que tous les éléments sont en place.

Rôle de l'équipe d'encadrement

L'équipe d'encadrement est chargée d'élaborer des stratégies locales qui couvrent tous les aspects du programme, en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation des besoins et en tenant compte des contraintes de coût-efficacité. Cela consiste plus précisément à :

- Définir, au niveau local, la cible des actions, comme la couverture du dépistage et le traitement des femmes chez qui on a détecté des lésions précancéreuses.
- Elaborer des stratégies pour la prestation des services correspondant à chacun des volets du programme : information et éducation (I&E) de la population, services de dépistage, de diagnostic et de traitement.

- Identifier les sites où vont être installés les services et définir l'équipement, la formation et les ressources (humaines et financières) requises pour chacun.
- Préparer le budget.
- Mettre en place des systèmes de prestation de services et de contrôle de la qualité.
- Lancer le programme.

Considérations financières

Au moment du choix des stratégies du plan d'action, l'équipe d'encadrement doit connaître le montant des ressources disponibles et savoir comment elles vont être réparties. En effet, l'efficacité du programme va dépendre des budgets consacrés aux différentes stratégies qui permettront d'obtenir un taux de couverture élevé, de proposer des tests de dépistage de qualité et d'assurer le traitement des femmes dont le test est positif. Au-delà d'un certain seuil, l'augmentation du bénéfice pour le programme n'est plus proportionnelle à celle du budget. Ce seuil varie selon le pays, le contexte et les stratégies adoptées.

Atteindre un taux de couverture élevé

Pour obtenir un taux de couverture élevé, les stratégies consistent d'une part, à rendre les services de dépistage largement disponibles et accessibles aux femmes du groupe d'âge cible et, d'autre part, à s'assurer que la population est bien informée et consciente de l'importance de ces services. Il convient par exemple d'organiser de grandes manifestations ou de vastes campagnes d'information, de contacter les femmes et leurs partenaires sur leur lieu de résidence ou d'envoyer des prestataires de soins dans les zones rurales (services itinérants). Il est indispensable de comparer le rapport coût-efficacité des différentes stratégies :

- Les services itinérants, qui favorisent l'accès aux soins, permettent d'accroître la couverture, notamment en zone rurale, mais ils sont coûteux et difficiles à organiser.
- Dans certaines situations, il peut être rentable d'effectuer des visites à domicile et de recenser les femmes. Cela permettra d'estimer la taille de la population admissible, de conseiller le dépistage dans chaque foyer et de faciliter le suivi des femmes qui auraient besoin d'un traitement.

Offrir un test de dépistage de qualité, efficace et acceptable

- Pour obtenir un dépistage de qualité, dont les résultats soient fiables, il faut établir des procédures d'assurance qualité. Il faudra donc prendre en compte le coût de leur mise en place et de leur maintenance.
- Quand le dépistage s'appuie sur l'examen cytologique, le rapport coût-bénéfice dépend de la charge de travail du personnel de laboratoire. Si elle est stable et adaptée, la charge de travail contribuera à entretenir les compétences. Si elle est trop faible, les coûts en personnel et équipement deviendront trop importants par rapport à l'impact sur le programme. En

revanche, si elle est trop élevée, la qualité de l'examen cytologique risque d'en pâtir et l'efficacité du programme pourrait être compromise.

- Le coût direct du dépistage par inspection visuelle est inférieur à celui de la cytologie ou du test de recherche de l'ADN du VPH. En effet, l'inspection visuelle peut être effectuée par des non médecins et ne fait pas appel aux services de laboratoire. L'équipement et le matériel nécessaires sont réduits. Mais il ne faut pas oublier de prendre en compte les frais associés à tout ce qui concerne l'assurance qualité, indispensable à la fiabilité et à la qualité constante des tests.

Assurer le traitement des femmes dont le test est positif

Au final, l'efficacité du programme repose sur sa capacité à soigner les femmes dont le test est positif pour éviter que les lésions précancéreuses n'évoluent en cancer du col. C'est pourquoi, l'affectation de ressources aux stratégies visant à réduire le nombre de femmes 'perdues de vue' (garantissant un traitement à toutes celles chez qui on a diagnostiqué des lésions précancéreuses) aura un énorme impact sur l'efficacité du programme. Ces stratégies consistent par exemple à créer et tenir à jour une liste des femmes qui ont besoin d'un traitement, à mettre à disposition suffisamment de personnel pour pouvoir proposer les soins ou à s'assurer que les horaires d'ouverture des services conviennent aux femmes.

Autres considérations

Des imprévus, absences répétées du personnel ou pannes d'équipement, peuvent augmenter les frais et réduire l'efficacité du programme. Pour réduire ce risque et en minimiser les conséquences, ainsi que pour améliorer le rapport coût-efficacité, on pourra choisir les stratégies qui limitent le nombre de consultations, les exigences en matériel, en équipement ou en formation.

Plan d'action du programme

Au cours de la phase de planification, les décisions stratégiques prises au niveau national (groupe d'âge cible, objectifs de couverture, fréquence des dépistages) sont appliquées au plan d'action local pour définir les cibles du programme au niveau *local*, c'est-à-dire le nombre de femmes devant bénéficier d'un dépistage dans son secteur, l'estimation du nombre de femmes à traiter et l'identification des stratégies les plus efficaces pour atteindre les objectifs.

Objectifs de couverture au niveau local

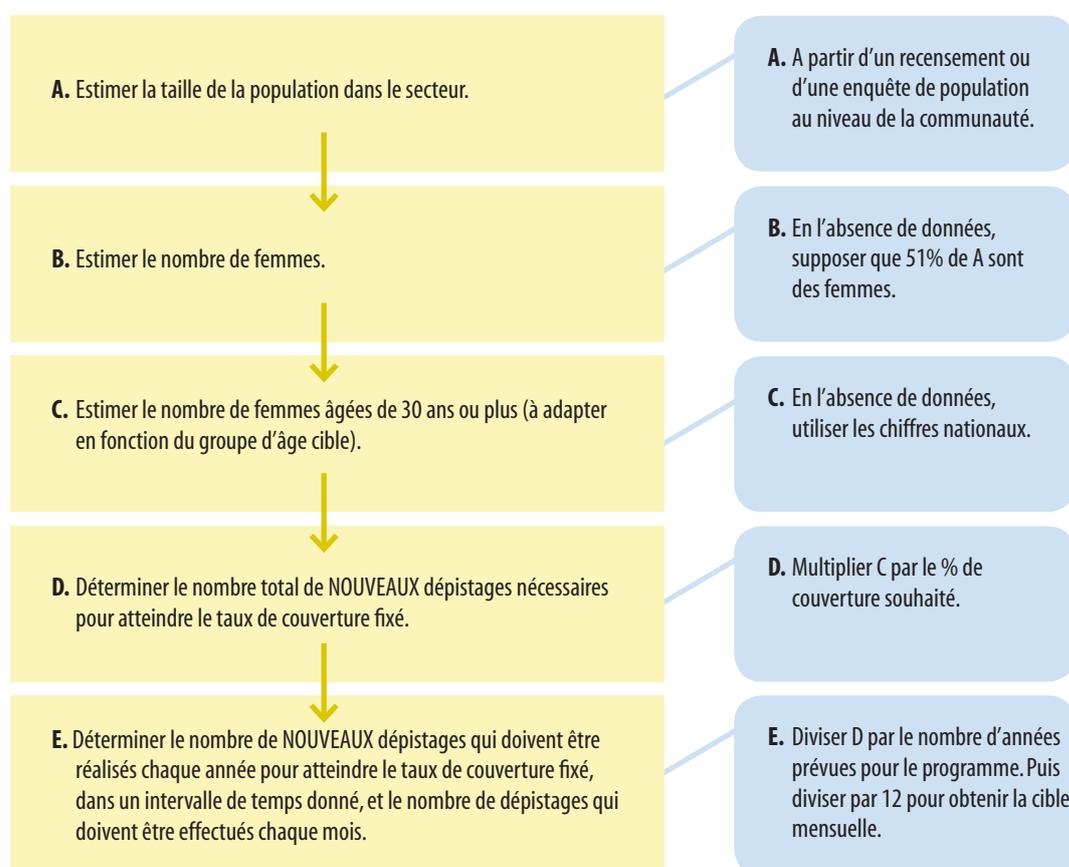
La couverture correspond au pourcentage de femmes de la population cible effectivement dépistées dans une période donnée. C'est en effectuant le dépistage chez un grand nombre de femmes et en traitant les lésions précancéreuses détectées que l'on pourra réduire de façon importante l'incidence du cancer du col. Mais l'efficacité du programme sera réduite si ces femmes n'appartiennent pas au groupe d'âge cible ou si ce sont les mêmes qui bénéficient plusieurs fois d'un dépistage de routine. C'est pourquoi le dépistage doit cibler les femmes qui n'en ont encore jamais bénéficié et qui appartiennent au groupe d'âge cible.

Pour atteindre la couverture souhaitée en un temps donné, l'équipe d'encadrement doit estimer la taille du groupe d'âge cible dans son secteur, puis calculer combien de femmes de ce groupe doivent subir un dépistage durant cette période.

La Figure 5.1 présente une méthode pour calculer combien de femmes, chaque mois, devront subir un dépistage dans un district ou une région donnés, sur une période donnée. Pour effectuer ce calcul, il faut connaître :

- Le nombre de résidentes appartenant au groupe d'âge cible.
- L'objectif de couverture défini par la politique nationale.
- Le nombre d'années nécessaires pour remplir les objectifs de couverture.

FIGURE 5.1. Méthode de calcul des objectifs de couverture mensuels*



* Cette méthode présume qu'aucune des femmes de la population cible n'a jamais subi de dépistage, ce qui est une hypothèse raisonnable dans la plupart des pays à faible niveau de ressources.

D'après CHIP 2004a.

Il est possible d'obtenir des statistiques sur la population féminine appartenant au groupe d'âge cible à partir des données du recensement (si elles existent), en comptant le nombre de femmes du groupe d'âge cible par une enquête au sein de la communauté ou à partir d'estimations régionales de la population. L'encadré suivant présente un exemple d'application de cette méthode de calcul. Cet exemple ne tient pas compte de l'augmentation annuelle du nombre de femmes du groupe d'âge cible – considération importante pour la planification du programme.

Exemple : Comment Estimer les Objectifs Mensuels de Dépistage

Dans cet exemple, l'objectif du programme est le dépistage de 80% des femmes de 30 ans ou plus, sur une période de cinq ans, dans un secteur géographique donné.

A. Identification de la taille de la population dans le secteur concerné (par exemple à l'aide des données du recensement).

Exemple : Le recensement dénombre 250 000 personnes dans ce secteur.

B. Calcul du nombre de femmes dans ce secteur.

Exemple : Environ 51% de la population est de sexe féminin ; on estime donc le nombre de femmes dans ce secteur à 127 500 (51% de 250 000).

C. Estimation du nombre de femmes du groupe d'âge cible à dépister.

Exemple : D'après le recensement, 40% de la population est âgée de 30 ans ou plus, on estime donc le nombre de femmes âgées de 30 ans ou plus dans ce secteur à 51 000 (40% de 127 500).

D. Calcul du nombre TOTAL de femmes à dépister.

Exemple : L'objectif du programme est le dépistage de 80% des femmes âgées de 30 ans ou plus, soit 40 800 femmes (80% de 51 000).

E. Calcul du nombre de femmes à dépister PAR MOIS.

Exemple : 40 800 femmes à dépister sur 5 ans = 8 160 femmes par an. La cible mensuelle est donc de 680 femmes (8 160 divisé par 12).

Estimations pour la mise en place des services de traitement

Il faut être en mesure d'assurer le suivi diagnostique (si besoin) et thérapeutique de toutes les femmes dont le test de dépistage est positif. L'objectif sera donc de proposer ces services à 100% des femmes ayant un test positif. Pour être en mesure de définir les stratégies et de préparer le budget nécessaire en termes de ressources et de personnel, l'équipe d'encadrement doit calculer le nombre attendu de femmes dont le test sera positif et qui nécessiteront un suivi diagnostique et un traitement des lésions précancéreuses. Le Tableau 5.1 montre comment effectuer ce calcul.

TABEAU 5.1. Exemple de calcul du nombre attendu de patientes qui nécessiteront des soins à l'issue du dépistage

Catégorie de patientes	Estimations des cibles
Femmes dont le dépistage est positif et qui devront être suivies.	Nombre de femmes dépistées multiplié par le taux de positivité du test (5% à 25% selon le type de test utilisé).
Femmes dont les lésions précancéreuses devront être traitées par cryothérapie.	80% à 85% des femmes chez qui des lésions précancéreuses auront été diagnostiquées seront admissibles à un traitement par cryothérapie.
Femmes qui devront être prises en charge pour cancer.	0.5% à 1% de l'ensemble des femmes dépistées.

Ces estimations seront utiles pour planifier l'achat des fournitures pour les services cliniques. Ainsi, pour la cryothérapie, l'estimation du nombre attendu de traitements permet de fixer la quantité et la taille des réservoirs de gaz (azote liquide ou neige carbonique). Les différentes tailles de réservoir sont présentées en Annexe 6.2.

Stratégies de prestation des services

Une fois définis les objectifs de couverture du dépistage et le nombre de patientes à suivre, il faut définir le mode de prestation des services :

- Déterminer si la mise en place des services se fera selon une approche par étapes (en partant des services verticaux pour aller vers les services intégrés) ou selon une approche combinée (services verticaux plus services intégrés).
- Choisir l'emplacement géographique des sites de dépistage et de traitement en fonction des objectifs de couverture.
- Déterminer les fournitures, l'équipement et l'infrastructure nécessaires pour chacun des sites.

Choix de l'approche : par étapes ou combinée

Les nouveaux programmes peuvent bénéficier d'une approche par étapes, qui consiste à mettre en place des services verticaux en début de programme, puis à évoluer vers des services intégrés (les Chapitres 2 et 6 traitent des services verticaux et intégrés). Au début d'un nouveau programme, on ne disposera que d'un nombre limité de personnel qualifié. En affectant ce personnel à un seul service, on augmentera probablement sa motivation et sa concentration sur les objectifs du programme et on lui permettra d'acquérir plus d'expérience par la pratique des techniques de dépistage et de traitement. Au fur et à mesure du déroulement du programme, le nombre d'employés ainsi formés augmentera et la communauté sera de mieux en mieux informée, ce qui permettra d'aller vers des services intégrés.

Les pays bénéficiant déjà d'un programme de dépistage du cancer du col peuvent utiliser une combinaison de services verticaux et intégrés, par exemple en intégrant les services

de prévention du cancer du col à ceux de santé gènesique et en les complétant éventuellement par des services verticaux, tels que les campagnes de masse ponctuelles.

Choix de l'emplacement géographique des services

Pour augmenter les chances de succès d'un nouveau programme, on peut commencer par limiter les activités à un secteur géographique réduit puis l'étendre progressivement à d'autres régions en fonction des ressources techniques et financières. Il est plus facile d'atteindre les objectifs de couverture et les chances de retrouver et de suivre les patientes sont plus grandes, lorsque le secteur est bien défini. Cette "phase pilote" permet de tester sur le terrain l'approche choisie pour la prestation des services et fournit des informations précieuses sur les éventuelles modifications à apporter avant d'étendre les services à un secteur géographique plus large.

Les informations obtenues lors de l'évaluation des besoins locaux (voir Chapitre 4) peuvent aider les équipes d'encadrement à identifier les secteurs dont les besoins sont les plus importants et ceux où la motivation est la plus forte. On peut dresser ainsi une carte des sites les plus appropriés à l'établissement de services de prévention du cancer du col. Les régions qui ont les plus grands besoins sont aussi celles dont les ressources sont les plus limitées. Les zones urbaines et les zones rurales présentent chacune des caractéristiques susceptibles de limiter ou de faciliter la mise en place et la continuité des services. Si elle a l'autorité pour sélectionner les sites de prestation des services, l'équipe d'encadrement devra tenir compte des facteurs suivants :

- Facilité d'accès géographique pour les patientes.
- Possibilité de repérer des patientes.
- Proximité des laboratoires et des centres de traitement.
- Disponibilité des ressources humaines et de l'équipement.
- Taille de la population ayant besoin d'un dépistage.

Déterminer les fournitures, l'équipement et les infrastructures nécessaires

Pour atteindre les objectifs de couverture et de suivi des patientes, il faut que chaque site dispose des fournitures, de l'équipement et des infrastructures nécessaires. Il faut donc les répertorier et définir les quantités requises, en s'appuyant sur les informations recueillies lors de l'évaluation des besoins. L'Annexe 6.1 présente une liste d'équipement et de fournitures essentiels aux programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col. Il convient d'établir des stratégies de répartition et de stockage du matériel pour assurer l'approvisionnement constant des structures de soins, ainsi que des procédures pour l'entretien et la réparation des appareils.

Dans la troisième partie, on trouvera la description détaillée des activités relatives aux autres volets concernant la prévention du cancer du col (I&E, formation, contrôle et évaluation). Les activités spécifiquement liées au traitement sont décrites dans le chapitre 10.

Budget du programme

Après avoir établi les objectifs, cibles et stratégies du programme, l'équipe d'encadrement doit estimer le coût de la réalisation du plan d'action au niveau local. Il convient d'attribuer les fonds selon les besoins de chaque site en personnel qualifié, en équipement et en fournitures pour pouvoir prendre en charge le nombre de femmes attendu. L'étude de cas ci-dessous donne un exemple du coût d'un projet de dépistage organisé dans un district rural de l'Inde.

Une fois définies les ressources nécessaires, l'équipe d'encadrement doit s'informer de celles qui sont immédiatement disponibles, estimer s'il en faudra davantage et où les trouver. Les ressources humaines et en matériel existantes sont parfois suffisantes, mais le plus souvent, il faudra les compléter. Quand les ressources sont limitées, il est conseillé de démarrer le programme sur un secteur limité, puis d'étendre progressivement les services au fur et à mesure de la disponibilité des ressources.

L'encadré, page suivante, fournit une liste des éléments à prendre en compte pour établir le budget, qu'il s'agisse de la mise en place d'un nouveau programme ou du renforcement d'un programme existant, en supposant qu'il existe déjà des structures sanitaires de base.

Etude de cas : coût d'un projet de dépistage organisé dans un district rural de l'Inde

Un vaste projet de recherche a été mené dans le district rural de Barshi, en Inde, qui compte une population cible de 100 000 femmes qui n'avaient jamais subi de dépistage. Ce district ne disposait d'aucune infrastructure au début du projet. Dans les villages, des services cliniques itinérants ont permis d'effectuer le dépistage par inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), cytologie ou test ADN-VPH. Les femmes dont le test était positif ont été conduites à l'hôpital pour le diagnostic et le traitement. En moyenne, 25 000 femmes ont bénéficié du dépistage chaque année.

Environ 1 million de dollars a été alloué au projet. Le coût total par femme admissible se situe entre 4,30 et 12,40 dollars, en fonction du test utilisé. Les frais liés au programme lui-même – modernisation des infrastructures, organisation et encadrement, mise en place d'un système d'information de santé (SIS) – représentent 8 à 21% des coûts. Le recrutement et les invitations représentent globalement 6 à 17% du budget total.

Les résultats préliminaires du projet ont montré qu'il est possible d'atteindre un taux élevé de participation (79%) et de traitement (83% des femmes présentant des lésions) et que le programme de dépistage peut être performant même quand les ressources sont très limitées.

D'après Legood et al. 2003.

Éléments à considérer pour l'établissement du budget annuel du programme

Participation de la communauté

- Salaires et primes des agents de promotion de la santé ou des agents de santé communautaire.
- Impression des supports d'éducation et de promotion.
- Annonce dans les médias (TV, radio, ou autre).
- Sessions de formation de la communauté :
 - Frais de déplacement du personnel qui visite les communautés.
 - Besoins matériels (salle, chaises, tableaux, matériel divers).
 - Papier, photocopies et autres fournitures de bureau.

Formation

- Rémunération des formateurs.
- Frais de déplacement des formateurs et des stagiaires.
- Honoraires ou per diem du personnel de santé pour assister à la formation (le cas échéant).
- Besoins matériels :
 - Location de salle.
 - Modèle gynécologique (si utilisé).
 - Matériel de conférence (projecteur, écran, papier, etc.).
 - Accessoires pour le dépistage et le traitement.
 - Invitations aux femmes à bénéficier d'un examen gynécologique dans le cadre d'une séance de formation du personnel de santé.
- Support administratif.

Services de dépistage

- Salaires du personnel de soins impliqué dans le dépistage (y compris le personnel du laboratoire de cytologie, s'il en existe un). Il faut tenir compte du nombre et de la catégorie de personnel pour chaque centre de soins ainsi que du temps nécessaire pour le dépistage.
- Equipement et fournitures pour la pratique du dépistage dans les centres de soins primaires.
- Equipement et fournitures pour les laboratoires de cytologie qui effectuent les tests de dépistage.
- Formulaires cliniques pour collecter les informations et consigner les résultats des tests.



Services de diagnostic et/ou de traitement

- Salaires du personnel de soins impliqué dans le diagnostic et le traitement (y compris le personnel du laboratoire de pathologie, s'il existe).
- Equipement et fournitures pour le diagnostic et/ou le traitement et pour les soins palliatifs (pour une liste détaillée, voir Chapitre 6).
- Equipement et fournitures pour les laboratoires de pathologie analysant les biopsies (le cas échéant).
- Formulaire cliniques pour collecter les informations et consigner les résultats.
- Soins en milieu hospitalier pour les femmes ayant un cancer (probablement inclus dans le budget hospitalier).

Contrôle et évaluation

- Salaires du personnel du programme chargé de la gestion des dossiers, de la saisie des données, de la rédaction des comptes rendus et du support informatique (s'il est disponible).
- Papier, photocopies et autres fournitures de bureau pour les contrôles et les rapports.
- Logiciels servant aux contrôles et aux rapports (le cas échéant).
- Frais de réunions régulières avec les superviseurs régionaux pour discuter les résultats (salle, dépenses de réception, voyages).

Frais de support du programme

- Salaires du directeur du programme, du responsable administratif et des membres du personnel d'encadrement.
- Déplacement du directeur et des superviseurs régionaux lors des visites d'inspection dans les centres de soins.
- Transport des prélèvements du centre de dépistage au laboratoire de cytologie.
- Transport des prélèvements d'histopathologie au laboratoire de pathologie.
- Recrutement de nouveau personnel de soins ou administratif.
- Stockage et distribution de l'équipement et des fournitures dans les centres de soins.
- Entretien et réparation de l'équipement utilisé pour le diagnostic et le traitement.
- Equipement des centres de soins, si besoin est (par exemple table d'examen gynécologique).

Mise en place des systèmes de prestation des services

Une fois définis le plan d'action du programme et le budget, il faut prendre les dispositions nécessaires pour que tous les systèmes permettant de proposer des services de qualité soient en place avant le lancement du programme. En d'autres termes, il faut s'assurer que la documentation concernant le programme est prête, que des liens ont bien été établis entre la communauté et les structures, que les prestataires ont bien été formés et sont disponibles, que l'équipement et les fournitures ont bien été reçus et distribués et que les parties concernées et le personnel ont bien reçu les indications sur les objectifs et les stratégies du programme.

La plupart de ces préparatifs devront être faits en parallèle. L'équipe d'encadrement va donc devoir établir un échéancier réaliste, mettre en place des groupes de travail appropriés et coordonner les activités de façon à ce que les préparatifs soient achevés à temps pour le lancement du programme. Il est important de mettre en place ces systèmes et de développer les compétences *avant* l'ouverture des services pour que les structures et le personnel soient fins prêts pour recevoir les patientes.

Elaborer le matériel nécessaire au support du programme

Il faut élaborer tout le matériel nécessaire au support du programme : matériel d'I&E et de formation et formulaires cliniques. S'il existe déjà, il peut être utile de vérifier s'il a besoin d'être modifié. Sinon, il faut en créer d'après les éléments de la politique nationale.

Ce sont les formateurs qui vont élaborer les manuels de formation ainsi que le contenu et le calendrier des cours. La préparation du matériel d'I&E peut demander beaucoup de temps, d'efforts et de moyens. Il est donc préférable, dans la mesure du possible, d'adapter le matériel existant. L'ACCP possède une vaste documentation pour l'I&E et la formation. Elle peut être adaptée et traduite pour être exploitée dans différentes situations. Les annexes des Chapitres 7 et 8 présentent des listes de matériel.

Etablir des liens avec la collectivité et les structures

Pour être efficaces, les programmes de prévention du cancer du col doivent s'appuyer sur des réseaux de prise en charge qui fonctionnent bien et assurent la continuité des soins. Les organisateurs des programmes doivent constituer des équipes d'encadrement chargées d'élaborer des protocoles et des outils d'orientation et de prise en charge, d'identifier et d'améliorer les établissements spécialisés, et de créer et maintenir les réseaux de communication. Par ailleurs, il faut établir des liens avec les laboratoires, les autres secteurs de santé, les centres de traitement des données, et par-dessus tout avec la communauté. Le Chapitre 6 précise les modalités de mise en place et de maintien de ces liens.

Donner des indications à la collectivité, aux parties concernées et au personnel

Pour promouvoir les programmes de prévention du cancer du col, au sein de la collectivité et des structures de soin, il faut expliquer clairement au personnel, aux parties concernées et aux différents groupes de la communauté ce que l'on attend d'eux, leurs rôles et leurs responsabilités, de façon à ce qu'ils soient prêts à participer à l'exécution du programme. Ils doivent se familiariser avec le matériel nécessaire au support du programme (matériel d'I&E ou formulaires).

Assurer la formation et la disponibilité des prestataires

Avant de lancer le programme, l'équipe d'encadrement doit s'assurer qu'il y a suffisamment de personnel qualifié pour faire venir les femmes, assurer le dépistage et le traitement de celles dont le test est positif. La formation doit être assurée conformément au plan d'action. Il est important qu'elle ne débute pas trop tôt pour éviter que les prestataires ne perdent leurs nouvelles compétences et leur enthousiasme (voir Chapitre 8 pour plus de détails sur la formation).

Se procurer et distribuer équipement et fournitures

Les sites de prestation de soins doivent disposer du minimum requis : eau courante, aération et éclairage, appareils en état de marche, fournitures. Les installations doivent avoir les moyens de stocker l'équipement et les fournitures et de classer les dossiers médicaux. Il faut se soucier de l'acquisition et de la distribution de l'équipement et des fournitures, au moins trois mois avant le lancement du programme, en considérant :

- Le type d'équipement et de fournitures nécessaires.
- Les sources d'achat et de réapprovisionnement (détaillants).
- Les systèmes de commande et de livraison des équipements et des fournitures.
- La capacité de stockage.
- La réparation et l'entretien de l'équipement.

Il est important de s'assurer que la logistique pour la distribution des fournitures soit bien en place. L'équipe d'encadrement est généralement déjà familiarisée avec les mécanismes de commandes, d'achats et de distribution. Pour les programmes de prévention du cancer du col, il faudra probablement compléter les systèmes habituels. L'équipe d'encadrement va donc devoir identifier de nouveaux types de matériel et de nouvelles sources d'approvisionnement et examiner les possibilités de stockage et les systèmes de commandes de chaque dispensaire.

Se référer aux Annexes 6.1 et 6.4 pour une liste illustrée de l'équipement et des fournitures recommandés.

Mise en place des systèmes de supervision, de contrôle et d'évaluation

Avant de démarrer le programme, il faut impérativement instaurer des systèmes de supervision, de contrôle et d'évaluation. Cette étape correspond à la mise en place des moyens nécessaires au programme : nomination du personnel, formation appropriée, définition des indicateurs du programme et développement des outils de contrôle et d'évaluation.

Mettre en place des systèmes de supervision

La supervision constitue l'un des aspects essentiels de la qualité des prestations. Avant le lancement du programme, l'équipe d'encadrement doit mettre en place des systèmes de supervision au niveau de l'établissement et au niveau du district. Elle doit désigner des superviseurs, les former à leur nouveau rôle et à leurs nouvelles responsabilités et constituer un réseau continu de communication et de contrôle.

Le rôle du superviseur, au niveau du district et de l'établissement, consiste à contrôler et à évaluer la qualité du service, à guider le personnel et à faciliter la communication avec l'équipe d'encadrement. De plus, un superviseur de district, nommé au niveau national, assurera la supervision extérieure de tous les établissements de son district et partagera son expérience avec le réseau de superviseurs locaux.

Les superviseurs doivent être sensibilisés à leur rôle et à leurs responsabilités, qui sont notamment :

- *Contrôler et évaluer la qualité des services.* Les superviseurs jouent un rôle essentiel. Ils vérifient la bonne tenue des dossiers par le personnel. Ils doivent étudier scrupuleusement les données avec le personnel de l'établissement, examiner de près les taux de recrutement, de couverture et de positivité du dépistage, le temps entre l'envoi des prélèvements et le retour des résultats d'analyse du laboratoire et le taux d'adéquation des échantillons (cytologie et test ADN-VPH), et les taux de traitement. Ils doivent aider le personnel à utiliser toutes ces données pour la bonne prise en charge des patientes. Ils vérifient que les données sont bien collationnées et envoyées à l'équipe d'encadrement en temps utile.
- *Formation et tutorat.* Les superviseurs doivent veiller à l'organisation des formations et au suivi des stagiaires. S'ils sont eux-mêmes cliniciens, ils peuvent intervenir dans le contrôle des compétences cliniques et des interactions entre patientes et prestataires, y compris pour le conseil. Il faut pour cela qu'ils aient été eux-mêmes bien formés ou qu'ils soient en relation avec d'autres spécialistes qui puissent les épauler.
- *Etablir et maintenir la communication au sein du réseau de prestataires.* Quand les patientes doivent consulter à plusieurs reprises ou être renvoyées vers des établissements spécialisés, les liens entre les différents services prennent toute leur importance. Le superviseur peut constituer ce lien en communiquant et en interagissant fréquemment avec les différents prestataires et en favorisant la communication au sein de leur réseau. Il peut mettre en place et contrôler les systèmes de prise en charge et de retour de l'information et organiser des réunions régulières pour évaluer le fonctionnement du système.
- *Favoriser des services de qualité.* Le superviseur joue également le rôle du facilitateur. Il est souvent perçu comme un juge des performances du personnel ; en réalité, il doit être formé à superviser la qualité et à faire comprendre au personnel les normes et les directives. Mais il doit aussi susciter la confiance et le respect des membres du personnel – et faire en sorte qu'il en soit de même entre eux – ce qui est important pour la qualité des services. Enfin, le superviseur doit veiller à ce que les besoins des prestataires soient satisfaits, notamment en matière de formation et d'équipement.

Développer les moyens pour assurer la qualité

Il faut fournir au personnel des repères et des outils pratiques et faciles à utiliser pour gérer la qualité de façon continue. Ces outils doivent aider à identifier les problèmes et à trouver des solutions avec les moyens locaux. Par exemple, l'outil d'autoévaluation COPE^{®*} ('client-orienté, prestataire-efficace') (EngenderHealth 2004) aide le personnel à constamment améliorer la qualité et l'efficacité des services et à mieux répondre aux besoins des patientes, en identifiant des moyens d'actions concrets et immédiats. Le Chapitre 9 fournit de plus amples informations sur les outils d'amélioration de la qualité.

Définir les indicateurs du programme

L'équipe d'encadrement doit définir les indicateurs critiques qui seront utilisés pour contrôler la performance du programme. Pour chacun des objectifs – taux de couverture élevé, test de qualité et traitement des femmes dont le test est positif – l'avancement du projet peut se mesurer à l'aide d'indicateurs quantitatifs appropriés. Se référer au Chapitre 9 pour de plus amples informations sur les indicateurs, leur utilisation pour le contrôle du programme et l'identification des domaines à corriger. Ces indicateurs doivent être définis avant le lancement du programme.

Mettre en place le système d'information

Le contrôle de la performance du programme à partir d'indicateurs mesurables clairement définis, nécessite un système d'information de santé (SIS) qui produise des données de qualité en temps voulu. L'équipe d'encadrement devra s'assurer qu'un SIS a bien été mis en place pour collecter et synthétiser les données sur les indicateurs et produire des rapports. Avant le lancement du programme, il faut s'assurer que ce système fonctionne correctement avec un réseau de communication efficace, pour éviter les retards dans la collecte des informations et les délais de traitement des dossiers médicaux. Se référer au Chapitre 9 pour plus de détails sur l'utilisation du système d'information dans le cadre du contrôle et de l'évaluation du programme.

Lancement du programme

Il faut créer un événement avec les parties concernées, la communauté et le personnel de soins pour annoncer et inaugurer le programme. Cette manifestation inaugurale doit avoir lieu quand tout est en place – matériel nécessaire au programme, équipement et fournitures, formation des prestataires de soins et systèmes de contrôle de la qualité. Cet événement peut rassembler les décideurs, les principaux partenaires, les représentants de la collectivité et les médias, pour présenter le programme, les stratégies et les docu-



Cérémonie rassemblant les parties prenantes, le personnel de santé et les membres de la communauté, pour le lancement d'un nouveau programme.

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

ments, les membres de l'équipe d'encadrement et les superviseurs du secteur. Cet événement, organisé au sein de la communauté, permettra de dresser les grandes lignes du programme et de susciter l'enthousiasme et la motivation des prestataires et de la population pour sa réalisation. Il faut que les services fonctionnent en permanence dès le lancement du programme.

La troisième partie du manuel fournit des informations détaillées sur la mise en place des principaux éléments du programme.

Conclusion

Il faut préparer un plan d'action du programme de prévention et de lutte contre le cancer du col et le doter d'un budget approprié. Ce plan d'action doit décrire l'objectif de couverture locale de dépistage, l'estimation du nombre de femmes à traiter, les stratégies locales de prestation des services, la formation et les activités d'I&E. Ces stratégies visent à atteindre les objectifs du programme : taux de couverture élevé, dépistage de qualité et traitement des femmes dont le test est positif. Il est essentiel que tous les systèmes, moyens et compétences, soient en place avant l'inauguration du programme. La plupart des préparatifs doivent être menés en parallèle. L'équipe d'encadrement a un rôle important à jouer en fixant un échéancier réaliste et en coordonnant les différentes activités. Une fois le programme lancé, les services doivent être proposés conformément au plan d'action pour conserver le soutien des prestataires et de la communauté.



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 (coloscopie 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 :

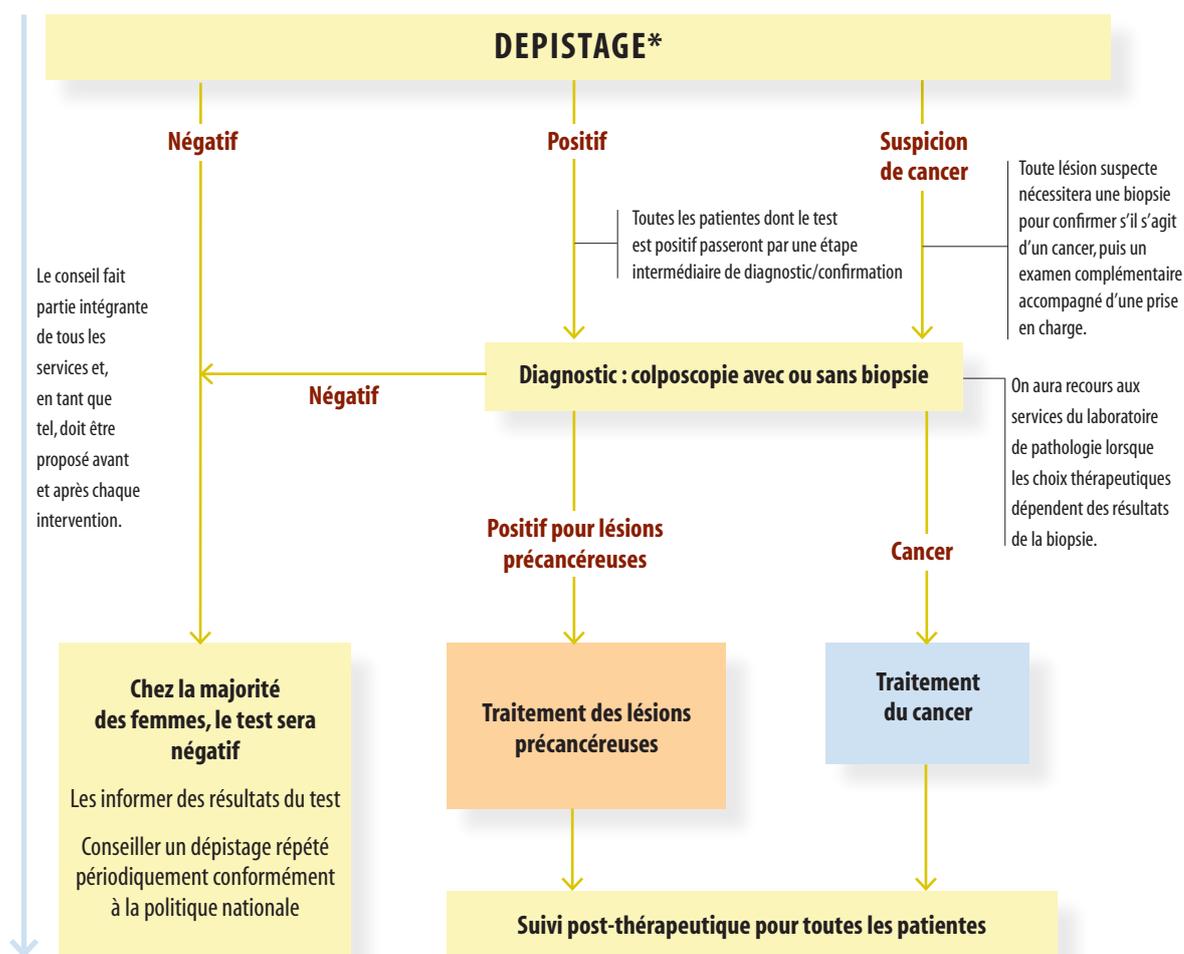
- *Approches classique et intermédiaire.* Le suivi des patientes dont le test de dépistage est positif débute par une étape diagnostique. En effet, dans le cadre de l'approche classique, la décision de traiter dépend des résultats de la biopsie réalisée sous contrôle colposcopique. Dans l'approche intermédiaire, 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-VPV nécessitent des services de laboratoire.

Suivi post-traitement

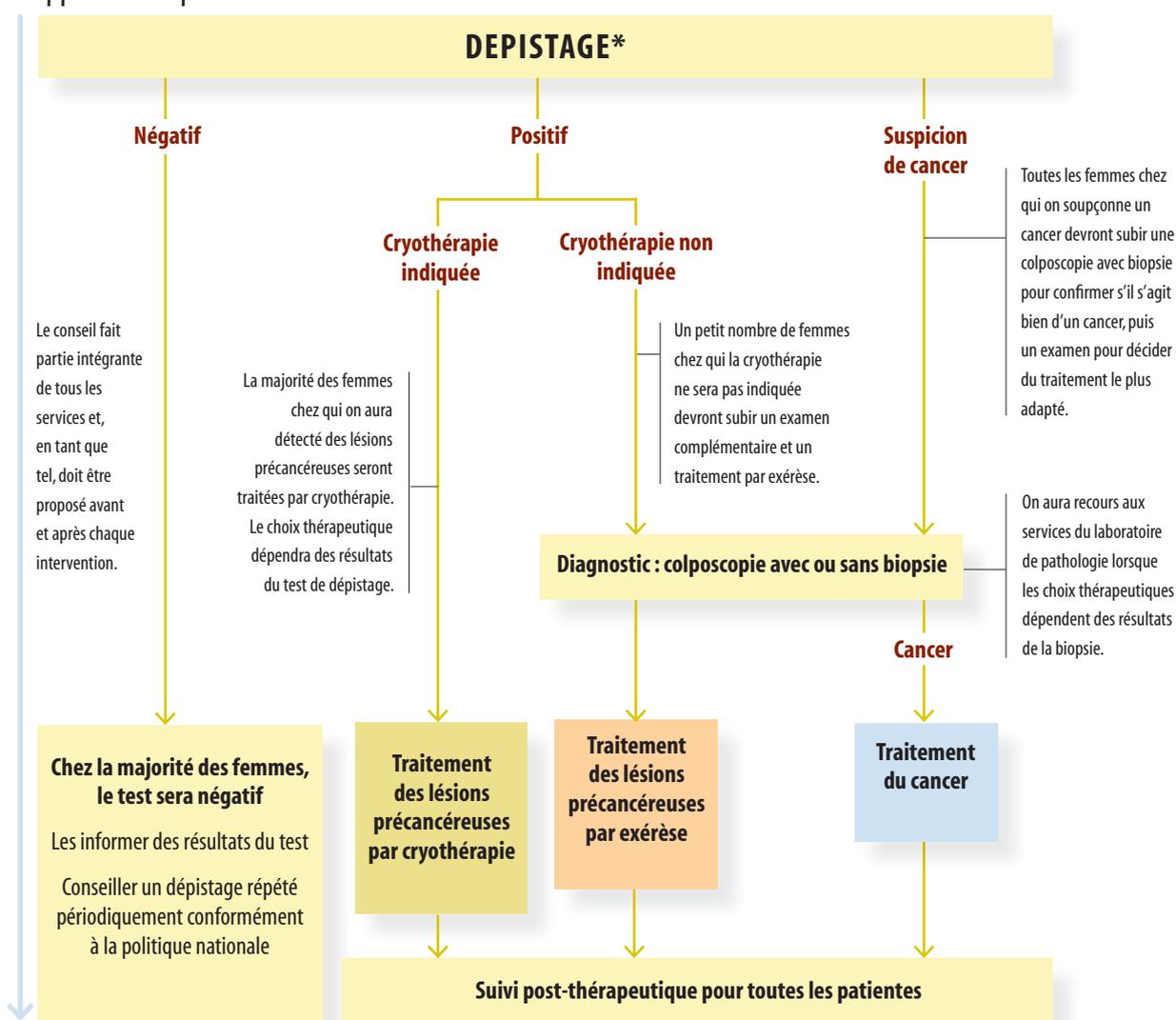
Toutes les femmes traitées pour des lésions précancéreuses doivent bénéficier d'un suivi pour confirmer leur guérison. Il est conseillé de le faire dans un délai minimum d'un an après le traitement. Si elles le souhaitent, les patientes peuvent revenir plus tôt pour une visite de soutien facultative. 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.

TABLEAU 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.

TABLEAU 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.



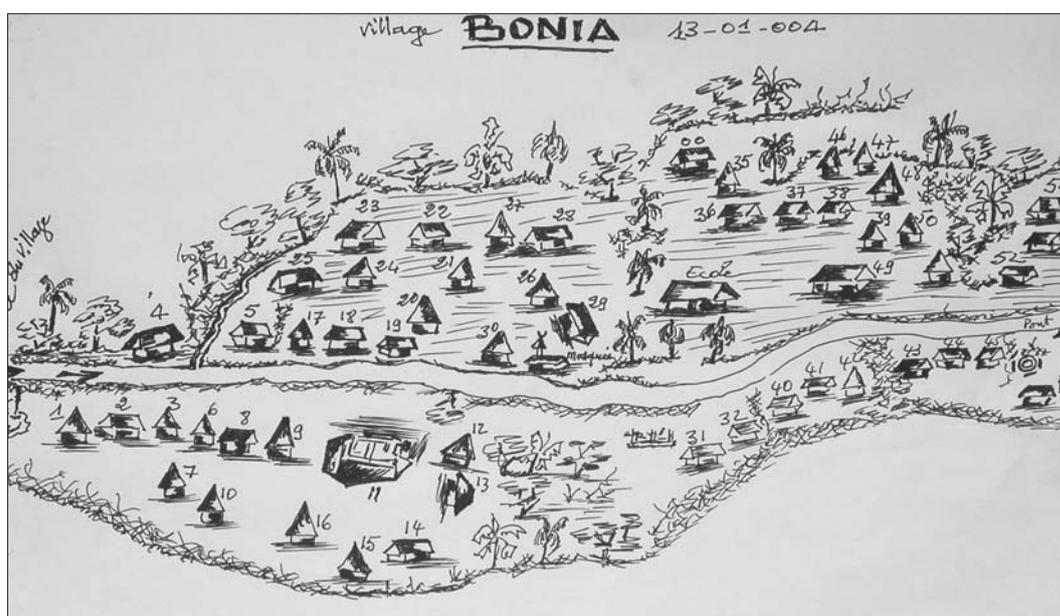
Chaque fois que l'une d'elles doit revenir pour chercher ses résultats, subir un traitement, un contrôle post-thérapeutique ou un dépistage répété périodiquement, l'agent de santé remplit une fiche. Il inscrit le numéro de la carte personnelle de la patiente/son numéro d'identification, les renseignements 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.

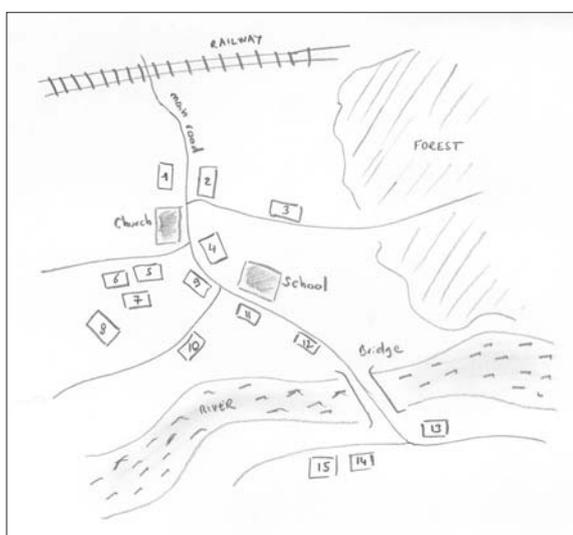
D'après CHIP 2004a.

- 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.

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

	Services cliniques fixes	Services cliniques itinérants (mobiles)
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure disponibilité de l'équipement et des fournitures et facilité de stockage. • Continuité des soins plus facile à assurer. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités de promotion, d'information et d'éducation au sein de l'établissement de soins (Chapitre 8) exigent des efforts permanents. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

TABLEAU 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
		<ul style="list-style-type: none"> • 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)**	<ol style="list-style-type: none"> 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.

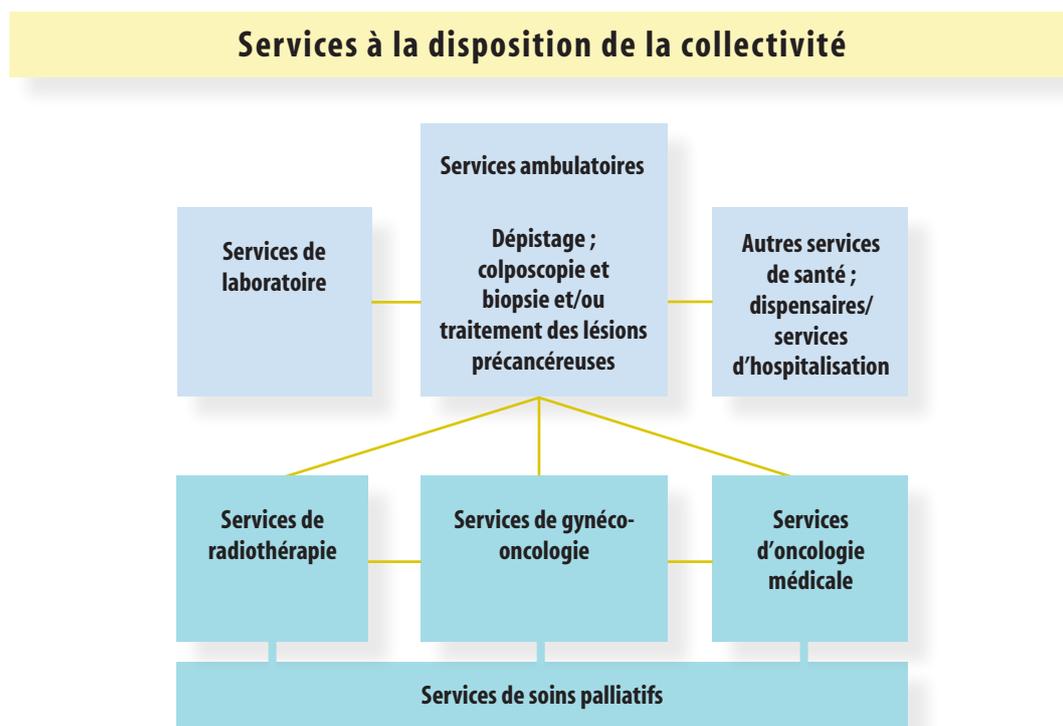
Identification des établissements à intégrer au réseau de prise en charge

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 carbonées 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 (organiseurs 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)
<p>1. Cytologie: Conventionnelle et en milieu liquide (LBC) Laboratoire de cytologie requis pour la coloration et l'examen des frottis (Pour en savoir plus, voir OMS 1998.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brosse endo-cervicale.

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et alternatives)
<p>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.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Étiquettes. 	
<p>3. IVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 pinces 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. 	<p>Alternatives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Table d'examen équipée de triers. <p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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). 	<ul style="list-style-type: none"> • Même équipement/fournitures que pour l'IVA et la lutte anti-infectieuse.
<p>5. Colposcopie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Même équipement/fournitures que pour l'IVA, l'IVL et le contrôle de l'infection. • Colposcope. • Sérum physiologique. • Spéculum endocervical. 	<p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).
<p>6. Biopsie et curetage endocervical (CEC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (subsulfate ferrique) ou bâtonnets de nitrate d'argent. 	<p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>7. Cryothérapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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/combiné 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). • Compresses vaginales (en cas de saignement). 	<ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>8. Résection à l'anse diathermique (RAD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 laissé 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et la lutte anti-infectieuse. <p>Alternatives</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>9. Conisation (conisation à froid)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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/biseauté). • 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). • Compresses de gaze. 	<p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spéculum d'Auvard (poids postérieur détachable). <p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>10. Conseil (se reporter aux Annexes 7.1 et 7.2 pour la liste du matériel requis)</p>		

Fournitures/équipement	Essentiel	Optimum (Équipement et fournitures complémentaires et autres alternatives)
<p>11. Contrôle des infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>12. Équipement et fournitures pour la prise en charge des urgences (S'adresse aux centres de recours spécialisés proposant les techniques de RAD et de conisation au bistouri, ainsi qu'aux centres assurant la prise en charge des complications graves)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Effectuer périodiquement une répétition des gestes d'urgence, en mettant en scène des situations d'urgence où médecins et infirmières jouent leur propre rôle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adrénaline. • Aminophylline. • Atropine. • Diazépam. • Diphénhydramine. • Hydrocortisone. • Prométhazine. 	<p>Complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
Pincés Longuette	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
Serpillère 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-VPH



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-VPH 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.

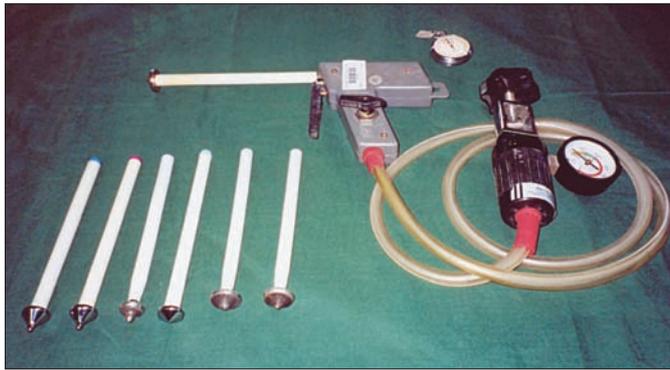
FIGURE 8. Appareil de cryothérapie

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.

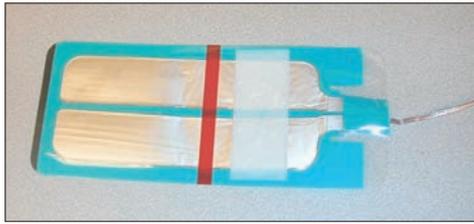


FIGURE 11. Equipement de résection à l'anse diathermique (RAD)

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



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.

TABLEAU 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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

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 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 carnivals 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 gynécologique 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.

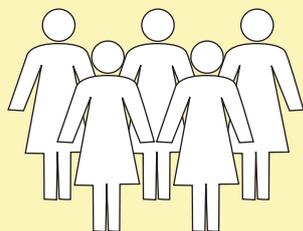
Prévoir un budget pour la formation

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.

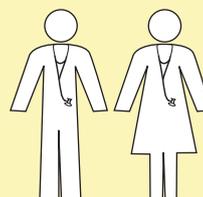
Combien de prestataires faut-il former ?

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



Nombre de femmes de la population cible qu'il faut dépister pour atteindre la couverture souhaitée



Nombre de prestataires nécessaires pour remplir les objectifs du programme



Nombre d'années nécessaires pour atteindre l'objectif de couverture

X



Taux de dépistage par prestataire (femmes par année)

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.

TABLEAU 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	Coloscopie : 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.

Étapes 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

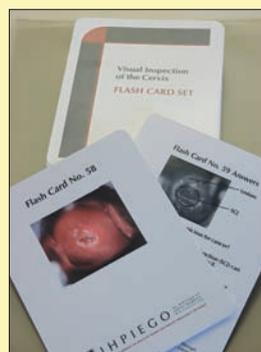
Les formateurs doivent répéter plusieurs fois la démonstration des techniques et les gestes cliniques à effectuer sur les patientes, à l'aide de modèles anatomiques et de supports audiovisuels adaptés. Les stagiaires doivent utiliser les guides d'apprentissage tout au long des différentes étapes de la 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 nouvelles compétences sont exploitées sur



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

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-

çant 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 Fulguration 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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.</p> <p>Fournit des explication sur la sélection du groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le traitement des lésions précancéreuses.</p> <p>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.</p> <p>Destigmatise le cancer du col en mettant l'accent sur la prévention.</p>
Histoire naturelle du cancer du col.	<ul style="list-style-type: none"> Rôle de l'infection à VPH dans les lésions précancéreuses. Lésions précancéreuses. Evolution des lésions précancéreuses en cancer. Cancer du col. 	<p>Fournit des bases pour expliquer ce qu'est le groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le traitement des lésions précancéreuses.</p> <p>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.</p> <p>Destigmatise le cancer du col en mettant l'accent sur la prévention.</p>
Anatomie et physiologie appliquées de l'appareil reproducteur féminin.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Fournit les bases nécessaires d'anatomie et de physiologie nécessaires à la réalisation des techniques de dépistage, au diagnostic et au traitement.</p>
Evaluation des patientes.	<ul style="list-style-type: none"> Enregistrement des antécédents médicaux. Examen gynécologique. 	<p>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.</p>

Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Conseil.	<ul style="list-style-type: none"> • 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).	<p>Pour chaque test auquel le personnel peut être formé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.



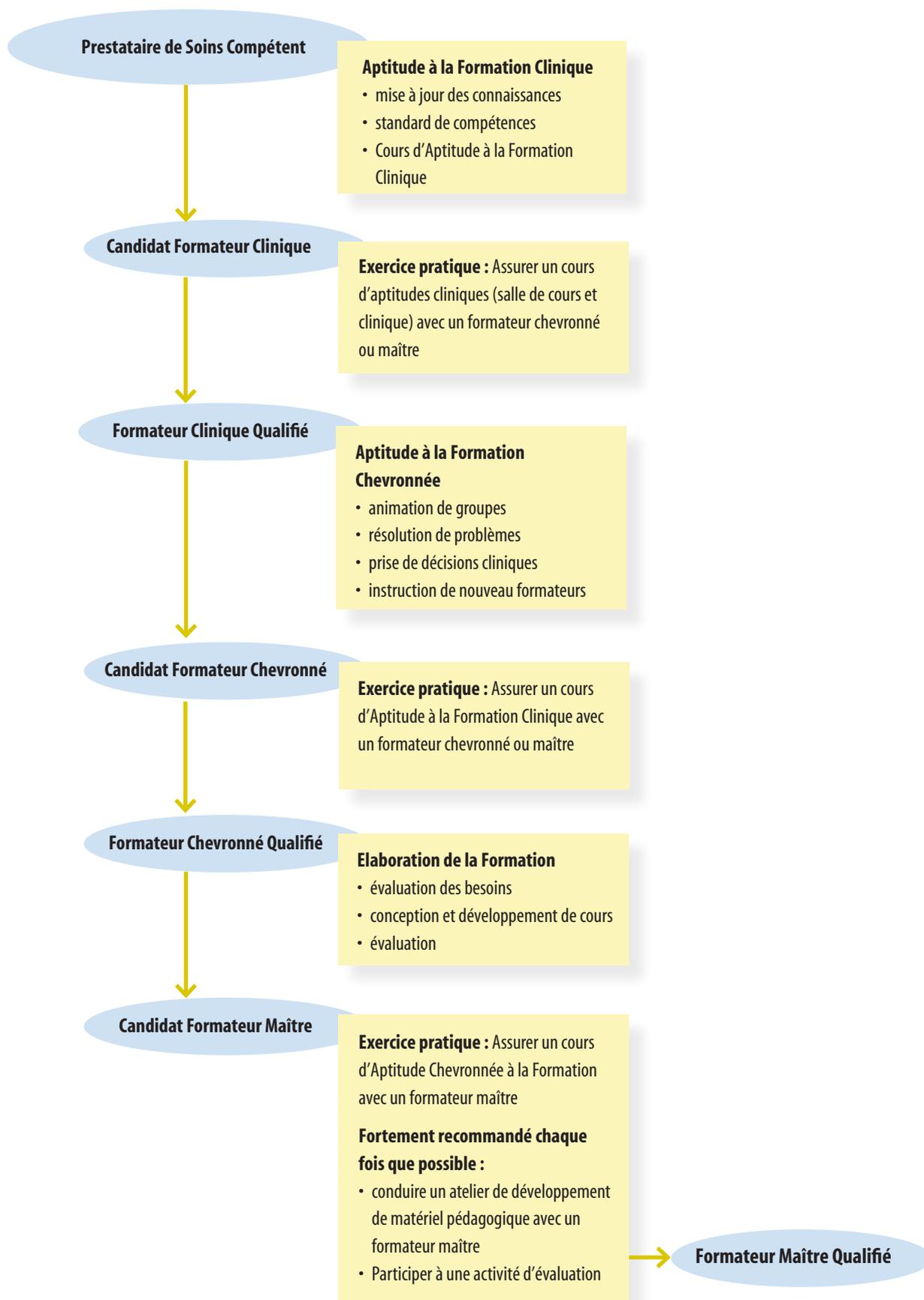
Thèmes essentiels de la formation	Éléments du contenu de la formation	Justification
Suivi post-thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none"> • Justification du suivi. • Quand procéder au suivi. • Durée du suivi. • En quoi consiste la visite de suivi. 	Favorise la continuité des soins.
Vue d'ensemble de la prise en charge du cancer du col.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmer le choix du (des) site(s) de formation. <input type="checkbox"/> Choisir l'hébergement (si nécessaire). <input type="checkbox"/> Choisir et approuver le choix de formateurs supplémentaires, de consultants, ou d'experts (si nécessaire). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sélectionner et prévenir les participants. <input type="checkbox"/> Entamer les démarches administratives. <input type="checkbox"/> Confirmer l'hébergement. <input type="checkbox"/> Re-confirmer la disponibilité des formateurs, des consultants, ou des experts. <input type="checkbox"/> Commander les documents pédagogiques, les fournitures et l'équipement. <input type="checkbox"/> Confirmer les dispositions pour recevoir les participants au centre de formation.
Un mois avant le cours	Une semaine avant le cours
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revoir le programme et les horaires du cours et les modifier si nécessaire (faire parvenir des copies aux participants et aux formateurs). <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> Préparer le matériel audiovisuel (transparents, diapositives, tableaux, etc.). <input type="checkbox"/> Visiter les salles de cours et confirmer la réservation. <input type="checkbox"/> Visiter le(s) site(s) de formation clinique et confirmer la(les) réservation(s). <input type="checkbox"/> Accuser réception du matériel pédagogique, des fournitures et de l'équipement. <input type="checkbox"/> Finaliser les démarches administratives (par exemple, transport vers/depuis le site de formation). <input type="checkbox"/> Re-confirmer l'hébergement. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revoir la liste finale des participants et leur demander des informations sur leur expérience et leurs responsabilités cliniques. <input type="checkbox"/> Réunir le matériel pédagogique. <input type="checkbox"/> Préparer les certificats de présence. <input type="checkbox"/> Re-confirmer la disponibilité des patientes qui se rendront au centre de formation.
Un à deux jours avant le cours	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Préparer les salles de cours. <input type="checkbox"/> Préparer et vérifier les supports audiovisuels et les autres outils de formation. <input type="checkbox"/> Mettre en place les modèles anatomiques et tous les instruments nécessaires. <input type="checkbox"/> 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 :

- Évaluer 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).

TABLEAU 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
<ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Moyens financiers • Supervision • Etablissements • Equipement • Fournitures • Formation • Organisation du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services de dépistage et de traitement • Services de qualité • Personnel compétent • Sensibilisation à la prévention du cancer du col 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de dépistage • Taux de traitement chez les femmes présentant des lésions précancéreuses • Changement de comportement • Soutien accru de la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Indicateurs 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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%)	<ul style="list-style-type: none"> • 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%)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 IVI positifs en dehors de l'éventail des valeurs attendues (5%–25%) **	<ul style="list-style-type: none"> • 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%)**	<ul style="list-style-type: none"> • 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%) **	<ul style="list-style-type: none"> • Cours de recyclage pour ceux qui font les prélèvements. • Vérifier les modes de conservation et de transport des échantillons.
Analyses de laboratoire	Analyses de laboratoire	Délai entre l'envoi du test au laboratoire et la communication des résultats (> 4 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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%	<ul style="list-style-type: none"> • 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%)	<ul style="list-style-type: none"> • 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%)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 centres 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

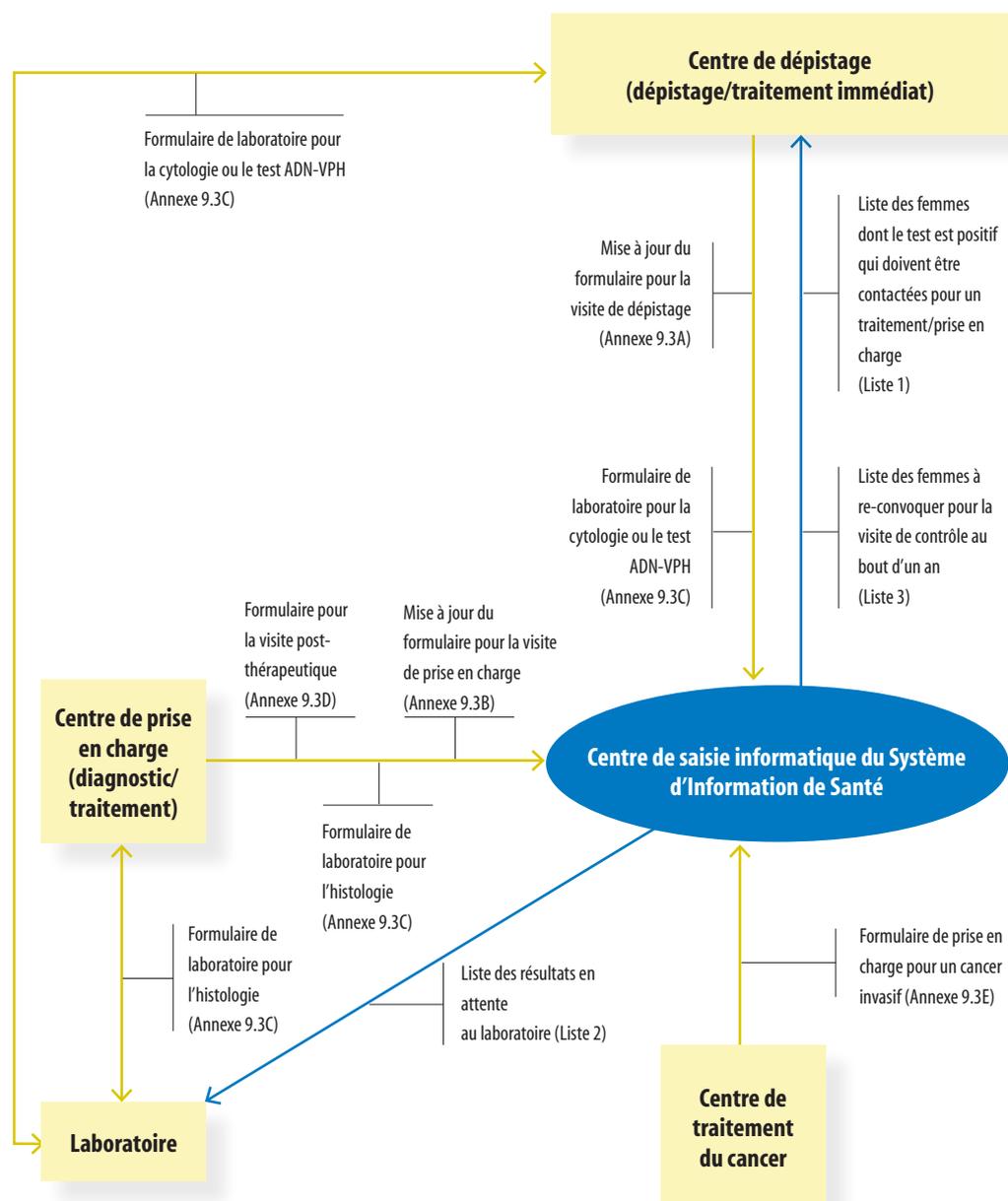
(SIS d'établissement). Ainsi, chaque formulaire portera en tête une rubrique commune consignnant des renseignements personnels sur la patiente, ce qui permettra d'assurer le lien avec son dossier médical dans le SIS.

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

[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/condyrome/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 _____)

Annexe 9.3C. Modèle de formulaire de liaison avec le laboratoire

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.)	_____ _____ _____ _____

Partie à remplir par le centre demandant l'analyse

Centre qui envoie l'échantillon (nom et code) _____ [][]

Date d'envoi de l'échantillon [][]/[][]/[][][][]

Echantillon envoyé (1 : frottis de Pap, 2 : VPH, 3 : Biopsie) []

Identification de l'échantillon au laboratoire _____

Référence du dossier médical _____

Code du laboratoire [][]

Date de réception de l'échantillon [][]/[][]/[][][][]

Date d'envoi du compte-rendu d'analyse [][]/[][]/[][][][]

Résultats d'analyse de l'échantillon (remplir uniquement la case correspondant au test utilisé)

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 _____)

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

Diagnostic histologique []
(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)

Commentaires : _____

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		

A portrait of a woman with dark hair, looking slightly to the right, set against a dark blue background. The image is partially obscured by the text on the right.

Vue d'ensemble des traitements du cancer du col de l'utérus et des soins palliatifs

Le chapitre 10 offre une vue d'ensemble des aspects cliniques et programmatiques relatifs au traitement du cancer du col de l'utérus et aux soins palliatifs afin d'améliorer, d'une part, les liens entre les services de prévention et les services de lutte contre le cancer et d'autre part, l'accès au traitement et aux soins palliatifs.

Traitement du cancer et soins palliatifs

Sommaire

Messages clés	217
Introduction	217
Rôle des équipes d'encadrement	218
Contexte général	218
Poids de la maladie	
Disponibilité des services quand les ressources sont limitées	
Diagnostic et options de traitement du cancer du col	
Stratégies pour établir et renforcer les services de traitement du cancer du col	225
Au niveau de la politique générale	
Au niveau de l'organisation	
Au niveau de la collectivité	
Soins palliatifs	230
Types de soins palliatifs	
Stratégies pour établir et maintenir des services de soins palliatifs	
Actions pour améliorer l'accès à la prise en charge de la douleur	
Autres interventions	
Conclusion	239
Bibliographie complémentaire	240
Annexe 10.1. Aspects techniques et programmatiques des options de traitement du cancer du col	241
Annexe 10.2. Analgésiques d'usage courant pour soulager la douleur associée au cancer	244
Annexe 10.3. Système de classification FIGO du cancer du col	245

Messages clés

- Les pays *ne disposant d'aucun service* de traitement du cancer du col doivent concentrer leurs efforts sur la mise en place et le renforcement des services de prévention et de soins palliatifs et sur la planification d'investissements dans les services centralisés de traitement de base du cancer du col.
- Les pays *disposant de services limités* de traitement du cancer du col doivent concentrer leurs efforts sur la mise en place et le renforcement des services de prévention et de soins palliatifs, tout en améliorant également l'accès à la chirurgie radicale (si le potentiel existe) et à la radiothérapie.
- Les services de prévention doivent être associés aux services de traitement et aux soins palliatifs et, si possible, intégrés au plan national de lutte contre le cancer.
- Les activités d'information et éducation (I&E) doivent permettre au personnel médical et aux patientes de prendre conscience qu'un traitement approprié permet de soigner la plupart des cas de cancer du col.
- Il faut des soins palliatifs à tous les niveaux des structures de santé, y compris au niveau des soins communautaires.
- Les soins palliatifs permettent non seulement de prendre en charge la douleur et les autres symptômes associés au cancer, mais ils aident aussi la collectivité à mobiliser les ressources locales, ils créent des liens avec les centres de traitement et offrent un soutien affectif, social et spirituel aux femmes en phase terminale et à tous ceux qui prennent soin d'elles.
- La réglementation des produits pharmaceutiques et les politiques médicales/pharmaceutiques limitent parfois inutilement l'accès à certains médicaments, particulièrement en milieu rural. Il convient alors de les évaluer et de les modifier.

Introduction

Les programmes de prévention du cancer du col vont inévitablement identifier des cas de cancer invasif. Lorsque la maladie est détectée et traitée dans ses tout premiers stades, il est souvent possible de la soigner. La chirurgie ou la radiothérapie permettent en effet de soigner plus de 80% des femmes chez qui la maladie a été détectée à un stade précoce. Les équipes d'encadrement trouveront dans ce chapitre les principales informations sur les aspects cliniques et programmatiques du diagnostic et du traitement du cancer du col, y compris les soins palliatifs, les objectifs étant non seulement d'améliorer l'accès aux services de traitement et de soins palliatifs, mais aussi de créer et de maintenir des relations efficaces entre les services de prévention et de traitement, les systèmes d'information et les registres du cancer.

Rôle des équipes d'encadrement

Le rôle des équipes d'encadrement consiste à coordonner les services de prévention avec ceux de traitement et de soins palliatifs. Pour mener à bien cette mission, elles doivent travailler en contact étroit avec les responsables et les professionnels impliqués dans le traitement du cancer du col pour :

- Veiller à la création et au maintien de liens efficaces entre les collectivités, les structures de soins proposant la prévention et le traitement du cancer, ainsi que des soins palliatifs et les registres du cancer.
- Elaborer des stratégies pour sensibiliser la population à l'importance de la détection précoce du cancer du col.
- Participer activement au développement de stratégies permettant d'assurer la disponibilité et l'accès des services de traitement du cancer et de soins palliatifs.

Contexte général

Poids de la maladie

Dans de nombreux pays en développement, une forte proportion des cancers du col sont diagnostiqués à un stade avancé, quand les traitements s'avèrent moins efficaces pour combattre la maladie, alors que dans les pays développés, la plupart des cas de cancer du col sont diagnostiqués à un stade plus précoce (le Tableau 10.1 présente les données spécifiques de quelques pays et l'Annexe 10.3 décrit les différents stades du cancer du col). Dans les pays en développement, le poids de la maladie est aussi dû en grande partie à l'absence totale ou quasi totale de services de traitement. Les taux de survie plus faibles dans ces populations s'expliquent donc par une consultation tardive et l'accès limité à des traitements appropriés (Sankaranarayanan et al. 1998).

TABLEAU 10.1. Distribution des cas de cancer du col de stade précoce dans quelques populations des pays développés et des pays en développement

Ville/pays	Période d'étude	Nombre total de cas de cancer du col	Proportion de cas de cancer du col de stade précoce (cancer localisé)
Cuba	1988–89	831	24,1%
Bombay, Inde	1982–86	8 861	11,7%
Madras, Inde	1984–89	6 141	6,8%
Rizal, Philippines	1987	937	5,2%
Chiang Mai, Thaïlande	1983–92	3 231	20,7%
Kampala, Ouganda	1995–97	261	14,6%
SEER (USA)*	1992–98	7 594	54,0%

*Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.

D'après Sankaranarayanan et al. 1998, SEER 2002.

Disponibilité des services de traitement quand les ressources sont limitées

La prise de charge des cas de cancer du col invasif représente toujours un défi important dans de nombreux pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne, à cause du manque d'installations chirurgicales, de prestataires qualifiés et de services de radiothérapie (Stewart et Kleihues 2003). Ainsi, dans cette région du monde, beaucoup de pays ne disposent quasiment pas, ou pas du tout, de services d'histologie. Quant aux services de radiothérapie, ils sont rares. Le continent africain compte moins d'appareils de radiothérapie que l'Italie à elle seule. De plus, les moyens des services de santé publique restent extrêmement limités en ce qui concerne la pratique de l'hystérectomie radicale. Dans certains pays, seul le secteur privé peut proposer le traitement du cancer du col, mais pour la majorité des femmes, son coût est prohibitif.

Obstacles rencontrés dans les pays disposant de services limités de traitement du cancer du col

Il existe plusieurs obstacles au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des cas de cancer du col et autres cancers, dans les pays disposant de services limités de traitement anti-cancéreux. Les principaux obstacles sont :

Du côté des patientes :

- Manque de sensibilisation du public à la détection précoce et au traitement du cancer invasif.
- Association du cancer à la mort.
- Barrières géographiques (transport, routes).
- Barrières économiques (incapacité à payer les soins ou autres dépenses liées à la maladie).
- Barrières socio-culturelles (se traduisant par différents profils d'accès aux soins).
- Barrières physiques et psychologiques associées à la maladie (par exemple, trop grande faiblesse ou dépression).

Du côté des prestataires :

- Manque de sensibilisation à la détection précoce et au traitement du cancer invasif.
- Pénurie d'équipement en état de marche et faible approvisionnement en médicaments chimiothérapeutiques.
- Pénurie de personnel qualifié.
- Absence de documentation sur les notions de soins fondamentales.
- Absence de liens entre les établissements de santé.

Dans beaucoup de pays qui disposent pourtant de services de traitement du cancer du col, très souvent, les patientes n'utilisent pas ces services, ne terminent pas leur traitement et ne se présentent pas aux visites de contrôle. Par exemple, une enquête conduite en Inde dans les six principaux centres anticancéreux, a montré qu'un quart des patientes atteintes d'un cancer du col ne prenaient pas ou n'allaient pas au bout du traitement prescrit et qu'un cinquième des patientes atteintes d'un cancer du col localisé ne se présentaient même pas pour un traitement.

Diagnostic et options de traitement du cancer du col

L'encadré ci-dessous présente les différents aspects du cancer du col. Les méthodes de traitement englobent la chirurgie radicale, la radiothérapie (intracavitaire et irradiation externe) et la chimiothérapie. L'Annexe 10.1 décrit pour chacune, la façon dont elle est pratiquée, dans quels cas elle est indiquée, l'établissement et le personnel requis, les coûts et la durée d'hospitalisation. Le Tableau 10.2 énumère leurs avantages et leurs inconvénients. Les équipes d'encadrement doivent absolument se familiariser avec toutes ces informations pour pouvoir conseiller et prendre une part active dans l'organisation et la coordination des services et pour développer des stratégies de sensibilisation au sein de la collectivité et du personnel médical.

Caractéristiques cliniques, diagnostic, stadification, examens et traitement du cancer du col

Caractéristiques cliniques Les symptômes cliniques d'un cancer du col invasif dépendent essentiellement de sa localisation et de son étendue. Dans les tout premiers stades, quand le cancer est limité au col de l'utérus (c'est à dire, localisé), les patientes ne manifestent habituellement aucun symptôme ou signe clinique. Ces derniers se manifestent quand la tumeur s'étend et affecte d'autres organes, comme le vagin, la vessie et le rectum et qu'elle finit par toucher des organes distants. Des pertes vaginales malodorantes teintées de sang, des saignements anormaux, la présence de sang dans les urines, une occlusion intestinale (nausées, douleur et distension abdominales), d'importantes douleurs dorsales, une anémie et une perte de poids, constituent quelques-uns des symptômes du cancer du col invasif. S'il s'étend à la vessie et au rectum, il peut se former des fistules entre ces organes et le vagin (fistules vésico-vaginales et recto-vaginales), qui entraînent des pertes d'urine et de selles par le vagin. Ce sont sans doute les symptômes les plus pénibles et les plus difficiles à maîtriser.

Diagnostic Lorsque le cancer du col est déclaré, son diagnostic clinique est assez simple. Chez la plupart des femmes manifestant les symptômes, l'examen gynécologique révèle une tumeur au niveau du col et son extension au vagin et aux tissus pelviens environnants. L'analyse cytologique ne suffit pas à confirmer le diagnostic de cancer invasif; il faut pour cela obligatoirement passer par une biopsie et l'examen histopathologique d'un échantillon tissulaire.



Stadification Pour proposer un traitement approprié, étudier la réponse à ce traitement et établir un pronostic (prédire la survie à long-terme), il faut déterminer l'étendue clinique du cancer au moment de son diagnostic et procéder à un bilan complet de l'état de santé général de la patiente. La «stadification» consiste à établir le stade de la maladie en déterminant l'étendue de la tumeur à l'intérieur et au-delà du pelvis, grâce à un examen gynécologique et à d'autres procédés d'investigation (voir ci-dessous). Le système de stadification le plus utilisé est celui proposé par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) qui classe la maladie du Stade I (stade précoce) au Stade IV (tardif, ou plus avancé). On trouvera en Annexe 10.3, les détails concernant les différents stades du cancer du col selon la classification FIGO.

Examens Il existe des tests diagnostiques sophistiqués qui donnent de précieuses informations pour planifier le traitement. Mais comme ils coûtent extrêmement cher, ils sont généralement inenvisageables quand les ressources sont limitées. Il s'agit d'examens destinés à vérifier si le cancer a envahi d'autres organes : examen de l'intérieur de la vessie (cystoscopie) et de la partie basse du rectum et du canal anal (proctoscopie), radiographie des poumons et des reins (pyélographie/urographie intraveineuse). Il est également conseillé de pratiquer une numération sanguine et un bilan des fonctions hépatique et rénale. L'échographie, la tomographie assistée par ordinateur (TAO) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peuvent apporter quelques informations supplémentaires, mais ne sont pas obligatoires. En raison du niveau de ressources élevé requis par ces techniques, on se contentera dans de nombreuses régions, d'un examen au spéculum, du toucher bimanuel recto-vaginal et d'un examen visuel du canal rectal (proctoscopie) pour stadifier le cancer du col.

Traitement La chirurgie, la radiothérapie ou la combinaison des deux, avec ou sans chimiothérapie, permettent de traiter les cancers invasifs. Le choix du traitement dépend essentiellement de la taille et de l'étendue clinique du cancer. Par exemple, la chirurgie (hystérectomie radicale) pratiquée par des chirurgiens qualifiés, compétents et expérimentés, permet de traiter efficacement les stades précoces. Quant à la radiothérapie qui consiste à utiliser les rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses, elle peut être utilisée aussi bien pour traiter les stades précoces que les stades avancés du cancer du col. Il existe deux façons de pratiquer la radiothérapie : radiothérapie intracavitaire (également connue sous le terme de brachythérapie) ou radiothérapie par irradiation externe (téléthérapie). La brachythérapie représente la principale forme de radiothérapie du cancer du col. Le Tableau 10.2 présente les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de traitement. Ainsi, on n'utilise pas la chimiothérapie comme traitement de première ligne du cancer du col. La prise en charge efficace des femmes atteintes d'un cancer du col passe par une approche pluridisciplinaire impliquant des gynécologues, des cancérologues radiothérapeutes, des médecins cancérologues, des pathologistes, des médecins nucléaires, des techniciens, des infirmières et des psychologues (Voir Annexe 10.1 pour les principales caractéristiques des méthodes de traitement du cancer du col).



Suivi On conseille généralement aux femmes un suivi médical régulier, pendant au moins deux à cinq ans après le traitement, pour vérifier la réponse à ce dernier et détecter le plus tôt possible les récurrences, s'il y en a. Au cours des visites de contrôle, l'examen clinique du col, du vagin et du rectum permet de vérifier si la maladie est totalement guérie, si elle persiste ou s'il y a des signes de récurrences ou de dissémination. Mais dans de nombreux pays en développement, les moyens de traitement sont très limités en cas de maladie résiduelle ou récurrente, détectée au cours du suivi.

Facteurs de pronostic Le stade clinique de la maladie au moment de sa détection est le principal et unique indicateur prédictif pour la survie à long terme. Sachant que les récurrences plus de cinq ans après le traitement sont extrêmement rares, la survie à cinq ans représente un bon indice de guérison. Quand le traitement est approprié, la survie à cinq ans :

- Excède 80% chez les patientes dont le cancer a été diagnostiqué au Stade I
- Excède 70% chez les patientes dont le cancer a été diagnostiqué au Stade IIA.
- Se situe autour de 40 à 50% chez les patientes dont le cancer a été diagnostiqué aux Stades IIB et III.
- Est inférieure à 10% chez les patientes dont le cancer a été diagnostiqué au Stade IV.

D'après Sankaranarayanan 1995, Sankaranarayanan 1998.

TABLEAU 10.2. Avantages et inconvénients des différentes méthodes de traitement du cancer du col

Caractéristiques	Chirurgie radicale	Radiothérapie	Chimiothérapie
<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquée par des chirurgiens qualifiés et expérimentés, elle est efficace pour traiter les stades précoces de la maladie (Stade I et certains Stades IIA). • Permet de préserver les ovaires chez les jeunes femmes et évite la sténose vaginale (rétrécissement). • La mise en place des services de chirurgie nécessite moins d'investissements que les services de radiothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisée pour traiter le cancer du col à tous les stades, ainsi que d'autres types de cancer (par exemple, les cancers du sein, de la tête et du cou). • Son efficacité varie en fonction du stade de la maladie. • La radiothérapie est le seul traitement réaliste une fois que la maladie a dépassé le Stade IIA, quand la chirurgie n'est plus possible ou inefficace. On se sert fréquemment de la radiothérapie pour traiter des tumeurs moins étendues quand il n'y a pas d'expertise chirurgicale. • Les taux de survie sont identiques à ceux obtenus avec la chirurgie dans les cas de cancer de stade précoce. • La radiothérapie constitue une alternative tout à fait appropriée pour les femmes dont la maladie est à un stade précoce, mais pour qui la chirurgie présente un risque. • Essentiellement dispensée sous forme d'un service en ambulatoire/consultation externe. • Pour la radiothérapie intracavitaire, les machines à débit de dose élevé peuvent traiter 1000 à 2000 patientes par an et peuvent aussi servir à traiter d'autres cancers (tête et cou, sein, cerveau, rectum, prostate). Plus la machine est utilisée, moins le coût par patiente est élevé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être combinée avec la radiothérapie pour traiter un cancer localement avancé. • Peut être utilisée pour traiter un cancer du col très avancé. 	

Caractéristiques	Chirurgie radicale	Radiothérapie	Chimiothérapie
<p>Inconvénients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie est moins efficace chez les patientes dont le cancer s'est étendu au-delà du col aux tissus environnants. • Requiert des gynécologues qualifiés et expérimentés. • Nécessite une hospitalisation (10–14 jours). • Entraîne parfois des complications : infection pelvienne, thrombose de la veine pelvienne et pneumonie post-opératoire. Les fistules urétérovaginales ou vésicovaginales peuvent également faire partie des complications post-opératoires chez moins de 1% des patientes. 	<p>Radiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiert des oncologues radiologues qualifiés et expérimentés, des spécialistes en médecine nucléaire et des techniciens en radiothérapie pour dispenser le traitement, faire fonctionner et entretenir le matériel. • Nécessite un équipement coûteux et un approvisionnement en sources radioactives. Nécessite également des contrats d'entretien et d'approvisionnement en pièces détachées. • Si l'utilisation est faible, le coût par patient augmente, dans la mesure où l'appareil doit être entretenu et la source radioactive changée régulièrement, indépendamment du nombre de patients traités. • Nécessite une alimentation électrique fiable. • Les effets secondaires aigus comprennent l'inflammation du rectum (proctite) et de la vessie (cystite) induite par l'irradiation. Des complications tardives, telles qu'une occlusion intestinale et la formation de fistules rectovaginales ou vésicovaginales peuvent se produire. • La brachythérapie à faible débit de dose nécessite une salle d'opération et des services d'anesthésie pour placer le cathéter intra-utérin et les applicateurs vaginaux (ovoïdes). Cet appareil ne s'utilise que pour traiter les cancers gynécologiques. 	<p>Chimiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiert des médecins oncologues qualifiés et expérimentés. • Le prix élevé des agents de chimiothérapie les rend inaccessibles et très peu disponibles dans de nombreux pays. • Pas efficace en traitement de première ligne.

Stratégies pour établir et renforcer les services de traitement du cancer du col

La mise en place de services de traitement du cancer du col requiert une planification et une organisation soigneuses, auxquelles doivent participer les représentants des parties concernées et le personnel possédant l'expertise indispensable au traitement de ce cancer. D'après les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO 2002a), les décideurs et les équipes d'encadrement doivent prévoir des investissements progressifs dans les services de diagnostic et de traitement du cancer. Comme ce sont les services de prévention qui vont détecter les cas de cancer du col, il est particulièrement important de les implanter en relation avec des services de traitement anticancéreux. Dans les pays ne disposant pas de structures capables d'assurer le diagnostic et le traitement du cancer, l'investissement initial devra donc être consacré en priorité à l'instauration de services de diagnostic clinique, d'histopathologie, de chirurgie et de soins palliatifs. Les investissements en radiothérapie pourront être considérés dans un second temps, une fois que les services de base auront été établis de façon durable.

Les stratégies destinées à améliorer l'accès aux soins anticancéreux peuvent être conduites à trois niveaux : politique générale, organisation et collectivité. Ces stratégies seront différentes en fonction des ressources disponibles et du cadre politique et législatif de chaque pays. Même si elles sont rarement impliquées au niveau des choix stratégiques, les équipes d'encadrement peuvent aider les décideurs à mieux cerner les politiques indispensables au soutien des services de traitement du cancer. Elles peuvent également être amenées à jouer un rôle important en impliquant les parties concernées et en sensibilisant la collectivité.

Au niveau de la politique générale

Il faut tout d'abord mettre en place une législation sociale ou des mécanismes qui réduisent les obstacles financiers, pour que les femmes atteintes d'un cancer du col aient toutes accès à un traitement. A ce stade, il faut se mobiliser et impliquer les parties concernées pour qu'elles placent les besoins de ces patientes en tête des priorités politiques.

En principe, la sélection des modes de traitement fait partie des choix stratégiques. Pour faciliter cette étape décisionnelle, l'Annexe 10.1 et le Tableau 10.2 précisent les implications techniques, programmatiques et financières des différentes méthodes curatives. Par exemple, les agents de chimiothérapie sont chers et peu disponibles dans beaucoup de pays en développement. On peut quand même envisager cette option en achetant les médicaments à un prix inférieur dans certains pays en développement, comme le Brésil, la Chine, l'Inde ou l'Afrique du Sud.

Une autre politique importante consiste à instaurer des protocoles nationaux pour la prise en charge du cancer du col. Ces protocoles doivent être adaptés aux ressources du pays. Cette stratégie implique trois étapes :

- Constituer une équipe opérationnelle pluridisciplinaire chargée de mettre en place les protocoles nationaux et de les réviser régulièrement.
- Organiser des réunions pour expliquer et distribuer les protocoles à tout le personnel concerné.
- Veiller à ce tous les agents de santé concernés reçoivent une copie des protocoles.

Au niveau de l'organisation

Planifier et investir dans des services centralisés de traitement de base du cancer

S'il est possible dans un même pays d'implanter des services de chirurgie dans plusieurs établissements de soins, aussi bien de niveau tertiaire que secondaire, il est en revanche préférable de centraliser les services de radiothérapie et de chimiothérapie dans les structures tertiaires. Le nombre d'appareils de téléthérapie (faisceau d'irradiation externe) requis dépend de la pyramide d'âge de la population et de l'incidence nationale du cancer. Dans la plupart des pays en développement, le traitement par radiothérapie nécessite au minimum un appareil de téléthérapie pour une population d'environ deux millions de personnes.

Mise en place de services de chirurgie radicale

Les établissements proposant la chirurgie radicale doivent être équipés de façon appropriée pour dispenser des soins pré-opératoires, opératoires et post-opératoires. Il est crucial qu'ils disposent d'un accès aux services de transfusion sanguine et de laboratoire, ainsi que d'une salle d'opération en parfait état de fonctionnement avec des chirurgiens qualifiés et expérimentés, des anesthésistes et des infirmières de salle d'opération. Des infirmières qualifiées et expérimentées devront également assurer les soins et la surveillance post-opératoires.

Mise en place de services de radiothérapie

Comme précisé en Annexe 10.1, la radiothérapie nécessite un équipement spécialisé qui permet toutefois de traiter tous les stades de cancer du col. De courtes séances de radiothérapie permettent de soulager très efficacement la douleur localisée chez les patientes à un stade avancé de la maladie. Par ailleurs, les unités de radiothérapie peuvent être utilisées pour traiter bien d'autres cancers (cancers de la tête et du cou, du sein, du cerveau, de la prostate). Une fois l'unité de radiothérapie installée, le coût par patiente diminuera avec l'augmentation de son utilisation.

Les équipes d'encadrement décideront des besoins en équipement, en tenant compte du coût et de l'utilité des différents appareils. Par exemple, les appareils de télécobalt (Annexe 6.4) et les accélérateurs linéaires délivrent tous deux un faisceau d'irradiation externe, mais les accélérateurs linéaires procurent très peu d'avantages supplémentaires par rapport aux appareils de télécobalt. Or, ces derniers sont moins chers. Ils émettent des doses de rayons plus faciles à régler et ne demandent qu'un entretien minime. La brachythérapie est essentielle dans le traitement du cancer du col. La brachythérapie à haut débit de dose est particulièrement utile dans les pays comptant de nombreux cas de cancer du col, dans la mesure où elle permet de traiter un grand nombre de patientes sans avoir recours à l'anesthésie générale et à l'hospitalisation. Les outils accessoires à la radiothérapie peuvent être introduits une fois que l'équipement de base est installé et que les services fonctionnent.

L'Agence internationale pour l'Energie Atomique (AIEA) offre une aide technique et financière à la demande des états membres pour établir et maintenir des services de radiothérapie et pour former des professionnels dans ce domaine. Les équipes d'encadrement peuvent prendre contact avec les personnes compétentes à l'AIEA par internet (www.iaea.org) ou en écrivant directement à :

ARBR/NAHU, Agence internationale pour l'Energie Atomique
P.O. Box 100
A1400 Vienne, Autriche

Organiser les programmes de formation

Comme précisé Chapitre 8, l'organisation des programmes de formation au traitement du cancer du col nécessite tout d'abord le choix de sites de formation qui reçoivent suffisamment de malades, des formateurs expérimentés et les stagiaires appropriés. Le cursus de formation doit suivre les protocoles nationaux.

Dans les pays qui ne disposent pas de services de traitement du cancer du col, il est important de former un noyau de personnel médical aux disciplines essentielles du diagnostic et du traitement du cancer du col. Il est conseillé de réaliser les programmes de formation dans le pays-même, afin d'expliquer les techniques et les approches de prestation des soins de façon concrète, dans les conditions que les stagiaires vont rencontrer chez eux. Si ce n'est pas possible, il est préférable de faire appel aux formateurs qualifiés et expérimentés des pays disposant de systèmes de santé et socioculturels similaires.

Dans les pays en développement qui ont besoin d'accroître la capacité de leurs services de traitement du cancer du col, il est indispensable d'organiser des programmes de formation ciblés et intensifs. Le personnel compétent et expérimenté du pays peut lui-même assurer la formation. Le recyclage doit faire partie intégrante de tous les programmes de formation. Enfin, pour permettre aux agents de santé d'entretenir leurs compétences, il faut qu'ils puissent pratiquer leur savoir-faire dans des établissements qui reçoivent un nombre de patientes suffisamment important.

Etude de cas : campagnes de sensibilisation au cancer du col

A Barshi, en Inde, on a observé une amélioration progressive de la distribution des stades de la maladie et de la survie à trois ans, après des campagnes de sensibilisation de la population au cancer du col. Dans le cadre d'une étude de sensibilisation, actuellement en cours dans le district de Solapur, on étudie l'impact d'un programme d'éducation à la santé sur l'incidence du cancer du col, la distribution des stades de la maladie, la survie et la mortalité. On compare ces données à celles d'une région témoin de même taille, n'ayant bénéficié d'aucune intervention particulière. L'éducation à la santé s'est faite à l'occasion de discussions avec les agents de santé qui ont effectué des visites à domicile et lors de forums organisés pour les femmes dans les villages. Les discussions ont porté sur les différents aspects de l'hygiène intime et du cancer du col et de ses symptômes et sur l'existence des services de diagnostic et de traitement sur le district. L'incidence du cancer du col était similaire dans les deux groupes, mais on a observé une nette amélioration de la distribution des stades de la maladie et de la mortalité dans le groupe d'intervention, quatre ans après le début de l'étude (Jayant et al. 1995, Parkin et Sankaranarayanan 1999).

Proposer aux patientes éducation, information et assistance

Les patientes ont le droit d'être informées du diagnostic médical et du pronostic les concernant, des risques et des bénéfices associés aux différentes options de traitement proposées, ainsi que des conditions de suivi (pourquoi, combien de fois et où). Les pati-

entes et leurs familles sont souvent dépassées par la complexité des formalités administratives des structures de soins. Elles ont du mal à organiser ou à réclamer une aide financière, dont elles ignorent très souvent la possibilité. Les équipes d'encadrement doivent donc se tenir au courant des lois et des réglementations en matière de tarifs réduits dans les transports et des conditions de remboursement, pour que les patientes puissent bénéficier de ces avantages. Mais, pour garantir aux femmes l'accès aux informations les plus récentes, les programmes doivent respecter les étapes suivantes :

- Elaborer et diffuser de façon appropriée des documents imprimés faciles à comprendre dans la langue du pays.
- Inciter le personnel des structures de soins à donner tous les renseignements nécessaires sur les questions administratives, les aides sociales disponibles permettant d'accroître l'observance du traitement et les endroits où il est possible d'obtenir une assistance médicale, que ce soit au sein de la collectivité ou d'un centre de soins local.
- Former les agents de santé aux techniques de communication et de conseil, afin d'améliorer leurs rapports avec les patientes et leur entourage.
- Recruter des agents de santé communautaire chargés de la communication.

Réactualiser les connaissances des prestataires et des gestionnaires des services de prévention

Tous les programmes de formation à la prévention du cancer du col doivent comporter une session concernant la prise en charge de ce cancer, en insistant sur le diagnostic, les traitements et le pronostic selon les différents stades de la maladie. Il faut également insister sur le message suivant : «On peut soigner le cancer du col, à condition que les femmes bénéficient d'un accès immédiat aux services de dépistage et de traitement».

Renforcer les systèmes d'information de santé, y compris les registres de cancer

Il est indispensable de mettre en place des systèmes de dossiers médicaux pour surveiller et évaluer l'efficacité du traitement. Pour cela, il faut respecter les étapes ci-dessous :

- Etablir des dossiers médicaux standardisés dans lesquels seront notés les observations cliniques, les résultats des examens, la stadification du cancer, les traitements envisagés, le traitement appliqué et la réponse au traitement. Les dossiers doivent également contenir toutes les données relatives au suivi médical (dates d'examen, observations cliniques et évolution de la maladie).
- Organiser régulièrement des audits cliniques méthodiques et passer en revue les dossiers médicaux pour vérifier s'ils sont complets, faire le point sur la prise en charge et améliorer le traitement selon les nécessités.
- Mettre en place des registres du cancer dans les hôpitaux pour rassembler les données sur tous les cas de cancer examinés dans l'établissement. Extraire les données importantes des dossiers médicaux et les consigner régulièrement sous le format approprié.
- Mettre en place des registres du cancer dans la population pour rassembler de façon suivie les données concernant les personnes appartenant à une population définie, chez qui a été diagnostiqué un cancer. Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) propose une assis-

tance technique pour mettre en place des registres du cancer. Pour plus d'informations, consulter le site web du CIRC (www.iarc.fr). On pourra contacter le personnel compétent à l'adresse suivante :

Unité d'Epidémiologie Descriptive
Centre international de Recherche sur le Cancer
150 cours Albert Thomas
Lyon 69008
France
Email : dep@iarc.fr

Décentraliser les soins pour les patientes atteintes d'un cancer incurable

Le personnel de santé des structures de soins primaires et secondaires est tout à fait compétent pour traiter les symptômes des stades avancés de la maladie chez les patientes atteintes d'un cancer incurable. Il peut aussi se mettre en relation avec les agents de santé communautaire (ASC) pour faciliter les soins et le suivi de ces patientes (les soins palliatifs sont discutés en détail un peu plus loin dans ce chapitre).

Etablir et entretenir les liens avec la communauté et les autres services de santé

Le traitement du cancer nécessite une bonne coordination, qui s'appuie à la fois sur les réseaux de communication externe et interne (stratégies I&E) permettant d'assurer la circulation de l'information à travers les différents niveaux de soins, entre les prestataires et au cours du temps (c'est à dire, depuis le premier contact avec la patiente) (WHO 1990). L'une des principales responsabilités des équipes d'encadrement consiste à établir et à maintenir les liens entre les différents services à l'intérieur d'un établissement—par exemple, les services d'hospitalisation et de consultation ambulatoire, la pharmacie et les unités de dépistage et de diagnostic—et entre les sites de prestation des services et les autres structures de soins au sein de la collectivité. D'autre part, les équipes d'encadrement peuvent bénéficier de la collaboration avec les organismes non gouvernementaux et autres institutions communautaires qui dispensent des soins anticancéreux.

Il est possible d'établir et d'entretenir des liens avec la population en engageant des ASC qualifiés pour communiquer avec les patientes, les accompagner quand elles doivent subir un traitement, repérer celles qui nécessitent un suivi médical et leur offrir une assistance ainsi qu'à leur entourage. Le Chapitre 6 explique en détail comment établir des liens avec la population et entre les différents services de santé.

Au niveau de la collectivité

Le coût prohibitif des thérapies anticancéreuses est un obstacle pour les patientes et leurs familles. Pour améliorer l'accès au traitement, les suggestions proposées ci-dessous réclament parfois des mesures de politique générale en matière de financement, ce qui n'est pas toujours dans le cadre du mandat des équipes d'encadrement.

- Rembourser à la patiente les frais de voyage aller et retour vers le centre de soins anticancéreux. En Inde, la patiente et son accompagnateur bénéficient d'une réduction des tarifs de chemin de fer.
- Offrir un hébergement gratuit ou subventionné pour permettre aux patientes de rester sur place jusqu'à la fin du traitement (parce que très souvent, les protocoles nécessitent des doses multiples étalées sur plusieurs jours).

- Offrir une assistance pour réduire le poids économique et social de la maladie. Les services sociaux doivent être considérés comme une composante à part entière des services d'oncologie.

D'autres approches peuvent être entreprises au niveau de la collectivité pour améliorer l'accès au traitement du cancer :

- Offrir des services adaptés au contexte culturel, qui tiennent compte des besoins des femmes. Respecter les dialectes locaux, les croyances et la sensibilité des patientes, lors de l'organisation de la prestation des soins. Les agents de santé doivent se familiariser non seulement avec la structure régionale démographique et sociale, mais aussi avec les éventuelles barrières socio-culturelles au traitement.
- Faciliter les soins à domicile. De nombreux problèmes physiques peuvent être évités ou pris en charge, grâce à une coordination des efforts de la patiente, de ceux qui prennent soin d'elle et des agents de santé.
- Mobiliser les systèmes communautaires, surtout dans les régions comptant peu de travailleurs sociaux. Les associations de patientes ou les réunions de groupe permettent parfois de partager les informations et de réclamer des soins de qualité et des mesures de protection sociale.
- Procurer aux patientes, à leurs familles et aux ASC des indications simples et précises concernant les soins et faire en sorte de leur donner à tout moment la possibilité «d'appeler à l'aide».

Il est prouvé que la sensibilisation des agents de santé et de la population au cancer du col peut améliorer le diagnostic précoce de la maladie et l'accès à des traitements de base, ce qui contribue à rallonger la survie (Jayant et al. 1995, Parkin and Sankaranarayanan 1999, Ponten et al. 1995). Des ASC qualifiés peuvent assurer l'éducation à la santé individuellement et en groupe, ou une combinaison des deux (voir encadré, page suivante). Il faut préparer des affiches illustrées pour les aider dans cette mission.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont destinés à améliorer la qualité de vie des patientes en phase terminale de la maladie, grâce à la prévention, à la détection précoce et au soulagement de la douleur et des problèmes psychologiques et sociaux. Tout cela implique non seulement des soins complets à la personne dont la maladie est incurable, mais aussi la prise en compte des besoins de sa famille et des personnels soignants. Les principales caractéristiques des soins palliatifs sont énumérées page suivante.

Types de soins palliatifs

Les soins palliatifs diffèrent d'une personne à l'autre, parce que les besoins des patientes et de leur entourage varient en fonction des différents stades d'évolution de la maladie. Les soins palliatifs englobent la prise en charge hospitalière de la douleur et autres symptômes, les soins à domicile, ainsi qu'un soutien pour l'entourage de la malade et tous ceux qui prennent soin d'elle, y compris une aide psychologique, sociale et spirituelle. La famille et le personnel impliqué—agents de soins primaires, médecins de soins primaires, infirmières, médecins, oncologues, ASC et travailleurs sociaux—ont tous un rôle à jouer dans l'ensemble des soins palliatifs à la patiente atteinte d'un cancer en phase terminale.

Caractéristiques des soins palliatifs

Les soins palliatifs :

- Sont applicables très tôt au cours de la maladie, parallèlement aux autres traitements, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, et comportent des examens destinés à mieux comprendre et à mieux prendre en charge les complications cliniques.
- Améliorent la qualité de vie et peuvent parfois influencer de façon favorable le cours de la maladie.
- Affirment le principe de vie et considèrent la mort comme un processus normal.
- Intègrent les aspects psychologiques et moraux dans les soins aux patientes.
- Offrent un soutien à la patiente pour l'aider à vivre aussi pleinement que possible jusqu'à la mort.
- Procurent un traitement contre la douleur et autres symptômes pénibles.
- Offrent un soutien à la famille pour l'aider à faire face à la maladie et à la mort de leur proche et pour les accompagner dans leur deuil.
- S'appuient sur une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patientes et de leur entourage, y compris l'accompagnement au cours du deuil.

Approche holistique de la prise en charge des patientes souffrant d'un cancer du col

Tout programme de soins palliatifs efficace se doit d'abord de reconnaître rapidement les symptômes d'un cancer du col à un stade avancé et de prendre les mesures adaptées pour les soulager. La prise en charge des symptômes du cancer à un stade avancé comporte trois éléments principaux : le soulagement de la douleur, la prise en charge des autres symptômes, ainsi qu'une assistance pour gérer au mieux les angoisses psychologiques et les préoccupations sociales qui accompagnent inévitablement la maladie à ce stade.

Soulagement de la douleur La plupart des femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé souffrent de violentes douleurs, notamment de douleurs dorsales. Dans la majorité des cas, la radiothérapie et/ou les antalgiques permettent de les soulager (Annexe 10.2).

Prise en charge des autres symptômes A un stade avancé, le cancer du col se manifeste par toute une série de symptômes : saignements vaginaux, pertes vaginales malodorantes, oedème des membres inférieurs, occlusion intestinale, incontinence urinaire ou fécale et escarres. Le Tableau 10.3 énumère les symptômes les plus fréquents auxquels doivent faire face les patientes, les mesures à prendre pour leur apporter un certain soulagement et indique où sont dispensés les soins appropriés. De nombreux symptômes peuvent être pris en charge à l'aide de techniques simples, réalisables par le personnel déjà en place, avec les installations existantes. L'une des tâches des équipes d'encadrement consiste à

déterminer qui est habilité à dispenser ces soins et quelles sont les patientes qu'il faut orienter sur d'autres institutions ou établissements spécialisés.

Préoccupations psychologiques et sociales L'assistance psychologique et sociale suppose une connaissance de la culture locale et des bouleversements familiaux provoqués par la maladie. Les soignants doivent également bien comprendre la philosophie des soins palliatifs, brièvement résumée dans ce chapitre.

Les soins à domicile

Les membres de la famille peuvent parfaitement assurer les soins primaires et permettre ainsi à la patiente de bénéficier de soins palliatifs à domicile. C'est d'ailleurs la seule solution dans de nombreuses situations où les femmes vivent dans des régions reculées. Cependant, les soins à domicile tournent parfois à l'échec, si l'entourage s'avère trop affecté par l'évolution de la maladie, la lourdeur du traitement ou la perte de revenus. Aussi le soutien au plan affectif, social et matériel des familles et des soignants est un élément primordial des soins palliatifs. Les ASC doivent être capables d'évaluer l'état des patientes. Ils doivent effectuer des visites régulières à leur domicile et faire en sorte d'être disponibles, chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Ils apportent les soins, une aide pratique et un soutien affectif. Les ASC peuvent également aider tous ceux qui assurent les soins palliatifs à domicile, par exemple en apprenant aux membres de la famille à administrer les médicaments et à se servir de techniques simples visant à améliorer le confort de la patiente et son bien-être. Ils peuvent aussi organiser pour les patientes, leurs familles et les autres soignants, une formation à la prise en charge des symptômes.

Soutien psychologique, social et spirituel

Les patientes éprouvent une profonde souffrance psychologique quand elles se trouvent confrontées aux conséquences de la maladie : douleur, dépendance, incapacité, déformations physiques, perte de fonction, mort. Tout cela bouleverse et menace leurs rapports avec leur entourage. Très souvent, les malades éprouvent de la peur, un choc, du désespoir, de la colère et deviennent dépressives. Ces sentiments peuvent compromettre la façon dont elles supporteront les symptômes de la maladie et réussiront à les surmonter. Un soutien affectif, psychologique, social et spirituel, devient alors nécessaire pour apaiser leurs angoisses et améliorer leur qualité de vie.

Problèmes d'éthique en soins palliatifs

Compte tenu des progrès médicaux, les familles peuvent se trouver confrontées au choix difficile de poursuivre ou non des traitements agressifs et coûteux (par exemple, une chimiothérapie palliative) destinés à prolonger la vie des malades. Les choix thérapeutiques doivent toujours s'appuyer sur le consentement éclairé. Quand c'est possible, c'est à la patiente de prendre ces décisions, en accord avec sa famille et les soignants.

TABLEAU 10.3. Prise en charge des symptômes physiques associés aux stades avancés du cancer du col (analgésiques d'usage courant en Annexe 10.2)

Symptômes	Ce qui peut être fait	Qui est habilité à dispenser les services	Où dispenser les services
Saignements vaginaux	<ul style="list-style-type: none"> Saignements modérés : serviettes hygiéniques et sédatifs par voie orale pour soulager l'anxiété; fer par voie orale. Saignements réfractaires : courtes séances de radiothérapie. On peut utiliser soit la brachythérapie, soit la téléthérapie. 	Tout agent de santé qualifié	Structures de soins primaires, secondaires et tertiaires
Pertes vaginales malodorantes	<ul style="list-style-type: none"> Placer régulièrement des tampons vaginaux préparés à partir de linges propres imprégnés d'une solution aqueuse de bicarbonate de soude (1 cuillère à soupe de bicarbonate de soude dans 500 ml d'eau), ou de vinaigre de table (1 volume de vinaigre pour 4 volumes d'eau), ou d'une solution de métronidazole (5 à 10 comprimés de 200 mg dissous dans 500 ml d'eau). Répéter deux fois par jour, pas plus de quelques heures à chaque fois et ce, pendant cinq jours. Il est également possible de procéder à des douches vaginales avec les solutions mentionnées ci-dessus. Traitement antibiotique, par exemple à base de doxycycline (seule) ou d'une combinaison amoxicilline/métronidazole. 	Cancérologue radiothérapeute	Structures de soins tertiaires
Oedème des membres inférieurs (oedème lymphatique)	<ul style="list-style-type: none"> Relever les jambes ou les bander avec un crêpe élastique (pas trop serré). En cas d'inflammation de la jambe, traitement antibiotique (pénicilline ou érythromycine) et anti-inflammatoires comme l'ibuprofène ou le diclofénac. Courtes séances de radiothérapie dirigées sur les ganglions lymphatiques volumineux ou chimiothérapie. 	Tout agent de santé qualifié	Soins à domicile; structures de soins primaires, secondaires et tertiaires
		Cancérologue radiothérapeute	Structures de soins tertiaires

Symptômes	Ce qui peut être fait	Qui est habilité à dispenser les services	Où dispenser les services
<p>Importantes douleurs abdominales accompagnées de coliques, de vomissements et d'une distension abdominale provoquée par une occlusion intestinale</p>	<ul style="list-style-type: none"> La chirurgie constitue la prise en charge la plus efficace. 	Chirurgien généraliste	Structures de soins secondaires ou tertiaires
<p>Incontinence urinaire et/ou fécale provoquée par une fistule vésicovaginale et/ou rectovaginale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sonde urinaire et tampon vaginal. Une prise en charge chirurgicale par colostomie de dérivation avec mise en place de sacs de colostomie apportera un soulagement temporaire. 	Tout agent de santé qualifié	Structures de soins primaires, secondaires ou tertiaires
<p>Anémie sévère</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fer par voie orale. Transfusion de sang. 	Chirurgien généraliste	Structures de soins secondaires ou tertiaires
		Tout agent de santé qualifié	Soins à domicile; Structures de soins primaires, secondaires ou tertiaires
<p>Escarres</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il est préférable de les prévenir en changeant fréquemment la patiente de position pour soulager les points de pression particuliers sur la peau. Bains quotidiens. S'il y a déjà des escarres : allonger la patiente sur un matelas mou et disposer des oreillers ou des vêtements pliés sous les régions où s'exercent les points de pression. Laver les escarres chaque jour à l'eau oxygénée 2% ou avec de la povidone iodée, les saupoudrer d'une poudre antibiotique. Une antibiothérapie est parfois utile. 	Agents de santé (médecins, infirmières)	Structures de soins secondaires ou tertiaires
		Soignants : famille et membres de la communauté	A domicile
		Tout agent de santé qualifié	Structures de soins secondaires ou tertiaires

Stratégies pour établir et maintenir des services de soins palliatifs

Surmonter les obstacles à la mise en place des soins palliatifs

Offrir des soins palliatifs de bonne qualité représente un défi dans la plupart des régions du monde, en raison du manque de disponibilité des médicaments, de l'insuffisance des infrastructures médicales, de l'absence de formation des prestataires, du manque de compétence en matière de conseil et d'accompagnement, de la difficulté à discuter avec les patientes du diagnostic et du traitement, et de la méconnaissance des soins palliatifs au sein de la collectivité. Par exemple, les agents de santé et les décideurs ignorent souvent l'existence de moyens efficaces et peu coûteux pour soulager les symptômes des stades avancés du cancer du col.

Ces dernières années, le rôle des soins palliatifs a été largement reconnu comme partie intégrante de la prise en charge du cancer à partir du moment où on sait que l'issue de la maladie sera fatale. Cette reconnaissance a permis d'améliorer la vie de millions de patientes confrontées à une douleur chronique permanente associée à d'autres problèmes physiques, psychologiques et sociaux. Il reste cependant encore beaucoup à faire. Quand ils sont disponibles, les traitements spécifiques (radiothérapie, chimiothérapie, antalgiques) doivent être utilisés en soins palliatifs, parce qu'ils contribuent grandement à améliorer la qualité de vie des malades. Il est également important de travailler conjointement avec les autres programmes existant au sein de la collectivité. Nous décrivons ici les principales actions à entreprendre pour augmenter l'accès aux soins palliatifs dans les pays en développement.

Le comportement et le manque de connaissances des soignants et des décideurs représentent les principaux obstacles à l'efficacité des soins palliatifs. Dans ce contexte, les équipes d'encadrement peuvent jouer un rôle important en plaidant en faveur de l'accès aux médicaments anti-douleur (en termes de disponibilité et de coût) pour les patientes en phase terminale, notamment celles qui vivent dans des régions reculées. Le Tableau 10.4 décrit les autres obstacles à une véritable prise en charge efficace de la douleur.

TABLEAU 10.4. Obstacles à la prise en charge de la douleur associée au cancer

Obstacles du côté des prestataires	Obstacles du côté des patientes
<p>Système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible priorité donnée au traitement de la douleur associée au cancer • Réglementation restrictive des substances contrôlées • Traitement indisponible • Coûts prohibitifs des médicaments <p>Professionnels de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise connaissance du traitement de la douleur • Mauvaise estimation de la douleur • Inquiétude concernant la réglementation des substances contrôlées • Peur que la patiente devienne dépendante • Inquiétude concernant les effets secondaires des analgésiques • Inquiétude concernant l'accoutumance des patientes aux analgésiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Souci de ne pas détourner l'attention des médecins du traitement de la maladie • Souci de ne pas être une «bonne patiente» • Incapacité à payer des traitements anti-douleur • Réticence à parler de la douleur • Réticence à prendre des analgésiques ou des narcotiques • Peur que la douleur soit le signe d'une aggravation de la maladie • Souci de ne pas devenir résistante aux analgésiques • Peur de l'accoutumance ou d'être considérée comme une droguée • Inquiétude à propos des effets secondaires impossibles à soulager

Actions pour améliorer l'accès à la prise en charge de la douleur

Les actions destinées à améliorer l'accès à la prise en charge de la douleur peuvent être menées à la fois au niveau de la politique générale et de l'organisation des programmes de santé.

Au niveau de la politique générale

Les responsables politiques et les administrateurs de santé ont un rôle important à jouer en réclamant un cadre législatif adapté à une prise en charge adéquate de la douleur. Tout d'abord, la réglementation nationale du pays en matière de médicaments doit incorporer la liste des médicaments essentiels dressée par l'OMS (WHO 1992), qui comprend les analgésiques (anti-douleur) appropriés aux soins palliatifs. Deuxièmement, il faut établir des prix justes et adaptés, en même temps qu'une législation sociale qui soutiennent les systèmes de distribution et autres mécanismes, afin de garantir à toutes les patientes l'accès à un traitement antalgique. Par ailleurs, il faut absolument mettre en place des réglementations permettant aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens de prescrire, de procurer et d'administrer des opioïdes aux patientes, selon des besoins (WHO 1996).

Interventions au niveau de l'organisation

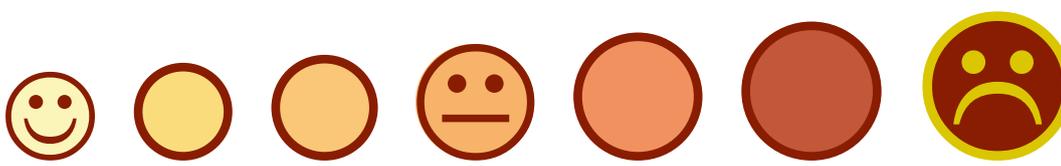
Les publications et les directives de l'OMS relatives au soulagement de la douleur associée au cancer et à d'autres aspects des soins palliatifs constituent une mine de renseignements pour organiser les services de traitement anti-douleur (WHO 1990, WHO 1996, WHO 1998a, WHO 1998b, WHO 2002a, WHO 2002b). Les gestionnaires des programmes de santé doivent donc conduire les actions clés suivantes :

- Veiller à la disponibilité des analgésiques d'usage courant. A cet égard, il est important de débloquer les fonds nécessaires pour se procurer et distribuer les analgésiques appropriés et assurer le réapprovisionnement. En

Annexe 10.2, on trouvera la liste des analgésiques d'usage courant pour calmer la douleur associée au cancer.

- Promouvoir des méthodes qui aideront les agents de santé à estimer l'intensité de la douleur, à décider d'un traitement antalgique et à évaluer la réponse au traitement. Il est possible d'utiliser des techniques simples telles que des chiffres, des mots, ou des échelles visuelles analogiques— par exemple, en se servant de pièces de monnaie de différentes tailles pour inciter les patientes à catégoriser le degré d'intensité de leur douleur. La consignation régulière du degré d'intensité de la douleur tout au long du traitement antalgique facilitera son évaluation. La Figure 10.1 représente un modèle d'échelle visuelle analogique.

FIGURE 10.1. Echelle visuelle pour l'évaluation de la douleur



- Adopter l'échelle analgésique en trois temps de l'OMS comme protocole de traitement. Dans un premier temps, on utilise de simples analgésiques non-opioïdes, comme le paracétamol ou l'aspirine. Si cela ne suffit pas à calmer la douleur, il faut passer à la deuxième étape et ajouter un léger opioïde, comme la codéine ou la dihydrocodéine. En cas d'échec, on utilisera dans un troisième temps, un opioïde plus puissant comme la morphine. Des médicaments complémentaires (adjuvants), comme l'amitriptyline, permettent de traiter les douleurs neuropathiques et musculosquelettiques. On ajoute des anti-inflammatoires comme l'ibuprofène ou le diclofénac, quand la douleur touche les os.
- S'assurer que les prestataires pensent bien à appliquer les protocoles de prise en charge de la douleur et ce, dans le cadre réglementaire d'utilisation des analgésiques. Ces protocoles doivent insister sur les principes d'utilisation des analgésiques pour soulager la douleur associée au cancer du col : administrer les analgésiques par voie orale, utiliser l'échelle analgésique en trois temps de l'OMS pour prescrire le traitement, administrer les analgésiques régulièrement (en respectant l'intervalle de temps entre chaque prise), adapter la dose aux besoins de la patiente, donner à la patiente et à son entourage des instructions claires sur la posologie. Lorsque le cancer est en phase terminale, les préoccupations concernant l'accoutumance sont hors de propos. Généralement, les doses d'opioïdes augmentent non pas à cause d'une tolérance croissante ou d'une dépendance psychologique des patientes à ces produits, mais parce que la douleur s'intensifie avec l'évolution de la maladie.
- Veiller à établir des instructions claires, écrites ou illustrées, concernant la posologie des médicaments et les transmettre ensuite à la patiente, à sa famille et aux autres soignants.

Autres interventions

Assurer la prise en charge des autres symptômes physiques

Le Tableau 10.3 énumère quelques-unes des mesures à prendre pour soulager les autres symptômes physiques associés au cancer du col et les lieux où peuvent être dispensés ces soins. Quand elle est disponible, la radiothérapie palliative permet de soulager certains symptômes, comme les saignements trop abondants et les oedèmes des membres inférieurs. Elle est aussi particulièrement efficace pour calmer la douleur associée aux métastases osseuses. Les unités de radiothérapie peuvent réserver certains jours de semaine à la radiothérapie palliative, afin d'en garantir l'accès aux patientes dont la maladie est à un stade avancé. Les guides cliniques de PATH et de EngenderHealth sur les principaux soins palliatifs constituent des ouvrages de référence extrêmement utiles pour tous les personnels de santé (voir bibliographie complémentaire).

Améliorer les compétences des agents de santé en matière de conseil

Les prestataires de soins palliatifs doivent faire preuve d'un solide sens de la communication, aussi est-il primordial d'intégrer une formation aux techniques de conseil et de communication interpersonnelle dans tous les programmes de formation sur le cancer du col, afin d'aider les agents de santé à aborder les sujets du cancer et de la mort avec les patientes et leurs familles et répondre efficacement aux besoins complexes des malades dont la guérison n'est plus possible.

En raison de leurs peurs et de leurs convictions, de nombreuses patientes acceptent difficilement l'arrêt des soins curatifs. Elles se sentent brusquement abandonnées et isolées parce que le système médical a «renoncé» à les soigner. Les agents de santé doivent alors être pleinement conscients du rôle essentiel qu'ils vont jouer en apportant à ces femmes ainsi qu'à leur entourage, un soutien psychologique et affectif dans cette épreuve. Ils jouent également un rôle important en aidant les patientes à solliciter et à accepter une prise en charge de la douleur.

Soins à domicile : mesures à prendre pour assister les malades, les familles et les soignants

Les équipes d'encadrement peuvent jouer un rôle important en encourageant les soins à domicile, grâce aux mesures suivantes :

- Engager et former des agents de santé communautaire pour dispenser des soins palliatifs à domicile, ainsi qu'une aide psychologique et sociale aux patientes et à leurs familles. Les soins palliatifs doivent constituer un élément essentiel de la formation des ASC participant aux actions de prévention. Et pour qu'ils puissent dispenser des soins adaptés, il est important de leur procurer non seulement des affiches et le matériel indispensable, mais aussi un tutorat, une supervision et des contacts avec le personnel des établissements appropriés.
- Organiser des séances d'éducation à la prise en charge des symptômes du cancer du col pour les patientes, leurs familles et les autres soignants.
- Organiser des réseaux sociaux pour aider les patientes, les familles et les autres soignants, à surmonter le poids social, affectif et économique des traitements anticancéreux. Il peut ainsi s'agir de réunions de groupe régulières pour partager les informations et offrir une assistance sociale et psychologique.

- Donner des renseignements sur les aides disponibles au sein de la collectivité et sur le remboursement des coûts de transport. Par ailleurs, le site internet de l'Association Internationale des Hospices et des Soins Palliatifs : www.hospicecare.com. offre des informations écrites très utiles.

Approches du soutien psychologique, social et spirituel

Cette assistance peut prendre plusieurs formes selon le contexte socio-culturel.

- Les réunions de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé s'avèrent souvent très profitables, dans la mesure où le groupe encourage l'expression des sentiments sans peur de paraître ridicule et soulage l'anxiété en permettant aux patientes de constater par elles-mêmes la façon dont d'autres malades surmontent les mêmes problèmes.
- Si disponible, une psychothérapie peut être proposée dans le cadre du traitement.
- L'accompagnement spirituel est très important pour de nombreuses patientes quand elles se tournent vers la religion, au moment de la crise existentielle qui accompagne le cancer.

Pour davantage d'informations sur le renforcement des services de soins palliatifs, consulter les documents de l'OMS : *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, 2^{ème} édition, et *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action* (et voir la bibliographie complémentaire).

Conclusion

Les services de prévention du cancer du col doivent être en contact étroit avec les services de traitement et de soins palliatifs. D'après l'expérience de l'ACCP, des collaborateurs et des partenaires locaux, on peut décrire deux stratégies générales pour réduire le poids de la maladie associée au cancer du col.

Dans les pays ne disposant d'aucun service de radiothérapie, de chirurgie radicale ou de chimiothérapie, l'objectif doit être de :

- Mettre en place et renforcer les services de prévention du cancer du col, pour éviter d'avoir à investir lourdement dans des services de traitement.
- Mettre en place et renforcer les services de soins palliatifs à tous les niveaux des structures de santé, y compris au niveau des soins communautaires.
- Prévoir des investissements et commencer à investir dans des services centralisés de traitement de base du cancer du col.

Dans les pays disposant d'un nombre limité de services de traitement du cancer du col, l'objectif doit être de :

- Mettre en place et renforcer les services de prévention du cancer du col, pour éviter d'avoir à investir lourdement dans des services de traitement.
- Mettre en place et renforcer les services de soins palliatifs à tous les niveaux des structures de santé, y compris au niveau des soins communautaires.

- Renforcer et accroître la disponibilité de la chirurgie radicale, si le potentiel existe déjà.
- Renforcer et accroître l'accès aux services de radiothérapie disponibles.

Bibliographie complémentaire

Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2000;70(2):209-262.

De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. New York: J.B. Lippincott Company; 2001.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Gynecological Oncology. *Staging Classification and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers*. London: Elsevier; 2000.

International Union Against Cancer (UICC). *Manual of Clinical Oncology*. 7th ed. New York: Wiley-Liss; 1999.

PATH. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenya Field Manual*. Seattle: PATH; 2003[b].

PATH, EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2003.

Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon, France: IARC Press; 2003.

World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996.

WHO. *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Geneva: WHO; 2002[b].

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Global Report. Non-Communicable Diseases and Mental Health. Geneva: WHO; 2001[b].

WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs: Achieving Balance in National Opioid Control Policy. Guidelines for Assessment*. Geneva: WHO; 2000.

WHO. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002[a].

WHO. *The Use of Essential Drugs. Report of the WHO Expert Committee*. Geneva: WHO; 1992. WHO Technical Report Series, No. 825.

Sites Internet utiles :

The Edmonton Palliative Care Program: www.palliative.org/

McGill Cancer Nutrition—Rehabilitation Program: www.mcgill.ca/cnr

WHO Palliative Care: www.who.int/cancer/palliative/en

Annexe 10.1. Aspects techniques et programmatiques des options de traitement du cancer du col

Caractéristiques	Chirurgie radicale	Radiothérapie		Chimiothérapie
		Intracavitaire (curiethérapie)	Faisceau d'irradiation externe (téléthérapie)	
Description	Importante opération chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale, qui consiste à retirer le col, l'utérus (avec ou sans les ovaires), le tissu paramétrial, la partie haute du vagin et les ganglions lymphatiques pelviens. Cette intervention nécessite une dissection soigneuse des deux uretères.	<p>Consiste à délivrer une irradiation en utilisant des sources radioactives dans des implants spéciaux, placés dans le canal cervical et les culs de sac vaginaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> Deux types : faible débit de dose, par exemple, Césium-137 (traitement de 1 à 3 jours) et haut débit de dose, par exemple, Iridium-192 (traitement de quelques minutes) 	<ul style="list-style-type: none"> Consiste à diriger un faisceau d'irradiation sur la tumeur à partir d'une source externe, c'est à dire un appareil de téléthérapie. Il est possible d'utiliser des appareils de télécobalt ou des accélérateurs linéaires pour délivrer une irradiation externe. 	<ul style="list-style-type: none"> Le Cisplatine ou le Carboplatine en perfusion intraveineuse (IV) sont les agents de chimiothérapie les plus employés.
Indication	Stades précoces (Stade I et certains cas de stade IIA).	<ul style="list-style-type: none"> Tous les stades, y compris celui des soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les stades, y compris celui des soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Stades avancés (en combinaison avec la radiothérapie). Soins palliatifs. Récidive de la maladie.
Niveau de l'établissement	Le traitement du cancer est centralisé et dispensé dans les établissements de soins tertiaires. La chirurgie radicale est envisageable dans certains hôpitaux de niveau secondaire.			

Caractéristiques	Chirurgie radicale	Radiothérapie		Chimiothérapie
		Intracavitaire (curiethérapie)	Faisceau d'irradiation externe (téléthérapie)	
<p>Personnel requis (Une équipe pluridisciplinaire est mieux à même d'assurer le traitement du cancer)</p>	<p>Gynécologues expérimentés en chirurgie radicale pelvienne, anesthésistes, pathologistes, infirmières expérimentées en oncologie, conseillers et travailleurs sociaux expérimentés en assistance psycho-sociologique.</p>	<p>Cancérologues radiothérapeutes, physiciens en radiothérapie, infirmières expérimentées en sciences de l'irradiation et en oncologie, conseillers et travailleurs sociaux expérimentés en assistance psycho-sociologique.</p>	<p>Médecins et infirmières expérimentés en chimiothérapie, conseillers et travailleurs sociaux expérimentés en assistance psycho-sociologique.</p>	<p>Médecins et infirmières expérimentés en chimiothérapie, conseillers et travailleurs sociaux expérimentés en assistance psycho-sociologique.</p>
<p>Coût de la mise en place et de l'entretien des services</p>	<p>Une salle d'opération dotée des équipements et des instruments nécessaires à la chirurgie radicale coûte environ 15 000 US\$.</p>	<p>Les appareils de curiethérapie à faible débit de dose (les moins fréquents) avec des sources d'une durée de vie de 15–20 ans, coûtent entre 80 000 et 300 000 US\$. Un seul appareil permet de traiter 100 cas de cancer du col par an.</p> <p>Les appareils de curiethérapie à haut débit de dose (plus courants), y compris l'approvisionnement en sources radio-actives tous les 4 mois pendant 5 ans, coûtent environ 250 000 US\$. Par la suite, leur maintenance coûte 35 000 US\$ par an. Chaque appareil peut traiter entre 1000 et 2000 patientes par an, ce qui les rend d'un meilleur rapport coût-efficacité dans le cadre d'un service centralisé.</p>	<p>Un équipement de télécobalt coûte environ 350 000 US\$ et la source doit être changée tous les 5–7 ans pour un coût de 80 000 US\$. D'une durée de vie de 20–25 ans, chaque appareil peut traiter entre 20 000 et 25 000 patientes.</p> <p>Les accélérateurs linéaires sont plus chers à l'achat et à l'entretien (environ 1 000 000 US\$ selon le degré d'énergie et de distribution des électrons). De plus, ce type d'appareil nécessite une maintenance de haute technicité (un contrat de maintenance coûte 100 000 US\$/an) et un étalonnage.</p>	<p>Les coûts des agents de chimiothérapie varient d'un pays à l'autre. Dans de nombreux pays en développement, un cycle complet de traitement (soit 5 cures à intervalles hebdomadaires) coûte entre 200 et 1 000 US\$ par patiente.</p>

Caractéristiques	Chirurgie radicale	Radiothérapie		Chimiothérapie
		Intracavitaire (curiethérapie)	Faisceau d'irradiation externe (téléthérapie)	
Hospitalisation/ durée du traitement	Hospitalisation entre 10 et 14 jours.	<p>La curiethérapie à faible débit de dose nécessite une seule hospitalisation de 2-3 jours. Elle nécessite une salle d'opération pour placer le cathéter intra-utérin et les ovoïdes sous anesthésie générale.</p> <p>La curiethérapie à haut débit de dose se pratique en ambulatoire et ne nécessite habituellement pas d'anesthésie générale.</p>	<p>Pratiquée en ambulatoire pour les patientes habitant à proximité de l'établissement. Le traitement quotidien dure environ 10-15 minutes. Il faut environ 20-25 traitements répartis sur 4-5 semaines (5-6 traitements hebdomadaires).</p> <p>Des instructions claires relatives aux soins dermatologiques sont données, afin d'éviter la réaction aiguë la plus fréquente, mais certaines patientes ont besoin d'une hospitalisation vers la fin du traitement à cause de ces réactions dermatologiques.</p>	<p>La chimiothérapie peut être administrée en ambulatoire/consultation externe, sous forme de cures hebdomadaires pendant 5 semaines. Les patientes auront besoin d'un traitement prophylactique contre les nausées.</p>

Annexe 10.2. Analgésiques d'usage courant pour soulager la douleur associée au cancer

Catégorie	Médicament*
Degré OMS 1 (légère douleur)	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • Aspirine • Ibuprofène • Diclofénac • Naproxène • Piroxicam
Degré OMS 2 (douleur supportable)	<ul style="list-style-type: none"> • Codéine • Dihydrocodéine • Oxycodone
Degré OMS 3 (forte douleur)	<ul style="list-style-type: none"> • Morphine (effet immédiat) • Morphine (effet retard)
<p>Médicaments adjuvants pour :</p> <p>Douleur neuropathique et musculosquelettique.</p> <p>Douleur associée aux métastases osseuses et nerveuses et pour soulager la compression de la moelle épinière.</p> <p>Brûlure paroxysmique/douleur neuropathique semblable à un choc électrique.</p> <p>Douleur associée à l'occlusion intestinale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptyline • Dexamétasone/Prednisone • Carbamazépine/acide valproïque • Octréotide

* Pour les dosages, se reporter à PATH and EngenderHealth 2003.

Annexe 10.3. Système de classification FIGO du cancer du col

Stade I

Le carcinome de Stade I est strictement limité au col utérin. On ne doit pas prendre en compte l'extension au corps utérin. Le diagnostic à la fois des Stades IA1 et IA2 doit être fait à partir de l'examen microscopique d'un prélèvement tissulaire, de préférence un cône qui englobe la lésion entière.

Stade IA : Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement. L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée ne dépassant pas 5 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA1 : L'invasion mesurée dans le stroma ne dépasse pas 3 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA2 : L'invasion mesurée dans le stroma est comprise entre 3 et 5 mm en profondeur et ne dépasse pas 7 mm en largeur.

Stade IB : Soit les lésions cliniques sont limitées au col, soit les lésions infracliniques sont plus importantes que dans le Stade IA. Toute lésion macroscopiquement visible même avec une invasion superficielle est classée cancer de Stade IB.

Stade IB1 : Lésions cliniques de taille ne dépassant pas 4 cm.

Stade IB2 : Lésions cliniques de taille supérieure à 4 cm.

Stade II

Le carcinome de Stade II s'étend au-delà du col, mais sans atteindre les parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au-delà de ses deux tiers supérieurs.

Stade IIA : Pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les deux tiers supérieurs du vagin.

Stade IIB : Atteinte paramétriale évidente, mais la paroi pelvienne n'est pas touchée.

Stade III

Le carcinome de Stade III s'est étendu à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur touche le tiers inférieur du vagin. Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de Stade III.

Stade IIIA : Pas d'extension à la paroi pelvienne, mais atteinte du tiers inférieur du vagin.

Stade IIIB : Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

Le carcinome de Stade IV s'est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum.

Stade IVA : Extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

Stade IVB : Extension aux organes distants.

Acronymes, glossaire et références

Acronymes

ACCP	Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin
ADN	Acide désoxyribonucléique
ASC	Agent de santé communautaire
ASCUS	Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (Atypical squamous cells of undetermined significance)
CHIP	Cervical Health Implementation Project (Afrique du Sud)
CIN	Néoplasie cervicale intraépithéliale
CIRC	Centre international de Recherche sur le Cancer
IST	Infection sexuellement transmissible
IVA	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVD	Inspection visuelle directe
IVL	Inspection visuelle après application du soluté de Lugol
LBC	Cytologie en milieu liquide (liquid-based cytology)
LIEBG	Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade
LIEHG	Lésion malpighienne épidermoïde de haut grade
LLETZ	Excision à l'anse large de la zone de remaniement (Large-loop excision of the transformation zone)
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAHO	Organisation panaméricaine de la Santé
PATH	Program for Appropriate Technology in Health (Programme de Technologie Appropriée en Santé)
RAD	Résection à l'anse diathermique
RTCOCG	Royal Thai College of Obstetrics and Gynecology
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results Program
SIS	Système d'information de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Glossaire

Agent de santé communautaire : Personne qui travaille pour le système de santé. L'agent de santé communautaire dispense des soins médicaux et assure l'éducation à la santé en dehors de l'environnement médical, en se rendant au domicile des personnes, sur leur lieu de travail ou dans les lieux de rassemblement communautaires.

Biopsie : Méthode de prélèvement d'un échantillon de tissu pour l'analyse histopathologique.

Campagnes de masse : Il s'agit généralement d'un «événement» sanitaire ponctuel. Les campagnes de masse dispensent des soins de façon systématique, à un grand nombre de personnes, dans des régions géographiques où les services fixes sont inexistantes ou inaccessibles.

Cancer : Terme générique désignant un groupe de maladies caractérisées par la prolifération de cellules anormales.

Cancer infraclinique : Conditions cellulaires précurseurs du cancer.

Cancer invasif du col : Cellules cervicales anormales qui traversent la membrane basale, affectent le tissu environnant et finissent par se disséminer vers d'autres organes.

Carcinome *in situ* : Stade précancéreux affectant toute l'épaisseur de l'épithélium pavimenteux stratifié, mais sans pénétration de la membrane sous-jacente (membrane basale) qui le limite au tissu d'origine.

Centre de soins primaires : Niveau de prestation sanitaire le plus élémentaire dans le secteur public. Il s'agit de centres de santé, de dispensaires et de postes de soins. En général, ils offrent uniquement des soins ambulatoires et sont souvent tenus par une ou plusieurs infirmières, des cliniciens ou du personnel soignant auxiliaire (par exemple, sages-femmes auxiliaires, assistants de santé). Il n'y a pas forcément de médecin dans les centres de soins primaires. Ces établissements se consacrent essentiellement à la prévention des maladies et aux activités de promotion de la santé (l'éventail des services et de personnel varie selon le pays.)

Centre de soins secondaires : Niveau intermédiaire des services de santé du secteur public. Ils désignent habituellement les hôpitaux de district, de province ou d'état, qui servent d'établissements spécialisés de recours pour un certain nombre de centres de soins primaires. En général, ils offrent à la fois des services d'hospitalisation et des services ambulatoires. Ils disposent d'installations chirurgicales et d'équipements de laboratoire. Les hôpitaux de district comptent parfois dans leur personnel uniquement des praticiens généralistes. En revanche, les hôpitaux de province et d'état proposeront également les services de spécialistes (l'éventail de services et de personnels peut varier selon le pays.)

Centre de soins tertiaires : Niveau sanitaire le plus élevé à l'intérieur du système de santé (hôpitaux régionaux et centraux). Ils dispensent les soins les plus spécialisés et les plus complets qui soient. Ils couvrent habituellement tous les services de médecine, de chirurgie et de laboratoire et disposent d'une pharmacie sur place. Les hôpitaux de soins tertiaires servent généralement

de centres de recours spécialisés pour les hôpitaux de niveau secondaire et peuvent aussi servir de centre hospitalier universitaire.

Colposcopie : Examen du vagin et du col de l'utérus pratiqué à l'aide d'un instrument (colposcope) qui grossit les tissus cervicaux et vaginaux.

Communauté : Ensemble d'individus dont la vie est affectée par les mêmes facteurs et les mêmes influences selon leur lieu d'habitation, leur culture et leurs fréquentations.

Conisation à froid : Prélèvement chirurgical d'un fragment de col en forme de cône, à l'aide d'un "bistouri" (scalpel), pratiqué sous anesthésie locale ou générale. Comme ce procédé consiste à retirer le tissu (excision), il est à la fois diagnostique (fournit du tissu pour l'histopathologie) et thérapeutique (ablation du tissu anormal).

Couverture : Ce terme désigne l'étendue de la participation des femmes admissibles au programme de dépistage. Il correspond au rapport du nombre cumulé de femmes de la population cible dépistées dans une période de temps donnée, sur le nombre total de femmes admissibles.

Cryothérapie : Traitement ambulatoire qui utilise des températures extrêmement basses pour congeler et détruire le tissu anormal.

Cytologie : Etude des cellules à l'aide d'un microscope.

Dépistage opportuniste : Désigne les services proposés aux femmes qui en font la demande, ou qui passent déjà par un établissement de santé pour d'autres services. Ce type de dépistage ne cherche pas à toucher une population précise.

Dépistage organisé : Désigne les programmes pour lesquels on a identifié une population cible et dans lesquels des stratégies ont été développées et mises en œuvre pour attirer cette population particulière et lui procurer des services.

Dépistage répété : Répétition périodique du test de dépistage (par exemple, tous les trois ou cinq ans) chez toutes les femmes du groupe d'âge cible.

Dispensaire satellite : Approche dans laquelle des équipes mobiles interviennent dans les installations sanitaires existantes pour dispenser des services hebdomadaires, bihebdomadaires ou mensuels.

Dysplasie du col de l'utérus : Terme désignant une anomalie précancéreuse de l'épithélium pavimenteux du col.

Epithélium pavimenteux du col : Cette région est constituée de plusieurs couches de cellules minces, aplaties, de forme irrégulière, qui recouvrent l'exocol.

Etablissement de soins de première intention : Etablissement qui adresse une utilisatrice au centre spécialisé.

Etablissement spécialisé : Etablissement sur lequel on dirige une patiente.

Formateur : Personne qualifiée pour donner des cours sur les techniques de prévention et de lutte contre le cancer du col.

Formateur de formateurs : Formateur qualifié pour donner des cours de clinique, ainsi que des cours destinés à préparer de nouveaux formateurs. Il peut ou non s'agir d'un formateur principal.

Formateur principal : Formateur qui a suivi toutes les phases de la formation et qui est donc qualifié pour donner des cours de clinique, préparer de futurs formateurs et développer de façon indépendante des programmes de formation. Un formateur principal est considéré comme un expert indépendant, capable de travailler sans assistance technique externe.

Histologie : Etude d'un tissu (obtenu par biopsie) à l'aide d'un microscope.

Hystérectomie : Ablation chirurgicale de l'utérus, incluant le col.

Incidence : Nombre de nouveaux cas survenant dans une population précise au cours d'une période donnée.

Inspection visuelle directe : Voir "inspection visuelle après application d'acide acétique".

Inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) : (Egalement désignée sous le terme d'inspection visuelle directe [IVD]). Test visuel permettant la détection des lésions cervicales précancéreuses qui blanchissent momentanément après application d'acide acétique (vinaigre).

Inspection visuelle après application de soluté de Lugol (IVL) : Test visuel consistant à colorer le col avec le soluté iodé de Lugol. Les cellules normales prennent la coloration à l'iode et vont donc apparaître de couleur brun acajou, tandis que les lésions cervicales précancéreuses jaunissent.

Jonction pavimento-cylindrique : Point de rencontre sur le col de l'utérus, entre les cellules épithéliales cylindriques de l'endocol et les cellules épithéliales pavimenteuses de l'exocol. Cette jonction marque la limite intérieure de la zone de remaniement.

Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG) : Terme employé par le système de classification Bethesda pour décrire de légères anomalies cellulaires cervicales. Les lésions CIN I en font partie.

Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG) : Terme employé par le système de classification Bethesda pour décrire des anomalies épithéliales du col (CIN II et CIN III), susceptibles d'évoluer vers un cancer du col en l'absence de traitement.

Lésions précancéreuses : Cellules cervicales anormales, susceptibles d'entraîner un cancer en l'absence de traitement. Parfois désignées sous le terme de dysplasies.

Liens : Réseau de communication entre les établissements de santé (ou entre les services au sein d'un établissement tertiaire) pour la planification et la prise en charge des patientes, afin d'assurer la continuité des soins.

Lutte contre le cancer du col : Ensemble d'initiatives visant à réduire l'incidence et la mortalité associée à ce cancer et à améliorer la qualité de vie des femmes et de leurs familles.

Parties concernées : Ensemble de personnes qui possèdent un intérêt particulier, une connaissance, une influence ou un pouvoir décisionnel, dans la préparation et la mise en œuvre d'un programme de prévention du cancer du col. Ce groupe comporte aussi bien ceux qui dispensent les services, que ceux qui sont susceptibles d'en bénéficier.

Pathologie : Etude de la maladie et de son action sur les tissus de l'organisme.

Prestataire de service : Personne qui procure des services, comme le conseil, le dépistage, ou le traitement.

Prévalence : La prévalence d'une maladie correspond au nombre total de cas dans une population bien définie, à un moment précis. Elle s'exprime généralement sous forme d'un pourcentage de la population.

Repérage : Capacité d'un système ou d'un service de santé à vérifier si une patiente est bien revenue pour les visites de contrôle (par exemple, un suivi thérapeutique ou post-thérapeutique), ou si elle a reçu des soins dans un établissement de recours spécialisé (ou ailleurs).

Réseau de prise en charge : Réseau de communications entre les établissements sanitaires, destiné à aider les utilisatrices ou les patientes à trouver ailleurs les services qui ne sont pas dispensés sur le site qui les envoie.

Résection à l'anse diathermique (RAD) : Méthode consistant à retirer la région anormale du col à l'aide d'une fine électrode métallique (également connue sous le nom d'excision à l'anse large de la zone de remaniement [LLETZ: large-loop excision of the transformation zone]). Le tissu ainsi excisé est disponible pour l'examen histopathologique.

Sensibilité d'un test : Proportion d'individus atteints par la maladie, correctement identifiés par le test.

Services cliniques itinérants (également connus sous le nom de services mobiles.) : Approche de la prestation dans laquelle divers établissements—par exemple, des écoles et des dispensaires—sont temporairement utilisés pour proposer un service qui n'y est pas régulièrement dispensé en temps normal.

Services «inreach» : Activités internes à l'hôpital, mettant à contribution le personnel de l'établissement, notamment pour informer les patientes, les visiteurs et le reste du personnel sur la prévention du cancer du col et les services proposés, et pour diriger les femmes admissibles vers l'utilisation de ces services.

Services fixes : Approche selon laquelle les services sont proposés de façon régulière, dans un établissement réservé à cet effet (par exemple, un centre de soins, un dispensaire, ou un hôpital).

Services intégrés : Approche de la prestation des soins qui permet à la patiente d'avoir accès à plusieurs types de soins dans le même établissement et le même jour, dispensés (parfois) par le même prestataire.

Services mobiles (également connus sous le nom de services itinérants) : *Equipe* sanitaire qui fonctionne comme une unité mobile, c'est à dire qui se rend dans les régions non desservies, avec tout le matériel et l'équipement nécessaires.

Services non intégrés : Voir “services verticaux.”

Services verticaux : Approche de la prestation de service dans laquelle les prestataires et les établissements sont affectés à un seul type de service de santé.

Soins palliatifs : Ensemble de soins destinés à améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies extrêmement graves, ceci grâce à la préven-

tion, à la détection précoce et au soulagement de la douleur et des problèmes d'ordre socio-psychologique.

Spécificité d'un test : Proportion d'individus non atteints par la maladie, correctement identifiés par le test.

Superviseur clinique : Expert qui supervise la pratique clinique et apporte son assistance aux services de prévention du cancer du col. Elle ou il n'est pas forcément présent à plein temps sur le site prestataire de service, qu'il inspecte périodiquement.

Superviseur du transfert de l'apprentissage : Formateur qui effectue des visites de suivi post-formation, afin de s'assurer que chaque prestataire de service travaille dans les règles. Il peut s'agir ou non d'un formateur de formateurs ou d'un formateur maître.

Superviseur sur site : Personne qui supervise, au jour le jour, les activités administratives et cliniques d'un programme de prévention du cancer du col, dans un environnement médical ou de prestation de soins. Elle ou il ne possède pas nécessairement des compétences ou des responsabilités médicales.

Système de classification Bethesda : Système permettant de répertorier les résultats de la cytologie cervicale, pour faciliter la communication des résultats de laboratoire aux cliniciens. Le système met en adéquation le diagnostic descriptif et l'examen histologique du prélèvement.

Système de classification des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales (CIN) : Ce système indique le niveau de gravité des lésions cervicales précancéreuses d'après leur histologie. Selon ce système, la dysplasie cervicale légère est classée dans la catégorie CIN I, la dysplasie cervicale modérée dans la catégorie CIN II, la dysplasie cervicale sévère et le carcinome *in situ* dans la catégorie CIN III.

Système d'information de santé (SIS) : Système rassemblant et distribuant les informations nécessaires à la prise en charge des patientes, ainsi qu'à la planification, à l'encadrement, au contrôle et à l'évaluation efficaces et efficientes des programmes.

Secteur de santé : Ensemble de programmes et de services de santé reposant sur les mêmes caractéristiques d'organisation et de financement. Le secteur public est financé par des organismes d'état ou des organismes donateurs, tandis que le secteur privé, financé par le client qui paie (soit directement, soit par l'intermédiaire d'assurances privées), fonctionne en dehors du système gouvernemental.

Test ADN-VPH : Test de dépistage qui permet de détecter la présence de VPH de type oncogène dans un prélèvement cervical (sans distinction du [des] type[s] présent[s]).

Test de dépistage : Examen visuel ou prélèvement de cellules pour détecter la présence de la maladie ou de ses stades précurseurs.

Test de Papanicolaou (également connu sous le nom de frottis de Pap, test Pap, frottis cervical ou cytologie cervicale) : Test de dépistage qui consiste à réaliser un frottis de cellules cervicales qui sera ensuite examiné au laboratoire de cytologie pour y déceler les cellules anormales.

Virus du papillome humain (VPH) : Virus qui peut être transmis sexuellement. L'infection est souvent asymptomatique. Les VPH de type à haut risque peuvent provoquer à longue échéance des modifications cellulaires du col, qui entraîneront à leur tour un cancer.

Zone de remaniement : Région de l'exocol (partie externe du col et de l'orifice) délimitée par les ouvertures de cryptes cervicales les plus éloignées. La zone de remaniement s'étend jusqu'à la jonction pavimento-cylindrique, généralement située près de l'entrée du canal endocervical. En règle générale, le cancer du col débute dans la zone de remaniement.

Références

AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Annex Table G. Se puede consultar en: [www.who.int/reproductive health/publications/maternal_mortality_2000/tables.html](http://www.who.int/reproductive_health/publications/maternal_mortality_2000/tables.html). Último acceso: 27 de septiembre de 2004.

Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*. 2004;39(1):91-98.

Ajayi IO, Adewole IF. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine*. 1998;44(2):41-43.

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *ACCP Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer*. Seattle: ACCP; 2004[c]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 2.

ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review*. Seattle: ACCP; 2003[a]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 1.

ACCP. Fact Sheets. Seattle: ACCP; 2003[b]. Se puede consultar en: www.alliance-cxca.org/english/publications.html#factsheets.

ACCP. *Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities*. Seattle: ACCP; Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 4; 2004.

ACCP. *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention*. Seattle: ACCP; Cervical Cancer Prevention Issues in Depth No. 3; 2004[a].

Altschuld JW, Witkin BE. *From Needs Assessment to Action*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.; 1999.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin. Cervical cytology screening. No. 45. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2003;83(2):237-247.

ACOG. ACOG statement of policy, March 2004: cervical cancer prevention in low-resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

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

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

Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2000;70(2):209-262.

Beral V, Hermon C, Muñoz N, Devesa SS. Cervical cancer. *Cancer Surveys*. 1994;19-20:265-285.

Bingham A, Bishop A, Coffey P, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica de México*. 2003;45(Suppl 3):S283-S291.

- Bishop A, Wells E, Sherris J, Tsu V, Crook B. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* 1995(6):60-71.
- Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention* [juego de tarjetas]. Baltimore: JHPIEGO; 2003.
- Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention: An Interactive Training Tool* [en 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* [en preparación].
- 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 [en preparación].
- Bolivia Ministry of Health, EngenderHealth, and PAHO. *Cervical Cancer Prevention and Treatment Services in Bolivia. A Strategic Assessment*. Nueva York: EngenderHealth; 2003.
- Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*. 2002;55(4):244-265.
- Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. *Whole Site Training: A New Approach to the Organization of Training*. Nueva York: AVSC; August 1998. AVSC International Working Paper, No. 11.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services. *Report to Congress: Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection*. Washington, D.C.: CDC; January 2004. Se puede consultar en: www.cdc.gov/std/HPV/2004HPV%20Report.pdf.
- Cervical Health Implementation Project (CHIP) (South Africa). *Implementing Cervical Screening in South Africa. Volume I: A Guide for Programme Managers*. Nueva York: University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[a].
- CHIP (South Africa). *Implementing Cervical Screening in South Africa. Volume II: A Guide for Trainers*. Nueva York: University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[b].
- Chirenje ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in east, central and southern African countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(2):127-132.
- Claeys P, DeVuyst H, Mzenge G, Sande J, Dhondt V, Temmerman M. Integration of cervical screening in family planning clinics. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2003;81(1):103-108.
- Cooke A, Parkin M, Ferlay J. CANREG 4 [software]. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Cox T. Natural History of HSIL. Presented at: 19th HPV International Papilloma Virus Conference, September 1-7, 2001; Costao do Santinho, Florianopolis, Brazil.

- Crum CP, Abbott DW, Quade BJ. Cervical cancer screening: from the Papanicolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology*. 2003;21(Suppl 10):224–230.
- De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Nueva York: J.B. Lippincott Company; 2001.
- Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wright TC. Direct visual inspection for cervical cancer screening: an analysis of factors influencing test performance. *Cancer*. 2002;94(6):1699-1707.
- Dzuba IG, Diaz EY, Allen B, et al. The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the Pap test as alternatives in cervical cancer screening. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2002;11(3):265-275.
- Eddy DM. Screening for cervical cancer. *Annals of Internal Medicine*. 1990;113(3):214–226.
- Elfgren K, Kalantari M, Moberger B, Hagmar B, Dillner J. A population-based five-year follow up study of cervical HPV infection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;183(3):561-567.
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *Journal of the American Medical Association*. 2003;283(8):1031-1037.
- EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[c].
- EngenderHealth. *COPE® for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolkit to Accompany the COPE® Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2004.
- EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Rev. ed. Nueva York: EngenderHealth; 2003[a].
- EngenderHealth. *Counseling and Communicating With Men*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[d]. Men's Reproduction Health Curriculum, Section 2.
- EngenderHealth. *Facilitative Supervision Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2001.
- EngenderHealth. *Men and Women Working Together to Prevent Cervical Cancer: Training Modules for Men, Facilitator's Manual*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[e].
- EngenderHealth. *Women's perspectives on cervical cancer screening and treatment: Participatory action research in Khayelitsha, South Africa* [informe]. Nueva York: EngenderHealth; 2003[b].
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. IARC CancerBase No. 5, Version 2.0. Lyon, Francia: IARCPress; 2004.
- Fonn S, Bloch B, Mabina M, et al. Prevalence of pre-cancerous lesions and cervical cancer in South Africa: a multicentre study. *South African Medical Journal*. 2002;92(2):148-156.
- Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of General Practice*. 1998;48(433):1509-1514.

Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003;27(6):466-471.

Goldhaber-Fiebert JD, Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Optimization of target age and screening interval for cervical cancer prevention in two developing countries. Presentado en: 25º Congreso Annual de la Society for Medical Decision Making, 18-22 de octubre de 2003; Chicago, Illinois.

Goldie SJ, Alliance for Cervical Cancer Prevention. A comprehensive policy analysis of cervical cancer screening in Peru, India, Kenya, Thailand, and South Africa. Presentado en: 21º Congreso internacional sobre Papillomavirus, 20-26 de febrero de 2004; Ciudad de México, México.

Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, Pollack A, Wright TC. Policy analysis of cervical screening strategies in low resource settings. *Journal of the American Medical Association*. 2001;285(24):3107-3115.

Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Systematic Review*. 2002;1:CD000389.

Hakama M. Screening for cervical cancer: experience of the Nordic countries. En: Franco E, Monsonogo J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Londres: Blackwell Science Ltd; 1997:190-199.

Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(7):423-428.

Hopman EH, Rosendaal L, Voorhorst FJ, Walboomers JM, Kenemans P, Helmerhorst TJ. High risk human papillomavirus in women with normal cervical cytology prior to the development of abnormal cytology and colposcopy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;107(5):600-604.

Huezo CM, Carignan CS. *Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning*. 2nd ed. Londres: International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International; 1997.

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC Press. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. En: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, Francia: IARC Press. 1986[a];7:133-144. IARC Scientific Publications.

IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal*. 1986[b];293(6548):659-664.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Gynecological Oncology. *Staging Classification and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers*. Londres: Elsevier; 2000.

International Union Against Cancer (UICC). *Manual of Clinical Oncology*. 7th ed. Nueva York: Wiley-Liss; 1999.

- Jacob M, Broekhuizen FF, Castro W, Sellors J. Cryotherapy for precancer of the cervix in low-resource settings. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [en preparación].
- Jayant K, Rao RS, Nene BM, Dale PS. Improved stage at diagnosis of cervical cancer awareness in a rural population. *International Journal of Cancer*. 1995;63(2):161-163.
- Jenkins D, Sherlaw-Johnson C, Gallivan S. Can papilloma virus testing be used to improve cervical cancer screening? *International Journal of Cancer*. 1996;65(6):768-773.
- JHPIEGO. *Cervical Cancer Assessment Checklist*. Baltimore: JHPIEGO; 1999.
- 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].
- JHPIEGO. *Performance Improvement for Quality Reproductive Health Services*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[b].
- JHPIEGO. Talking with women about cervical cancer. En: *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].
- Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost-effectiveness of alternative triage strategies for atypical squamous cells of undetermined significance. *Journal of the American Medical Association*. 2002[a];287(18):2382-2390.
- Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Tradeoffs associated with increasing population screening coverage versus improving test sensitivity: cervical cancer screening in poor countries [resumen]. Presentado en: 24° Congreso Annual de la Society for Medical Decision Making, 19-23 de octubre de 2002. Baltimore; 2002[b];22(6):547.
- Kinney WK, Sung HY, Kearney KA, Miller M, Sawaya G, Hiatt RA. Missed opportunities for cervical cancer screening of HMO members developing invasive cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 1998;71(3):428-430.
- Kjaer SK, van den Brule AJ, Bock JE, et al. Determinants for genital human papillomavirus (HPV) infection in 1,000 randomly chosen young Danish women with normal pap smear: are there different risk profiles for oncogenic and nononcogenic HPV types? *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*. 1997;6(10):799-805.
- Kleine A, Gaffikin L, Mahe C. *Piloting a Cervical Precancer Information System: Results from Roi Et Province, Thailand*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.
- Koutsky LA. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *American Journal of Medicine*. 1997;102(5A):3-8. Revisión.
- Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(21):1645-1651.
- Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Najera P, Alonso de Ruiz PA, Hernandez-Avila M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health*. 1999;8(3):399-408.
- Lazcano-Ponce EC, Herrero R, Muñoz N, et al. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *International Journal of Cancer*. 2001;91(3):412-420.

- Legood R, Gray AM, Mahe C, et al. Trial-based cost effectiveness comparison of cervical cancer screening strategies in India. Presentado en: European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Tercer Congreso Europeo sobre Economía del Cáncer, 7-9 de septiembre de 2003; Bruselas, Bélgica.
- Lytle CD, Rouston LB, Seaborn GB, Dixon LG, Bushar HF, Cyr WH. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sexually Transmissible Disease*. 1997;24(3): 161-164.
- Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Family Planning Manager*. 1994;3(3).
- Mandelblatt JS, Lawrence WR, Gaffikin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(19):1469-1483.
- Marrett LD, Robles S, Ashbury F, Green B, Goel V, Luciani S. A proposal for cervical screening information systems in developing countries. *International Journal of Cancer*. 2002;102(3):293-299.
- Marteau TM. Screening in practice: reducing the psychological costs. *British Medical Journal*. 1990;301(6742):26-28.
- Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchner H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
- McIntosh N, Blumenthal PD, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2001.
- Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Ginebra: OMS; 1992.
- Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, Whittaker L, Rhodes-Morris H, Silva E. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology*. 1998;92(5):737-744.
- Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Wright T, et al. Cervical human papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a review. *Monograph of the National Cancer Institute*. 1996;(21):17-25.
- Molano M, Posso H, Weiderpass E, et al. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *British Journal of Cancer*. 2002;87(3):324-333.
- Muñoz N, Bosch FX. The causal link between HPV and cervical cancer and its implications for prevention of cervical cancer. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1996;30(4):362-377.
- Nobbenhuis MA, Walboomers JM, Helmerhorst TJ, et al. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: a prospective study. *Lancet*. 1999;354(9172):20-25.
- Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, D.C.: OPS;2002[a].
- PAHO. *Model of an Information System for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries*. Washington, D.C.: OPS;2002[b].

- PAHO/World Health Organization (WHO). *Pan American Cytology Network. An Operations Manual*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2001.
- Parkin DM. The epidemiological basis for evaluating screening policies. En: Franco E, Monsonego J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1997.
- Parkin DM, Bray FI, Devassa SS. Cancer burden in the year 2000: the global picture. *European Journal of Cancer*. 2001;37(Suppl 8):S4-S66.
- Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *International Journal of Cancer*. 1993;54(4):594-606.
- Parkin DM, Sankaranarayanan R. Prevention of cervical cancer in developing countries. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999;11:3-20.
- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, eds. *Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII*. Lyon, Francia: IARC Press; 2002. IARC Scientific Publications, No. 143.
- PATH. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenia Field Manual*. Seattle: PATH; 2003[b].
- PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.
- PATH. *Program Capacity Assessment Tool: Integrating Cervical Cancer Prevention Into Reproductive Health Services*. Seattle: PATH; 2001. Reproductive Health Reports, No. 4.
- PATH. *Teaching Visual Inspection of the Cervix With Acetic Acid (VIA): Kenia Draft*. Seattle: PATH; 2003[a].
- PATH, EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2003.
- Plummer M, Franceschi S. Strategies for HPV prevention. *Virus Research*. 2002;89(2):285-293.
- Ponten J, Adami HO, Bergstorm R, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer*. 1995;60(1):1-26.
- Pretorius R, Sera N, Watering W, Fotheringham N. Presentation of cervical cancer. *Gynecological Oncology*. 1991;42(1):48-53.
- PRIME II/INTRAH, JHPIEGO. *Transfer of Learning: A Guide for Strengthening the Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill, NC: PRIME II; marzo de 2002.
- Quality Management Working Group, Cervical Cancer Prevention Network. *Programmatic Guidelines for Screening for Cancer of the Cervix in Canada*. Ottawa, Canadá: Society of Gynecologic Oncologists of Canada; 1998.
- Risi L, Bindman J, Campbell O, et al. Media interventions to increase cervical screening uptake in South Africa: an evaluation study of effectiveness. *Health Education Research*. 2004;19:457-468.
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOC)/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. *A Qualitative Evaluation of the Acceptability and Feasibility of the Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].

- RTCOCG/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*. 2003[b];361(9360):814-820. Fe de erratas en: *Lancet*. 2003;361(9373):1994.
- Salas I, Prado R, Muñoz R. *Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología*. Washington, D.C.: OPS;2002.
- Samuels T, Everatt D, Jennings R, Hirschowitz R, MacDonald, D. *Evaluating the Effectiveness of Ulwazi Radio Materials*. South Africa: Community Agency for Social Enquiry (CASE); 1996.
- Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM. *Cancer Survival in Developing Countries*. Lyon, Francia: IARCPress; 1998. IARC Scientific Publications, No. 145.
- Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [en preparación].
- Sankaranarayanan R, Nair MK, Jayaprakash PG, et al. Cervical cancer in Kerala: a hospital registry-based study on survival and prognostic factors. *British Journal of Cancer*. 1995;72(4):1039-1042.
- Sankaranarayanan R, Ramani WS. *A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Sasieni P. Trends in cervical cancer mortality [carta al director]. *Lancet*. 1991;338(8774): 818-819.
- Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(12):958-964.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Shepherd J, Peersman G, Weston R, Napuli I. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Education Research*. 2000[b];15(6):681-694.
- Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviors intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database Systematic Review*. 2000[a];(2):CD001035.
- Simmons R, Hall P, Diaz J, Diaz M, Fajans P, Satia J. The strategic approach to contraceptive introduction. *Studies in Family Planning*. 1997;28(2):79-94.
- Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon, Francia: IARCPress; 2003.
- Sullivan R, Blouse A, McIntosh N, Magarick R, Bergthold G. *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.
- Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer*. 2000;88(10):2283-2289.

Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). SEER Stat Database: Incidence – SEER 9 Regs, Nov 2002 Sub (1973-1999), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. Publicado en marzo de 2002, basado en el informe de noviembre de 2001.

Tate DR, Anderson RJ. Recrudescence of cervical dysplasia among women who are infected with the human immunodeficiency virus: a case-control analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;186(5):880-882.

United Nations Population Division (UNDP). Programme of Action. En: *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 5–13, 1994*. Nueva York: UNDP; 1995.

UNAIDS, The World Bank. *National AIDS Council Monitoring and Evaluation (M&E) Operations Manual*. Geneva: UNAIDS/World Bank; 2002

Wabinga HR, Parkin DM, Wabwire-Mangen F, Namboozee S. Trends in cancer incidence in Kyadondo County, Uganda, 1960-1997. *British Journal of Cancer*. 2000;82(9):1585-1592.

Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cancer worldwide. *Journal of Pathology*. 1999;189(1):12-19.

Weaver BA, Feng Q, Holmes KK, et al. Evaluation of genital sites and sampling techniques for HPV DNA detection in men. *Journal of Infectious Disease* [en preparación].

World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1990.

WHO. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Ginebra: OMS; 1998[a].

WHO. *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 1996.

WHO. *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Ginebra: OMS; 2002[b].

WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide for Essential Practice*. Ginebra: OMS [en preparación].

WHO. Control of cancer of the cervix uteri. *Bulletin of the World Health Organization*. 1986;64:607–618.

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

WHO. *Estimates for Maternal Mortality in 1995 (WHO/UNICEF/UNFPA)*. Ginebra: OMS; 2001[a].

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Global Report. Non-Communicable Diseases and Mental Health. Ginebra: OMS; 2001[b].

WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs: Achieving Balance in National Opioid Control Policy. Guidelines for Assessment*. Ginebra: OMS; 2000.

WHO. *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

WHO. *Symptom Relief in Terminal Care*. Ginebra: OMS; 1998[b].

WHO. *The Use of Essential Drugs*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1992. Technical Report Series, No. 825.

WHO and ACCP. *Cervical Cancer Prevention in Developing Countries: A Review of Screening and Programme Strategies*. Ginebra: OMS [en preparación].

Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *Journal of the American Medical Association*. 2000;283(1):81-86.

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

Wright TC Jr, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490.

Wright TC Jr, Subbarao S, Ellerbrock TV, et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001;184(3):279-285.

www.alliance-cxca.org