

# La lutte contre le cancer du col de l'utérus

Guide des pratiques essentielles  
Deuxième édition



Organisation  
mondiale de la Santé



# **La lutte contre le cancer du col de l'utérus**

## **Guide des pratiques essentielles**

Deuxième édition



**Organisation  
mondiale de la Santé**

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles – 2ème éd.  
[Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed]

ISBN 978-92-4-254895-2

### © Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles – 2ème éd. [Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en République de Côte d'Ivoire.

## REMERCIEMENTS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices pour leur constante disponibilité et leur travail important pour la mise à jour de ces lignes directrices. L'OMS remercie également le Groupe sur les méthodes de l'Université McMaster et le Groupe d'examen externe pour leurs contributions essentielles. La liste des membres de chacun des groupes ainsi que des auteurs et de l'éditeur impliqués dans ce projet figure à l'Annexe 1.



L'OMS tient également à exprimer sa sincère gratitude aux organismes dont la liste figure ci-dessous pour leur contribution financière ; la production de ce guide n'aurait pas été possible sans leur soutien.

- Centres de Lutte contre la Maladie (CDC ; Atlanta, GA, États-Unis d'Amérique)
- Flanders International Cooperation Agency (FICA)
- Alliance GAVI
- Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer (Toronto, Canada)
- Institut National du Cancer (INCa ; Paris, France)
- Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (PEPFAR ; Washington, DC, États-Unis d'Amérique)



**IAEA**  
Agence Internationale de l'Énergie atomique



**Flanders**  
State of the Art



**International Agency for Research on Cancer**



## **Équipe OMS de coordination**

### **Nathalie Broutet**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

### **Linda O'Neal Eckert**

Department of Obstetrics and Gynecology  
University of Washington  
Seattle, WA, États-Unis d'Amérique

### **Andreas Ullrich**

Prise en charge des maladies non transmissibles  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

### **Paul Bloem**

Vaccination, vaccins et produits biologiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Acronymes et abréviations</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Récapitulatif des points essentiels</b> .....	<b>3</b>
<b>Préface</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>12</b>
À propos de ce guide .....	12
Les différents niveaux de soins .....	21
Pour en savoir plus .....	23
<b>Chapitre 1. Généralités</b> .....	<b>27</b>
À propos de ce chapitre .....	29
1.1 Pourquoi mettre l'accent sur le cancer du col de l'utérus? .....	30
1.2 Anatomie et physiologie de la région pelvienne chez la femme .....	34
1.3 Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.....	42
Pour en savoir plus .....	48
<b>Chapitre 2. Éléments essentiels pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus</b> .....	<b>51</b>
À propos de ce chapitre .....	53
2.1 En quoi consiste un programme complet de lutte contre le cancer du col de l'utérus? .....	55
2.2 Programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus.....	59
2.3 Comment vaincre le cancer du col de l'utérus? .....	87
Pour en savoir plus .....	87
<b>Chapitre 3. Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté</b> .....	<b>89</b>
À propos de ce chapitre .....	91
3.1 Augmenter le recours aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus.....	93

3.2 Activités extra-institutionnelles.....	95
3.3 Mobilisation de la communauté.....	97
3.4 Éducation à la santé préventive.....	100
3.5 Conseil .....	110
Pour en savoir plus .....	114
<b>Chapitre 4. Vaccination contre le virus du papillome humain.....</b>	<b>117</b>
À propos de ce chapitre .....	120
4.1 Le rôle des prestataires de soins et autres agents de santé .....	122
4.2 Vaccins contre le VPH.....	124
4.3 Population cible et stratégies de vaccination .....	130
4.4 Mobilisation de la communauté.....	135
4.5 Obtention du consentement/de l'assentiment d'une jeune fille pour être vaccinée .....	135
4.6 Suivi, évaluation et pérennité des programmes de vaccination contre le VPH .....	137
Pour en savoir plus .....	140
<b>Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus .....</b>	<b>143</b>
À propos de ce chapitre .....	146
5.1 Les différentes catégories d'agents de santé.....	148
5.2 Dépistage des anomalies du col de l'utérus.....	150
5.3 Méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus..	158
5.4 Tests diagnostiques pour la détection des lésions précancéreuses du col de l'utérus .....	167
5.5 Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus ..	173
5.6 Complications possibles et suivi après le traitement.....	180
5.7 Établissement dans la pratique d'un lien entre le dépistage et le traitement .....	181
<b>Chapitre 6. Diagnostic et traitement du cancer invasif du col de l'utérus...187</b>	
À propos de ce chapitre .....	189



6.1	Présentation clinique et diagnostic du cancer invasif du col de l'utérus...	193
6.2	Le rôle des agents de santé .....	194
6.3	Classification du stade d'évolution du cancer du col de l'utérus...	198
6.4	Traitement du cancer invasif du col : vue d'ensemble .....	203
6.5	Options de traitement .....	205
6.6	Situations particulières : le cancer du col durant la grossesse et chez les femmes vivant avec le VIH .....	211
6.7	Accompagnement et suivi des patientes.....	213
	Pour en savoir plus .....	216
<b>Chapitre 7.</b>	<b>Soins palliatifs.....</b>	<b>217</b>
	À propos de ce chapitre .....	219
7.1	Approche intégrée des soins palliatifs .....	222
7.2	Le rôle de la famille dans les soins palliatifs.....	226
7.3	Le rôle des agents de santé .....	227
7.4	Prise en charge des symptômes courants d'un cancer du col avancé...	232
7.5	Tenir la patiente et son cercle de soutien informés .....	237
	Pour en savoir plus .....	241
<b>Fiches pratiques</b>	<b>.....</b>	<b>242</b>
	Fiche pratique 2.1. Liste de contrôle pour la planification et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus ....	242
	Fiche pratique 2.2. Indicateurs de base de performance et d'impact des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus ...	244
	Fiche pratique 3.1. Messages clés pour les activités extra-institutionnelles et l'éducation en rapport avec la lutte contre le cancer du col de l'utérus	249
	Fiche pratique 3.2. Foire aux questions (FAQ) - Cancer du col de l'utérus...	252
	Fiche pratique 3.3. Ce que les hommes doivent savoir pour aider à la prévention du cancer du col de l'utérus .....	259
	Fiche pratique 3.4. Conseil.....	261
	Fiche pratique 3.5. Étapes standard pour le conseil avant, pendant	

et après la réalisation d'un test de dépistage, d'une procédure ou d'un traitement .....	264
Fiche pratique 3.6. Conseil spécifique pour les femmes vivant avec le VIH...	266
Fiche pratique 3.7. Travailler avec les agents de santé communautaires : comment les recruter et les former .....	267
Fiche pratique 4.1. Foire aux questions (FAQ) – Vaccination contre le VPH...	269
Fiche pratique 4.2. Caractéristiques des vaccins contre le VPH et chaîne du froid.....	275
Fiche pratique 4.3. La séance de vaccination .....	279
Fiche pratique 4.4. Sécurité des injections .....	283
Fiche pratique 4.5. Suivi et évaluation des programmes de vaccination – collecte des données et documentation.....	285
Fiche pratique 4.6. En cas de manifestation postvaccinale indésirable (MAPI) ....	288
Fiche pratique 4.7. Parler de la vaccination contre le VPH avec les enseignants et les responsables des écoles.....	291
Fiche pratique 5.1. Obtention d'un consentement éclairé chez une femme adulte .....	293
Fiche pratique 5.2. Recueil des antécédents et réalisation d'un examen gynécologique.....	295
Fiche pratique 5.3. Les différentes méthodes de dépistage : remarques à l'intention des agents de santé.....	301
Fiche pratique 5.4. Méthode de dépistage moléculaire - Tests de recherche de l'ADN du virus du papillome humain .....	303
Fiche pratique 5.5. Méthode de dépistage visuelle - Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA).....	306
Fiche pratique 5.6. Méthodes de dépistage basées sur la cytologie – Frottis et cytologie en milieu liquide .....	309
Fiche pratique 5.7. Conseil pour une femme chez qui le test de dépistage s'avère positif.....	315
Fiche pratique 5.8. Colposcopie.....	318
Fiche pratique 5.9. Biopsie et curetage endocervical .....	322
Fiche pratique 5.10. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : cryothérapie .....	328

Fiche pratique 5.11. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : résection à l'anse diathermique .....	333
Fiche pratique 5.12. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : conisation à froid .....	338
<b>Fiches pratiques associées au Chapitre 6 .....</b>	<b>342</b>
Fiche pratique 6.1. Lorsqu'une patiente vous consulte parce qu'elle présente des symptômes qui pourraient être dus à un cancer du col de l'utérus .....	343
Fiche pratique 6.2. Annoncer un diagnostic de cancer du col de l'utérus à une patiente et en discuter avec elle et son cercle de soutien .....	345
Fiche pratique 6.3. Renseigner à l'avance les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus sur ce qui les attend à l'hôpital .....	347
Fiche pratique 6.4. Parler à une patiente de son cancer et de son traitement : suggestions pour les agents de santé du niveau tertiaire (spécialistes du cancer) .....	348
Fiche pratique 6.5. Traitements du cancer du col de l'utérus : l'hystérectomie ...	351
Fiche pratique 6.6. Traitements du cancer du col de l'utérus : la téléthérapie pelvienne.....	356
Fiche pratique 6.7. Traitements du cancer du col de l'utérus : la curiethérapie..	362
Fiche pratique 7.1. Évaluation et traitement de la douleur .....	365
Fiche pratique 7.2. Prise en charge à domicile des pertes vaginales, des fistules et des saignements.....	372
Fiche pratique 7.3. Discuter avec une patiente qui rentre chez elle pour recevoir des soins palliatifs.....	375
<b>Annexe 1. Listes des participants et des contributeurs .....</b>	<b>377</b>
<b>Annexe 2. Méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, rôles des groupes techniques et des groupes de travail, gestion des conflits d'intérêts et déclaration des intérêts.....</b>	<b>385</b>
<b>Annexe 3. Lutte contre les infections.....</b>	<b>392</b>
<b>Annexe 4. Systèmes de classification du cancer et des lésions précancéreuses .....</b>	<b>396</b>
<b>Annexe 5. Le système de Bethesda 2001 .....</b>	<b>399</b>

**Annexe 6. Modèles de formulaires de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) ..... 401**

Modèle de formulaire 6.1. Carte personnelle de vaccination pour les jeunes filles.....401

Modèle de formulaire 6.2. Formulaires de suivi de la couverture de la vaccination contre le VPH par les agents de santé au niveau des sites assurant le service de vaccination.....402

Modèle de formulaire 6.3. Compte-rendu de la couverture nationale de la vaccination contre le VPH pour le formulaire conjoint d'enregistrement OMS-UNICEF.....405

Modèle de formulaire 6.4. Déclaration des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI).....406

**Annexe 7. Diagramme d'aide à la décision pour les stratégies « dépistage et traitement » ..... 408**

**Annexe 8. Diagrammes pour les stratégies « dépistage et traitement » (femme dont le statut par rapport au VIH est négatif ou n'est pas connu) ... 410**

Dépistage par test VPH et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .. 410

Dépistage par test VPH suivi d'une IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .....412

Dépistage par IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie ..... 413

Dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie ..... 414

Dépistage par cytologie suivie d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie ..... 415

**Annexe 9. Diagrammes pour les stratégies « dépistage et traitement » (femme qui présente une infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu dans les zones à forte endémie d'infection à VIH) .. 416**

Dépistage par test VPH et traitement par cryothérapie, ou par RAD

si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie ..	417
Dépistage par test VPH suivi d'une IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .....	418
Dépistage par IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .....	419
Dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .....	420
Dépistage par cytologie suivie d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie .....	421
<b>Annexe 10. Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade FIGO.....</b>	<b>422</b>
<b>Annexe 11. Modèles de formulaires .....</b>	<b>425</b>
Modèle de formulaire 11.1. Modèle de lettre destiné à une patiente chez qui le test de dépistage s'avère anormal et qui n'est pas revenue au moment prévu pour recevoir ses résultats ou pour le traitement...	425
Modèle de formulaire 11.2. Modèle de carte pouvant être utilisé dans le cadre d'un système permettant de suivre les patientes ayant besoin de refaire un test de dépistage.....	426
Modèle de formulaire 11.3. Modèle de carte pouvant être utilisé dans le cadre d'un système permettant de suivre les patientes ayant besoin d'être orientées vers un service spécialisé pour une évaluation ou un diagnostic .....	427
Modèle de formulaire 11.4. Modèle de lettre pouvant être utilisé par les services spécialisés où sont orientées les patientes pour donner le résultat des évaluations réalisées.....	428
<b>Annexe 12. Traitement des infections du col de l'utérus et des infections génitales hautes .....</b>	<b>429</b>

<b>Annexe 13. Préparation de la solution de Monsel.....</b>	<b>432</b>
<b>Annexe 14. Compte-rendu anatomopathologique en cas de cancer du col de l'utérus .....</b>	<b>434</b>
Modèle de formulaire 14.1. Formulaire de compte-rendu - Hystérectomie radicale .....	435
<b>Glossaire .....</b>	<b>436</b>

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
C4P	outil de calcul des coûts de la lutte contre le cancer du col de l'utérus
CD4	groupe de différenciation 4 en anglais <i>cluster of differentiation 4</i>
CDC	Centres de Lutte contre la Maladie (États-Unis d'Amérique) (en anglais <i>Centres for Disease Control and Prevention</i> )
CIM	classification internationale des maladies
CIN	néoplasie cervicale intraépithéliale (en anglais <i>cervical intraepithelial neoplasia</i> )
CML	cytologie en milieu liquide
DIU	dispositif intra-utérin
FAQ	foire aux questions
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FP	fiche pratique
GAVI	Alliance GAVI (anciennement l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) (en anglais <i>the Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> )
GEE	Groupe d'examen externe
GELD	Groupe d'élaboration des lignes directrices
GRADE	grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation en anglais <i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
GSK	GlaxoSmithKline
GTCV	Groupes Techniques Consultatifs nationaux pour la vaccination
HRP	Programme Spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (en anglais <i>Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction</i> )
IEC	information, éducation et communication
IRM	Imagerie par résonance magnétique

IST	infection sexuellement transmissible
IVA	inspection visuelle à l'acide acétique
Jhpiego	filiale de <i>Johns Hopkins University</i> (anciennement appelé Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics)
JPC	jonction pavimento-cylindrique
LIEBG	lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade
LIEHG	lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade
MAPI	manifestation postvaccinale indésirable
MSD	Merck Sharp & Dohme Corp.
NCI	National Cancer Institute des NIH (États-Unis d'Amérique)
NIH	Instituts nationaux de la Santé (États-Unis d'Amérique) en anglais <i>National Institutes of Health</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
Pap	Papanicolaou
PATH	organisation internationale sans but lucratif (anciennement appelé <i>le Programme de technologie appropriée pour la santé</i> )
PEPFAR	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida en anglais <i>United States President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
PCV	pastille de contrôle du vaccin
RAD	électrorésection à l'anse diathermique (RAD)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (en anglais <i>Strategic Advisory Group of Experts on Immunization</i> )
SPMSD	Sanofi Pasteur MSD
UICC	Union internationale contre le cancer
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance en anglais <i>United Nations Children's Fund</i>
VLP	pseudo-particule virale
VPH	virus du papillome humain



# RÉCAPITULATIF DES POINTS ESSENTIELS

## Chapitre 1. Généralités

- Bien que le cancer du col de l'utérus soit une maladie qui peut être en grande partie évitée, il représente dans le monde l'une des principales causes de décès par cancer chez la femme. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen.
- La principale cause des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus est une infection persistante ou chronique par un ou plusieurs types de VPH à haut risque (ou oncogéniques).
- L'infection à VPH est l'infection la plus couramment acquise au cours des relations sexuelles ; elle survient généralement au début de la vie sexuelle.
- Chez la plupart des femmes et des hommes infectés par le VPH, cette infection disparaît spontanément.
- Dans de rares cas, l'infection à VPH persiste ; chez la femme, cette infection peut conduire à des lésions précancéreuses du col de l'utérus, qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent évoluer vers un cancer dans les 10 à 20 années qui suivent.
- Chez les femmes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le risque de présenter une infection à VPH persistante à un jeune âge est plus élevé ; ces femmes présentent également un risque plus élevé de développer un cancer à un jeune âge.
- De bonnes connaissances de base sur l'anatomie de la région pelvienne chez la femme et sur l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus permettent aux agents de santé des niveaux primaire et secondaire de communiquer de manière efficace ces informations aux femmes, aux familles et aux communautés et de leur permettre de mieux comprendre en quoi consiste la prévention de ce cancer.

## Chapitre 2. Éléments essentiels pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus

- L'élaboration de tout programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus doit se faire en suivant le cadre de l'OMS des « six éléments constitutifs » permettant de renforcer le système de santé global.
- Les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus sont élaborés et conçus pour diminuer l'incidence de ce cancer ainsi que la morbidité et la mortalité associées à cette maladie.

- Il existe de grandes inégalités dans l'accès au dépistage et au traitement efficaces du cancer du col de l'utérus ; le cancer invasif du col de l'utérus touche principalement les femmes qui n'ont pas accès à ces services.
- Un programme complet doit inclure des activités de prévention (y compris le traitement) aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire ainsi que l'accès aux soins palliatifs.
- Un lien doit être assuré entre les services de dépistage d'une part et le traitement et le suivi après le traitement d'autre part.
- Le suivi et l'évaluation sont des composantes essentielles des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

### **Chapitre 3. Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté**

- Les activités extra-institutionnelles, la mobilisation de la communauté, l'éducation à la santé et le conseil sont des éléments essentiels d'un programme efficace de lutte contre le cancer du col de l'utérus, car ils permettent d'assurer une couverture vaccinale élevée, une couverture du dépistage élevée et une bonne observance du traitement.
- Les stratégies pour mener des activités extra-institutionnelles doivent permettre d'atteindre et d'impliquer les jeunes filles et les femmes qui bénéficieraient respectivement le plus de la vaccination et du dépistage du cancer du col de l'utérus, les hommes, les jeunes garçons et les leaders de la communauté, ainsi que les principaux partenaires.
- La mobilisation de la communauté et l'éducation à la santé sont des outils essentiels pour lever les obstacles s'opposant à l'accès et à l'utilisation des soins préventifs ; parmi les obstacles les plus couramment rencontrés, on peut citer les tabous sociaux, les barrières linguistiques, le manque d'information et le manque de transport vers les sites de prestation de services.
- L'éducation à la santé permet que les femmes, leur famille et la communauté en général comprennent que le cancer du col de l'utérus peut être prévenu.
- Les messages d'éducation à la santé relatifs au cancer du col de l'utérus doivent être en conformité avec la politique nationale, appropriés sur le plan culturel et cohérents entre les différents niveaux du système de santé.
- Les établissements de santé doivent disposer d'une pièce où les informations et le conseil peuvent en cas de nécessité être fournis aux femmes en toute confidentialité afin de les aider à faire les meilleurs choix possibles pour leur santé.
- Les agents de santé doivent être formés pour être capables de parler de sexualité sans porter de jugement de valeur et de traiter des questions liées au cancer du col de l'utérus et du VPH, tout en protégeant l'intimité et la vie privée des patientes.

- Il est essentiel que les messages éducatifs soulignent que toute femme chez qui le résultat du dépistage s'avèrerait anormal doit revenir en consultation pour un suivi.

#### **Chapitre 4. Vaccination contre le virus du papillome humain**

- L'infection à VPH est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus courante.
- Le cancer du col de l'utérus est causé par des types de VPH à haut risque, les types 16 et 18 étant responsables à eux seuls d'environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus à travers le monde.
- Deux vaccins permettant de prévenir les infections par les types de VPH à haut risque 16 et 18 sont actuellement homologués dans la plupart des pays. Leur profil d'innocuité est excellent et ils peuvent être administrés en toute sécurité conjointement à d'autres vaccins, par exemple au vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et au vaccin contre l'hépatite B.
- L'un des vaccins contre le VPH, le vaccin quadrivalent, permet également de prévenir les infections par les VPH de types 6 et 11, lesquels sont responsables de 90 % des verrues ano-génitales, également appelées condylomes.
- La vaccination des jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle est une intervention de prévention primaire importante dans un programme complet de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Les vaccins ne traitent pas les infections à VPH et les maladies associées au VPH préexistantes, c'est pourquoi il est recommandé de vacciner les jeunes filles avant qu'elles ne commencent à avoir une activité sexuelle.
- Les vaccins actuellement disponibles n'apportent pas de protection vis-à-vis de tous les types de VPH pouvant causer un cancer du col de l'utérus donc, même vaccinées contre le VPH, les jeunes filles devront toujours faire un dépistage du cancer du col de l'utérus plus tard dans leur vie.

#### **Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

- La détection précoce, par un dépistage réalisé chez l'ensemble des femmes appartenant à la tranche d'âge cible, suivie par un traitement des lésions précancéreuses qui ont été détectées permet de prévenir la majorité des cas de cancer du col de l'utérus.
- Le dépistage des anomalies du col de l'utérus doit être réalisé au moins une fois chez chaque femme appartenant à la tranche d'âge cible où il est possible d'obtenir le maximum d'avantages de cette intervention, à savoir entre 30 ans et 49 ans.

- Il est recommandé de réaliser au moins une fois un dépistage des anomalies du col de l'utérus chez l'ensemble des femmes de la tranche d'âge cible, mais celle-ci peut être étendue aux femmes âgées de moins de 30 ans lorsque les données montrent qu'elles présentent un risque élevé de lésions de type CIN2+.
- Plusieurs tests de dépistage sont recommandés : le test de recherche du VPH, la cytologie et l'IVA.
- Pour que la prévention du cancer du col de l'utérus soit efficace, les femmes chez qui le résultat du dépistage s'avère positif doivent recevoir un traitement efficace.
- Il est recommandé de suivre une approche « dépistage et-traitement » ou une approche « dépistage, diagnostic et traitement ».
- Les décisions pour déterminer quelle approche utiliser pour le dépistage et le traitement dans un pays ou dans un établissement de santé en particulier doivent être prises en fonction de différents facteurs, notamment des avantages et des inconvénients de chaque méthode, des risques que les femmes soient perdues de vue, du coût et de la disponibilité des équipements et des ressources humaines nécessaires.
- Dans l'approche « dépistage et traitement », la décision concernant le traitement est basée sur la réalisation d'un test de dépistage et le traitement est réalisé rapidement, si possible immédiatement après le test de dépistage lorsque celui-ci s'avère positif (c'est-à-dire sans avoir recours à un test diagnostique).
- L'utilisation de l'approche « dépistage et traitement » permet de diminuer le nombre de pertes de vue et peut diminuer le temps d'attente avant que la femme ne bénéficie d'un traitement.
- Chez les femmes dont le dépistage par IVA ou par cytologie s'avère négatif, un nouveau dépistage doit être réalisé après trois à cinq ans.
- Chez les femmes dont le test de recherche du VPH s'avère négatif, un nouveau dépistage doit être réalisé après cinq ans.
- En cas de suspicion de cancer au cours d'une consultation dans le cadre d'un dépistage, la femme ne doit pas être traitée, mais doit être orientée vers un centre de diagnostic et de traitement du cancer.
- La majorité des femmes chez qui le dépistage s'avère positif avec la présence de lésions précancéreuses du col de l'utérus peuvent être traitées par cryothérapie ou par RAD.

## **Chapitre 6. Diagnostic et traitement du cancer invasif du col de l'utérus**

- Une femme chez qui un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus à un stade précoce a été posé peut habituellement être guérie lorsqu'elle reçoit un traitement efficace.

- Il est important que les agents de santé de tous les niveaux de soins soient capables de reconnaître et de prendre en charge rapidement les symptômes et les signes courants de cancer du col de l'utérus.
- Le diagnostic de certitude du cancer invasif du col de l'utérus est fait par l'examen histopathologique d'une biopsie.
- Une femme chez qui un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus a été posé doit si possible être orientée vers une structure de soins du niveau tertiaire pour y être traitée.
- Les options de traitement comprennent la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ; ces différentes options peuvent être utilisées en combinaison.
- Les patientes doivent être informées des effets secondaires possibles du traitement, notamment la stérilité, la ménopause, les sensations désagréables ou les douleurs au cours des rapports sexuels, et les éventuelles modifications au niveau de l'intestin ou de la vessie.
- Les patientes doivent être informées qu'elles devront être suivies à long terme dans l'unité de prise en charge du cancer où elles auront reçu leur traitement.
- Les agents de santé de niveau tertiaire doivent envoyer un compte-rendu détaillé du plan de traitement et de soins en cours aux agents de santé travaillant à proximité du domicile des patientes qui seront chargés de la gestion des soins de suivi.
- En l'absence de traitement, un cancer invasif du col de l'utérus est pratiquement toujours mortel.

## **Chapitre 7. Soins palliatifs**

- Les soins palliatifs représentent un élément essentiel de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Les soins palliatifs permettent d'améliorer la qualité de vie des patientes et des familles qui sont confrontées aux problèmes associés à la survenue d'une maladie potentiellement mortelle.
- Les soins palliatifs consistent à prévenir et à soulager les souffrances en identifiant, en évaluant et en traitant de manière précoce les douleurs et les autres formes de souffrance physique, psychosociale et spirituelle.
- Les soins palliatifs peuvent aider les personnes qui présentent une maladie à un stade avancé à conserver leur dignité et leur sérénité au cours des moments difficiles et en fin de vie.

- Pour que les soins palliatifs soient le plus efficaces possible, il est recommandé d'avoir recours à une équipe multidisciplinaire impliquant la patiente, sa famille et les personnes lui apportant un soutien rapproché, les agents de santé communautaires et les agents de santé spécialisés dans la fourniture de soins palliatifs au niveau de la communauté ainsi que les agents de santé des structures des différents niveaux de soins.
- Les dispositifs de mise en œuvre des soins palliatifs, notamment l'éducation et la disponibilité des médicaments, doivent être renforcés.
- La plupart des douleurs peuvent être soulagées efficacement en utilisant une large combinaison d'approches médicales et non médicales.
- Le personnel infirmier ayant reçu une formation appropriée peut être autorisé, en fonction des normes et des directives en vigueur dans le pays, à prescrire des opioïdes forts administrés par voie orale.
- La qualité des soins palliatifs dépend beaucoup de la formation et de la supervision des agents de santé des structures de soins et, si possible, des personnes qui fournissent les soins au niveau de la communauté.
- La prise en charge des symptômes dépend fortement de l'accès à l'ensemble des médicaments, du matériel et des fournitures nécessaires, à la fois dans les établissements de santé et au domicile des patientes.

## PRÉFACE

Le cancer du col de l'utérus est l'une des menaces les plus graves sur la vie des femmes. Selon les estimations, plus d'un million de femmes dans le monde souffrent actuellement de ce cancer. Chez la plupart de ces femmes, le diagnostic n'a pas été posé, et la plupart d'entre elles n'ont pas accès à un traitement qui permettrait de les guérir ou de prolonger leur vie. En 2012, 528 000 nouveaux cas de cancer du col ont été diagnostiqués et 266 000 femmes sont décédées de cette maladie, près de 90 % d'entre elles vivant dans les pays à revenu faible ou moyen. Si cette situation n'est pas améliorée en urgence en y accordant toute l'attention nécessaire, les projections montrent que le nombre de décès dus au cancer du col augmentera de près de 25 % au cours des 10 prochaines années.

Le cancer du col est un phénomène mondial, mais les taux d'incidence les plus élevés sont observés en Amérique centrale et en Amérique du Sud, en Afrique de l'Est, en Asie du Sud et du Sud-Est et dans la Région du Pacifique occidental. Au cours des trois dernières décennies, le taux de cancer du col a chuté dans la plupart des pays développés, principalement grâce à la présence de programmes efficaces de dépistage et de traitement. Dans la plupart des pays en développement, les taux ont en revanche augmenté ou sont restés inchangés. Il existe également des disparités importantes dans les pays développés, les femmes vivant en milieu rural et les femmes les plus pauvres étant les plus à risque de développer un cancer invasif du col.

La plupart des femmes qui meurent d'un cancer du col, en particulier dans les pays en développement, sont dans la force de l'âge. Souvent, elles élèvent des enfants, prennent soin de leur famille et contribuent à la vie sociale et économique de leur ville ou de leur village. La mort d'une femme est une tragédie personnelle, et aussi une perte tragique et inutile pour sa famille et sa communauté, avec dans les deux cas et pour de nombreuses personnes des répercussions majeures sur la qualité de vie. Ces décès pourraient être évités, des travaux de recherche ayant très clairement montré que le cancer du col est l'une des formes de cancer les plus faciles à prévenir et à traiter s'il est détecté suffisamment tôt et pris en charge de manière efficace.

Par rapport aux pays développés, les pays moins développés sont manifestement ceux où les systèmes de santé risquent d'être les moins efficaces et les ressources financières les plus insuffisantes. Mais il est aussi important de souligner que l'un des facteurs les plus négligés mais également le plus fortement associé au cancer du col dans de nombreuses sociétés est l'inégalité dans l'accès aux soins dont les femmes sont victimes. Le manque de ressources et l'insuffisance de la qualité des soins pour les femmes ne sont pas une fatalité et nous pouvons trouver des solutions. Nous pouvons également chercher à mieux déterminer les inégalités pouvant exister entre les hommes et les femmes et en tenir compte dans la conception des politiques et des programmes de santé, avec d'autres déterminants sociaux importants de la santé que sont par exemple la richesse, l'éducation, la religion et l'origine ethnique.

En 2007, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, à titre de politique, une résolution qui engage l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses États Membres dans le processus d'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes. L'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes signifie l'adoption d'un processus systématique pour chercher à mieux déterminer les inégalités pouvant exister entre les hommes et les femmes et à en tenir compte lors de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ensemble des politiques et des programmes. Ces connaissances et ces actions sont des composantes essentielles de l'élaboration de programmes équitables et accessibles, en utilisant notamment des approches innovantes pour en faire profiter les femmes, notamment les plus défavorisées.

Tout en continuant à plaider pour qu'une plus grande attention et davantage de ressources soient accordées à la santé des femmes, et en allant au-delà de ses actions menées en faveur des soins maternels et de la planification familiale, l'OMS est également activement impliquée dans le renforcement des systèmes de santé en général, et dans l'élaboration, l'expérimentation et la mise en œuvre de technologies appropriées pour que la prise en charge du cancer du col dans les pays à revenu faible ou intermédiaire soit la plus complète et la plus abordable possible. De nouvelles avancées technologiques offrent la possibilité de lutter de manière plus exhaustive contre le cancer du col et de construire pour les jeunes filles et pour les femmes un avenir meilleur, en bonne santé. Des technologies alternatives de dépistage [comme l'inspection visuelle à l'acide acétique et le test de recherche du virus du papillome humain (VPH)] et de nouveaux vaccins contre le VPH sont de plus en plus disponibles et peuvent aider à prévenir un grand nombre de cas de cancer du col. En outre, la vaccination contre le VPH, qui cible les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans avant qu'elles ne soient sexuellement actives, constitue la première étape d'une approche de la lutte contre le cancer du col pouvant être poursuivie tout au long de la vie, en commençant au cours de l'enfance et en continuant à l'âge adulte par la réalisation des tests de dépistage recommandés entre l'âge de 30 et de 49 ans.

La mise en œuvre des programmes de lutte contre le cancer du col élargit l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive qui permettent d'améliorer la santé des femmes. Ces améliorations contribuent à leur tour à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et au futur programme international en faveur du développement au-delà de 2015. Ces programmes contribuent également à la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant lancée en 2010.

Une place particulière a été accordée à la question du cancer du col dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, qui s'est tenue en 2011 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013, un plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 a été convenu avec les États Membres ; dans ce plan d'action, la lutte contre le cancer du col figure parmi les interventions prioritaires pour être recommandées de manière universelle pour la lutte contre le cancer. L'OMS



assure la direction du processus de mise en œuvre de ce plan d'action contre les maladies non transmissibles, et les États Membres se sont engagés à inclure le cancer du col ainsi que d'autres interventions de lutte contre les maladies non transmissibles dans leurs plans sanitaires nationaux.

Il existe de multiples possibilités d'intégrer la lutte contre le cancer du col dans les systèmes existants de prestation de soins, par exemple dans les programmes de santé reproductive et les programmes de lutte contre l'infection à VIH et le sida. Les programmes nationaux de lutte contre le cancer du col offrent un modèle de collaboration entre plusieurs programmes, notamment entre les programmes en rapport avec la santé reproductive, les maladies non transmissibles et le cancer, la vaccination et la santé des adolescents. Ces programmes nationaux sont donc à même de catalyser des changements dans la planification et la fourniture de soins de santé, contribuant ainsi à la transition pour passer d'approches verticales à des systèmes horizontaux.

Cette publication, *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles*, donne une vue d'ensemble de ce que signifie une approche globale de la lutte contre le cancer du col. Elle donne en particulier une description des différentes stratégies venant se compléter les unes les autres pour lutter contre le cancer du col. Elle met également en évidence la nécessité d'une collaboration entre les différents programmes, les différentes organisations et les différents partenaires. Ce guide est une mise à jour de l'édition de 2006 et prend en compte les avancées prometteuses ayant récemment vu le jour dans les domaines des technologies et des stratégies qui pourront aider à combler le décalage existant entre les besoins et la disponibilité en services de lutte contre le cancer du col.

### **Dr Flavia Bustreo**

Sous-Directeur général

Santé de la famille, de la femme et de l'enfant

### **Dr Oleg Chestnov**

Sous-Directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale

### **Dr Marie-Paule Kiény**

Sous-Directeur général

Systèmes de santé et innovation

## INTRODUCTION

### À propos de ce guide

L'édition 2014 de ce document *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* est une révision et une mise à jour de la version publiée en 2006.

### Pourquoi était-il important de faire une révision de la version antérieure ?

Ces dernières années, de nouvelles stratégies innovantes ont vu le jour dans le domaine de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Pour évaluer l'utilisation de ces stratégies lors du processus de décision dans la pratique clinique et la planification des programmes en se basant sur les données factuelles actuellement disponibles, un Comité de pilotage de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et un groupe d'experts invités se sont réunis à Genève (Suisse) en septembre 2010 afin de s'assurer que les orientations de l'OMS relatives au cancer du col continuent à inclure l'ensemble des technologies et des stratégies pertinentes.

Une liste des participants et des contributeurs se trouve à l'Annexe 1.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, les rôles des différents groupes techniques et groupes de travail, la gestion des conflits d'intérêts et les déclarations d'intérêts sont présentés à l'Annexe 2.



Participants  
et contributeurs



Élaboration des lignes directrices  
Méthodes et rôles

Cette version révisée du document *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* comprend les recommandations de l'OMS qui existaient en avril 2014 sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses et sur la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), en tenant compte des résultats basés sur les données factuelles publiées jusqu'à décembre 2013 ; les pratiques récentes encore en cours d'évaluation y sont également présentées.

Ce guide comprend deux nouveaux chapitres, un chapitre a été réorganisé et deux chapitres ont fait l'objet de révisions importantes. Tous les chapitres ont été soigneusement mis à jour et modifiés en fonction des besoins.

Les nouveaux chapitres sont les suivants.

**Chapitre 2. Éléments essentiels pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.** En réponse aux demandes des administrateurs de programme et des autres lecteurs à tous les niveaux des soins de santé, l'OMS a rajouté ce chapitre entièrement nouveau qui donne une description des principaux aspects à prendre en considération dans les programmes de lutte contre le cancer du col : planification, préparation, mise en œuvre, suivi et évaluation, supervision et formation.

**Chapitre 4. Vaccination contre le virus du papillome humain.**

Ce chapitre donne une description détaillée des programmes de vaccination contre le VPH pour les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans. Ces programmes n'existaient pas dans les pays en développement au moment de la première édition, alors qu'ils sont aujourd'hui opérationnels dans un nombre toujours plus grand de pays. Ce chapitre comprend également un ensemble de trois recommandations clés de l'OMS relatives aux vaccins contre le VPH.

Le chapitre ayant fait l'objet d'une réorganisation.

**Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.**

Le Chapitre 5 regroupe maintenant les informations qui se trouvaient auparavant dans deux chapitres : dépistage du cancer du col, et diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col. Ces informations ont été regroupées car un dépistage des lésions précancéreuses du col sans traitement ne permettra pas de diminuer l'incidence du cancer du col ou de la mortalité qui lui est associée. En outre, les travaux de recherche sur l'approche « dépistage et traitement » pour la lutte contre le cancer du col ont fait de grands progrès depuis la dernière édition de ce guide.

Les deux autres chapitres ayant fait l'objet de révisions substantielles.

**Chapitre 6 (Diagnostic et traitement du cancer invasif du col de l'utérus) et Chapitre 7 (Soins palliatifs).** Ces chapitres ne comprennent pas de recommandations de l'OMS, des lignes directrices de l'OMS sur ces sujets étant actuellement en cours de préparation. Ces deux chapitres ont été révisés pour prendre en compte les données actuellement disponibles.

**Champ d'application et objectifs**

Le principal objectif de ce guide est d'aider les personnes impliquées dans la prestation de services visant à réduire la charge de cancer du col sur les femmes, leurs communautés et les systèmes de santé. Il se concentre sur les connaissances, les meilleures pratiques et les compétences en communication que les agents de santé travaillant aux niveaux communautaire, primaire et secondaire doivent maîtriser afin d'offrir des services de qualité pour la prévention, le dépistage, le traitement et les soins palliatifs du cancer du col, c'est-à-dire pour l'ensemble du continuum de soins.

Ce guide fait référence à quatre niveaux de soins :

- les soins communautaires fournis par la communauté ;
- les soins primaires fournis par le dispensaire (ou centre de santé) ;
- les soins secondaires fournis par l'hôpital de district ;

- les soins tertiaires fournis par l'hôpital central ou hôpital de recours.

On trouvera une description détaillée de chacun de ces niveaux de soins plus loin dans ce chapitre, à la section intitulée « Les différents niveaux de soins ».

## Public cible

Ce guide est principalement destiné aux agents de santé dans les centres de santé et les hôpitaux de district qui s'occupent de la santé des femmes et/ou des adolescents. Il peut aussi être pertinent pour les agents de santé du niveau communautaire et du niveau tertiaire.

Un autre public cible, en particulier pour le Chapitre 2 traitant des éléments essentiels pour les programmes, comprend les agents de santé et les administrateurs de programme au niveau infranational dont les responsabilités peuvent inclure la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes et/ou la supervision et la formation d'autres agents de santé.

Les décideurs au niveau national trouveront dans ce guide des informations actualisées fondées sur des données factuelles sur ce qui fonctionne dans les programmes de lutte contre le cancer du col. Ces informations pourront leur servir de base pour mettre à jour leurs propres directives et leurs propres protocoles.

## Comment est rédigé ce guide

Ce guide est rédigé de façon à être adapté à son principal public cible, c'est-à-dire pour une utilisation par les agents de santé des niveaux primaire et secondaire, les bénéficiaires en bout de chaîne étant leurs clientes, leurs patientes et les communautés. Les procédures utilisées au niveau tertiaire et les services fournis par des spécialistes sont décrits en évitant l'utilisation d'un jargon technique. Ce guide fournit plutôt des outils permettant d'apporter aux patientes et à leurs réseaux de soutien des explications sur les questions de base afin qu'ils puissent comprendre ces informations et prendre des décisions éclairées. Un glossaire donne les définitions des termes techniques utilisés dans ce guide et qui peuvent poser des problèmes de compréhension aux lecteurs.

## Structure de ce guide

Ce guide se compose de sept chapitres :

Chapitre 1. Généralités

Chapitre 2. Éléments essentiels pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus

Chapitre 3. Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté

Chapitre 4. Vaccination contre le virus du papillome humain

Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Chapitre 6. Diagnostic et traitement du cancer invasif du col de l'utérus

Chapitre 7. Soins palliatifs

Chaque **chapitre** couvre de façon exhaustive un aspect de la lutte contre le cancer du col et donne les informations qu'il est essentiel de connaître. Le contenu de chaque chapitre est organisé comme suit :

- les points essentiels concernant le sujet couvert par le chapitre ;
- une description du rôle et des responsabilités des agents de santé des niveaux primaires et secondaires en ce qui concerne le sujet couvert par le chapitre ;
- les informations de base essentielles sur le sujet, suivies d'une discussion des différentes pratiques médicales et des recommandations appropriées, et, en fonction des besoins, les recommandations pour la pratique (cette section présente les informations et les compétences de base qui permettront aux agents de santé de fournir des services de qualité et actualisés) ;
- des orientations et des suggestions sur la façon de fournir un conseil aux patientes, aux familles et aux communautés et sur la façon de communiquer avec elles ;
- des informations sur les services à chacun des quatre niveaux du système de santé, s'il y a lieu ;
- les messages à fournir lors du conseil pour aider les agents de santé à parler avec les femmes des soins qui leur ont été prodigués et du suivi dont elles peuvent avoir besoin (les Chapitres 6 et 7 donnent des suggestions aux agents de santé spécialisés des établissements du niveau tertiaire afin de les aider à avoir des conversations efficaces bidirectionnelles avec les patientes, leurs familles et leurs cercles de soutien) ;
- une bibliographie complémentaire « pour en savoir plus ».

Ces chapitres sont suivis de fiches pratiques conçues comme suit :

- des rappels pour les agents de santé sur les éléments importants à inclure lorsqu'ils décrivent ou réalisent certaines procédures ou certains éléments faisant partie

des soins ou fournissent un conseil sur le sujet (y compris lorsqu'ils répondent aux nombreuses questions fréquemment posées) ; et/ou

- des rappels destinés aux agents de santé sur les éléments importants à inclure lorsqu'ils décrivent certaines procédures ou certains éléments faisant partie des soins, lorsqu'ils fournissent un conseil sur le sujet (y compris lorsqu'ils répondent aux nombreuses questions fréquemment posées) et lorsqu'ils réalisent ces procédures ou ces éléments faisant partie des soins ; et/ou
- des listes de contrôle pour aider les agents de santé à s'assurer qu'ils disposent bien de tous les éléments nécessaires avant de commencer une activité (par exemple avant d'effectuer une séance de vaccination contre le VPH) ou pour contrôler l'acquisition d'une compétence dans le cadre de la supervision de soutien (par exemple sur la façon correcte d'utiliser la cryothérapie).

Les chapitres relatifs au traitement et aux soins palliatifs du cancer du col l'utérus (Chapitres 6 et 7) comprennent des fiches pratiques pour les agents de santé formés des niveaux les moins élevés et intermédiaires. Elles leur permettent de disposer d'informations claires qui leur serviront de base pour expliquer aux patientes et à leurs familles les services qu'elles recevront dans les hôpitaux vers lesquels elles sont orientées pour bénéficier d'un autre dépistage et/ou d'un traitement.

Chacune de ces fiches pratiques peut être copiée ou adaptée. Cependant, ces fiches ne sont pas suffisantes pour permettre à un agent non formé d'apprendre à effectuer une procédure.

Les **annexes** qui se trouvent à la fin de ce guide fournissent des informations détaillées sur certains éléments des différentes pratiques en utilisant les protocoles établis à l'échelle internationale (par exemple des diagrammes relatifs à la prise en charge et des protocoles de traitement) ainsi que des stratégies permettant d'assurer la qualité de certains services (par exemple la lutte contre les infections).

Le **glossaire** donne la définition des différents termes scientifiques ou techniques utilisés dans ce guide.

## L'équipe médicale

Dans le cadre d'un programme idéal de lutte contre le cancer du col, les agents de santé doivent travailler en équipe, de façon complémentaire et en totale synergie, en entretenant une bonne communication à leur niveau et avec les autres niveaux de soins. Dans certains pays, les secteurs privés et les organisations non gouvernementales (ONG) proposent un nombre important de services en rapport avec le cancer du col. Les personnels de ces secteurs doivent être intégrés dans l'équipe médicale ; ce doit également être le cas d'autres organisations professionnelles représentant un large éventail de prestataires (par exemple les associations de médecins généralistes, de gynécologues, de pédiatres, de spécialistes

de la santé publique et de spécialistes des vaccinations) afin d'étendre la portée des services et de s'assurer que des protocoles et des normes similaires seront bien utilisés. Les vaccins contre le VPH étant disponibles dans un nombre croissant de pays, les pédiatres et les éducateurs jouent également un rôle clé dans la prestation de services pour la prévention du cancer du col. Les nouvelles technologies simplifiées (par exemple l'approche « dépistage et traitement ») permettent une nouvelle allocation des tâches au sein de l'équipe médicale.

Selon les niveaux de soins auxquels ils exercent, les agents de santé ont des rôles différents.

- Les agents de santé communautaires sensibilisent la population au cancer du col, incitent et aident les femmes à utiliser les services et assurent le suivi de celles pour lesquelles le résultat du dépistage s'est avéré positif et de celles qui rentrent chez elles après avoir bénéficié d'un traitement à un niveau de soins supérieur.
- Les prestataires de soins primaires assurent la promotion des services, réalisent le dépistage, le suivi et le conseil et orientent les femmes vers des niveaux de soins supérieurs, si nécessaire, en expliquant clairement aux femmes les services dont elles bénéficieront dans ces structures.
- Les prestataires de soins secondaires (hôpital de district) assurent toute une série de services, allant du diagnostic au traitement, et orientent les patientes vers des niveaux de soins supérieurs ou inférieurs. Comme indiqué ci-dessus, ces agents de santé peuvent être responsables de différents aspects du programme.
- Les prestataires de soins tertiaires prennent en charge les patientes souffrant d'un cancer invasif et d'un stade avancé de la maladie. Ils les renvoient si besoin vers des niveaux de soins inférieurs (primaires ou secondaires).

## Utilisation de ce guide

Tout comme la première édition du guide, cette version révisée fournit des informations utilisables dans un grand nombre de situations et qu'il est possible d'adapter au contexte local (systèmes de santé, besoins, langue et culture).

Ce guide et les recommandations qui l'accompagnent peuvent être utilisés au niveau national où ils serviront de base pour l'élaboration ou l'adaptation des directives, pour modifier les politiques et les pratiques, et/ou pour mettre à jour les programmes en vigueur afin qu'ils soient en cohérence avec les normes de l'OMS basées sur des données factuelles reconnues à l'échelle internationale.

Les agents de santé et les administrateurs de programme des différents niveaux du système de santé pourront utiliser ce guide :

- comme manuel de référence fournissant les informations essentielles actualisées en matière de prévention, dépistage, diagnostic et traitement du cancer du col ;

- pour la préparation des sessions de formation et d'apprentissage des agents de santé (avant et après leur entrée en activité), et également comme outil d'auto-apprentissage ;
- pour sa synthèse des différents aspects de la prévention et de la prise en charge du cancer du col ;
- pour y trouver des recommandations validées sur la réponse à apporter à certaines situations particulières ;
- pour comprendre les interactions entre les agents de santé des différents niveaux de soins.

Ce guide peut aussi être utilisé pour permettre aux ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé d'acquérir de nouvelles compétences, et comme document de référence lors de l'élaboration de cours de formation ou pour les agents de santé communautaires des autres niveaux lorsqu'ils commencent à travailler au niveau local dans la lutte contre le cancer du col.

Les personnes intéressées peuvent utiliser ce guide dans son ensemble ou se limiter aux chapitres ayant trait à leur pratique.

### Diffusion des lignes directrices

Ces lignes directrices seront disponibles en ligne dans la base de données de la Bibliothèque de l'OMS ; un lien sera créé avec la page Web de l'OMS consacrée à la Santé sexuelle et génésique et avec la *Bibliothèque de Santé génésique* de l'OMS qui est une revue disponible sur le Web.<sup>1</sup> La publication de ces lignes directrices sera également annoncée dans *Reproductive Health Update*<sup>2</sup> du Programme Spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (en anglais *Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*, soit HRP) des PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banque mondiale, qui compte plus de 2000 abonnés, parmi lesquels de nombreuses organisations qui collaborent avec l'OMS. Un grand nombre de ces organisations signaleront également cette publication dans leur bulletin d'information.

Une version imprimée de ces lignes directrices sera notamment distribuée aux abonnés des publications de l'OMS, aux bénéficiaires d'une distribution obligatoire à titre gratuit des publications de l'OMS (dirigeants nationaux de la santé et ministres de la santé ou directeurs généraux de la santé ; bibliothèques de dépôt des publications de l'OMS ; représentants de l'OMS/officiers de liaison de l'OMS ; bibliothèque du siège de l'OMS ; bureaux régionaux de l'OMS ; bibliothèques des bureaux hors-site), aux autres bénéficiaires à titre gratuit

<sup>1</sup> La base de données de la Bibliothèque de l'OMS est disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/library/databases/fr/> ; la page Web de l'OMS Santé sexuelle et reproductive est disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/fr/> ; la Bibliothèque de Santé génésique de l'OMS est disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/rhl/fr/index.html>.

<sup>2</sup> Un abonnement à *Reproductive Health Update* de HRP peut être demandé à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>.



libres non-obligatoires (autorités nationales compétentes en matière de santé sexuelle et génésique, programmes de lutte contre le cancer, centres nationaux de recherche en santé génésique et centres collaborateurs OMS), au personnel du Siège de l'OMS, des bureaux régionaux, des bureaux pays et d'ailleurs, aux organisations non gouvernementales (ONG) concernées, aux sociétés médicales œuvrant dans le domaine de la lutte contre le cancer et/ou de la santé sexuelle et génésique, aux revues scientifiques (notamment aux revues médicales généralistes et aux revues spécialisées dans la santé sexuelle et génésique ou le cancer), aux organisations internationales, aux donateurs actuels ou potentiels, aux éditeurs potentiels des versions traduites, ainsi qu'aux organisations ayant contribué à cette publication,<sup>3</sup> et lors du Congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO).<sup>4</sup> La tenue de séminaires en ligne est prévue en 2015 et 2016 dans chacune des régions de l'OMS avec le groupe Cervical Cancer Action.<sup>5</sup>

Des ateliers régionaux sont déjà prévus en 2015 dans la Région des Amériques et la Région de l'Afrique pour présenter ces nouvelles lignes directrices de l'OMS à un grand nombre de partenaires impliqués dans la planification des programmes nationaux. Les autres régions seront couvertes en 2016 et en 2017.

Si les pays en font la demande auprès des bureaux régionaux de l'OMS, ils recevront un appui pour adapter ces lignes directrices à leurs besoins spécifiques et pour les intégrer dans les directives nationales existantes. Ces adaptations seront effectuées durant des ateliers organisés au niveau régional, au niveau sous-régional et au niveau des pays afin d'examiner les principaux éléments de ces lignes directrices et de les adapter à la situation épidémiologique ainsi qu'aux contextes culturels et socio-économiques de chaque pays. Initialement, ces lignes directrices ne seront disponibles qu'en anglais ; elles seront traduites dans un second temps en fonction des financements disponibles. Leur traduction et leur publication dans des langues ne faisant pas partie des langues de publication des Nations Unies seront encouragées.

## Évaluation de ces lignes directrices

Le nombre de téléchargements de ces lignes directrices sur les sites Web de l'OMS (site du Siège et sites des bureaux régionaux) sera utilisé comme un indicateur de l'intérêt qui leur est porté.

Le Département Santé et recherche génésiques du Siège de l'OMS travaillera avec les bureaux régionaux de l'OMS pour suivre les demandes faites par les pays afin de recevoir une assistance technique pour utiliser ces lignes directrices. Des réunions avec les partenaires nationaux seront organisées à cet effet dans les pays, et les commentaires

<sup>3</sup> Se référer au site <http://www.uicc.org/convening/world-cancer-congress>.

<sup>4</sup> Se référer au site <http://figo2015.org/>.

<sup>5</sup> Se référer au site <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php>.

faits par les participants sur la clarté, la faisabilité de la mise en application et l'utilité des recommandations et des lignes directrices seront enregistrés. Conjointement avec les bureaux régionaux, le Département fera également un suivi du nombre de pays ayant changé leurs directives sur la base de la publication de ces nouvelles lignes directrices de l'OMS.

### **Mise à jour de ces lignes directrices**

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) continuera à travailler de manière ad hoc avec l'OMS sur chacun des chapitres afin de répondre aux éventuelles lacunes en matière de recherche identifiées lors du processus. En outre, les nouvelles données publiées sur les travaux de recherche relatifs aux nouvelles méthodes de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses et du cancer du col feront l'objet d'un suivi afin de déterminer si les orientations et les recommandations existantes doivent être mises à jour rapidement. Les mêmes mesures seront prises pour les recommandations relatives à la vaccination contre le VPH, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) allant examiner très régulièrement les nouvelles données qui seront publiées sur le sujet. Au sein du Programme de lutte contre le cancer de l'OMS, un groupe travaillera aussi sur les recommandations relatives au traitement du cancer en général. Enfin, suite à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2014 sur les soins palliatifs, un groupe élaborera également de nouvelles recommandations sur le sujet. Selon les prévisions de l'OMS, il faudra environ cinq ans pour que les nouvelles données publiées soient suffisantes pour justifier une mise à jour des lignes directrices figurant dans ce document ou pour en ajouter éventuellement de nouvelles.

**Au sein de la population****Les différents niveaux de soins<sup>6</sup>****NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

Le niveau communautaire englobe les individus et les organisations gouvernementales, les associations communautaires et religieuses et autres ONG, ainsi que les services de soins palliatifs à domicile. Le niveau communautaire couvre également les postes de santé, où travaille généralement une infirmière auxiliaire ou un agent de santé communautaire.

**Au dispensaire****DISPENSARE – NIVEAU DE SOINS PRIMAIRES**

Le niveau de soins primaires recouvre les structures de soins primaires disposant de personnel qualifié et ouvertes à heures régulières. Ces structures peuvent proposer des services de maternité et un service minimum de laboratoire.

À ce niveau, les prestations sont assurées par du personnel infirmier, des infirmières auxiliaires ou des aides-infirmiers, des conseillers, des éducateurs à la santé, des auxiliaires de soins, des « assistants médicaux » et, parfois, des médecins.

<sup>6</sup> Cette description n'englobe pas les soins ni les agents de santé en dehors du système de santé officiel (comme les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les vendeurs de médicaments, etc.), dont les rôles sont cependant loin d'être négligeables.

### À l'hôpital de district



#### HÔPITAL DE DISTRICT – NIVEAU DE SOINS SECONDAIRES

Un hôpital de ce niveau offre généralement non seulement des services de médecine générale, de pédiatrie et de maternité, mais aussi des services de chirurgie générale, des soins en hospitalisation ou en ambulatoire, ainsi que des soins spécialisés dans certains endroits. Les patientes peuvent être adressées à ce niveau de soins par les centres de soins et les médecins privés du district. À ce niveau, les services de laboratoire peuvent parfois réaliser les examens cytologiques et histologiques.

Les soins sont assurés par des médecins généralistes, du personnel infirmier, des préparateurs en pharmacie ou des personnes spécialisées dans la distribution des médicaments, des assistants de santé, des aides-infirmiers et des techniciens de laboratoire, et parfois par un gynécologue et un cytologiste. Les hôpitaux privés et les hôpitaux de mission appartiennent souvent à ce niveau de soins.

### À l'hôpital central



#### HÔPITAL CENTRAL OU HÔPITAL DE RECOURS – NIVEAU DE SOINS TERTIAIRES

Les établissements de soins tertiaires dispensent des soins spécialisés pour les cas difficiles et les pathologies d'urgence. Ils couvrent habituellement les services de chirurgie, de radiothérapie et les divers services d'hospitalisation et de soins ambulatoires. Ils traitent non seulement les cas cliniques courants, mais aussi les cas aigus et chroniques. Ces hôpitaux offrent les services de laboratoire de référence et de diagnostic les plus complets du secteur public. Ils disposent notamment d'anatomopathologistes et de techniciens cytologistes, de services de radiologie et d'imagerie diagnostique.

Les soins sont parfois assurés par des gynécologues, des oncologues et des radiothérapeutes ainsi que par le personnel que l'on retrouve également au niveau moins élevé.

## Pour en savoir plus

- Alliance pour la prévention du cancer du col. *Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col - Manuel à l'usage des organisateurs*. Seattle (WA), 2006 ([http://screening.iarc.fr/doc/MfM\\_French\\_final.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf), consulté le 18 juillet 2014).
- International Agency for Research on Cancer. *IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening*. Lyon, 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Pratique chirurgicale de base dans les structures à moyens limités*. Genève, 2011 (file:///C:/Users/Philippe/Downloads/9789242545753\_fre%20(1).pdf, consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Résolution WHA58.22. Prévention et lutte anticancéreuses*. Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16–25 mai 2005. Genève, 2005 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21323fr/s21323fr.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Outil d'évaluation postintroduction d'un nouveau vaccin (PIE)*. Genève, 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO\\_IVB\\_10.03\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO_IVB_10.03_fre.pdf), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices de l'OMS : utilisation de la cryothérapie pour le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale*. Genève, 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855_fre.pdf?ua=1), consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Guide de l'utilisateur de l'Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P)*. Genève, 2012 ([http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P\\_USER\\_GUIDE\\_V1.0\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P_USER_GUIDE_V1.0_fr.pdf?ua=1), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Fiche d'information. Fréquence observée des réactions post-vaccinales : Vaccin contre le virus du papillome humain*. Genève, 2012 ([http://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/July\\_2014\\_HPV\\_final\\_FR.pdf?ua=1](http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/July_2014_HPV_final_FR.pdf?ua=1), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Note d'orientation de l'OMS. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles*. Genève, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146_fre.pdf?ua=1), consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus*. Genève, 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/), consulté le 18 juillet 2014).

- Organisation mondiale de la Santé. Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l’OMS, octobre 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014 ; **89**(43) :465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. Réunion du Groupe stratégique consultatif d’experts sur la vaccination, avril 2014 – conclusions et recommandations. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014 ; **89**(21) :221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>, consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Principes et considérations sur l’ajout d’un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l’exécution et au suivi.* Genève, 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151615/1/9789242506891\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151615/1/9789242506891_fre.pdf?ua=1&ua=1), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé. *Résolution WHA 67.19. Renforcement des soins palliatifs en tant qu’élément des soins complets à toutes les étapes de la vie. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, point 15.5 de l’ordre du jour, Genève, 24 mai 2014.* Genève, 2014 (WHA 67.19 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-fr.pdf), consulté le 18 juillet 2014).
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l’Enfance. *Déclaration conjointe OMS-UNICEF : dons de vaccins ; 7 août 2010.* Genève, 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70488/1/WHO\\_IVB\\_10.09F\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70488/1/WHO_IVB_10.09F_fre.pdf), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l’Enfance. *Guide OMS-UNICEF sur l’élaboration d’un plan pluriannuel complet de vaccination - PPAC.* Genève, 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO\\_IVB\\_14.01F\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO_IVB_14.01F_fre.pdf?ua=1), consulté le 21 novembre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé, Organisation panaméricaine de la Santé. *Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l’inspection visuelle à l’acide acétique (IVA).* Genève, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf), consulté le 18 juillet 2014).
- World Health Organization. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition.* Geneva, 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>, consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation.* Geneva, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>, consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5).* Geneva, 2007 ([http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_palliative/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/), consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals.* Geneva, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_RHR\\_08.14\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf), consulté le 21 novembre 2014).

- World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf), consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4)*. Geneva, 2008 ([http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_diagnosis/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/), consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool*. Geneva, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>, consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness*. Geneva, 2012 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120\\_Guidelines.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf), consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer*. Geneva, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>, consulté le 18 juillet 2014).
- World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*. Geneva, 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, consulté le 21 novembre 2014).
- World Health Organization. *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*. Geneva, 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>, consulté le 18 juillet 2014).
- World Health Organization. *WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization*. Geneva, 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf), consulté le 18 juillet 2014).
- World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, African Population and Health Research Center. *Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries (Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia)*. Geneva, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>, consulté le 18 juillet 2014).

**Sites web utiles :**

**Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP):** [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org)

**EngenderHealth :** [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)

**Grounds for Health :** [www.groundsforhealth.org](http://www.groundsforhealth.org)

**Centre international de Recherche sur le Cancer :** <http://www.iarc.fr/indexfr.php>

**Jhpiego :** [www.Jhpiego.org](http://www.Jhpiego.org)

**PATH :** [www.path.org](http://www.path.org)

**OMS – Département Santé et recherche génésiques :**

<http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>

**OMS – Département Vaccination, vaccins et produits biologiques :**

<http://www.who.int/immunization/fr/>

**OMS – Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant**

**et de l'adolescent :** [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/)

**OMS – Département Maladies non transmissibles et santé mentale :**

<http://www.who.int/nmh/fr/>

**OMS – Département Médicaments essentiels et produits sanitaires :**

<http://www.who.int/medicines/fr/>

**OMS – HPV Vaccine Introduction Clearing House :**

[www.who.int/immunization/hpv](http://www.who.int/immunization/hpv)

**OMS – Human papillomavirus (HPV) :**

[www.who.int/immunization/diseases/hpv](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv)



# 1

## CHAPITRE 1. GÉNÉRALITÉS



## CHAPITRE 1. GÉNÉRALITÉS

### Points essentiels

- Bien que le cancer du col de l'utérus soit une maladie qui peut être en grande partie évitée, il représente dans le monde l'une des principales causes de décès par cancer chez la femme. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen.
- La principale cause des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus est une infection persistante ou chronique par un ou plusieurs types de VPH à haut risque (ou oncogéniques).
- L'infection à VPH est l'infection la plus couramment acquise au cours des relations sexuelles ; elle survient généralement au début de la vie sexuelle.
- Chez la plupart des femmes et des hommes infectés par le VPH, cette infection disparaît spontanément.
- Dans de rares cas, l'infection à VPH persiste ; chez la femme, cette infection peut conduire à des lésions précancéreuses du col de l'utérus, qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent évoluer vers un cancer dans les 10 à 20 années qui suivent.
- Chez les femmes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le risque de présenter une infection à VPH persistante à un jeune âge est plus élevé ; ces femmes présentent également un risque plus élevé de développer un cancer à un jeune âge.
- De bonnes connaissances de base sur l'anatomie de la région pelvienne chez la femme et sur l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus permettent aux agents de santé des niveaux primaire et secondaire de communiquer de manière efficace ces informations aux femmes, aux familles et aux communautés et de leur permettre de mieux comprendre en quoi consiste la prévention de ce cancer.

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur les lignes directrices de l'OMS suivantes :

Organisation mondiale de la Santé. *Note d'orientation de l'OMS. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles*. Genève, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146_fre.pdf?ua=1)).

World Health Organization. *Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation*. Geneva, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>).

Les références des autres articles et publications sur lesquels ce chapitre est basé sont disponibles en fin de chapitre, à la section « Pour en savoir plus ».

Ce chapitre est divisé en trois sections. La Section 1.1 intitulée « Pourquoi mettre l'accent sur le cancer du col de l'utérus ? » donne un résumé des statistiques mondiales et montre les grandes disparités qui existent au sein des pays et entre les pays concernant les taux de nouveaux cas diagnostiqués (incidence) et les taux annuels de décès enregistrés (taux de mortalité). Ces informations permettent de mieux comprendre la charge que représente le cancer du col sur les femmes et sur les services de santé et les raisons pour lesquelles il est si important d'assurer un accès universel aux services de prévention.

La Section 1.2 intitulée « Anatomie et physiologie de la région pelvienne chez la femme » donne des explications illustrées de cette région chez la femme et une description des modifications que connaît le col tout au long de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la période suivant la ménopause. Elle explique également comment ces modifications ont une influence sur la prévention du cancer du col. Munis de ces connaissances de base sur l'anatomie de la reproduction chez la femme, les agents de santé peuvent plus facilement communiquer aux femmes, aux familles et aux communautés des informations sur les services de prévention du cancer du col (voir le Chapitre 3).

La Section 1.3 intitulée « Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus » donne des informations sur la progression très lente des modifications observées en cas d'infection à VPH persistante. Une bonne connaissance de la séquence avec laquelle se succèdent ces modifications permet aux agents de santé d'expliquer à la communauté pourquoi il est possible de prévenir le cancer du col, et donc d'éviter les souffrances et les décès prématurés dont il est la cause.

## 1.1 Pourquoi mettre l'accent sur le cancer du col de l'utérus ?

### 1.1.1 Raisons menant à mettre l'accent sur le cancer du col de l'utérus

Les raisons pour mettre l'accent sur le cancer du col sont exposées ci-dessous.

- Chaque année, 266 000 femmes meurent du cancer du col dans le monde. Le cancer du col est la principale cause de décès par cancer en Afrique orientale et en Afrique centrale.
- La majorité de ces décès pourraient être évités si l'accès à des programmes complets de lutte contre le cancer du col était universel et si, dans ces programmes, l'ensemble des jeunes filles bénéficiaient d'une vaccination contre le VPH et l'ensemble des femmes à risque bénéficiaient d'un dépistage et d'un traitement des lésions précancéreuses.
- Les causes du cancer du col sont connues : presque tous les cas sont la conséquence d'une infection persistante (de très longue durée) par un ou plusieurs types de VPH à « haut risque » (ou oncogéniques).
- L'histoire naturelle de l'infection par le VPH et la progression très lente de la maladie (passage d'un col sain à des lésions précancéreuses, puis à un cancer invasif, potentiellement mortel) chez les femmes immunocompétentes est bien connue.

- Le fait que le passage d'une lésion précancéreuse à un cancer prenne 10 à 20 ans donne suffisamment de temps pour dépister, détecter et traiter les lésions précancéreuses et éviter leur évolution vers un cancer. Chez les femmes immunodéprimées (par exemple chez celles qui vivent avec le VIH), l'infection à VPH progresse plus fréquemment et plus rapidement vers une lésion précancéreuse, puis vers un cancer.
- Plusieurs types de tests de prix abordable permettent de détecter efficacement les lésions précancéreuses, et plusieurs options de prix abordable permettent de traiter efficacement les lésions détectées, le cas échéant.
- Plusieurs types de vaccins contre le VPH sont maintenant disponibles ; administrés à l'ensemble des jeunes filles avant qu'elles ne soient sexuellement actives, ils peuvent prévenir en grande partie les cas de cancer du col.
- En attendant que l'accès aux programmes de lutte contre le cancer du col soit universel, ce qui nécessitera de résoudre les inégalités qui existent actuellement, les grandes disparités de taux d'incidence et de taux de mortalité observées dans différentes situations persisteront et mettront cruellement en évidence le manque d'accès à des services complets et efficaces.

### 1.1.2 Épidémiologie mondiale du cancer du col de l'utérus

L'épidémiologie est l'étude de la distribution et des déterminants de l'état de santé et des événements en rapport avec la santé (y compris des maladies), ainsi que l'application de cette étude à la lutte contre les maladies et les autres problèmes de santé.

#### ***a. Chiffres et comparaisons entre les pays***

À l'échelle mondiale, le cancer du col est le cancer le plus fréquent chez la femme dans 45 pays, et il tue plus de femmes que toutes les autres formes de cancer dans 55 pays. Ces pays comprennent de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, de nombreux pays d'Asie (notamment l'Inde) et certains pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Les cartes des Figures 1.1 et 1.2 montrent les différences dans l'incidence et le taux de mortalité entre les différents pays et les différentes régions du monde. Ces cartes ne permettent pas de voir les fortes disparités en termes d'incidence et de mortalité qui existent entre différentes zones au sein de certains pays. Ces différences sont liées aux variations socio-économiques et géographiques, aux variations en matière d'équité hommes-femmes et à des facteurs déterminés par la culture, tous ces facteurs pouvant grandement limiter l'accès aux services de prévention chez certains groupes de femmes.

Les données ci-dessous illustrent également clairement les grandes différences constatées entre les femmes vivant dans les pays à revenu élevé et celles vivant dans les pays à revenu faible ou moyen.

- En 2012, 528 000 nouveaux cas de cancer du col ont été diagnostiqués dans le monde ; une grande majorité de ces cas (environ 85 %) l'ont été dans les régions les moins développées.
- Au cours de la même année, 266 000 femmes sont décédées d'un cancer du col dans le monde ; près de 9 de ces décès sur 10, soit au total 231 000 décès, sont survenus chez des femmes vivant et étant décédées dans des pays à revenu faible ou moyen. En revanche, 35 000 de ces femmes décédées (soit 1 sur 10) vivaient et sont décédées dans des pays à revenu élevé.

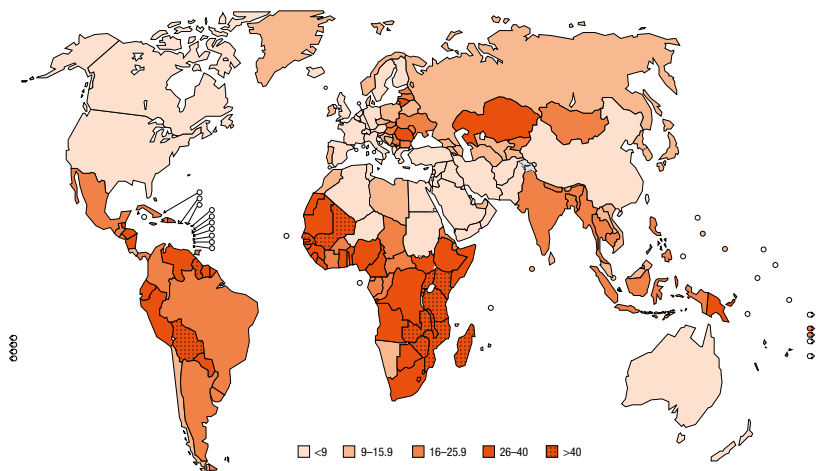
Les principales raisons de ces disparités sont l'absence relative de programmes efficaces de prévention et de détection et de traitement précoces ainsi que le manque d'équité dans l'accès à ces programmes. En l'absence de ces interventions, le cancer du col n'est généralement détecté qu'à un stade avancé, lorsqu'il est trop tard pour que les patientes bénéficient d'un traitement efficace, avec en conséquence une mortalité élevée.

### ***b. Changements dans le nombre de cas diagnostiqués et dans le nombre de décès au cours des 30 dernières années***

Au cours des 30 dernières années, l'incidence et le taux de mortalité du cancer du col ont diminué dans les pays où les niveaux social et économique se sont améliorés. Ces diminutions sont largement la conséquence de la mise en œuvre de mesures de prévention secondaire, qui comprennent un dépistage efficace, un diagnostic et un traitement précoces des lésions précancéreuses ainsi qu'un diagnostic et un traitement précoces des cancers.

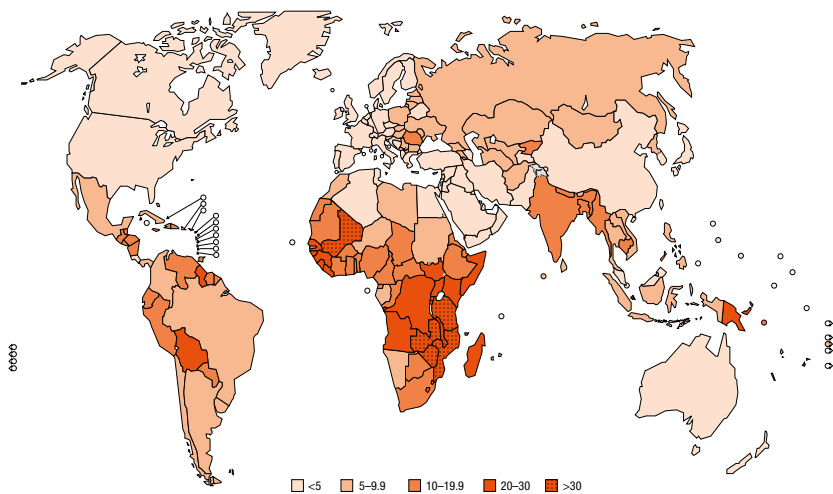
Pour résumer cette section du Chapitre 1, on peut dire que les statistiques qui y sont présentées sont révélatrices du manque intolérable de soins chez les femmes des pays à revenu faible ou moyen et du besoin impératif de mettre en place des services efficaces pour tous.

Figure 1.1. Estimation de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde, en 2012



Source : International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Cancer fact sheets: cervical cancer.* Lyon, 2014.

Figure 1.2. Estimation de la mortalité par cancer du col de l'utérus dans le monde, en 2012



Source : International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Cancer fact sheets: cervical cancer.* Lyon, 2014.

## 1.2 Anatomie et physiologie de la région pelvienne chez la femme

### 1.2.1 Pourquoi est-il important d'avoir une bonne connaissance de l'anatomie des organes génitaux de la femme ?

Une bonne connaissance de l'anatomie des structures de la région pelvienne chez la femme aidera les agents de santé participant aux programmes de lutte contre le cancer du col à :

- accomplir leur travail, notamment la sensibilisation de la communauté, ainsi que le dépistage, le diagnostic et le traitement des lésions précancéreuses ;
- orienter vers une structure de soins appropriée du niveau supérieur les femmes qui présentent des lésions qui ne peuvent pas être traitées à leur niveau ;
- interpréter les comptes rendus de laboratoire et de traitement, ainsi que les recommandations médicales des prestataires des niveaux de soins supérieurs ;
- informer les patientes de leur état de santé, leur fournir seul-à-seul un conseil (ainsi qu'à leur famille si elles le souhaitent) et planifier leur suivi ; et
- communiquer de façon efficace avec les prestataires des autres niveaux de soins, notamment les agents de santé communautaires et les prestataires de soins des structures d'orientation recours du niveau tertiaire.

Une description des différents niveaux de services de santé et des agents de santé travaillant à chacun de ces niveaux se trouve à la section Introduction.

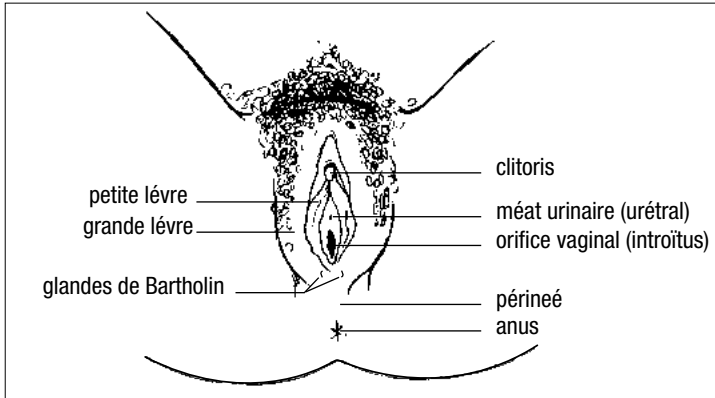
### 1.2.2 Identification des organes externes et des organes internes

#### *a. Organes externes*

Les organes externes comprennent les organes visibles à l'œil nu et les organes visibles lors d'un examen au spéculum. La Figure 1.3 montre la région qui peut être observée quand une femme en âge de procréer écarte les jambes. Cette région comprend la vulve (la zone entre le bord supérieur représentée sur la figure et les glandes de Bartholin), le périnée et l'anus. La vulve comprend l'orifice vaginal (introïtus), qui, avec les structures voisines, est recouvert par les grandes lèvres et les petites lèvres. Le clitoris est un organe très sensible de petite taille qui augmente le plaisir sexuel. Le méat urinaire (méat urétral) est une ouverture de très petite taille située au-dessus de l'orifice vaginal. Le périnée est la zone comprise entre l'orifice vaginal et l'anus. Les glandes de Bartholin produisent un mucus clair qui vient lubrifier l'orifice vaginal lors des stimulations sexuelles.



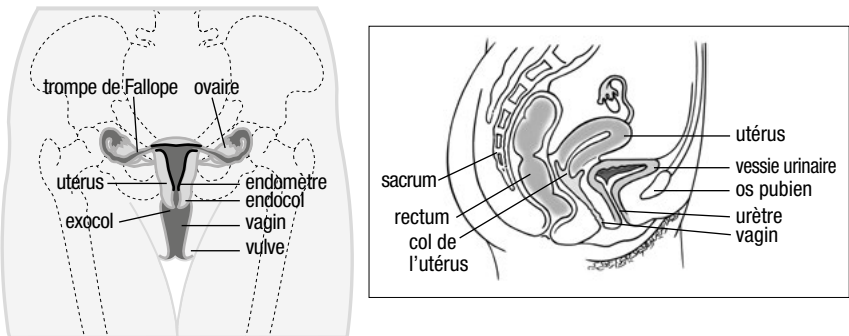
Figure 1.3. Organes génitaux externes chez la femme



**b. Organes internes**

Les organes situés à l'intérieur de la cavité pelvienne ne sont pas visibles, sauf lorsqu'ils sont exposés après une incision chirurgicale ou une laparotomie. Comme le montre la Figure 1.4, la vessie et l'urètre sont situés en arrière de l'os pubien et en avant du vagin et du col de l'utérus. Le corps de l'utérus est situé au-dessus du col, et la partie terminale du côlon et le rectum se trouvent en arrière des structures génitales. L'utérus est maintenu en place par des épaissements (ligaments) de la paroi de l'abdomen (péritoïne). Les uretères (tubes fins qui transportent l'urine depuis les reins jusqu'à la vessie) se situent de chaque côté de l'utérus ; ils ne sont pas représentés sur cette figure.

Figure 1.4. Vue de face et vue de profil des organes internes de la femme



### 1.2.3 Description succincte des organes de la région pelvienne

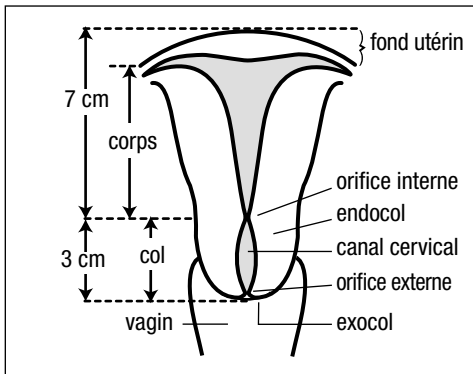
#### a. Vagin

Le vagin est un conduit musculaire élastique qui comprend de nombreux replis et qui s'étend de l'introïtus au col de l'utérus. La partie basse du col (exocol) fait saillie dans l'extrémité supérieure du vagin, et la zone vaginale qui l'entoure forme les culs de sac vaginaux.

#### b. Col de l'utérus

Le col de l'utérus correspond au tiers inférieur de l'utérus. Chez une femme en âge de procréer qui n'est pas enceinte, il mesure environ 3 cm de long pour 2,5 cm de diamètre. La partie inférieure du col (exocol) s'avance dans le vagin ; elle est visible lors d'un examen au spéculum. Les deux tiers supérieurs du col (endocol) sont situés au-dessus du vagin et ne sont pas visibles. La plupart des cancers du col débutent à la jonction entre l'endocol et l'exocol. La Figure 1.5 montre la taille que représente le col de l'utérus par rapport à l'utérus dans son entier chez une femme en âge de procréer.

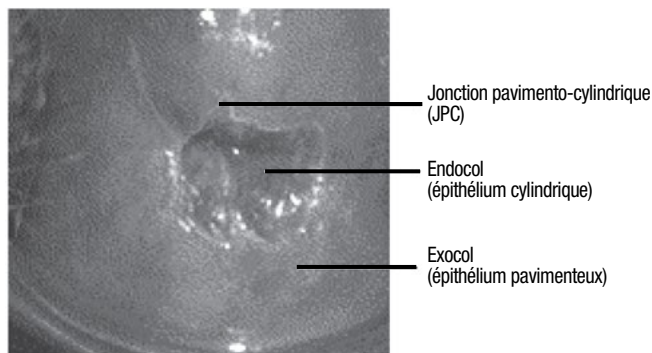
Figure 1.5. Utérus et col de l'utérus chez une femme en âge de procréer



Le col de l'utérus est constitué d'un tissu fibromusculaire dense. Le canal cervical traverse le col en son milieu, depuis l'orifice interne (débouchant dans la cavité utérine) jusqu'à l'orifice externe (l'orifice que l'on peut voir au centre du col, lors de l'examen au spéculum).

La Figure 1.6 est une photographie légèrement agrandie du col comme il peut être observé après la mise en place d'un spéculum. On peut y voir l'orifice externe du canal cervical chez une femme en âge de procréer qui n'a jamais accouché par voie vaginale ; il s'agit d'une ouverture d'aspect légèrement irrégulière. Après un ou plusieurs accouchements, l'orifice externe prend l'aspect d'une fente large et irrégulière, en forme de bouche. Sur cette photographie, la zone sombre entourant l'orifice externe est une extension de l'épithélium cylindrique tapissant le canal cervical ; la zone plus claire qui l'entoure est composée par l'épithélium pavimenteux stratifié qui s'étend à partir du vagin. La ligne où les deux types d'épithélium se rejoignent est appelée la jonction pavimento-cylindrique (JPC).

Figure 1.6. Col de l'utérus



Une description plus détaillée des différents types d'épithélium constituant le col de l'utérus et des modifications normales qui surviennent au cours de la vie reproductive se trouve à la Section 1.2.4. Une description des modifications de l'aspect du col tout au long de la vie chez une femme se trouve à la Section 1.2.5. Ces deux sections sont un préambule important à la Section 1.3 intitulée « Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus ».

### ***c. Utérus***

L'utérus est un organe musculaire lisse, creux, en forme de poire et aux parois épaisses. Quand il n'est pas distendu par une grossesse ou une tumeur, l'utérus mesure environ 10 cm de haut, du fond utérin (fundus) jusqu'au col (voir la Figure 1.5). Il est soutenu par tout un ensemble de ligaments formés par des replis du péritoine (fine membrane recouvrant l'intérieur de la paroi abdominale). La région située entre l'utérus et la paroi pelvienne est appelée le paramètre.

La cavité utérine est tapissée par l'endomètre. L'endomètre est composé d'une couche épithéliale qui contient de nombreuses glandes ; il subit d'importantes modifications au cours du cycle menstruel et de la grossesse.

### ***d. Ovaires***

Les ovaires sont un organe pair situé de chaque côté de la cavité pelvienne. À quelques exceptions près, chez une femme qui a ses règles de manière naturelle chaque mois, un ovule est produit chaque mois par l'un ou l'autre des ovaires (ovulation).

### ***e. Trompes de Fallope***

Les trompes de Fallope sont des conduits étroits que l'œuf produit par un ovaire emprunte pour passer dans l'utérus. C'est dans la trompe de Fallope que se produit la fécondation de l'œuf lorsqu'une femme qui n'utilise pas de contraception a des rapports sexuels dans les jours qui précèdent et/ou qui suivent immédiatement l'ovulation.

### ***f. Structures sanguine et lymphatique de la région pelvienne***

Les artères et les veines qui alimentent l'utérus et le col descendent de chaque côté sur toute la longueur du col. Il est important de se souvenir de leur emplacement quand on utilise un anesthésique local, pour éviter de l'injecter dans l'un de ces vaisseaux.

Les canaux et les ganglions lymphatiques qui drainent les organes pelviens sont proches des vaisseaux sanguins et sont susceptibles de constituer une voie de dissémination du cancer du col. Dans les stades avancés du cancer, des tumeurs volumineuses peuvent parfois bloquer le drainage lymphatique et provoquer des œdèmes des membres inférieurs (lymphœdème).

### ***g. Système nerveux de la région pelvienne***

L'exocol ne possède pas de terminaisons nerveuses, si bien que les procédures réalisées uniquement dans cette région (par exemple le prélèvement de biopsies ou la cryothérapie) sont parfaitement tolérées sans anesthésie. En revanche, l'endocol possède de nombreuses terminaisons nerveuses sensibles qui seront à l'origine des douleurs ressenties par la femme lors de la réalisation de procédures dans cette région (par exemple en cas de curetage, de lésion ou d'un étirement au niveau de l'endocol).

Le col de l'utérus contient aussi tout un réseau de nerfs faisant partie du système nerveux autonome, système qui est impliqué dans le contrôle de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et d'autres fonctions du corps. Les procédures réalisées au niveau du canal endocervical, par exemple l'insertion d'un spéculum endocervical ou d'une curette, sont parfois à l'origine d'une réaction vasovagale caractérisée par l'apparition de sueurs, d'une bradycardie, d'une chute de la tension artérielle et par un évanouissement.

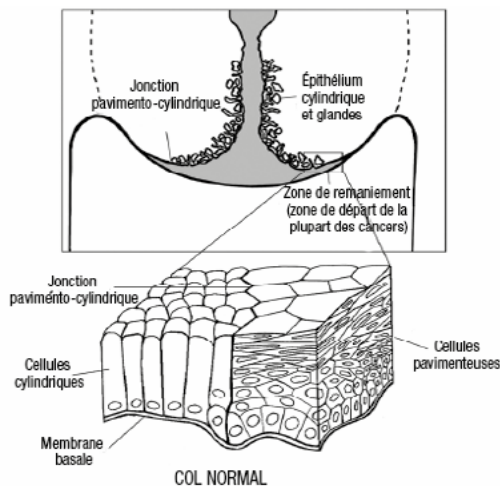
Le bloc paracervical est une technique d'anesthésie locale utilisée pour certains traitements. Il consiste à injecter un anesthésique en différents points dans la partie charnue du col de l'utérus et dans les culs de sac vaginaux, tout en évitant de l'injecter en position 3 heures et 9 heures où passent les vaisseaux.

## **1.2.4 Épithéliums du col de l'utérus et modifications normales au cours de la période de reproduction**

### ***a. Description des différents types d'épithélium du col de l'utérus***

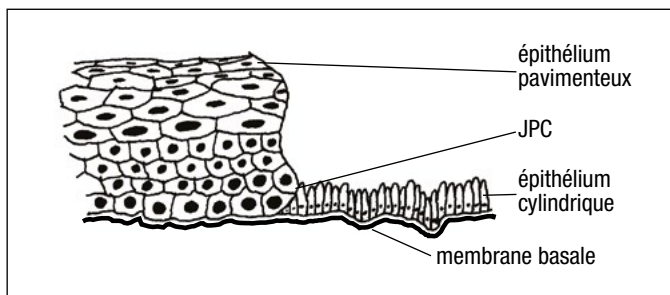
La surface du col de l'utérus est recouverte par deux types d'épithélium. On appelle « épithélium » un revêtement que l'on trouve à la surface de la peau et à l'intérieur des organes creux. L'exocol est recouvert par l'épithélium pavimenteux, un revêtement protecteur stratifié (multicouche) solide formant une continuation avec le revêtement vaginal. Le canal cervical est recouvert par une seule couche de cellules cylindriques hautes : l'épithélium cylindrique (voir les Figures 1.7 et 1.8).

Figure 1.7. Col de l'utérus normal



Source : Blumenthal PD, McIntosh N. *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings*. Baltimore (MD), Jhpiego, 2005.

Figure 1.8. Les deux types d'épithélium cervical et la jonction paviméto-cylindrique (JPC)



Source : adapté avec l'autorisation de Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales ; manuel à l'usage des débutants*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 2003.

L'épithélium paviméteux stratifié, comme le montre la Figure 1.8, est constitué d'une couche profonde épaisse recouverte de plusieurs couches de cellules de plus en plus plates se superposant comme des tuiles.

L'épithélium cylindrique est constitué d'une seule couche de cellules hautes. Il tapisse le canal endocervical et s'étend vers l'extérieur sur une portion variable de l'exocol. Cet épithélium

est beaucoup plus mince et beaucoup plus fragile que l'épithélium pavimenteux qui tapisse l'exocol et il contient de nombreuses glandes assurant la lubrification du canal.

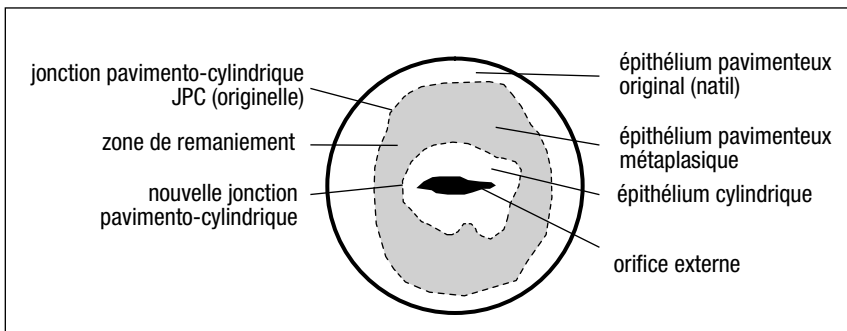
La jonction pavimento-cylindrique (JPC) est la zone de rencontre de ces deux types d'épithélium. À la Figure 1.8, elle apparaît sous la forme d'une ligne étroite nette, marquée par une dénivellation à cause de la différence d'épaisseur entre les épithéliums pavimenteux et cylindrique. La localisation de la JPC varie avec l'âge de la femme, son statut hormonal, l'existence d'antécédents de traumatismes provoqués par l'accouchement et l'utilisation ou non d'une contraception orale.

### ***b. Modifications normales des épithéliums du col de l'utérus au cours de la période de reproduction***

Lorsqu'il est exposé à l'acidité vaginale, l'épithélium cylindrique, plus fragile et qui s'étend à partir du canal cervical en recouvrant la partie externe du col, est progressivement remplacé par un épithélium pavimenteux plus solide. Ce processus physiologique normal de remplacement est appelé métaplasie pavimenteuse ; elle donne naissance à une nouvelle JPC. La région de taille variable se situant entre la JPC initiale et la nouvelle JPC est appelée la zone de remaniement.

Comme cela sera décrit à la section suivante de ce présent chapitre portant sur l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (Section 1.3), les cellules de la zone de remaniement sont particulièrement sensibles à l'infection par le VPH. Et c'est dans cette zone que se développent la plupart des carcinomes cellulaires épidermoïdes.

**Figure 1.9 : Zone de remaniement du col de l'utérus chez une femme en âge de procréer**



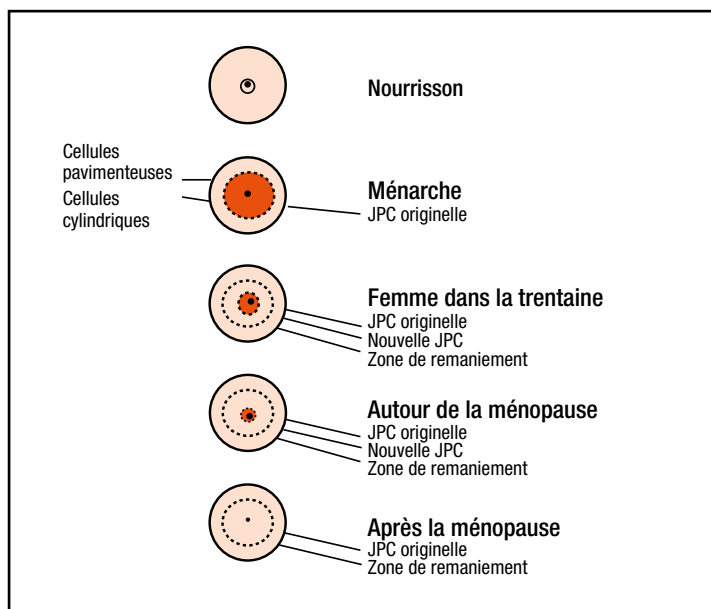
Source : reproduit avec l'autorisation de Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales ; manuel à l'usage des débutants*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 2003.

La Figure 1.9 représente la partie externe du col de l'utérus chez une femme qui a eu au moins un accouchement par voie vaginale. Il montre les modifications normales à un stade où peuvent être observés l'épithélium pavimenteux métaplasique, la zone de remaniement ainsi que les deux JPC.

### 1.2.5 Modifications normales de l'aspect du col de l'utérus au fur et à mesure que l'âge de la femme progresse

En plus des modifications épithéliales du col décrites à la Section 1.2.4, l'aspect du col change également de manière importante entre la naissance et la période suivant la ménopause. La Figure 1.10 donne une représentation schématisée de ces modifications en fonction de l'âge observées au niveau du col. En conditions réelles, l'apparence du col et le passage d'une zone à une autre au cours des différents stades de la vie ne sont pas aussi nets que ce que montrent ces schémas.

Figure 1.10. Apparence du col de l'utérus au cours de la vie d'une femme



JPC : jonction pavimento-cylindrique

Source : Dessin de August Burns ; adapté avec l'autorisation de Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales ; manuel à l'usage des débutants*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 2003.

#### a. De la naissance à la période prépubertaire

La jonction pavimento-cylindrique originelle est présente chez les filles dès la naissance. Elle se situe au niveau ou à proximité de l'orifice externe.

### ***b. Des premières règles au début de la période de reproduction***

À la puberté, quand les ovaires commencent à sécréter des œstrogènes, le col augmente de volume ; l'épithélium cylindrique de l'endocol et la JPC originelle deviennent alors visibles sur la partie extérieure du col.

### ***c. Chez la femme dans la trentaine***

Sous l'influence des œstrogènes, le processus normal de maturation, appelé métaplasie pavimenteuse, s'installe et les JPC originelle et nouvelle sont parfaitement visibles. La zone de remaniement est la zone qui se situe entre les deux JPC.

### ***d. Autour de la ménopause***

Avec l'âge, l'influence des œstrogènes diminue, le col rétrécit, si bien que l'épithélium cylindrique et la zone de remaniement se déplacent de l'exocol dans le canal endocervical.

### ***e. Après la ménopause***

En l'absence de stimulation oestrogénique, la JPC originelle est encore visible à l'examen au spéculum, mais la nouvelle JPC et une portion variable de l'épithélium métaplasique de la zone de remaniement se sont déplacées dans le canal endocervical.

Cependant, les modifications progressives observées peuvent varier d'une femme à une autre ; chez certaines femmes ménopausées, le col de l'utérus peut avoir un aspect similaire à celui présenté au schéma précédent (autour de la ménopause), la nouvelle JPC étant encore visible partiellement ou dans son entier.

## **1.3 Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus**

### **1.3.1 Qu'est-ce que le cancer ?**

« Cancer » est un terme utilisé pour désigner la prolifération maligne, autonome et anarchique de cellules et de tissus. Une telle prolifération entraîne la formation de tumeurs qui peuvent envahir les tissus autour de ce cancer ou former à distance dans d'autres parties du corps de nouvelles tumeurs similaires à la tumeur originelle appelées métastases. Lorsque le cancer grossit, il détruit les tissus normaux et rivalise pour l'utilisation de l'oxygène et des nutriments.

### **1.3.2 Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?**

La plupart des cancers du col de l'utérus sont dus à une infection persistante par l'un des types de VPH causant le cancer. Quatre-vingt-dix pour cent sont des carcinomes cellulaires épidermoïdes qui débutent au niveau de la zone de remaniement de l'exocol ; les 10 % restants sont des adénocarcinomes qui se développent dans la couche cylindrique glandulaire de l'endocol.



Comme nous l'avons vu à la Section 1.1 de ce chapitre, le cancer du col peut être prévenu par la vaccination des jeunes filles contre les types de VPH qui provoquent ce cancer et par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses chez les femmes, ces lésions commençant à apparaître de nombreuses années avant la survenue d'un cancer. De plus, le cancer peut encore être guéri s'il est dépisté et traité de manière précoce.

### 1.3.3 Qu'est-ce qu'une lésion précancéreuse du col de l'utérus ?

Une lésion précancéreuse du col de l'utérus est une modification bien visible dans les cellules épithéliales de la zone de remaniement du col ; les cellules commencent à se développer de façon anormale en présence d'une infection à VPH persistante ou à long terme.

Pour la majorité des cancers, même s'ils ont un stade précurseur, les lésions à ce stade ne persistent pas assez longtemps pour être repérées et ne peuvent pas être diagnostiquées et traitées facilement. Le cancer du col est l'un des rares cancers pour lequel le stade précurseur (lésion précancéreuse) persiste de nombreuses années avant d'évoluer vers un cancer invasif, ce qui offre un temps amplement suffisant pour le détecter et le traiter.

Malheureusement, même si le cancer du col peut être prévenu, un grand nombre de femmes meurent toujours de ce cancer dans de nombreux pays (voir la Section 1.1). Cela est dû à un manque d'accès aux services de prévention et de traitement, problème pouvant résulter de nombreux facteurs, comme la présence d'obstacles qui limitent l'accès des femmes aux services (par exemple lorsque les heures d'ouverture ne sont pas appropriées, la distance pour avoir accès aux soins est trop importante ou du fait d'un manque de transport) ou la présence de barrières culturelles ou dues à un manque d'équité entre les hommes et les femmes. Cependant, dans la plupart des cas, la cause globale de ces obstacles est la pauvreté.

### 1.3.4 Infection à VPH et cofacteurs facilitant la persistance de l'infection

La principale cause des lésions précancéreuses et du carcinome cellulaire épidermoïde du col de l'utérus est la présence d'une infection chronique ou persistante asymptomatique par un ou plusieurs types de VPH à haut risque (pouvant causer un cancer ou oncogéniques). L'infection à VPH est l'infection sexuellement transmissible la plus courante.

Un numéro a été attribué à plus de 100 types de VPH, la plupart d'entre eux n'étant pas associés à la survenue d'un cancer du col. Parmi l'ensemble des cas de cancer du col signalés dans le monde, 7 sur 10 (70 %) ont été causés par seulement deux types de VPH : le type 16 et le type 18. Quatre autres types de VPH à haut risque (les types 31, 33, 45 et 58) sont moins fréquemment associés à la survenue d'un cancer du col, certains types étant plus répandus que d'autres dans certaines régions du monde.

Deux types de VPH à faible risque (6 et 11) ne causent pas le cancer du col, mais sont responsables de la plupart des verrues génitales, encore appelées condylomes.

Presque toutes les femmes et tous les hommes sont infectés par le VPH peu après le début de leur activité sexuelle. Il n'est pas nécessaire que le pénis pénètre dans le vagin car le virus peut être transmis par contact peau contre peau des zones génitales situées à proximité du pénis et du vagin.

Comme chez la femme, l'infection à VPH chez l'homme est généralement asymptomatique et le plus souvent de courte durée. L'homme peut développer un cancer de l'anus. Ce cancer est le plus souvent associé à une infection par le VPH de type 16 ; il est plus fréquent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Comme chez la femme, les VPH de types 6 et 11 sont à l'origine de la majorité des verrues génitales chez l'homme.

Chez la femme, au cours de la puberté et de la grossesse, la taille de la zone de remaniement au niveau de l'exocol augmente. L'infection par le VPH pourrait donc être facilitée si une exposition à ce virus survient au cours de l'une ou l'autre de ces périodes, ce qui pourrait expliquer l'existence d'une association entre le carcinome cellulaire épidermoïde et les rapports sexuels précoces, un âge jeune au premier accouchement et des antécédents de grossesses multiples. Les autres comportements pouvant augmenter le risque d'infection par le VPH (et donc de développer un cancer du col) comprennent le fait d'avoir de nombreux partenaires et le fait d'avoir un partenaire ayant de nombreux partenaires.

La cause sous-jacente de presque tous les cas de cancer du col est une infection par un type de VPH à haut risque. Mais la présence d'une telle infection N'EST PAS à l'origine d'un cancer dans tous les cas. En fait, la plupart des femmes infectées par un type de VPH à haut risque ne développeront pas un cancer, car la plupart de ces infections, indépendamment du type de VPH, sont de courte durée ; le corps élimine le virus spontanément en moins de deux ans. L'infection par un type de VPH à haut risque ne persistera (ne deviendra chronique) que chez un faible pourcentage de femmes ; seul un faible pourcentage de ces infections chroniques progresseront vers une lésion précancéreuse ; enfin, parmi l'ensemble des lésions précancéreuses, seul un pourcentage encore plus faible progressera vers un cancer invasif. Ainsi, on estime que pas plus de 2 % de l'ensemble des femmes vivant dans un pays à ressources limitées développeront un cancer du col au cours de leur vie.

Les conditions (cofacteurs) qui font que l'infection à VPH persiste et évolue vers un cancer sont mal connues, mais il est probable que les facteurs ci-dessous jouent un rôle :

- le type de VPH (oncogénicité ou pouvoir d'entraîner l'apparition d'un cancer) ;
- le statut immunitaire - chez les femmes souffrant d'immunodéficience (comme celle provoquée par l'infection à VIH), les infections à VPH ont plus souvent tendance à persister et le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses est plus rapide ;
- la co-infection avec d'autres germes transmis sexuellement, comme l'infection à virus *herpes simplex*, l'infection à chlamydia ou la gonorrhoeae ;
- la parité (le nombre d'enfants) et l'âge jeune au premier accouchement ;
- le tabagisme ;
- l'utilisation de contraceptifs oraux pendant plus de cinq ans.

Ce dernier cofacteur (l'utilisation de contraceptifs oraux pendant plus de cinq ans) est celui pour lequel l'association avec l'apparition d'un cancer est la plus faible. Un comité d'experts

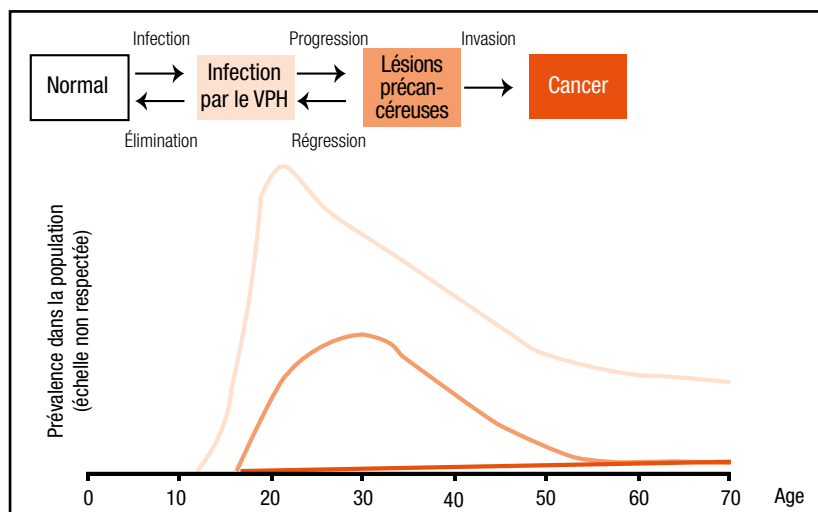
OMS a examiné cette question en détail. Ce comité a conclu que les avantages importants obtenus avec l'utilisation d'une méthode de contraception très efficace pour prévenir les grossesses non planifiées et non désirées (qui permet également de prévenir la morbidité et la mortalité associée à ces grossesses) l'emportent largement sur la probabilité très faible d'une augmentation du risque de cancer du col pouvant résulter de l'utilisation d'un contraceptif oral. Par conséquent, il ne faut pas empêcher ou décourager les femmes d'opter pour une contraception orale. Il faut simplement que ces femmes, comme toutes les autres femmes, bénéficient d'un dépistage du cancer du col.

### 1.3.5 Développement des lésions précancéreuses

Après être entré dans les cellules épithéliales du col de l'utérus, le VPH à haut risque empêche leur fonctionnement normal, ce qui entraîne l'apparition des modifications caractéristiques des lésions précancéreuses (également appelées dysplasie). La terminologie utilisée est explicitée à l'Annexe 4.

La Figure 1.11 illustre la chronologie de la progression des anomalies, en partant du col normal (absence d'infection), puis en passant au col infecté par le VPH, aux lésions précancéreuses et enfin au cancer invasif. Il est important de noter que ces modifications peuvent se produire dans les deux sens : un grand nombre des cellules infectées par le VPH reviennent à un état normal et un grand nombre des lésions précancéreuses du col n'évoluent pas vers un cancer.

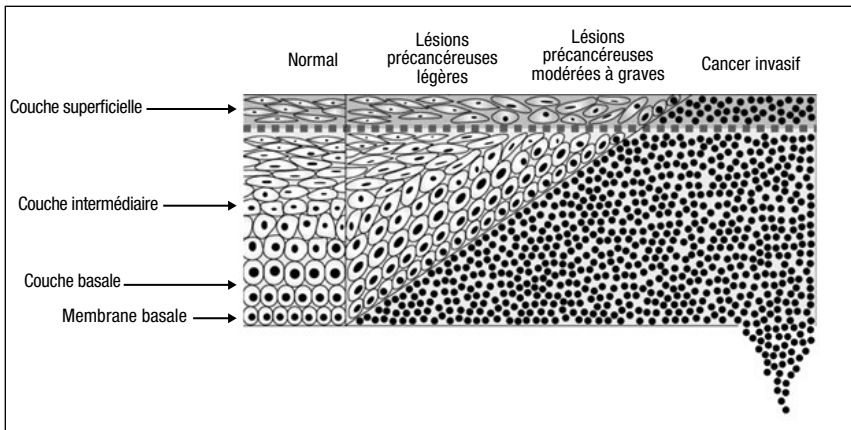
**Figure 1.11. Chronologie et histoire naturelle du développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus**



Source : illustration reproduite avec l'autorisation du premier auteur de la publication Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2101-4.

La Figure 1.12 donne une illustration d'un épithélium pavimenteux normal du col (sur la gauche) et de la couche de petites cellules anormales dont l'épaisseur augmente progressivement en modifiant la structure de l'épithélium (sur la grande partie au milieu). Au fur et à mesure que l'épaisseur des anomalies augmente au sein de l'épithélium normal, on dit que l'épithélium présente une lésion précancéreuse légère, modérée puis grave. Ces différentes étapes aboutissent à l'apparition d'un cancer invasif, c'est-à-dire que les cellules anormales envahissent la couche profonde de l'épithélium (membrane basale), comme on peut le voir sur la droite de la figure.

Figure 1.12. Évolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif



### 1.3.6 Routes suivies par un cancer invasif pour se propager dans le corps au fur et à mesure de sa progression

Quatre voies, généralement empruntées les unes à la suite des autres, participent au processus de progression du cancer invasif.

- I. **Propagation à l'intérieur du col.** Propagation à partir d'un minuscule point de cancer microinvasif qui peut affecter le col tout entier. Dans certains cas, le diamètre du col augmente jusqu'à atteindre 8 cm ou plus. Le cancer peut se manifester par une tumeur ulcéreuse, exophytique (croissance vers l'extérieur) ou infiltrante (invasion en profondeur).
- II. **Propagation aux structures voisines.** La propagation directe peut avoir lieu dans toutes les directions : vers le bas, dans le vagin ; vers le haut, dans l'utérus ; sur les côtés, dans les tissus soutenant l'utérus dans la cavité pelvienne et dans les uretères ; en arrière, dans le rectum ; et en avant, dans la vessie.
- III. **Propagation par voie lymphatique.** Quand le cancer reste limité au col, une dissémination aux ganglions lymphatiques de la région pelvienne est observée dans 15 % des cas.

Ce pourcentage augmente avec l'extension de la tumeur. Les métastases lymphatiques sont d'abord limitées à la région pelvienne, avant d'affecter plus tard la chaîne ganglionnaire le long de l'aorte pour atteindre finalement l'espace au-dessus de la clavicule (creux sus-claviculaire). Une fois envahis par le cancer, les ganglions lymphatiques augmentent de volume ; lorsqu'ils sont situés à proximité de la peau, ils peuvent être repérés à la palpation. Si le cancer s'est étendu au tiers inférieur du vagin, les ganglions inguinaux sont parfois touchés ; ils augmentent de volume et deviennent palpables ; les ganglions situés au-dessus du col augmentent eux aussi de volume et deviennent également palpables.

**IV. Métastases à distance par voie sanguine ou lymphatique.** Les cellules du cancer du col peuvent se propager par voies sanguine et lymphatique pour former des métastases à distance dans le foie, les os, les poumons et le cerveau.

À la phase initiale, un cancer invasif du col reste confiné à la région pelvienne, et de nombreux cas peuvent encore être guéris avec un traitement approprié. Mais en l'absence de traitement, le cancer du col progresse d'une manière prévisible et conduira presque toujours au décès (des informations sur le diagnostic et le traitement du cancer invasif du col se trouvent au Chapitre 6).

### 1.3.7 Cancer du col de l'utérus et virus de l'immunodéficience humaine

Chez les patientes infectées par le VIH, le cancer du col est une maladie définissant le syndrome d'immunodéficience acquise (sida).<sup>1</sup>

Chez les femmes vivant avec le VIH ou qui présentent une immunosuppression due à une autre cause, la prévalence de l'infection à VPH est plus élevée (le risque d'infection augmentant avec le degré d'immunodéficience) ; la prévalence de l'infection persistante à VPH et la prévalence d'infections simultanées avec plusieurs types de VPH à haut risque sont également plus élevées.

Cette augmentation de la susceptibilité à l'infection à VPH a pour conséquence :

- une augmentation du risque de développer une lésion précancéreuse ou un cancer du col à un âge précoce, risque qui augmente avec le degré d'immunodéficience ;
- une augmentation du risque de développer un cancer invasif du col avec un diagnostic posé jusqu'à 10 ans plus tôt que la moyenne ;
- une présentation plus fréquente à un stade avancé avec une plus faible chance de survie à cinq ans.

---

<sup>1</sup> Selon les Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique, une personne présente un sida si elle est infectée par le VIH et qu'elle développe une maladie faisant partie de celles définissant le sida, notamment par exemple un cancer du col ou une tuberculose, ou si elle présente une immunodépression sévère (nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 200 cellules par microlitre) (voir la publication CDC, 2008 dans la liste de publications se trouvant à la fin de ce chapitre, à la Section « Pour en savoir plus »).

Les points ci-dessus suggèrent fortement la nécessité d'élaborer des protocoles de vaccination, de dépistage et de traitement spécifiques pour les femmes vivant avec le VIH et pour toutes les femmes vivant dans des pays ou régions à forte prévalence d'infection à VIH. Les protocoles existants sont basés sur les données d'expérience, et des études sont en cours pour savoir si ces protocoles utilisent les meilleures pratiques existantes. Des informations spécifiques sur les femmes vivant avec le VIH se trouvent aux Sections 5.2.5 et 5.4.6 du Chapitre 5, à la Section 6.6.2 du Chapitre 6 et à l'Annexe 9.

### Pour en savoir plus

- Basu P, Roychowdhury S, Das Bafna U, Chaudhury S, Kothari S, Sekhon R, *et al.* Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer in India: results from a multicenter study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;**10**(1):27–34.
- Berek JS. *Berek & Novak's gynecology*, 15th edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Bhatla N, Lal N, Bao Y-P, Ng T, Qiao Y-L, A meta-analysis of human papillomavirus type-distribution in women from South Asia: implications for vaccination. *Vaccine.* 2008;**26**:2811–7. doi:10.1016/j.vaccine.2008.03.047.
- Blumenthal PD, McIntosh N. *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings*. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005 ([http://www.jhpiego.org/files/CECAP\\_Manual.pdf](http://www.jhpiego.org/files/CECAP_Manual.pdf), consulté le 8 juillet 2014).
- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, *et al.*; International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst.* 1995;**87**:796–802.
- Centers for Disease Control and Prevention. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years – United States, 2008. *MMWR.* 2008;**57**(RR-10):1–8 (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC Jr. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA.* 2000;**283**(8):1031–7. doi:10.1001/jama.283.8.1031.
- Goldie, S. A public health approach to cervical cancer control: considerations of screening and vaccination strategies. *Int J Gyn and Obs.* 2006;**94**(Suppl 1):S95–S105. doi:10.1016/S0020-7292(07)60016-2.
- International Agency for Research on Cancer. *IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening*. Lyon, 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, consulté le 18 juillet 2014).

- International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *Cancer fact sheets: cervical cancer. In: GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [website]*. Lyon, 2014 ([http://globocan.iarc.fr/pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx), consulté le 18 juillet 2014).
- Minkoff H, Zhong Y, Burk RD, Palefsky JM, Xue X, Watts DH, *et al*. Influence of adherent and effective antiretroviral therapy use on human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus-positive women. *J Infect Dis*. 2010;**201**(5):681–90. doi:10.1086/650467.
- Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, *et al*. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen ? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004;**111**(2):278–85. doi:10.1002/ijc.20244.
- National Cancer Institute. *Fact sheet: HPV and cancer*. Washington (DC), 2012 (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>, consulté le 18 juillet 2014).
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;**318**:904. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904>
- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005;**353**(20):2101–4. doi:10.1056/NEJMp058171.
- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;**370**(9590):890–907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0.
- Sellers JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales ; manuel à l'usage des débutants*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, editors. *Gynaecology*, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Pathology and genetics: tumours of the breast and female genital organs: World Health Organization classification of tumours*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2003 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb4/>).
- Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, *et al*. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;**189**:12–9.





# 2

## **CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**



## CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

### Points essentiels

- L'élaboration de tout programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus doit se faire en suivant le cadre de l'OMS des « six éléments constitutifs » permettant de renforcer le système de santé global.
- Les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus sont élaborés et conçus pour diminuer l'incidence de ce cancer ainsi que la morbidité et la mortalité associées à cette maladie.
- Il existe de grandes inégalités dans l'accès au dépistage et au traitement efficaces du cancer du col de l'utérus ; le cancer invasif du col de l'utérus touche principalement les femmes qui n'ont pas accès à ces services.
- Un programme complet doit inclure des activités de prévention (y compris le traitement) aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire ainsi que l'accès aux soins palliatifs.
- Un lien doit être assuré entre les services de dépistage d'une part et le traitement et le suivi après le traitement d'autre part.
- Le suivi et l'évaluation sont des composantes essentielles des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur les lignes directrices de l'OMS suivantes :

*A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool.* Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>).

*Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4).* Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_diagnosis/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/)).

*Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5).* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_palliative/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/)).

*Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)).

*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020.* Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).

*Guide de l'utilisateur de l'Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P\\_USER\\_GUIDE\\_V1.0\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P_USER_GUIDE_V1.0_fr.pdf?ua=1)).

*Note d'orientation de l'OMS. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146_fre.pdf?ua=1)).

*Outil d'évaluation postintroduction d'un nouveau vaccin (PIE).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO\\_IVB\\_10.03\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO_IVB_10.03_fre.pdf)).

*Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries (Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia).* Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>).

*Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf)).

Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l'OMS, octobre 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014 ; 89(43) :465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Le but de ce chapitre est de donner un aperçu de la façon dont un programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus est élaboré par les décideurs au niveau national, et d'apporter les informations de base dont les administrateurs sanitaires et les agents de santé ont besoin pour la mise en œuvre d'un tel programme au niveau des patientes et au niveau de la communauté.

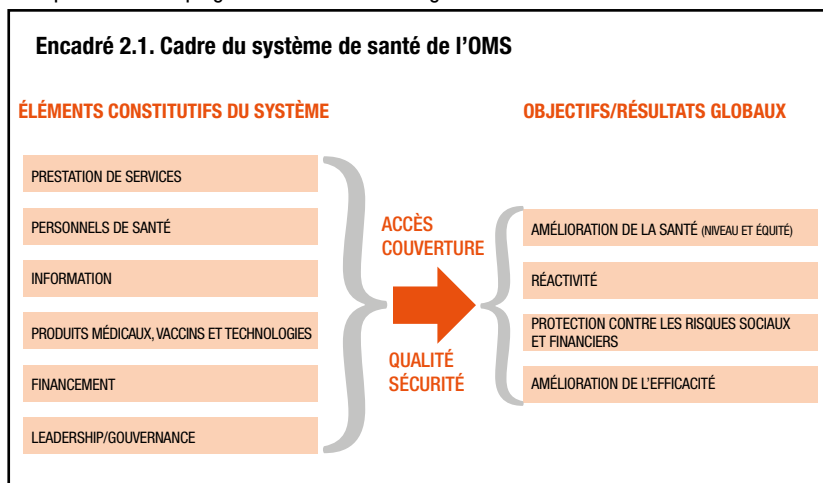
Ce chapitre est divisé en deux sections principales. La Section 2.1 intitulée « En quoi consiste un programme complet de lutte contre le cancer du col de l'utérus » décrit l'objectif global d'un tel programme et comment celui-ci doit être organisé pour avoir un impact sur la charge de morbidité due à cette maladie. Pour réussir, un programme national doit comprendre les composantes essentielles suivantes : des services de prévention primaire, secondaire et tertiaire, y compris des services de traitement des lésions précancéreuses et de traitement du cancer, ainsi que des soins palliatifs.

La Section 2.2 intitulée « Programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus » donne une description des différentes phases de la mise en place d'un programme national : (1) élaboration de la politique nationale et mise en place d'une structure de gestion du programme, (2) planification et préparation du programme, y compris d'un système efficace d'orientation des patientes pour recevoir des soins spécialisés, (3) mise en œuvre du programme, et (4) suivi et évaluation du programme, qui doivent être en place à tous les niveaux de soins. Cette section fournit des lignes directrices opérationnelles sur les différentes interventions nécessaires à chaque niveau pour atteindre l'objectif de diminuer la charge de morbidité due au cancer du col au niveau individuel, au niveau de la communauté et au niveau national.

Ce chapitre comprend également des tableaux qui résument les difficultés couramment rencontrées au cours de la planification et de la mise en œuvre de ce type de programme ainsi que des options possibles pour diminuer ou éliminer les effets négatifs qu'elles peuvent engendrer. Il donne aussi une liste de documents et de sites internet à consulter pour obtenir des informations complémentaires utiles ainsi qu'un lien vers deux fiches pratiques : une liste de contrôle pour la planification et la mise en œuvre d'un programme, et une description des indicateurs de base de performance et d'impact des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col.

## 2.1 En quoi consiste un programme complet de lutte contre le cancer du col de l'utérus ?

Chaque programme national de santé est intégré au sein du système national de santé. Selon l'OMS, un système de santé solide doit reposer sur six éléments constitutifs (voir l'Encadré 2.1). Pour construire son programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus, le responsable de la planification du programme doit être encouragé à utiliser comme base ce cadre de l'OMS.



Un programme de lutte contre le cancer du col comprend un ensemble structuré d'activités visant à prévenir et à diminuer la morbidité et la mortalité liées à ce cancer. Un tel programme fait partie des actions prioritaires indiquées dans le document *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*.<sup>1</sup> Le programme fournit un plan d'action avec des informations détaillées sur le travail qui doit être accompli, par qui et à quel moment, ainsi que des informations sur les moyens ou les ressources qui seront utilisées pour la mise en œuvre du programme. Les réalisations obtenues par le programme sont évaluées de manière périodique à l'aide d'un ensemble d'indicateurs mesurables. Un programme complet comprend les principales interventions fondées sur des bases factuelles nécessaires pour diminuer la charge élevée de morbidité due au cancer du col qui, du fait d'une répartition inéquitable, pèse principalement sur les femmes et les systèmes de santé des pays les moins développés.

L'objectif de tout programme complet de lutte contre le cancer du col est de diminuer la charge liée à ce cancer par (i) la diminution de l'infection à VPH, (ii) la détection et le traitement des lésions précancéreuses du col, et (iii) la fourniture d'un traitement en temps opportun ou de soins palliatifs en cas de cancer invasif (voir la Figure 2.1).

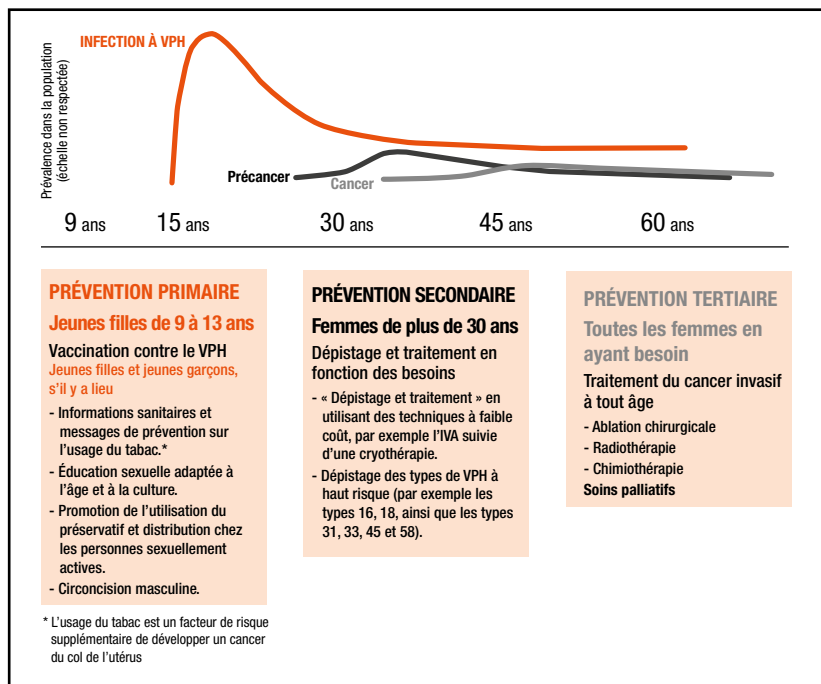
### **2.1.1 Composantes de base des services complets de lutte contre le cancer du col de l'utérus**

Un programme complet comprend trois composantes interdépendantes : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire (voir la Figure 2.1). Les interventions incluses dans chacune de ces composantes sont décrites dans cette section.

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.

Figure 2.1. L'approche globale de l'OMS pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus : vue d'ensemble des interventions programmées délivrées tout au long de la vie dans le but de prévenir les infections à VPH et le cancer du col de l'utérus



Source : adapté du document Note d'orientation de l'OMS. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

### a. Prévention primaire : réduction du risque d'infection par le VPH

L'objectif de santé publique est de réduire les infections par le VPH, car ces infections peuvent être à l'origine d'un cancer du col de l'utérus.

Les interventions sont les suivantes :

- vaccination des jeunes filles âgées de 9 à 13 ans (ou dans la tranche d'âge indiquée dans les directives nationales) avant qu'elles ne commencent une activité sexuelle ;
- éducation des jeunes garçons et des jeunes filles à une sexualité saine, dans le but de réduire le risque de transmission du VPH (ainsi que d'autres infections sexuellement transmissibles, dont le VIH) ; cette éducation doit être adaptée en fonction de l'âge et du contexte culturel ; les messages clés doivent inclure le fait de retarder l'âge du premier rapport sexuel, et la diminution des comportements sexuels à risque ;
- chez les personnes sexuellement actives, promotion de l'utilisation du préservatif et distribution de préservatifs ;
- circoncision masculine lorsque cette intervention est pertinente et appropriée.

Des informations plus détaillées sur la vaccination contre le VPH se trouvent au Chapitre 4, et des informations sur l'infection à VPH à la Section 1.3.4 du Chapitre 1.

### ***b. Prévention secondaire : dépistage et traitement des lésions précancéreuses***

L'objectif de santé publique est de diminuer la prévalence et l'incidence du cancer du col de l'utérus ainsi que la mortalité associée, en faisant en sorte que les lésions précancéreuses n'évoluent pas vers un cancer invasif.

Les interventions sont les suivantes :

- conseil et partage de l'information ;
- dépistage chez toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans (ou dans la tranche d'âge indiquée dans les directives nationales) afin d'identifier les lésions précancéreuses qui sont le plus souvent asymptomatiques ;
- traitement des lésions précancéreuses identifiées avant qu'elles ne progressent vers un cancer invasif.

Même chez les femmes vaccinées contre le VPH, le dépistage et le traitement doivent être réalisés lorsque ces femmes atteignent l'âge cible.

Des informations plus détaillées sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus se trouvent au Chapitre 5.

### ***c. Prévention tertiaire : traitement du cancer invasif du col de l'utérus***

L'objectif de santé publique est de diminuer le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus.

Les interventions sont les suivantes :

- mise en place de mécanismes pour que les agents de santé des soins de santé primaires puissent orienter les patientes vers des structures d'un niveau de soins plus élevé disposant des installations nécessaires pour le diagnostic et le traitement du cancer ;
- diagnostic précis et en temps opportun du cancer, avec la réalisation d'un bilan d'extension ;
- traitement approprié à chaque stade, en fonction du diagnostic :
  - cancer à un stade précoce : si le cancer est limité au col de l'utérus et à la région située à proximité (région pelvienne), un traitement peut permettre la guérison ; administrer le traitement le plus approprié qui soit disponible et soulager les symptômes associés au cancer ou au traitement ;
  - cancer à un stade avancé : si le cancer atteint des tissus situés au-delà du col de l'utérus et de la région pelvienne et/ou s'il existe des métastases, le traitement peut améliorer la qualité de vie, diminuer les symptômes et diminuer les souffrances ; administrer le traitement et les soins palliatifs les plus appropriés et les plus efficaces qui soient disponibles au niveau tertiaire et au niveau de la communauté, y compris en assurant l'administration d'opioïdes ;



- soins palliatifs pour soulager les douleurs et les souffrances.

Des informations plus détaillées sur le diagnostic et le traitement du cancer invasif et sur les soins palliatifs se trouvent respectivement aux Chapitres 6 et 7.

#### ***d. Contexte permettant d'assurer la mise en œuvre des trois composantes de base de la prévention***

Les trois composantes de base de la prévention exposées ci-dessus doivent être planifiées et mises en œuvre conjointement avec :

- une approche nationale structurée pour la sensibilisation des communautés et des stratégies de mobilisation (des informations plus détaillées sont données au Chapitre 3) ; et
- un système national de suivi et d'évaluation (des informations plus détaillées se trouvent dans ce chapitre à la Section 2.2.3).

## **2.2 Programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus**

L'objectif d'un programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus sera de diminuer dans le pays l'incidence et la prévalence du cancer du col ainsi que la mortalité associée à ce cancer.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre le cancer du col comprend les phases suivantes :

1. élaboration de la politique nationale et mise en place d'une structure de gestion du programme
2. planification et préparation du programme
3. mise en œuvre du programme
4. suivi et évaluation du programme.

### **2.2.1 Élaboration de la politique nationale et mise en place d'une structure de gestion du programme**

#### ***a. Élaboration de la politique nationale***

La phase d'élaboration de la politique consiste à choisir parmi les options relatives à la lutte contre le cancer du col celles qui seront appropriées et réalisables au niveau national, en accordant une attention particulière à la pérennité et à la possibilité de pouvoir étendre progressivement le programme. Des directives nationales seront ensuite élaborées sur la base des décisions politiques qui auront été prises.

Le déroulement de cette phase doit se faire par cycles successifs, les politiques devant être mises à jour régulièrement au fur et à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles. La prestation de services, la formation, le suivi et l'évaluation doivent être adaptés après chaque mise à jour de la politique.

### **Décisions relatives aux priorités nationales**

Une version préliminaire des décisions politiques doit être rédigée avec soin en fonction du contexte du pays : charge de morbidité, disponibilité en ressources financières et humaines, et structure, qualité et couverture des systèmes de santé et des systèmes d'éducation existants. Toutes les décisions à prendre doivent être examinées avec attention en s'assurant qu'elles seront adaptées pour être pérennes et applicables en fonction de la situation réelle dans le pays. Les participants à cette phase comprennent les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs au niveau national ainsi que des personnels politiques et techniques du ministère de la santé du pays, et des représentants des associations médicales, par exemple de l'association des gynécologues-obstétriciens, de l'association des spécialistes en oncologie médicale, de l'association du personnel infirmier, etc.

La liste ci-dessous énumère les points sur lesquels il convient de prendre des décisions lors de l'élaboration de la politique.

- Examiner et, si nécessaire, mettre à jour les directives et les protocoles nationaux existant à tous les niveaux concernant les agents de santé.
- Instaurer un dialogue politique et établir un consensus avec les partenaires, notamment les agents de santé, les autorités de santé publique, les cadres de l'assurance de santé et les associations professionnelles médicales.
- Rassembler et examiner les données nationales disponibles pour répondre aux questions clés suivantes :
  - Où se situe le problème ?
  - Quels sont les domaines sur lesquels agir en priorité pour répondre au problème ?
  - Quels sont les coûts associés à la prestation de services et comment pourront-ils être couverts ?
- Évaluer, au niveau national, l'accessibilité en termes de coût, l'efficacité et la pérennité de l'introduction de la vaccination contre le VPH et de l'approche « dépistage et traitement » pour la lutte contre le cancer du col, ainsi que d'un système d'orientation des patientes pour recevoir un traitement spécialisé.
- Déterminer s'il est possible d'ajouter des services de lutte contre le cancer du col (y compris l'introduction de la vaccination contre le VPH) aux services existants, et prévoir comment pallier les insuffisances et les lacunes éventuelles.

- Envisager les différentes stratégies qui peuvent être utilisées pour introduire le programme, notamment quand, comment (par étapes ou non) et à quels endroits (si ce n'est pas à l'échelle nationale) introduire la vaccination contre le VPH et les services de dépistage et de traitement ; si le programme n'est pas déployé immédiatement à l'échelle nationale, prévoir une version provisoire d'un plan d'expansion future afin d'atteindre l'ensemble des femmes et des jeunes filles à risque dans le pays.
- Choisir les stratégies de prestation de services et les endroits où il sera possible d'administrer la vaccination contre le VPH et de réaliser le dépistage.
- Sélectionner le vaccin contre le VPH à utiliser dans le pays.
- Déterminer les méthodes à utiliser pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.
- Déterminer les hôpitaux qui serviront de centres d'orientation-recours pour le traitement du cancer du col.
- Déterminer la tranche d'âge, la fréquence, le niveau de couverture et le calendrier à suivre pour assurer la couverture des services, ainsi que le niveau de soins pour la prestation de services pour chacune des interventions choisies.
- Établir un plan de formation pour les agents de santé dans les services de soins et pour les agents de santé communautaires.
- Établir un plan d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le cancer du col, notamment pour la formation des administrateurs du programme et des agents de santé sur la façon de mettre en œuvre les activités en rapport avec l'IEC ciblant les utilisateurs et les médias.
- Planifier à l'avance le suivi et l'évaluation du programme ; choisir les indicateurs de base, la fréquence de collecte des données ainsi que les méthodes à utiliser pour l'enregistrement et l'analyse des données.

Pour faciliter la prise des décisions relatives aux stratégies de lutte contre le cancer du col, les administrateurs de programme et les décideurs doivent disposer de projections des coûts programmatiques pour l'introduction des interventions choisies. L'OMS a élaboré un outil (C4P) pour aider les gouvernements à estimer les coûts des interventions de lutte contre le cancer du col sur cinq ans.<sup>2</sup> Le Module 1 de cet outil traite de l'introduction de la vaccination contre le VPH et le Module 2 du dépistage et du traitement du cancer du col.

---

<sup>2</sup> Le guide de l'utilisateur de l'instrument C4P est disponible en français à l'adresse suivante : [http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P\\_USER\\_GUIDE\\_V1.0\\_fr.pdf?ua=1..](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P_USER_GUIDE_V1.0_fr.pdf?ua=1..)

## **Éléments à prendre en considération relatifs à la pérennité et à la possibilité d'extension ultérieure du programme**

Deux facteurs importants doivent être pris en considération lors de la création ou de l'amélioration d'un programme de prévention du cancer du col : la possibilité de son extension et sa pérennité.

Les coûts du programme de lutte contre le cancer du col doivent être inclus dans le budget national de la santé. Lors de la planification pour assurer la pérennité du programme, il faut déterminer quelles sont les ressources financières, les ressources humaines et les infrastructures disponibles en vue d'une mise en œuvre équitable des différentes composantes de la lutte contre le cancer du col. Il est également possible de rechercher un soutien externe par des agences bilatérales, des agences multinationales et de grandes fondations ayant déjà fait leurs preuves. Par exemple pour l'introduction de la vaccination contre le VPH, l'Alliance GAVI peut apporter un soutien pendant cinq ans si le pays a planifié la pérennité du programme au-delà de ces cinq premières années.

Pour les pays disposant de ressources limitées qui ne peuvent mettre en œuvre initialement qu'un programme de lutte contre le cancer du col avec une couverture limitée, il est important de déterminer d'emblée comment ce programme pourra être étendu dans le futur. L'élargissement de la couverture peut être obtenu en utilisant une approche progressive par étapes sur une période de temps définie, en fonction de la faisabilité des activités et de la disponibilité des ressources. Les plans d'extension doivent donner la priorité aux femmes n'ayant pas eu accès aux services de santé et aux groupes pour lesquels la charge de mortalité et de morbidité due au cancer du col est la plus élevée. Les administrateurs de programme doivent fixer des objectifs réalistes en fonction du nombre d'agents de santé disponibles, des heures de travail ainsi que de la taille et des caractéristiques socioculturelles de la population cible dans la zone géographique considérée.

### **Élaboration de directives nationales**

Les décisions prises en fonction des explications données ci-dessus serviront à l'élaboration de directives nationales pour la lutte contre le cancer du col. Cette activité doit être menée de façon collaborative par les décideurs politiques nationaux et les représentants du ministère de la santé et en consultation avec les principaux partenaires, par exemple les associations professionnelles représentant les agents de santé et les médecins ainsi que les groupes de femmes. Il est également important d'inclure des experts nationaux et internationaux du cancer du col et des représentants d'organisations non gouvernementales ayant une expérience dans la lutte contre le cancer du col.

Les directives doivent inclure des informations sur les impératifs à respecter en termes de prise en charge clinique et de santé publique pour assurer le succès du programme.

Une liste des éléments qui doivent être définis dans les directives est donnée ci-dessous.

Impératifs à respecter en termes de prise en charge clinique.

- Vaccination contre le VPH : tranche d'âge, calendrier et procédures cliniques.
- Dépistage : tranche d'âge, test(s) de dépistage à utiliser, fréquence du dépistage, critères de diagnostic, recommandations en termes de suivi et procédures cliniques.
- Traitement des lésions précancéreuses : méthodes de traitement et procédures cliniques.
- Traitement du cancer invasif : méthodes de traitement, procédures cliniques et soins palliatifs.
- Système d'orientation des patientes pour recevoir des soins spécialisés.

Impératifs à respecter en termes de santé publique.

- Vaccination contre le VPH : stratégie de vaccination, couverture, normes de sécurité, signalement des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI).
- Dépistage : infrastructures, besoins en termes d'équipements et d'approvisionnement, approche à suivre en termes d'assurance qualité et de contrôle de la qualité, couverture.
- Traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif : infrastructures, besoins en termes d'équipements et d'approvisionnement, rapidité du traitement, approche à suivre en termes d'assurance qualité et de contrôle de la qualité.
- Suivi et évaluation : indicateurs de base de performance et indicateurs de base d'impact pour chaque composante du service, plan pour l'incorporation des données nécessaires dans le système d'information pour la gestion.

### ***b. Mise en place d'une structure de gestion du programme***

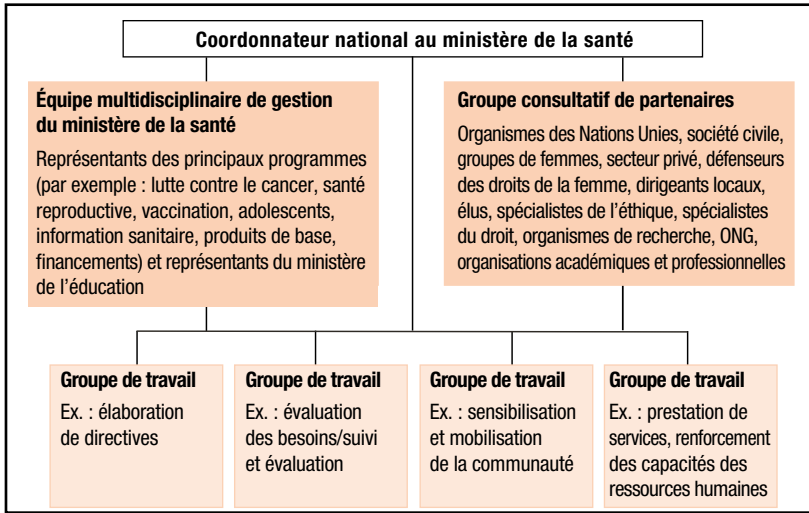
Pour faciliter la planification, la mise en œuvre et le suivi d'un programme national de lutte contre le cancer du col, il est important de mettre en place une équipe de gestion nationale pour le cancer du col, avec des fonctions et une responsabilité clairement établies pour ce programme.

Comme le montre la Figure 2.2, deux principaux groupes doivent être établis au niveau national, sous la direction du coordonnateur national qui aura été choisi :

- I. une équipe multidisciplinaire de gestion ayant la responsabilité du programme et composée de représentants des différents départements et programmes du pays ;
- II. un groupe consultatif de partenaires composé de représentants des parties concernées de la société civile.

Les membres des deux groupes doivent être choisis et invités à participer au processus par le ministère de la santé.

Figure 2.2. Proposition de structure d'une équipe nationale de gestion d'un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus



### Rôle du coordonnateur national

Le rôle du coordonnateur national comprend les activités et les responsabilités suivantes :

- Sensibiliser aux différents niveaux du système de santé au sein du ministère de la santé sur la gravité de la morbidité et de la mortalité associées au cancer du col dans le pays et sur la possibilité de prévenir la plupart de ces décès en utilisant relativement peu de ressources.
- Assurer un plaidoyer au sein du ministère de la santé pour faire de la lutte contre le cancer du col une priorité, notamment en assurant une allocation continue et pérenne de ressources au programme.
- Avec la contribution et les conseils de responsables et d'administrateurs de haut rang du ministère de la santé, assurer une composition représentative et définir les rôles et responsabilités de l'équipe multidisciplinaire de gestion (en suivant la structure présentée à la Figure 2.2).
- En collaboration avec cette équipe, organiser et planifier des réunions régulières de l'équipe.
- En consultation avec cette équipe et avec les responsables et les administrateurs de haut rang du ministère de la santé, identifier et inviter les principaux partenaires de la société civile pour former un groupe consultatif de partenaires (en suivant la

structure présentée à la Figure 2.2), et établir les fonctions et les responsabilités de ce groupe.

- En collaboration avec le groupe consultatif de partenaires, organiser des réunions périodiques pour faire le point sur l'état d'avancement du programme et obtenir ses suggestions concernant les étapes clés.
- Servir de lien privilégié et de coordinateur entre les différents niveaux des services du programme national de lutte contre le cancer du col et au sein de ces différents niveaux ainsi qu'avec d'autres programmes nationaux (par exemple les programmes de lutte contre le cancer, de vaccination, de santé de l'adolescent) et d'autres partenaires.
- Préparer une proposition visant à assurer que tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre du programme seront en place dans l'ensemble des établissements de santé, notamment les équipements, les fournitures et le personnel formé et supervisé. Ce processus doit se faire avec la participation du personnel de gestion des différentes régions ; il sera parfois nécessaire de préparer des propositions différentes adaptées pour chaque région.
- Produire chaque année un rapport sur la performance du programme de lutte contre le cancer du col sur la base des indicateurs programmatiques qui auront été choisis.

### **Rôle de l'équipe multidisciplinaire nationale de gestion**

Pour que l'équipe multidisciplinaire nationale de gestion soit efficace, le ministère de la santé doit la doter du mandat, de l'autorité dans la fonction de décision, de l'autonomie et des ressources appropriés pour qu'elle soit en mesure de diriger la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme national.

Le programme national de lutte contre le cancer du col comprenant plusieurs composantes de base, l'équipe de gestion devra inclure des représentants d'autres programmes nationaux œuvrant notamment dans les domaines de la sensibilisation des communautés et de la mobilisation sociale, de la vaccination, de la santé reproductive, de la santé de l'adolescent et de la santé scolaire, de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH, de l'oncologie, du suivi et de l'évaluation, etc. Il est important d'assurer une représentation locale et régionale. La taille globale de l'équipe peut être de 10 à 25 personnes, en fonction de la taille du pays et de la structure du programme national.

Les principales responsabilités de l'équipe multidisciplinaire nationale de gestion sont énumérées ci-dessous.

- Élaborer des plans nationaux pour les différentes composantes et les différents éléments du programme.
- Élaborer un budget détaillé pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme.

- Établir des systèmes pour les différents éléments du programme, notamment en ce qui concerne l'enregistrement des données dans le système d'information pour la gestion, la préparation périodique de rapports (fréquence, contenu et destinataires), l'achat et l'entretien du matériel ; l'achat des fournitures et l'approvisionnement continu, etc.
- Grâce aux activités de suivi et d'évaluation, déterminer si les services fonctionnent efficacement et s'assurer, en fonction des besoins, de la mise en œuvre en temps opportun de mesures correctives.
- À l'aide d'une approche multidimensionnelle fondée sur des données factuelles, renforcer la composante de sensibilisation du programme aux niveaux primaire et secondaire et veiller à ce que les connaissances techniques des agents de santé restent à jour.
- Rassembler des données sur les informations erronées et les idées fausses pouvant circuler chez les agents de santé et dans les communautés, et prendre des mesures pour les corriger.
- Mener régulièrement les activités de suivi et d'évaluation du programme.

#### **Principales fonctions du groupe consultatif de partenaires**

- Apporter un soutien et une contribution à l'équipe multidisciplinaire de gestion du ministère de la santé pour créer un programme de lutte contre le cancer du col et/ou étendre, mettre à jour ou renforcer ce programme s'il existe déjà.
- Participer aux réunions régulières pour passer en revue les activités qui ont été menées, planifier de nouvelles activités et rassembler des informations sur les réalisations obtenues comme prévues et/ou sur celles qui n'ont pas été obtenues.
- En collaboration avec l'équipe multidisciplinaire de gestion, former des groupes de travail qui se concentreront sur des éléments spécifiques du programme national, notamment, mais sans s'y limiter, ceux indiqués à la Figure 2.2.
- En fonction des besoins, participer aux réunions nationales, régionales et locales avec l'équipe multidisciplinaire pour définir le programme et apporter des conseils pendant ces réunions.

#### ***c. Difficultés pouvant être rencontrées lors de l'élaboration de stratégies efficaces de lutte contre le cancer du col de l'utérus***

Comme pour tout nouveau programme, il faut s'attendre à ce qu'un certain nombre de difficultés apparaissent aux différents niveaux du système de santé lorsqu'on envisage ou qu'on met en place pour la première fois un programme national de lutte contre le



cancer du col de l'utérus. Un certain nombre de mesures peuvent être prises aux différents niveaux pour atténuer les effets négatifs que ces difficultés peuvent engendrer.

Le Tableau 2.1 donne une description des difficultés les plus couramment rencontrées ainsi que des suggestions sur les mesures qui peuvent être prises pour les résoudre aux niveaux appropriés du système de santé. Beaucoup d'autres mesures adaptées pourront être imaginées dans chaque pays avec l'aide du contenu mis à jour des différents chapitres de la deuxième édition de ce guide.

**Tableau 2.1. Difficultés pouvant être rencontrées au niveau politique et au niveau de la gestion du programme, et suggestions de mesures à prendre pour y remédier**

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de sensibilisation et priorité insuffisante accordée à la santé sexuelle et reproductive des femmes, notamment au cancer du col, aux infections sexuellement transmissibles (IST), etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler avec les administrateurs de programme et les membres du groupe consultatif pour augmenter la prise de conscience de la charge associée au cancer du col de l'utérus, c'est-à-dire de la morbidité et de mortalité élevées chez la femme jeune, l'impact négatif sur la société, les disparités socio-économiques et les coûts élevés pour le système de santé.</li> <li>• Mener un plaidoyer auprès des décideurs pour qu'ils prennent davantage conscience de la nécessité d'attribuer une priorité élevée à la santé sexuelle et reproductive chez la femme, notamment aux IST.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership insuffisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et aider, à un niveau élevé du système de santé, des champions de la cause de la lutte contre le cancer du col.</li> <li>• Identifier et appuyer au niveau national le réseau de coordination ainsi que les systèmes permettant de rendre des comptes sur les actions menées.</li> </ul>

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation inadéquate des données épidémiologiques nationales ou locales disponibles pour convaincre les responsables de l'élaboration des politiques et les autres personnes ayant une influence sur ces politiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'utilisation des données locales, nationales ou régionales disponibles ou, en l'absence de telles données, fournir des données ou des estimations obtenues à partir de sources internationales :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimations de l'OMS (<a href="http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer">www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer</a>).</li> <li>- Estimations nationales sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et sur la mortalité fournies par le projet GLOBOCAN du Centre international de Recherche sur le Cancer (<a href="http://globocan.iarc.fr/Default.aspx">http://globocan.iarc.fr/Default.aspx</a>).</li> <li>- Informations supplémentaires sur les données spécifiques à chaque pays et sur les programmes fournies par <i>Information Centre on HPV and Cancer de Institut Català d'Oncologia</i> (ICO) (<a href="http://www.hpvcentre.net">www.hpvcentre.net</a>).</li> </ul> </li> <li>Si nécessaire, mener des enquêtes spécifiques dans chaque pays.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans nationaux de santé du ministère de la santé ne comprenant pas la prévention du cancer du col</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé en faveur de l'intégration des activités de prévention du cancer du col.</li> <li>Fournir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux autres personnes ayant une influence sur ces politiques des informations sur le rapport coût-efficacité des interventions.<sup>3</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité de mettre à jour les politiques et les directives nationales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer, adapter ou mettre à jour les politiques et les directives nationales concernées.</li> </ul>

<sup>3</sup> Informations disponibles à l'adresse suivante : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources..>

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des ressources disponibles, par exemple en termes de financement, de fournitures, d'équipements et d'infrastructures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure une ligne budgétaire pour la mise en œuvre progressive du programme national dans le Budget national annuel de la santé, sur la base des informations sur les coûts du programme et sur les ressources disponibles.</li> <li>• S'assurer de l'achat des fournitures et des équipements ainsi que de la mise en place des infrastructures.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un système efficace et opérationnel au sein des services du programme pour orienter les patientes vers des services de soins spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser ce guide pour mettre en place dans les services proposés un système efficace et opérationnel pour orienter les patientes vers des services de soins spécialisés</li> </ul>

## 2.2.2 Planification et préparation du programme

Un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus exige une planification et une préparation minutieuses pour les raisons suivantes :

- il nécessite la participation et l'engagement de plusieurs ministères (par exemple du ministère de la santé, du ministère de l'éducation, du ministère de l'égalité entre les sexes) et de différents programmes appartenant à ces ministères (les programmes pertinents au sein du ministère de la santé incluent par exemple les programmes de lutte contre le cancer, de vaccination, de santé reproductive et de santé des adolescents), ainsi qu'une coordination étroite entre et au sein de ces différentes entités ;
- il faut tenir compte des différentes responsabilités aux différents niveaux du système de santé (au niveau national, au niveau régional, au niveau des services de consultations et au niveau de la communauté) et des liens existants entre ces différents niveaux (voir la Figure 2.3) ;
- il implique la collaboration avec des ONG, des groupes de femmes et des associations professionnelles, par exemple avec des associations regroupant les pédiatres, les gynécologues, les oncologues, les médecins de soins de santé primaires et le personnel infirmier ; et
- il exige la participation active des principaux partenaires au niveau local.

### ***a. Planification : principaux aspects programmatiques à prendre en considération***

En fonction des décisions politiques relatives au programme qui auront été arrêtées, les principaux éléments à prendre en considération pour que le programme soit structuré sont les suivants :

- donner l'occasion aux agents de santé de fournir des commentaires au moment de la planification et de la préparation du programme, conformément aux directives nationales ;

- évaluer les besoins en termes de prestation de services dans l'ensemble des structures où sont fournis des services et tirer parti de ce qui se fait déjà dans ces structures, avec pour objectif de partager les ressources ;
- élaborer un plan d'action pour la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, et élaborer les supports d'information appropriés ;
- acheter et distribuer les équipements et les fournitures, et mettre en place des systèmes locaux pour assurer la réparation et l'entretien de ces équipements ainsi que la distribution et l'approvisionnement continu en fournitures ;
- établir et assurer la pérennité d'un système efficace d'orientation des patientes vers des services de soins spécialisés ;
- mettre en place un système d'information pour la gestion sanitaire (sur papier ou informatisé) pour permettre la surveillance et l'évaluation ;
- élaborer une stratégie de suivi et d'évaluation afin d'évaluer régulièrement le programme et de mettre en place des mesures correctives en temps opportun ;
- assurer la mise en œuvre efficace d'un programme bien conçu de formation des agents de santé, comprenant aussi un suivi après la formation ainsi qu'un recyclage périodique ;
- prévoir une supervision de soutien pour détecter et corriger les problèmes pouvant survenir dans les services de santé, afin que ceux-ci soient en cohérence avec les normes nationales ; et
- établir des stratégies de mise en œuvre avec les administrateurs et les décideurs locaux au niveau des districts.

Figure 2.3. Exemples d'éléments programmatiques à prendre en considération aux différents niveaux du système de santé



### ***b. Étapes à suivre lors de la préparation du lancement d'un nouveau programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus en utilisant une approche stratégique***

Une approche stratégique de mise en œuvre d'un nouveau programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus nécessite de mener et d'avoir terminé différentes activités avant le lancement des services. Les quatre principales étapes de cette approche stratégique sont décrites dans cette section.

#### **Déterminer la population cible**

Il est essentiel de disposer d'une définition précise de la population cible qui bénéficiera de la vaccination contre le VPH et de la population cible qui bénéficiera du dépistage du cancer du col, et de connaître où se trouvent ces populations ainsi que leurs tailles. Ces informations peuvent être obtenues relativement facilement dans les pays où les registres de la population sont remplis et tenus à jour régulièrement dans les services de santé ou à l'aide des données issues de recensements obtenues auprès des autorités responsables des statistiques nationales. Dans les pays où ces services ne sont pas disponibles, il est possible d'utiliser les estimations de la population régionale fournies par l'Organisation des Nations Unies.<sup>4</sup>

Une détermination précise des populations cibles permet :

- d'obtenir un dénominateur pour le calcul de la couverture, qui est l'un des indicateurs de base de performance ;
- d'obtenir une estimation des fournitures, des effectifs, du temps et des autres ressources nécessaires ;
- de contribuer à l'élaboration de plans d'action pour la prestation de services et le suivi de cette prestation.

#### **Évaluer les besoins**

L'évaluation des besoins consiste à visiter, à observer et à interroger les informateurs clés et les partenaires ainsi qu'à faire l'inventaire des ressources existantes. Les informations suivantes doivent être collectées :

- la localisation de l'ensemble des structures de santé dans la zone de mise en œuvre choisie ainsi que l'état dans lequel se trouvent ces structures, avec notamment des informations détaillées sur les infrastructures, les équipements et les fournitures disponibles ;
- la capacité des différentes catégories d'agents de santé pour l'ajout de services de lutte contre le cancer du col ;

---

<sup>4</sup> Ces informations sont disponibles sur le site <http://www.un.org/popin/data.html>.

- la qualité générale des services fournis dans chaque établissement de santé du point de vue du personnel des services de consultations à tous les niveaux (depuis les administrateurs jusqu'au personnel de nettoyage) et du point de vue des représentants de la communauté, notamment des femmes et des jeunes filles appartenant aux tranches d'âge cible (utilisatrices et non-utilisatrices des services) ;
- les heures et les jours d'ouverture dans la semaine, ainsi que les coûts à la charge des patients, le cas échéant, pour l'ensemble des services ou pour certains services particuliers ;
- l'existence et la fonctionnalité du système d'orientation des patientes vers des services de soins spécialisés et du système d'orientation en retour vers le service d'origine une fois les soins prodigués ;
- l'existence d'un système adapté de collecte des données concernant, entre autres, la collecte de données sur les services en rapport avec le cancer du col, ces données étant nécessaires pour la surveillance et l'évaluation du nouveau programme. ;
- l'espace disponible pour le stockage de nouveaux vaccins en assurant la chaîne du froid, afin de déterminer s'il est nécessaire de disposer de plus d'espace pour qu'un stockage approprié soit assuré très rapidement.

### **Recenser et tirer parti d'autres contributeurs locaux**

La lutte contre le cancer du col implique une collaboration entre différents organismes du secteur public et du secteur privé. Il peut donc être très utile, pour la zone où il est prévu de mettre en œuvre le programme, de faire un recensement de ces organismes, une cartographie des zones où ces organismes fournissent des services, ainsi que la liste des infrastructures et des ressources humaines disponibles. Il est important d'identifier et de contacter personnellement tous les contributeurs locaux potentiels, et de tirer parti de leur collaboration. Parmi ces contributeurs potentiels, on peut par exemple citer les organisations identifiées pour leur expérience et leur expertise dans la formation de prestataires, la sensibilisation et la mobilisation des communautés, la conception et la mise en œuvre de programmes de vaccination, le suivi et la supervision de soutien ainsi que la création d'une chaîne du froid et le suivi de sa fonctionnalité.

### **Décider du modèle de stratégie à utiliser lors de l'introduction du programme et conceptualiser cette stratégie**

Les pays disposant de ressources limitées peuvent commencer à mettre en œuvre la lutte contre le cancer du col sous la forme d'un projet pilote dans une zone géographique choisie. Cette stratégie peut être très utile pour déterminer les éléments à ajuster ou à améliorer avant d'étendre les services à de nouvelles zones.

L'expansion géographique du programme peut être planifiée en utilisant une approche par étapes, en appliquant les enseignements tirés du projet pilote et en intégrant, le cas échéant, de nouvelles technologies dont l'efficacité aurait été prouvée par des travaux

de recherche. L'expansion peut se faire de manière progressive jusqu'à ce que le programme couvre l'ensemble du pays.

### 2.2.3 Mise en œuvre du programme

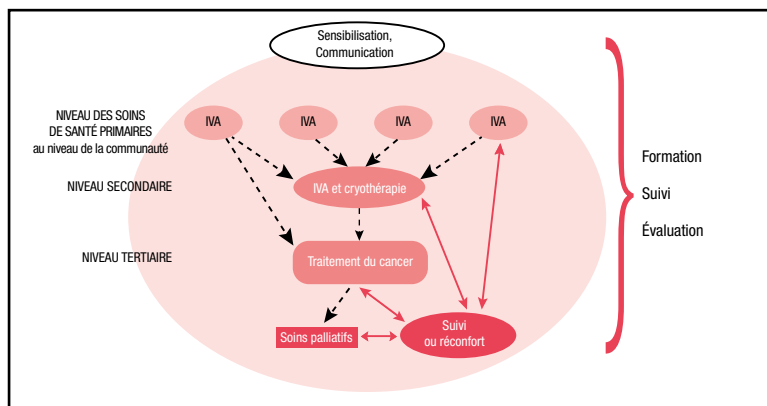
Pour déterminer les activités à mener aux différents niveaux du système de santé, un cadre opérationnel doit être élaboré (voir les Figures 2.3 et 2.4).

Au niveau de la communauté, les activités comprennent la sensibilisation, l'apport d'informations et les activités extra-institutionnelles ciblant les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans et les femmes âgées de 30 à 49 ans (voir le Chapitre 3 ainsi que les Sections 4.3 et 4.4 du Chapitre 4). Pour les patientes qui présentent une maladie à un stade avancé et qui sont sorties de l'hôpital, la famille et la communauté sont les principaux prestataires des soins palliatifs (voir le Chapitre 7 intitulé « Soins palliatifs »).

Dans les structures de soins des niveaux primaire et secondaire, les activités comprennent la réalisation du test ou des tests de dépistage choisis lors de l'élaboration de la politique et la réalisation de certains traitements ; les patientes chez lesquelles le dépistage s'avère positif peuvent être traitées par cryothérapie ou par électrorésection à l'anse diathermique (RAD). Lorsque les lésions ne répondent pas aux critères prédéfinis pour être traitées par ces méthodes, les femmes doivent être orientées vers une structure de soins du niveau tertiaire pour bénéficier d'une évaluation supplémentaire et d'un traitement (voir les Chapitres 5 et 6 portant respectivement sur le diagnostic et le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif).

La formation des agents de santé ainsi que la supervision, le suivi et l'évaluation des services doivent être assurés de manière continue à tous les niveaux.

**Figure 2.4 : Exemple d'organisation des services de dépistage, d'orientation pour des soins spécialisés et de traitement**



IVA : inspection visuelle à l'acide acétique

Source : *Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries (Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia)*. Geneva, World Health Organization, 2012.

### **a. Rôle des agents de santé dans la mise en œuvre du programme**

L'efficacité d'un programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus dépend du travail fourni par les agents de santé à tous les niveaux, ainsi que par les administrateurs, les superviseurs et les animateurs des formations.

Pour la mise en œuvre d'un programme efficace, les agents de santé doivent jouer principalement les rôles suivants :

- fournir à la population qui remplit les critères les services de santé appropriés en termes de prévention, de soins et de réadaptation (critères déterminés dans les directives nationales et dans les protocoles des services) ;
- participer à la formation initiale et à la formation continue pour assurer l'actualisation de leurs propres connaissances et compétences ;
- se tenir informés de toute modification éventuelle dans les recommandations ou les interventions relatives aux services, et adapter leurs pratiques cliniques en conséquence ;
- fournir à la communauté des informations exactes, en termes clairs et dans la langue parlée localement de manière à ce que les jeunes filles et les femmes faisant partie des populations cibles puissent utiliser ces services et en bénéficier ;
- veiller à ce que les services soient fournis en temps opportun et que les services d'orientation des patientes pour recevoir des soins spécialisés fonctionnent de manière efficace ;
- tenir méticuleusement à jour les dossiers et les registres, ce qui permettra de calculer les indicateurs de base de suivi afin d'évaluer si les objectifs du programme sont atteints ; et
- assurer et améliorer de manière continue la qualité des services à tous les niveaux.

### **b. Intégration des services relatifs au cancer du col parmi d'autres services de santé**

L'intégration des services ou, au minimum, la diffusion des informations sur les liens entre les services et la mise en place de ces liens permet une gestion sanitaire holistique pour les femmes. L'introduction de nouveaux services pour la lutte contre le cancer du col fournit une occasion d'adopter une approche globale pour la santé des femmes.

#### **Intégration du dépistage et du traitement du cancer du col parmi d'autres services de santé reproductive**

Des liens doivent être établis entre la demande de services de santé et l'offre de soins. Concernant la demande de soins, de nombreuses femmes viennent consulter dans les services de soins pour recevoir des conseils sur un grand nombre de maladies, notamment sur des maladies en rapport avec la santé reproductive. Ces femmes ne sont parfois pas au courant de l'importance du dépistage et du traitement du cancer du col.



Concernant l'offre de soins, les structures de soins primaires ne disposent souvent que d'un seul agent de santé de niveau intermédiaire pour prodiguer aux femmes l'ensemble des soins de santé reproductive (c'est-à-dire pour assurer la planification familiale, la prise en charge des IST, les soins prénatals et la communication pour le changement de comportement). Souvent, cet agent de santé de soins primaires n'a pas reçu la formation et/ou ne dispose pas de l'équipement nécessaire pour réaliser un dépistage des lésions précancéreuses chez les femmes âgées de plus de 30 ans. Il ne pourra alors pas tirer parti de cette rare occasion permettant que ces femmes bénéficient de ce service. S'il n'est pas possible de réaliser un dépistage au niveau des structures de soins de santé primaires, le prestataire peut au minimum déterminer si la femme a besoin de ce service, lui fournir les informations nécessaires et l'orienter vers un établissement de niveau secondaire.

### **Intégration de la vaccination contre le VPH dans d'autres services de prévention primaire**

La stratégie de vaccination contre le VPH peut être intégrée dans d'autres services de santé scolaire et d'autres services de soins de santé primaires adaptés aux adolescentes. Ces interventions peuvent inclure le dépistage des carences nutritionnelles courantes, des handicaps physiques et des maladies, ainsi que la fourniture d'informations sanitaires préventives, par exemples des informations sur les dangers du tabagisme, sur l'utilisation de la contraception pour éviter les grossesses non désirées et sur l'utilisation du préservatif permettant d'éviter à la fois les grossesses non désirées et les IST, dont l'infection à VIH et le sida.

### **Intégration des services de lutte contre le VIH et des services de dépistage et de traitement du cancer du col**

Dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, l'OMS recommande fortement que tout contact entre une cliente (ou une patiente) et un agent de santé soit mis à profit pour un conseil et un dépistage de l'infection à VIH ainsi que pour des activités d'éducation et pour des soins appropriés. L'intégration des services de lutte contre le cancer du col et des services de lutte contre l'infection à VIH peut se faire de deux façons :

- toute femme âgée de 30 ans et plus vue dans un service de conseil et de dépistage de l'infection à VIH doit être encouragée à avoir recours au dépistage du cancer du col ; toute femme infectée par le VIH qui n'a jamais fait de dépistage du cancer du col doit être encouragée à faire ce dépistage immédiatement, quel que soit son âge ; toute femme infectée par le VIH qui a déjà fait un dépistage du cancer du col qui s'est avéré négatif doit être encouragée à faire un nouveau dépistage dans les trois ans qui suivent ;
- dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, toute femme chez laquelle est réalisé un dépistage du cancer du col et qui n'a pas bénéficié d'un conseil et d'un dépistage récents de l'infection à VIH doit être encouragée à avoir recours à ces services.

### **c. Intégration avec des services de dépistage d'autres cancers : le cas du cancer du sein**

Les principes qui s'appliquent à la mise en œuvre d'un programme réussi et de qualité de dépistage du cancer du col s'appliquent aussi aux programmes de dépistage d'autres cancers, par exemple aux programmes de dépistage du cancer du sein. Les données d'expérience et les enseignements tirés de l'organisation et de la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du col peuvent servir de base à l'élaboration d'un programme de dépistage du cancer du sein. Si l'on veut approcher les femmes chez lesquelles est réalisé un dépistage du cancer du col, il faut cependant tenir compte des différences dans les tranches d'âge cible considérées, le dépistage du cancer du sein se concentrant généralement sur les femmes âgées de 50 ans et plus. Les services de lutte contre le cancer du col offrent cependant au minimum l'occasion de sensibiliser au cancer du sein et d'établir un lien avec les services de dépistage de ce cancer. De la même manière, lorsqu'une femme bénéficie d'un dépistage du cancer du sein et qu'elle se trouve dans la tranche d'âge recommandée pour le dépistage du cancer du col, il faut lui demander si elle a déjà bénéficié de ce dépistage, et, si ce n'est pas le cas, l'encourager à le faire.

### **d. Difficultés pouvant être rencontrées lors de la mise en œuvre du programme**

Des difficultés peuvent être rencontrées non seulement lors de l'élaboration des politiques, mais aussi au cours de la mise en œuvre du programme dans les établissements de santé et dans la communauté ; d'autres difficultés peuvent aussi être rencontrées avec les personnes et les familles concernées. Le Tableau 2.2 donne un résumé de ces difficultés potentielles ainsi que des suggestions pour atténuer les effets négatifs que ces difficultés peuvent engendrer.

**Tableau 2.2. Difficultés pouvant être rencontrées au cours de la phase de mise en œuvre, et suggestions de mesures à prendre pour y remédier**

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<b>Au niveau régional/au niveau local (structures de soins)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe des personnes et des groupes hostiles aux vaccinations, notamment à la vaccination contre le VPH, et qui participent à la diffusion d'informations erronées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer, tester sur le terrain et diffuser largement des campagnes de communication multimédia afin de promouvoir les avantages de la vaccination contre le VPH chez les jeunes filles et de contrer explicitement les informations erronées sur les risques de la vaccination (voir le Chapitre 4, et aussi la section suivante dans ce tableau où sont décrites les actions proposées au niveau de la communauté et au niveau des agents de soins de santé primaires).</li> </ul>

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de prestataires formés et compétents est insuffisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former un nombre suffisant d'agents de santé compétents pour tous les niveaux de services, s'assurer qu'ils resteront dans ces services et s'assurer de la mise à jour de leurs connaissances ; cela peut nécessiter la réallocation de certaines tâches ou leur partage entre des membres du personnel.</li> <li>Utiliser des mesures incitatives autres que de l'argent pour la participation ponctuelle de chaque cliente et pour récompenser la qualité des services.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les membres de la communauté demandent l'avis de prestataires de services locaux et de prestataires traditionnels, de leaders dans la communauté et de personnalités populaires dans le pays qui ne connaissent ni ce que représente la charge de morbidité du cancer du col, ni l'existence de mesures de prévention et d'un traitement efficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conseillers au niveau local peuvent jouer un rôle important pour que les clientes acceptent les services ; il est donc essentiel qu'ils participent aux activités d'information basées sur des données factuelles et qu'ils soient impliqués dans la lutte contre les informations erronées et les attitudes négatives (des informations détaillées sur les méthodes et les messages de communication se trouvent au Chapitre 3).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La performance du test de dépistage est insuffisante, les techniques et les prestataires étant à l'origine d'erreurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les algorithmes de réalisation des tests de dépistage basés sur des données factuelles doivent être choisis en fonction des directives nationales en vigueur ainsi que des ressources et des infrastructures disponibles, afin d'assurer un accès le plus équitable et la performance la meilleure possible (des informations détaillées sur les méthodes de dépistage se trouvent au Chapitre 5).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les centres de santé sont éloignés et leurs heures d'ouverture sont limitées, ce qui réduit l'accès aux services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modifier les heures d'ouverture et de fermeture des services de santé pour tenir compte des horaires de travail des femmes, et chercher avec la communauté des solutions pour aider les femmes à se rendre dans les établissements de santé, ce qui permettra d'augmenter l'accès aux services de dépistage, de suivi et de traitement.</li> <li>Élaborer des stratégies pour assurer l'accès aux services à toutes les femmes des tranches d'âge cible, indépendamment de leur statut socio-économique, de l'éloignement des services et des autres facteurs culturels locaux.</li> </ul>

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de système pour inviter les femmes à faire un dépistage et à recevoir des soins de suivi</li> <li>• Il est demandé aux femmes de revenir trop fréquemment pour recevoir des services de santé, avec pour conséquence un grand nombre de femmes perdues de vue lors du suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir une stratégie pour retrouver les femmes qui doivent bénéficier de services de suivi et pour les convaincre de la nécessité de ces services, avec pour objectif de diminuer les obstacles pouvant exister dans ces services.</li> <li>• Faire en sorte que le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses soient réalisés au cours de la même visite.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le coût des services de vaccination, de dépistage ou de traitement est élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier et mettre en œuvre des stratégies locales permettant de diminuer les coûts des services de vaccination, de dépistage et de traitement.</li> <li>• Collaborer avec les partenaires internationaux et régionaux.</li> <li>• Négocier les prix avec les fabricants.</li> </ul>
<b>Au niveau de la communauté et au niveau des agents de soins de santé primaires</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communautés et le personnel de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés au problème de santé en général que pose le cancer du col et à la nécessité de réaliser un dépistage, même en l'absence de symptômes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En utilisant les approches appropriées, mener des actions d'éducation et de sensibilisation destinées à l'ensemble de la communauté, aux leaders et aux autres personnes clés de la communauté ainsi qu'aux agents de soins de santé primaires et au personnel de soutien non professionnel des services de consultations ; les informations communiquées doivent expliquer les données scientifiques disponibles relatives à l'histoire naturelle du cancer du col, au lien entre le cancer du col et l'infection à VPH et à l'existence de moyens de prévention et d'un traitement précoce efficaces.</li> </ul>

Difficultés	Suggestions de mesures à prendre pour en diminuer l'éventuel impact négatif
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'attitudes négatives et d'informations erronées sur les risques de la vaccination contre le VPH, d'idées fausses tendant à faire croire que la vaccination chez les jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle incite à avoir une activité sexuelle et de croyances ou de normes qui empêchent les gens de parler de questions relatives aux maladies de l'appareil génital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'aide de discussions thématiques de groupe et d'entretiens, étudier et analyser les idées fausses et les attitudes négatives les plus répandues à l'égard de la vaccination contre le VPH et des maladies de l'appareil génital en général, et du cancer du col en particulier, et lutter contre celles-ci en expliquant, en utilisant un langage non technique, les résultats des travaux de recherche montrant le contraire (ce guide peut être utilisé comme ressource).</li> <li>Au cours des activités de formation et d'éducation impliquant les personnes clés de la communauté, essayer d'identifier celles qui étaient initialement opposées aux services mais qui ont maintenant compris leur intérêt et qui reconnaissent la véracité des informations fournies ; former ces personnes pour qu'elles puissent mener des activités de conseil et d'éducation dans la communauté (leur fournir des supports d'information et des outils dont elles pourront se servir lors de ces activités).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Des obstacles liés à des facteurs individuels, sociaux ou culturels s'opposent à ce que les femmes aient recours aux services de santé préventive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essayer de trouver une solution pour lever ces obstacles, qui peuvent comprendre : les inégalités entre les sexes et la violence, la marginalisation sociodémographique (par exemple des peuples autochtones ou tribaux, ou des réfugiés), la situation économique, les croyances religieuses, etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes et les familles ne reçoivent pas d'aide suffisante pour faire face aux frais de dépitage et à la perte de salaire lors de la visite au centre de santé (la majorité des femmes à risque de cancer du col ne sont pas couvertes par une assurance sociale ou une assurance maladie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'il existe un système d'assurance sociale ou d'assurance maladie, s'assurer qu'il couvre ces frais.</li> </ul>

***e. Élaboration d'un plan d'action pour l'information et l'éducation, la formation et la supervision de soutien***

Tout comme d'autres composantes du programme, le plan d'action pour l'IEC, la formation et la supervision de soutien doit être élaboré sur la base de l'évaluation des besoins et de la cartographie décrites à la Section 2.2.2.

Ce plan d'action doit comprendre les activités suivantes :

- mener des discussions thématiques de groupe et/ou des entretiens avec des femmes et des jeunes filles des tranches d'âge cible pour connaître avec plus de précisions leurs connaissances, leurs perceptions et leurs besoins ; ces informations aideront les administrateurs de programme à adapter les programmes de formation pour les agents de santé afin que ceux-ci puissent fournir les informations et le soutien appropriés à leurs clientes, de sorte que la participation de ces femmes au dépistage et leur observance du traitement et des services de suivi soient les meilleures possibles ;
- sur la base des informations disponibles à propos des capacités existantes en termes de services et des besoins locaux, élaborer et mettre en œuvre des programmes de formation du personnel, ainsi que des matériels d'IEC et des outils d'éducation destinés aux patientes ;
- préparer des dossiers et des registres pour enregistrer les informations sur les services fournis ; ces documents sont importants non seulement pour la prise en charge des patientes et l'évaluation du programme, mais aussi pour la supervision et l'évaluation de la performance des prestataires ;
- former l'ensemble des agents de santé et l'ensemble des administrateurs de programme pour leur permettre d'expliquer clairement aux patientes ce à quoi elles doivent s'attendre lorsque certaines procédures seront réalisées (les Chapitres 3 à 7 donnent des informations sur les messages de conseil et sur les plans de mobilisation relatifs à la vaccination contre le VPH et au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif) ;
- former le personnel responsable des données, le personnel d'entretien des équipements, les superviseurs du programme et les techniciens de laboratoire sur les aspects techniques de leurs tâches ;
- informer les agents de santé des niveaux primaire et secondaire sur le traitement du cancer invasif et les soins palliatifs, afin qu'ils soient bien informés sur les services fournis au niveau tertiaire.

La durée des cours de formation doit être suffisante pour que la majorité des personnes qui les suivent acquièrent les compétences nécessaires et pour permettre de dispenser les cours théoriques, de faire des simulations en utilisant des modèles anatomiques et de dispenser une formation clinique pratique. La formation aux méthodes qui seront utilisées dans les services doit être suffisamment souple pour permettre l'intégration de nouvelles technologies lorsque celles-ci deviennent disponibles.

Les difficultés couramment rencontrées au cours des formations sont les suivantes :

- insuffisance de la formation pratique du fait d'un manque de cas

- formation trop dispersée ou insuffisamment centrée sur les compétences indispensables à acquérir
- insuffisance du suivi après la formation et de la supervision de soutien
- insuffisance des cours de mise à jour des connaissances
- centres de formation ne prenant pas suffisamment en compte la disponibilité en ressources sur les sites de prestation de services.

Pour résoudre certaines de ces difficultés, il peut être utile de garder à l'esprit les points décrits dans ce paragraphe. Certains participants acquièrent rapidement de nouvelles connaissances et compétences alors que d'autres ont besoin de plus de temps. La formation pratique peut être étendue au-delà du cours de formation, des agents de santé expérimentés pouvant prendre dans leur structure de soins des stagiaires en organisant des rotations à tour de rôle ou pendant une semaine une fois que ceux-ci ont terminé leur formation théorique. Il est essentiel de s'assurer que chaque agent de santé, avant de commencer la prestation de services, dispose bien des capacités à fournir ces services en respectant les normes établies. Le plan de formation et la gestion ultérieure du programme doivent inclure une supervision après la formation ainsi que l'utilisation d'aide-mémoire, d'algorithmes et d'autres outils d'apprentissage appropriés pour renforcer la qualité de la performance.

#### ***f. Autres éléments devant être en place pour assurer l'efficacité et l'innocuité de la prestation de services***

##### **Achat et entretien du matériel ; achat des fournitures et approvisionnement continu**

L'évaluation des besoins réalisée au cours de la phase de planification et de préparation fournira des informations importantes sur le matériel et les fournitures à acheter. Des stratégies doivent être établies pour assurer la distribution et le stockage du matériel ainsi que le réapprovisionnement régulier en fournitures (notamment en consommables, en pièces de rechange et en réactifs). Il faut en outre disposer d'un système local efficace de réparation et d'entretien du matériel, afin d'éviter les interruptions de services ou la réorganisation des rendez-vous des patientes lorsqu'un équipement est hors d'usage ou défectueux. Les interruptions de service peuvent dissuader les patientes de revenir et nuire à l'image que les patientes potentielles ou déjà dans le programme peuvent avoir du service.

##### **Stratégie de prévention des infections**

Une bonne gestion des déchets médicaux et de la décontamination et de la stérilisation du matériel réutilisable doit être en place afin de minimiser la propagation des infections ainsi que les effets délétères qu'elles peuvent engendrer sur le personnel du service de consultations, les patientes et la communauté locale (voir l'Annexe 3).



Lutte contre  
les infections

La stratégie doit fournir des instructions claires sur les points suivants :

- gestion appropriée des déchets médicaux, notamment leur tri, leur transport et leur élimination ;
- système d'élimination des flacons et des seringues utilisés pour la vaccination contre le VPH (la Fiche pratique 4.4 donne les éléments essentiels relatifs à la sécurité des injections pour des services de qualité) ;
- traitement du matériel réutilisable contaminé conformément aux normes internationales, notamment sa décontamination avec une solution d'eau de Javel, son rinçage et son lavage, sa désinfection ou sa stérilisation poussée ; et
- utilisation d'équipements de protection approprié par le personnel de santé chargé de la gestion des déchets contaminés et/ou du matériel réutilisable, notamment le port de vêtements de protection, de gants épais et de masques si nécessaire.



Sécurité des injections

### Laboratoire national de référence

Un laboratoire national de référence sera nécessaire pour l'assurance qualité et le contrôle de la qualité lors de l'introduction des tests VPH dans le programme.

La liste de contrôle figurant à la Fiche pratique 2.1 peut être utile au cours de la planification et de la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer du col. Une liste de documents complémentaires se trouve également à la Section « pour en savoir plus » à la fin de ce chapitre ; on y trouve des références de publications et des sites Web contenant des informations mises à jour et basées sur des données factuelles qui sont utiles pour mieux connaître les approches stratégiques à utiliser lors de la planification et de la mise en œuvre du programme.



Liste de contrôle

### 2.2.4 Suivi et évaluation du programme

Tout programme de santé doit s'accompagner d'un suivi et d'une évaluation afin de veiller à ce que les processus et les systèmes sont élaborés et sont suivis de telle façon que les résultats obtenus soient de qualité et que la population cible tire de ce programme le plus d'avantages possible. Les indicateurs de base à utiliser pour le suivi et l'évaluation d'un programme de lutte contre le cancer du col sont décrits dans le document publié en 2013 par l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la Santé et intitulé *Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)*.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/978924250269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/978924250269_fre.pdf).



Les différents partenaires doivent être impliqués dès la phase de planification stratégique afin de s'assurer que les résultats nécessaires seront bien obtenus auprès du programme et des mesures correctives appropriées mises en place en fonction des besoins. Des systèmes d'information sanitaires simples, soit sur papier (à l'aide de dossiers et de registres), soit informatisés, soit en combinant les deux, doivent être mis en place et les données requises pour le suivi et l'évaluation doivent être collectées de manière régulière.

Les registres du cancer sont des outils importants pour la collecte d'informations sur les cas de cancer et de décès dus à cette pathologie. Ces données peuvent être analysées pour obtenir des informations sur la survenue de cancers et sur les tendances dans une population définie et évaluer l'impact du programme de lutte contre le cancer du col. S'il est initialement trop difficile de mettre en place des registres du cancer dans l'ensemble du pays, des sites sentinelles représentatifs des différentes populations peuvent être établis ; des enseignements pourront en être tirés pour les modifier et les étendre dans d'autres zones du pays jusqu'à atteindre une couverture nationale. Des informations supplémentaires sur l'enregistrement des cas de cancer se trouvent sur le site Web de l'Initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (en anglais Global Initiative for Cancer Registry Development, soit GICR) du Centre international de Recherche sur le Cancer.<sup>6</sup>

### **a. Suivi**

Selon le document *Health Systems Strengthening Glossary* de l'OMS,<sup>7</sup> le suivi est la surveillance continue d'une activité pour aider à sa supervision et pour vérifier que les activités se déroulent selon le plan prévu. Elle implique la description précise des méthodes utilisées pour mesurer l'activité en question, des ressources utilisées et de la réponse aux services en fonction de critères préétablis.

Un suivi accompagné de mesures correctives appropriées requiert la mise en œuvre d'un système fonctionnel pour la collecte, le stockage et la diffusion de l'information sanitaire, d'un système de supervision pour s'assurer que les normes sont respectées, de mesures pour assurer une amélioration participative et continue de la qualité et de méthodes locales de résolution de problèmes, avec la participation des agents de santé et des membres de la communauté. Cette sous-section donne des informations sur les systèmes d'information sanitaire, propose des outils à utiliser pour réaliser une auto-évaluation et résoudre localement les problèmes et explique en quoi consistera la supervision de soutien utilisée pour la prévention du cancer du col.

---

<sup>6</sup> Disponibles à l'adresse suivante : <http://gicr.iarc.fr/fr/>.

<sup>7</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/).

Dans un programme de lutte contre le cancer du col, deux activités spécifiques reposent fortement sur le suivi ; il s'agit de l'amélioration continue de la qualité de la prestation de service et le suivi des MAPI (les questions spécifiques relatives au suivi et à l'évaluation des programmes de vaccination contre le VPH sont traitées au Chapitre 4 et dans la Fiche pratique 4.6).



L'amélioration continue de la qualité de la prestation de service doit être effectuée de manière périodique en mettant en place en temps opportun des mesures correctives. La responsabilité de l'amélioration de la qualité revient à l'ensemble du personnel et doit impliquer l'ensemble des catégories d'agents de santé. Plusieurs méthodes peuvent être adaptées et utilisées pour suivre et améliorer la qualité des services.

- **Autoévaluation et résolution locale des problèmes.** Il s'agit de méthodes participatives qui doivent impliquer l'ensemble des catégories d'agents de santé ainsi que des membres représentatifs de la communauté. La méthode d'autoévaluation du processus *COPE*<sup>8</sup> de *EngenderHealth* (COPE, qui est l'acronyme de l'anglais *client-oriented, provider-efficient services*, signifie « services efficaces axés sur le client ») utilise différents outils qui peuvent être adaptés pour aider dans ces activités : guide d'entretien avec les clients, analyse du cheminement des clients et plan d'action pour le COPE.<sup>8</sup>
- **Supervision de soutien.** Ce type de supervision doit être réalisé régulièrement par des superviseurs dûment formés aidant au déroulement du processus. Les rôles clés de l'équipe de supervision de soutien comprennent :
  - l'observation de tous les aspects de la prestation de services, selon les cas (par exemple l'enregistrement des clientes, le conseil, les procédures de consentement, l'administration de la vaccination, le dépistage, le traitement des lésions précancéreuses, les pratiques de prévention des infections et l'enregistrement des informations) ;
  - l'examen des données collectées au niveau des sites et en rapport avec le recrutement, la couverture de la vaccination contre le VPH (vaccination complète ou partielle), les taux de dépistage et de traitement, de perdus de vue, de MAPI, etc. ; et
  - un système de mentorat et de mise à jour des compétences des agents de santé et l'interaction avec les agents de santé pour résoudre l'ensemble des problèmes ayant pu être observés dans les services fournis dans les structures de soins et en dehors des structures de soins.

<sup>8</sup> Disponibles à l'adresse suivante :

[https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/handbook/cope\\_handbook\\_french.pdf](https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/handbook/cope_handbook_french.pdf).

## **b. Évaluation**

Selon le document *Health Systems Strengthening Glossary* de l'OMS, l'évaluation est définie comme l'évaluation systématique et objective, en fonction d'objectifs et en prenant en compte les ressources et les structures utilisées, de différents aspects d'un ensemble d'actions : pertinence, adéquation, état d'avancement, efficacité, efficacie et impact.

Un plan d'évaluation, élaboré avec la participation active des partenaires, doit définir les éléments suivants :

- la ou les personnes des équipes multidisciplinaires de gestion qui seront responsables de l'évaluation des services ;
- les ressources et les services qui seront évalués et les méthodes d'évaluation qui seront utilisées ;
- les données qui seront collectées, et la définition des indicateurs de base de performance et d'impact pour la lutte contre le cancer du col (les indicateurs de base sont décrits dans la Fiche pratique 2.2) ;
- la manière avec laquelle des mesures correctives seront prises si des lacunes sont détectées ; et
- le budget pour la mise en œuvre de l'évaluation.



## **c. Indicateurs de base**

Les indicateurs de base à utiliser pour le suivi et l'évaluation d'un programme complet de lutte contre le cancer du col comprennent des indicateurs de performance et des indicateurs d'impact. On appelle « indicateurs de base » les indicateurs dont l'utilisation est vivement recommandée dans chaque pays, car ils fournissent des informations essentielles pour le suivi et l'évaluation des avancées et de l'impact du programme et permettent d'obtenir des informations à l'échelle mondiale permettant de faire des comparaisons au sein d'un pays et entre différents pays (des exemples se trouvent à la Section 1.1.2 du Chapitre 1 où sont présentées des données sur l'épidémiologie mondiale du cancer du col de l'utérus).

### **Indicateurs de performance pour la vaccination contre le VPH**

- Couverture vaccinale de la population cible : proportion de jeunes filles complètement vaccinées à l'âge de 15 ans chaque année (mesurée en utilisant le formulaire d'enregistrement conjoint de l'OMS et de l'UNICEF)
- Taux de MAPI : nombre de MAPI signalées chaque année (des informations plus détaillées se trouvent au Chapitre 4).

## Indicateurs de performance pour le dépistage et le traitement du cancer du col

- Couverture de la population cible :
  - I. pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage depuis l'âge de 30 ans (ce pourcentage peut être évalué à l'aide d'une enquête chez des femmes âgées de 30 à 49 ans comprenant une question sur la réalisation antérieure ou non d'au moins un dépistage) ;
  - II. pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié d'un dépistage cette année (cette information peut être obtenue à partir des registres des services, en prenant soin de ventiler les données en deux catégories : premier dépistage ; dépistage itératif).

Remarques : pour les deux indicateurs ci-dessus, le dénominateur est le nombre de femmes appartenant à la population âgée de 30 à 49 ans ; il est important de ventiler les données par tranches d'âge de cinq ans.

- Positivité du test de dépistage : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié d'un dépistage et chez qui le dépistage s'est avéré positif au cours des 12 derniers mois (cette information peut être obtenue à partir des registres).
- Taux de traitement : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans chez qui le dépistage s'est avéré positif et qui ont terminé au cours des 12 derniers mois le traitement des lésions précancéreuses/du cancer invasif ayant été diagnostiqué (cette information peut être obtenue à partir des registres).

### Indicateur d'impact

- Incidence et mortalité du cancer du col en fonction de l'âge : incidence et mortalité du cancer du col en fonction de l'âge dans la population cible.

Pour connaître la définition des indicateurs de base de performance et d'impact, les méthodes de calcul et les valeurs seuils pour instaurer une action corrective, se référer au manuel détaillé de l'OMS *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes*.<sup>9</sup> Une description des autres indicateurs se trouve également dans cette même fiche pratique.

Des informations plus complètes sont disponibles dans le document publié en 2013 par l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la Santé et intitulé *Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)*.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>.

<sup>10</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf).

## 2.3 Comment vaincre le cancer du col de l'utérus ?

Pour remporter la lutte contre le cancer du col, les conditions suivantes doivent être remplies :

- une politique nationale et des directives nationales de lutte contre le cancer du col sont élaborées et diffusées, l'élaboration de ces documents étant basée sur l'histoire naturelle de la maladie et sur les données disponibles relatives à sa prévalence et son incidence dans les différentes tranches d'âge ;
- des ressources financières et techniques sont allouées pour appuyer la mise en œuvre de cette politique et de ces lignes directrices afin de rendre les services accessibles et abordables pour les femmes et les jeunes filles ;
- des programmes d'éducation et de sensibilisation du public à la prévention sont en place pour appuyer la politique nationale ;
- les femmes et les jeunes filles des tranches d'âge cible participent largement au dépistage du cancer du col et à la vaccination contre le VPH ;
- la vaccination contre le VPH est administrée aux adolescentes âgées de 9 à 13 ans en tant que stratégie au niveau de la population ;
- le dépistage est programmé, et non pas opportuniste ;
- il existe des liens entre les services de dépistage et les services de traitement des lésions précancéreuses et de traitement du cancer du col ;
- un système d'information pour la gestion sanitaire et un plan de suivi et d'évaluation sont en place pour faire le suivi des réalisations obtenues, identifier les lacunes et fournir régulièrement aux administrateurs et aux agents de santé des informations en retour de manière à ce que des mesures correctives appropriées puissent être mises en œuvre en temps opportun ;
- un système pérenne d'orientation des patientes pour des soins spécialisés est mis en œuvre ; et
- un système de santé globalement renforcé est en place.

### Pour en savoir plus

Alliance pour la prévention du cancer du col. *Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col - Manuel à l'usage des organisateurs*. Seattle (WA), 2006 ([http://screening.iarc.fr/doc/MfM\\_French\\_final.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical Publication No.43. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2014

(<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/index.php>, consulté le 16 juin 2014).

EngenderHealth. *COPE® for cervical cancer prevention: a tool book to accompany the COPE® handbook*. New York (NY), 2004 ([http://screening.iarc.fr/doc/cope\\_cxca\\_toolbook.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/cope_cxca_toolbook.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Franco EL. Epidemiology in the study of cancer. Dans : Bertino JR, editor. *Encyclopedia of cancer, volume 1*. San Diego (CA): Academic Press ; 1997 :621–41.

PATH. *Mise en œuvre de programmes de vaccination anti-HPV expérience pratique du PATH*. Prévention du Cancer du Col Utérin : Série Expérience Pratique. Seattle (WA), 2011 ([http://www.rho.org/files/PATH\\_HPv-implementing-HPV-vaccination\\_Fr\\_2011.pdf](http://www.rho.org/files/PATH_HPv-implementing-HPV-vaccination_Fr_2011.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

PATH. Planification stratégique et évaluation de situation pour la prévention du cancer du col utérin. Prévention du Cancer du Col Utérin : Série Expérience Pratique. Seattle (WA), 2011 (<http://www.rho.org/HPV-strategic-planning.htm>, consulté le 18 juillet 2014).

PATH. Cervical cancer prevention action planner, version 2.0 [website]. Seattle (WA), 2011 (<http://www.rho.org/actionplanner.htm>, consulté le 18 juillet 2014).

World Bank. World development indicators 2013. Washington (DC), 2013 (<http://data.worldbank.org/products/wdi>, consulté le 18 juillet 214).

### Site web utiles :

**Centre international de Recherche sur le Cancer – Initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR)** : <http://gicr.iarc.fr/fr/>

**EngenderHealth – Client-Oriented, Provider-Efficient Services (COPE®)** : [www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php](http://www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php) (plusieurs documents sont disponibles en français)

**ExpandNet – Scaling up Health Innovations** : [www.expandnet.net/](http://www.expandnet.net/)

**OMS – Stratégie pour renforcer les politiques et les programmes de santé sexuelle et génésique** : [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic\\_approach/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/fr/)

**OMS – HPV Vaccine Introduction Clearing House** : [www.who.int/immunization/hpv/en/](http://www.who.int/immunization/hpv/en/)

**United Nations Population Information Network** : <http://www.un.org/popin/data.html>

# 3

## **CHAPITRE 3. MOBILISATION, ÉDUCATION ET CONSEIL AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ**





## CHAPITRE 3. MOBILISATION, ÉDUCATION ET CONSEIL AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

### Points essentiels

- Les activités extra-institutionnelles, la mobilisation de la communauté, l'éducation à la santé et le conseil sont des éléments essentiels d'un programme efficace de lutte contre le cancer du col de l'utérus, car ils permettent d'assurer une couverture vaccinale élevée, une couverture du dépistage élevée et une bonne observance du traitement.
- Les stratégies pour mener des activités extra-institutionnelles doivent permettre d'atteindre et d'impliquer les jeunes filles et les femmes qui bénéficieraient le plus respectivement de la vaccination et du dépistage des anomalies du col de l'utérus, ainsi que les hommes, les jeunes garçons et les leaders de la communauté, et les principaux partenaires.
- La mobilisation de la communauté et l'éducation à la santé sont des outils essentiels pour lever les obstacles s'opposant à l'accès et à l'utilisation des soins préventifs ; parmi les obstacles les plus couramment rencontrés, on peut citer les tabous sociaux, les barrières linguistiques, le manque d'information et le manque de transport vers les sites de prestation de services.
- L'éducation à la santé permet que les femmes, leur famille et la communauté en général comprennent que le cancer du col de l'utérus peut être prévenu.
- Les messages d'éducation à la santé relatifs au cancer du col de l'utérus doivent être en conformité avec la politique nationale, appropriés sur le plan culturel et cohérents entre les différents niveaux du système de santé.
- Les établissements de santé doivent disposer d'une pièce où les informations et le conseil peuvent en cas de nécessité être fournis aux femmes en toute confidentialité afin de les aider à faire les meilleurs choix possible pour leur santé.
- Les agents de santé doivent être formés pour être capables de parler de sexualité sans porter de jugement de valeur et de traiter des questions liées au cancer du col de l'utérus et du VPH, tout en protégeant l'intimité et la vie privée des patientes.
- Il est essentiel que les messages éducatifs soulignent que toute femme chez qui le résultat du dépistage s'avèrerait anormal doit revenir en consultation pour un suivi.

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur la directive de l'OMS suivante :

*Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals.* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_RHR\\_08.14\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf)).

Les références des autres articles et publications sur lesquels ce chapitre est basé sont disponibles en fin de chapitre, à la section « Pour en savoir plus ».

Ce chapitre traite de la nécessité d'inclure les activités extra-institutionnelles, la mobilisation de la communauté, l'éducation à la santé et le conseil dans les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour assurer leur efficacité. Le but de ces stratégies est de motiver les femmes et leur famille à avoir recours aux services de prévention, notamment à la détection et au traitement précoces des lésions précancéreuses du col de l'utérus et à la vaccination des jeunes filles contre le VPH, avec comme objectif ultime de permettre aux personnes d'améliorer et d'avoir davantage de contrôle sur leur propre santé.

Ce chapitre est divisé en cinq grandes sections. La Section 3.1 intitulée « Augmenter le recours aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus » sert d'introduction à ce chapitre et met l'accent sur le rôle central joué par les agents de santé. Les autres sections portent sur les activités extra-institutionnelles (Section 3.2), la mobilisation de la communauté (Section 3.3), l'éducation à la santé préventive (Section 3.4) et le conseil (Section 3.5) et donnent des informations sur les approches les plus efficaces et les messages clés correspondant à chacune de ces activités, y compris des outils utiles pour leur mise en œuvre. La transmission de messages cohérents nécessite de bonnes compétences en communication et l'utilisation d'un langage non technique approprié à la population cible.

Les fiches pratiques correspondant à ce chapitre donnent une liste des messages clés à inclure dans l'éducation à la santé relative au cancer du col, apportent des réponses aux questions fréquemment posées [foire aux questions (FAQ)] au sujet du cancer du col et du VPH, donnent des conseils sur la manière d'impliquer les hommes dans la prévention du cancer du col ainsi que des informations sur le conseil. Certaines fiches pratiques correspondant à d'autres chapitres peuvent également aider les agents de santé sur les questions de communication et sont aussi indiquées dans ce chapitre.

### **L'histoire d'Anna**

Anna, une femme kenyane de 32 ans, n'était pas malade. Elle était même en pleine forme. Peu de temps auparavant, l'annonce faite par un agent de santé à l'occasion d'un enterrement avait attiré son attention. Il avait parlé d'une maladie qui touchait les femmes, le cancer du col de l'utérus, et qui pouvait être évitée. Cependant, si la maladie n'était pas détectée assez tôt pour être soignée, on pouvait en mourir.

L'agent de santé communautaire, une personne qu'elle connaissait et en qui elle avait confiance, donna sa carte à Anna et lui indiqua l'endroit où elle pourrait faire un test de dépistage des anomalies du col. « J'ai senti qu'il était important pour moi de savoir si je n'avais rien, parce qu'après

« tout, je pourrais toujours obtenir de l'aide ». Deux semaines plus tard, Anna apprenait que son test était négatif, ce qui signifiait que tout était normal. « J'étais vraiment soulagée » a-t-elle déclaré. À présent, il lui suffit de retourner faire un autre test de dépistage dans cinq ans.

Et comme on s'est si gentiment occupé d'elle et qu'elle a appris beaucoup de choses, Anna s'est mise à parler de son expérience autour d'elle. Beaucoup de femmes qui l'ont écoutée ont suivi ses conseils et sont allées faire un test de dépistage. Deux d'entre elles lui ont confié qu'elles étaient soignées pour des lésions précancéreuses et qu'ainsi, elles n'auraient pas de cancer. Anna est heureuse d'aider les autres : « Personne ne doit mourir, quand il existe une chance de vivre plus longtemps », dit-elle.

Source : adapté du document *Histoires de femmes, vies de femmes : expériences du dépistage et du traitement du cancer du col utérin*. Seattle (WA), Alliance pour la prévention du cancer du col, 2004.

### 3.1 Augmenter le recours aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus

La prévention permet de sauver des vies et d'économiser des ressources. Les conséquences de la perte d'une femme par un cancer du col de l'utérus sont dramatiques, à la fois pour sa famille et pour la communauté. Des activités extra-institutionnelles, une éducation à la santé et un conseil de qualité aident les gens à comprendre ce que sont leur risque personnel de présenter une maladie ainsi que les risques pour les membres de leur famille et pour leurs amis. Ils aident aussi à réduire ces risques en acceptant et en utilisant les options de soins préventifs que sont par exemple la vaccination et le dépistage, en évitant les comportements nuisibles et en adoptant des modes de vie plus sains.

Un grand nombre de femmes et de familles peuvent avoir besoin d'un soutien pour lever les obstacles qui les empêchent de bénéficier de certains services. Ces obstacles peuvent par exemple être la peur de découvrir qu'elles sont atteintes d'une infection ou d'une maladie, la gêne de se faire examiner les organes génitaux, les idées fausses circulant à propos de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin contre le VPH, et/ou le manque de temps ou de moyens de transport abordables pour se rendre dans les structures où sont fournis les services. La mobilisation de la communauté se fait en suivant un processus de travail avec la communauté pour identifier ces obstacles et élaborer des stratégies pour les lever.

### 3.1.1 Rôle des agents de santé

Les agents de santé jouent un rôle central dans la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus en augmentant le recours à la vaccination et au dépistage par les personnes les plus susceptibles d'en bénéficier. Les agents de santé jouant ce rôle peuvent par exemple être des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes formées ou des agents de santé communautaires, en fait toute personne qui fournit des services cliniques ou des services dans la communauté. Ces agents de santé sont des acteurs clés d'une équipe plus large qui peut collecter et aussi transmettre des informations sur l'infection par le VPH et sur le cancer du col, sur la manière de les prévenir, sur le dépistage pour les rechercher et sur le traitement des femmes chez qui le résultat du dépistage s'avèrerait anormal. L'expérience a montré que la communication directe entre les agents de santé et les personnes qui cherchent à avoir recours à des services de santé est la méthode la plus efficace pour partager les informations sanitaires importantes et pour avoir une influence sur les comportements sanitaires. Les individus et les familles se tournent vers les agents de santé pour obtenir des informations sanitaires et des services de santé.

L'utilisation d'un langage clair et adapté lors de la communication interpersonnelle, la transmission de messages clés contenant des informations cohérentes et précises et la fourniture de services de soutien axés sur les femmes et facilement accessibles permet d'augmenter l'efficacité des activités de lutte contre le cancer du col. Les caractéristiques que doit présenter un agent de santé pour réaliser une éducation à la santé de qualité dans le cadre de la lutte contre le cancer du col sont présentées à l'Encadré 3.1.

#### Encadré 3.1. Caractéristiques et aptitudes en communication d'un éducateur à la santé efficace dans le cadre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus

- **Avoir une bonne connaissance du sujet.** Bien connaître ce qu'est le cancer du col de l'utérus et ce que sont les moyens de le prévenir, y compris les raisons pour lesquelles certaines tranches d'âge doivent recevoir certains services en priorité. Anticiper les questions et être capable d'y répondre, et rechercher de plus amples informations si nécessaire.
- **Être à l'aise avec le sujet.** Ne pas éprouver de gêne lorsqu'on parle de l'anatomie de la femme, de sexe et de sexualité.
- **Être clair et cohérent.** Faire passer des messages clés faciles à comprendre et appropriés au public, et être cohérent avec ces messages.
- **Être réceptif et ne pas porter de jugement de valeur.** Les questions liées à la santé sexuelle peuvent être très sensibles. Utiliser un langage et un ton appropriés. Veiller à ce que les mots employés ne contribuent pas à la stigmatisation ou à encourager les préjugés négatifs sur les différences entre les hommes et les femmes (Tableau 3.1).

- **Offrir un soutien.** Prêter une oreille attentive. Faire preuve de patience et de compréhension et aider les femmes et les familles à trouver des solutions à leurs problèmes et à prendre les bonnes décisions pour obtenir les soins dont elles ont besoin.
- **Être accueillant et se montrer encourageant.** Les personnes qui se sentent les bienvenues ont plus de chances de revenir pour recevoir des soins lorsqu'elles en ont besoin.

### 3.2 Activités extra-institutionnelles

Les activités extra-institutionnelles sont les activités menées en dehors de l'enceinte des établissements de santé et destinées à atteindre des populations cibles avec pour objectif d'accroître leurs connaissances sur certains problèmes de santé particuliers et d'améliorer leur accès aux services de santé.

Les activités extra-institutionnelles font partie des différents rôles que doivent remplir les agents de santé. Ces activités doivent être soigneusement planifiées. Lors de l'élaboration d'un plan pour les activités extra-institutionnelles, la première étape consiste, pour chaque message, à identifier la population cible et à bien comprendre pourquoi cette population cible doit bénéficier de ce service ainsi que l'importance de s'assurer que ce soit bien le cas. Pour rappel, les différentes tranches d'âge affectées ainsi que celles qui peuvent bénéficier au mieux des différentes interventions sont décrites à la Figure 2.1 du Chapitre 2. Un travail en partenariat avec la communauté permet de faire naître un sentiment de soutien à la prévention, ce qui facilitera la sensibilisation des populations cibles. Lors de l'élaboration de ce plan pour les activités extra-institutionnelles, il est également crucial de déterminer les principaux obstacles pouvant empêcher les femmes et les jeunes filles de bénéficier des services de santé préventive.

L'objectif des activités extra-institutionnelles est de maximiser la couverture et l'utilisation des services de lutte contre le cancer du col. Pour atteindre cet objectif, il faut faire passer les messages correspondants de prévention du cancer du col à cinq populations cibles ou groupes prioritaires comme indiqué ci-dessous.

- **Les jeunes adolescentes (et leurs familles).** Les travaux de recherche indiquent que les vaccins contre le VPH sont plus efficaces s'ils sont administrés aux jeunes filles et/ou aux femmes avant le début de l'activité sexuelle et de l'exposition au VPH. La population cible pour le vaccin contre le VPH est donc, comme le recommande l'OMS, l'ensemble des jeunes adolescentes âgées de 9 à 13 ans.<sup>1</sup> Cependant, il est important d'inclure les garçons dans la sensibilisation et dans les campagnes d'information.

- **Les femmes adultes.** Pour que les avantages obtenus par le dépistage des anomalies du col soient les plus importants possible par rapport aux ressources investies, ce dépistage doit être limité aux femmes appartenant à la tranche d'âge allant de 30 à 49 ans, comme le recommande l'OMS. En effet, la plupart des femmes sont infectées par le VPH avant l'âge de trente, et les lésions précancéreuses induites par cette infection apparaissent habituellement après 10 à 15 ans. Pour que les services de dépistage soient acceptés, il est essentiel de faire également passer des messages d'éducation à la santé aux membres de la famille de ces femmes et plus particulièrement à leurs partenaires masculins.
- **Les groupes vulnérables.** Les données indiquent que les services ont tendance à être moins utilisés par les personnes les plus à risque. Il n'est pas suffisant de mettre en place des services et d'attendre que les jeunes filles et les femmes à risque viennent les utiliser. Il faut également mener des activités particulières pour atteindre les populations les plus vulnérables. Ces groupes comprennent :
  - les jeunes filles difficiles à atteindre, en particulier celles qui ne suivent pas une éducation institutionnalisée ;
  - les femmes qui vivent loin des lieux de prestation de services et qui disposent de peu de ressources ;
  - les travailleuses immigrées, les réfugiées et les autres groupes marginalisés ;
  - les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH et les autres personnes immunodéprimées pour lesquelles le calendrier de dépistage doit être plus rapproché.
- **Les leaders et les champions de la communauté.** L'implication des leaders de la communauté peut faciliter grandement les activités extra-institutionnelles. La conversion de certains de ces leaders de la communauté à la cause de la lutte contre le cancer du col permet souvent de gagner le soutien de la communauté toute entière et d'assurer ainsi le succès du programme. Ces leaders peuvent également aider à obtenir l'adhésion des hommes dans cette communauté, à assurer un soutien financier aux familles qui en auraient besoin, à organiser le transport vers les services et à obtenir un lieu où faire un discours ou organiser un événement dans le cadre d'une campagne.
- **Les hommes.** Comme c'est le cas avec d'autres aspects de la santé reproductive des femmes, il est indispensable de toucher et d'impliquer les hommes si l'on veut lutter efficacement contre le cancer du col. Les hommes sont souvent ceux qui décident si leur épouse ou leurs filles bénéficieront ou non d'un service. Pour que les femmes aient accès aux services, il est donc parfois nécessaire d'obtenir leur soutien, voire, dans certains cas extrêmes, leur autorisation. L'amélioration des connaissances et de la compréhension des hommes sur les questions

---

<sup>1</sup> Il n'est pas nécessaire de demander à ces jeunes filles si elles ont déjà eu une activité sexuelle avant de les vacciner. Poser cette question à une population aussi jeune pourrait faire passer des messages erronés et créer un sentiment de peur ou de méfiance.

relatives à la santé des femmes permet à ces hommes de prendre de meilleures décisions en matière de santé pour eux-mêmes et pour leurs partenaires et contribue à l'efficacité du programme. Des informations sur l'infection à VPH et sur le cancer du col peuvent être données aux hommes dans les services de consultations et dans la communauté avec des messages sur l'importance qu'il y a à encourager leur partenaire à faire un dépistage, et à bénéficier d'un traitement si nécessaire (Fiche pratique 3.3).

Une fois que les populations cibles ont été définies, un plan pour les activités extra-institutionnelles peut comprendre :

- des stratégies de communication par les agents de santé communautaires et entre pairs afin de fournir des informations aux populations et les motiver pour qu'elles aient recours aux services ;
- des unités mobiles de dépistage et/ou des brigades de vaccination pour rapprocher les services des communautés ;
- différents moyens de communication (affiches, brochures, radio, télévision et internet) pour atteindre chaque population cible dans son ensemble, ainsi que les personnes ayant une influence sur ces populations.



Ce que les hommes doivent savoir

Des informations sur la manière de conduire une éducation à la santé dans une communauté se trouvent à la Section 3.4.3(c) de ce chapitre.

### 3.3 Mobilisation de la communauté

La mobilisation de la communauté est un processus permettant d'engager la communauté et de susciter un soutien pour tous ceux qui ont besoin de services de santé (par exemple de services de lutte contre le cancer du col), ce qui permet d'obtenir dans la communauté un sentiment pérenne d'être partie prenante et de participation.

La promotion des services de prévention peut se heurter à des obstacles observés dans toute situation. Souvent, les personnes et leurs familles sont beaucoup plus à même d'avoir recours à des services de soins lorsqu'elles sont malades qu'à des services de prévention lorsqu'elles sont en bonne santé, et les femmes relèguent fréquemment les soins préventifs dont elles pourraient bénéficier au plus bas de l'échelle de leurs priorités. Pour que les soins préventifs fournis dans les établissements de santé soient efficaces, il faut non seulement mettre en place ces services, mais aussi, et c'est tout aussi important, impliquer la communauté afin qu'elle connaisse et utilise ces services.

### 3.3.1 Impliquer la communauté dans la prévention

Les agents de santé sont souvent surchargés par les soins qu'ils doivent prodiguer à leurs patients ; ils ont donc peu de temps pour sortir dans la communauté. Il est cependant possible de mobiliser les agents de santé communautaires, les bénévoles et les administrateurs des structures de soins pour qu'ils participent aux activités d'éducation à la santé et aux activités extra-institutionnelles dans la communauté. Les partenaires dans la communauté, notamment les leaders, les chefs religieux, les enseignants et les membres des groupes locaux de femmes, peuvent tous aider à identifier les membres des populations cibles et également à lever les obstacles à l'accès aux services et au traitement (Encadré 3.2). La mobilisation de la communauté peut aider à étendre la portée et l'impact des ressources limitées dont disposent les centres et les agents de santé.

#### Encadré 3.2. Les communautés peuvent faire la différence

- Dans le monde, plus de 25 millions de familles gagnent leur vie grâce à la production de café. Dans de nombreuses communautés productrices de café, les petits agriculteurs se sont organisés en coopératives ou en syndicats, afin de partager les installations utilisées pour la transformation du café et pour augmenter le pouvoir de négociation avec leurs interlocuteurs. Dans la ville de Huatusco (Mexique), lorsque les dirigeants des coopératives de café ont appris qu'un grand nombre de femmes de leur communauté mourraient inutilement d'une maladie qui pouvait être prévenue, ils se sont mobilisés afin de changer cette situation. En travaillant avec une ONG et avec le ministère de la santé, ils ont commencé par éduquer leurs membres (principalement des hommes) sur l'importance de sauver la vie de nombreuses femmes et sur le rôle qu'ils pouvaient jouer en autorisant leurs épouses à faire un test de dépistage. Ils ont alors travaillé avec les services de santé locaux et ont arrêté des dates pour des journées de « campagnes » de dépistage. Pour ces journées, ils ont utilisé les camions servant pour le café comme moyen de transport pour les femmes. Les membres de la famille ont également apporté leur aide en prenant en charge les tâches ménagères et en s'occupant des enfants en bas âge.
- En faisant en sorte qu'il devienne un évènement spécial et qu'il ne se fasse plus dans le secret, le dépistage est devenu acceptable pour toutes les femmes. Les femmes qui avaient peur de faire l'examen ont été encouragées à participer par leurs amies et par leurs voisines. Et, surtout, les femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif ont été traitées. Pour les femmes qui présentaient un cancer à un stade plus avancé, des fonds ont été recueillis auprès de la communauté et leurs familles ont reçu un soutien pour les aider à couvrir les coûts qui auraient autrement été inabordables. En deux ans,



plus de 80 % des femmes appartenant à la tranche d'âge cible ont bénéficié d'un dépistage et 90 % de celles chez qui le dépistage s'est avéré positif ont été traitées. Les coopératives comptent maintenant de nouveaux membres et la fidélité de ses travailleurs envers le groupe s'en est trouvée renforcée. Et bien entendu, les vies de plusieurs femmes ont été sauvées.

### 3.3.2 Travailler avec les agents de santé communautaires

De nombreux systèmes de santé utilisent des agents de santé communautaires formés pour éduquer les membres de la communauté au sujet de la prévention et pour les encourager à utiliser les services de santé disponibles. Les agents de santé communautaires peuvent faire la liaison entre les services de santé et la communauté et sont reconnus dans le monde entier comme jouant un rôle essentiel dans toutes les équipes de soins. Leur approche entre pairs permet de gagner la confiance des familles qui peuvent bénéficier d'informations et de conseils sur les programmes de vaccination et sur les programmes de dépistage, en prenant des mesures pour lever les craintes et les inquiétudes qui peuvent exister. Par exemple, quand le résultat d'un dépistage s'avère positif, l'agent de santé communautaire peut expliquer à la femme l'importance de se rendre à la consultation de suivi pour continuer la prise en charge ; lorsque des parents s'inquiètent de la sécurité du vaccin contre le VPH, il peut leur donner des informations précises pour les aider à mieux connaître les données démontrant l'innocuité et les avantages de ce vaccin. Les agents de santé communautaires peuvent être encouragés à accompagner les femmes, si celles-ci le souhaitent, lorsqu'elles se rendent à leur centre de santé ou à l'hôpital, ce qui permet de montrer à la communauté que les agents de santé communautaires sont des membres importants de l'équipe de soins et qu'ils sont bien informés.

Une bonne relation de travail entre les agents de santé des centres de santé et les agents de santé communautaires peut aider à ce que :

- les communautés connaissent mieux les services de prévention du cancer du col et leur importance ;
- les familles choisissent de faire vacciner leurs filles quand elles parviennent à l'adolescence, ce qui permet d'en protéger un plus grand nombre contre une infection par les types de VPH à haut risque ;
- les femmes obtiennent le soutien dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée sur le dépistage ;
- les femmes de la communauté qui remplissent les critères bénéficient d'un dépistage, ce qui permet de détecter davantage de lésions précancéreuses et de cancers du col à un stade précoce ;
- les femmes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif reçoivent un traitement et des soins ; et

- les femmes qui sont orientées vers une structure du niveau supérieur pour recevoir des soins sont bien vues en consultation.

Lorsqu'il existe déjà un groupe d'agents de santé communautaires ou de promoteurs de la santé travaillant sur d'autres problèmes de santé, il est préférable d'intégrer les informations sur le cancer du col dans les activités extra-institutionnelles existantes en améliorant les connaissances de ces agents de santé sur la question. S'il n'existe pas d'agents de santé communautaires dans la communauté, les leaders de la communauté et les autres partenaires peuvent aider à identifier et à recruter un groupe pour le former à assurer la prestation de services (Fiche pratique 3.7).



Agents de santé communautaires

### 3.4 Éducation à la santé préventive

L'éducation à la santé est un échange d'informations dans le but d'accroître la sensibilisation et les connaissances sur la façon de rester en bonne santé et prévenir les maladies (comme le cancer du col de l'utérus) en diffusant notamment des informations sur les services disponibles et sur les avantages qu'ils présentent.

#### 3.4.1 Éducation à la santé préventive pour les personnes et pour les communautés

De nombreux obstacles s'opposant au bon déroulement des programmes de vaccination contre le VPH et des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus peuvent être levés par l'éducation et l'implication de la communauté. La résistance au dépistage des anomalies du col peut traduire un manque de compréhension de l'intérêt du programme, les personnes ignorant que le cancer du col peut être prévenu par un dépistage et un traitement précoces. Il arrive aussi que des femmes aient du mal à faire passer en priorité leur propre santé alors qu'elles manquent de temps, que leurs ressources sont insuffisantes et que leurs besoins sont nombreux. Cette situation peut encore être exacerbée par un manque d'équité entre les hommes et les femmes, celui-ci pouvant contribuer à une faible utilisation des services de prévention par les femmes et les jeunes filles. En outre, les idées fausses et les inquiétudes circulant dans la communauté peuvent faire obstacle aux programmes de vaccination.

Une éducation à la santé de qualité implique de communiquer des informations précises dans un langage simple et compréhensible par les personnes individuelles ou par les groupes afin de les sensibiliser, de les faire changer de comportement et de diminuer la charge de maladie et les décès.

L'éducation à la santé ne se fait pas en une seule fois ; il s'agit en fait d'une activité continue et qui nécessite des efforts constants pour que les connaissances des agents de santé restent à jour. Les principaux objectifs de l'éducation à la santé menée dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer du col sont les suivants :

- informer les populations sur le cancer du col de l'utérus, sur ses causes (notamment sur l'infection à VPH) et sur son histoire naturelle ;

- favoriser la vaccination contre le VPH chez les jeunes filles, quand il existe une population de jeunes filles dans la communauté ciblée ;
- favoriser le dépistage chez les femmes appartenant à la tranche d'âge remplissant les critères pour cette intervention ;
- veiller à ce que les femmes chez qui le dépistage s'avère positif bénéficient d'un traitement en temps opportun ;
- accroître la sensibilisation aux signes et aux symptômes du cancer du col et encourager les femmes qui présentent ces signes à se faire soigner ; et
- lutter contre l'ignorance, la peur, la gêne et la stigmatisation associées à l'infection à VPH et au cancer du col.

### 3.4.2 Comment fournir une éducation à la santé

Pour être efficace, un éducateur à la santé doit avoir des connaissances solides sur les informations pertinentes, ne pas éprouver de gêne avec le sujet et savoir choisir les mots adaptés. Les caractéristiques et les aptitudes en communication qu'un éducateur à la santé doit présenter pour être efficace dans le domaine de la prévention du cancer du col de l'utérus sont indiquées à l'Encadré 3.1 de la Section 3.1 de ce présent chapitre. Un éducateur à la santé efficace doit également bien savoir comment présenter les informations pour faire en sorte que les messages qu'il diffuse soient bien compris et que les participants restent concentrés.

Voici quelques conseils pour présenter au mieux les informations que l'on souhaite diffuser :

- donner des informations précises et de manière appropriée, sans porter de jugement de valeur ;
- s'assurer que les supports d'information sont faciles à comprendre et adaptés aux destinataires ;
- faire en sorte que l'ensemble des messages clés diffusés soient cohérents, quels que soient les destinataires, mais aussi qu'ils soient appropriés au niveau local et culturel en choisissant une formulation adaptée aux destinataires faite si possible de termes compris par le plus grand nombre ;
- élaborer des messages conformes aux directives nationales, mais aussi se faire aider par la communauté et tester sur certains habitants une version préliminaire de ces messages et des supports d'information, puis réviser cette version préliminaire en fonction du retour et des conseils qui auront été donnés pour être sûr qu'ils seront bien compris et efficaces ;
- élaborer des messages pour répondre aux craintes et aux idées erronées couramment rencontrées, ainsi qu'à la stigmatisation parfois associée au cancer et aux IST (Section 3.4.4 et Tableau 3.1) ;

- améliorer ses compétences en communication par la pratique (il est important de surmonter toute gêne que l'on pourrait avoir à parler de questions en rapport avec le sexe ou les maladies qui affectent les organes génitaux).

### **Encadré 3.3. Connaissances indispensables sur le cancer du col**

- QU'EST-CE qu'une lésion précancéreuse ?
- QU'EST-CE qu'un cancer du col de l'utérus ?
- COMMENT éviter la survenue d'un cancer du col de l'utérus ?
- QUI doit se faire vacciner ?
- QUI doit bénéficier d'un dépistage ?
- QUELS sont les services de prévention disponibles localement ?
- OÙ et QUAND est-il possible d'avoir accès à ces services localement ?

**Il faut se souvenir qu'une communication efficace permet souvent d'augmenter les taux de vaccination et de dépistage, et de sauver la vie de nombreuses femmes.**

### **3.4.3 Comment préparer et donner une présentation dans le cadre de l'éducation à la santé préventive**

Pour être le plus efficace possible lors des activités extra-institutionnelles et des activités d'éducation, il est important de bien connaître le sujet et de s'exercer à donner une présentation des informations. Le fait que le cancer du col de l'utérus soit associé au VPH, lui-même transmis par contact sexuel, peut être à l'origine de questions difficiles auxquelles les agents de santé doivent être préparés à répondre. Les messages doivent être élaborés en utilisant un langage non technique et approprié sur le plan culturel.

#### **a. Utilisation de messages clés**

Même si la lutte contre le cancer du col est parfois un sujet complexe, les messages clés peuvent rester courts et simples afin d'aider les gens à mieux les comprendre et à faire les bons choix.

#### **Cinq messages clés sur le vaccin contre le VPH**

1. Il existe un vaccin sûr et efficace pour protéger contre le cancer du col de l'utérus.
2. Le vaccin contre le VPH fonctionne mieux s'il est administré avant le début de l'activité sexuelle.

3. Toutes les jeunes filles appartenant à la cohorte d'âge ou dans la classe/l'année scolaire identifiée par le programme national comme étant la population cible doivent être vaccinées contre le VPH.
4. Les vaccins contre le VPH ne permettent pas de traiter ou de se débarrasser d'une infection à VPH qui existe déjà.
5. Les jeunes filles déjà sexuellement actives peuvent aussi être vaccinées contre le VPH, mais ce vaccin sera peut-être moins efficace.

### **Cinq messages clés sur le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus**

1. Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui peut être prévenue.
2. Il existe des tests qui permettent de détecter les modifications précoces du col de l'utérus (appelées lésions précancéreuses) qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent se transformer en cancer.
3. Il existe des traitements sûrs et efficaces de ces modifications précoces.
4. Toute femme âgée de 30 à 49 ans doit bénéficier au moins une fois d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus.
5. Personne ne devrait plus mourir d'un cancer du col de l'utérus.

Les messages spécifiques élaborés pour être utilisés dans un pays doivent être conformes aux directives en vigueur dans ce pays, notamment les populations cibles (c'est-à-dire la tranche d'âge pour la vaccination contre le VPH chez les jeunes filles et la tranche d'âge pour le dépistage des anomalies du col chez les femmes).

La Fiche pratique 3.1 fournit des messages détaillés à utiliser dans le cadre de la promotion de la santé et les Fiches pratiques 3.2 et 4.1 donnent respectivement des réponses aux questions fréquemment posées (FAQ) sur le cancer du col de l'utérus et sur le vaccin contre le VPH. Ces auxiliaires pédagogiques peuvent faciliter le travail de l'éducateur à la santé ; ils peuvent être modifiés pour répondre aux besoins des agents de santé et de la communauté locale.

### ***b. Moyens pédagogiques***

D'autres moyens pédagogiques auxiliaires peuvent être élaborés pour faciliter les activités d'éducation. Les stratégies et les matériels de communication sont plus efficaces quand ils ont été adaptés ou créés avec la participation des personnes à qui ils sont destinés.

Les outils et les moyens pédagogiques présentés ci-dessous peuvent être utilisés dans le cadre de l'éducation à la santé.

- **Chevalets bloc-notes.** Les chevalets bloc-notes sont particulièrement utiles lors des séances d'éducation de groupe. Les photos utilisées doivent être claires et faciles à comprendre. Il est parfois plus efficace et plus facile de faire comprendre les informations

que l'on souhaite faire passer en racontant l'histoire d'une femme qui se rend au centre de santé pour faire un dépistage et obtenir un traitement qu'en montrant des images complexes de l'anatomie et des différents virus.

- **Brochures.** Des brochures contenant des informations et des messages de prévention peuvent être distribués aux membres de la communauté qui les emporteront chez eux pour en parler avec leur famille et avec d'autres personnes.
- **Pièces et jeux de rôle.** Des représentations de pièces et des jeux de rôle qui racontent des histoires peuvent être organisés sur les marchés ou lors de réunions de la communauté afin d'attirer l'attention de l'auditoire et de diffuser des messages. Des cas réels peuvent être utilisés avec des pairs venant expliquer eux-mêmes ce qu'ils ont vécu ou en racontant l'histoire de ces cas dans des pièces de théâtre ou les jeux de rôle.
- **Programmes de radio et de vidéo.** Les programmes de radio et de vidéo sont efficaces pour raconter des histoires et pour transmettre des messages brefs ou pour faire des annonces. En participant en tant qu'invité à un programme de discussion à la radio ou à la télévision, il est possible de faire passer un grand nombre d'informations qui pourront atteindre de nombreuses personnes en même temps. Les radios locales sont particulièrement utiles pour faire des annonces sur les services existants et sur les campagnes, ainsi que pour rappeler aux femmes pour lesquelles le dépistage s'est avéré positif et qui n'ont pas été traitées de retourner au centre de santé pour bénéficier d'un traitement.

### ***c. Présentations dans le cadre de l'éducation à la santé***

#### **Dans un établissement de santé**

Chaque fois que cela est possible, une éducation sur le cancer du col de l'utérus (notamment des informations sur la vaccination contre le VPH et sur le dépistage) doit être disponible lorsque les femmes arrivent dans un établissement de santé pour un service quel qu'il soit, que ce soit pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille. Les informations peuvent être fournies à des groupes dans les zones d'attente en utilisant des affiches, des exposés sur la santé, des vidéos et/ou des documents écrits. Les informations et l'éducation sur la prévention du cancer du col peuvent être fournies à un plus grand nombre d'hommes et de femmes si elles sont intégrées dans les exposés sur la santé donnés dans les services de soins prénatals et de soins postnatals, de planification familiale, de prise en charge des maladies chroniques et de prise en charge des IST, y compris de prise en charge de l'infection à VIH et du sida.

#### **Dans la communauté**

L'éducation dans la communauté peut avoir lieu dans des endroits et des situations très divers, par exemple dans des centres communautaires, dans des lieux de culte ou des écoles, lors d'activités sportives, lors de journées locales de sensibilisation à la santé

ou dans le cadre d'une campagne de dépistage. Certains membres de la communauté qui auront été choisis peuvent être formés pour diffuser des messages clés ; il peut s'agir de professionnels de la santé, d'enseignants, de leaders de la communauté, d'agents de santé communautaires, de guérisseurs traditionnels ou d'accoucheuses traditionnelles. Les messages sur les avantages de la vaccination contre le VPH (lorsque celle-ci est disponible) doivent être adaptés pour les jeunes filles, les jeunes garçons ainsi que leurs parents ou leurs tuteurs, tandis que les messages sur les avantages du dépistage des anomalies du col doivent cibler les femmes et leurs partenaires.

Des exemples d'activités extra-institutionnelles qui peuvent être menées dans la communauté sont donnés ci-dessous.

- **Éducation à la santé dans la communauté.** Des séances d'information organisées par des agents de santé des centres de santé ou par des agents de santé communautaires formés peuvent augmenter l'utilisation des services de lutte contre le cancer du col. Elles auront beaucoup de succès si elles sont menées dans les lieux où les femmes se rassemblent ou dans des files d'attente quelle qu'en soit la raison (par exemple lors d'une distribution de nourriture, lors de l'inscription des enfants à l'école, etc.).
- **Visites à domicile.** Les agents de santé communautaires, les travailleurs sociaux et d'autres agents travaillant dans la communauté peuvent fournir des informations sur les services de santé préventive, répondre aux questions et aux préoccupations et aider les femmes à s'organiser pour se rendre dans leur établissement de santé. Lorsque toutes les personnes présentes sont d'accord, le partenaire masculin ou d'autres membres de la famille, s'ils sont présents, peuvent participer à la discussion.
- **Bouche à oreille amorcé par les femmes.** Les femmes satisfaites des services reçus peuvent être encouragées à expliquer à leurs amies et aux membres de leur famille en quoi consiste la vaccination contre le VPH et le dépistage des anomalies du col. Une brochure peut leur servir de support visuel.
- **Activités culturelles menées dans la communauté.** Un bureau d'information peut être installé et/ou des annonces peuvent être faites lors d'événements dans la communauté, de foires ou de festivals et peuvent permettre de diffuser des messages dans la communauté au sens large. Lorsque les marchands et les acheteurs sont principalement des femmes, les jours de marché se prêtent également bien à des activités d'éducation de la communauté.

#### **3.4.4 Comment lutter contre les informations erronées et la stigmatisation lors de l'éducation à la santé dans le cadre de la lutte contre l'infection à virus du papillome humain et contre le cancer du col de l'utérus**

La stigmatisation associée à l'infection à VPH et au cancer du col de l'utérus peut compromettre l'accès aux soins et aux traitements. La stigmatisation est souvent associée aux maladies de l'appareil reproducteur, notamment aux IST, y compris

à l'infection à VPH. Certains parents peuvent également être inquiets à l'idée de faire vacciner leur fille avec un nouveau vaccin. Les femmes peuvent craindre que le dépistage des anomalies du col soit douloureux, éprouver de la gêne vis-à-vis de l'examen gynécologique qui doit être réalisé et éprouver des inquiétudes concernant un éventuel manque de respect de leur vie privée et de la confidentialité, autant de raisons pouvant les décourager d'avoir recours à ces services.

Les inquiétudes des parents diminuent lorsqu'ils reçoivent des informations sur l'innocuité du vaccin et sur son efficacité pour protéger leurs filles dans le futur contre le cancer du col. Concernant le dépistage, un moyen très efficace de dissiper les craintes et de faire disparaître les idées fausses est d'expliquer en privé aux femmes en quoi consiste ce dépistage, en insistant sur le fait que cet examen est sans danger et indolore. Lorsque ces informations sont suivies de services fournis de manière respectueuse par une personne compétente, les femmes et leurs familles ont plus de chances d'utiliser les services de prévention et de recommander la vaccination et le dépistage à leurs amies et à leur famille.

Les agents de santé jouent un rôle important dans la prévention des idées fausses et de la stigmatisation en rapport avec la prévention du cancer du col. Des exemples de messages mal formulés et de messages bien formulés sont donnés au Tableau 3.1. Il est également utile de parler avec ses collègues et avec des membres de la communauté des idées fausses couramment rencontrées et de la manière de partager des informations sur la prévention du cancer du col sans susciter de craintes ni de stigmatisation. Des messages clés sont donnés dans la Fiche pratique 3.1 et des réponses aux questions fréquemment posées à propos du cancer du col sont données dans la Fiche pratique 3.2.



Messages clés



FAQ



**Tableau 3.1. Messages relatifs au dépistage des anomalies du col qui peuvent être à l'origine d'une stigmatisation, et suggestions de messages mieux formulés**

Messages pouvant être à l'origine de problèmes	Résultats imprévus	Il vaut mieux dire...
<p><b>Message pouvant être à l'origine d'une stigmatisation :</b> le cancer du col de l'utérus est causé par une infection par le VPH, qui est une infection sexuellement transmissible (IST). Les femmes qui présentent un cancer du col ou une lésion précancéreuse ont une IST.</p>	<p>Le fait de parler du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses comme d'une IST peut donner lieu à une stigmatisation à l'encontre du programme de dépistage ainsi qu'à l'encontre des femmes pour qui le test s'avère positif et qui reçoivent un traitement. Cela peut diminuer la motivation des femmes pour faire un dépistage et leur causer des problèmes dans leur relation avec leur partenaire, notamment en provoquant des réactions de violence sexiste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé VPH qui est transmis par contact sexuel ; la plupart des gens sont infectés par ce virus à un moment ou à un autre de leur vie.</li> <li>• La plupart des infections à VPH disparaissent d'elles-mêmes sans que la personne ne se rende compte qu'elle a été infectée.</li> <li>• Chez certaines femmes, l'infection persiste ; après de nombreuses années, elle peut être à l'origine d'une lésion précancéreuse ; si elle n'est pas détectée et traitée, cette lésion précancéreuse peut évoluer vers un cancer du col de l'utérus.</li> <li>• Toutes les femmes doivent bénéficier au moins une fois d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans, ou selon les directives en vigueur dans le pays.</li> <li>• Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de présenter un cancer du col de l'utérus. Elles doivent faire un dépistage sitôt le diagnostic d'infection à VIH posé.</li> </ul>

Messages pouvant être à l'origine de problèmes	Résultats imprévus	Il vaut mieux dire...
<p><b>Informations erronées :</b> le dépistage est un test pour rechercher la présence d'un cancer du col de l'utérus.</p>	<p>Si le test de dépistage est associé directement à la présence d'un cancer du col de l'utérus, il est logique que les gens pensent qu'un résultat positif au test signifie que la femme est atteinte d'un cancer, ce qui est à l'origine d'un grand stress et de vives inquiétudes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dépistage se fait à l'aide d'un test simple (frottis cervical, IVA ou test de recherche du VPH) pour détecter très tôt d'éventuelles modifications dans le col de l'utérus (aussi appelées lésions précancéreuses), avant qu'un cancer ne se développe.</li> </ul>
<p><b>Informations erronées :</b> ce n'est pas la peine de faire un dépistage des anomalies du col de l'utérus, car lorsque le test est positif, cela signifie que la femme est atteinte d'une maladie mortelle et qu'elle va mourir.</p>	<p>Seul un petit nombre de femmes iront faire un test de dépistage si elles pensent qu'il n'existe pas de solution.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est possible de prévenir le cancer du col en faisant un test de dépistage simple qui recherche la présence de modifications précoces du col de l'utérus, appelées lésions précancéreuses ; ces lésions peuvent se transformer en cancer.</li> <li>Si une femme présente ces modifications précoces, elle peut bénéficier d'un traitement sûr et simple.</li> <li>Si le dépistage est réalisé chez les femmes qui ont le bon âge (entre 30 ans et 49 ans), il est possible de prévenir l'apparition d'un cancer du col.</li> <li>Lorsqu'il est détecté tôt, le cancer du col peut être guéri.</li> </ul>
<p><b>Informations erronées :</b> l'utilisation d'un stérilet (ou dispositifs intra-utérins, DIU) ou d'une pilule contraceptive peut entraîner l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.</p>	<p>Les femmes auront peur d'utiliser un moyen de contraception, même si ces informations sont fausses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation d'un stérilet n'augmente pas le risque de cancer du col de l'utérus chez la femme. Les pilules contraceptives peuvent provoquer une très légère augmentation du risque, mais les avantages de la prévention des grossesses sont beaucoup plus importants que la très faible augmentation du risque de développer un cancer du col.</li> </ul>

Messages pouvant être à l'origine de problèmes	Résultats imprévus	Il vaut mieux dire...
<p><b>Informations erronées :</b> le test de dépistage est douloureux ; lors de sa réalisation, on enlève une partie du corps de la femme.</p>	<p>Les femmes auront peur de faire un test de dépistage. Leur famille peut également craindre ce test et les empêcher de le faire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines femmes trouvent l'examen au spéculum désagréable, mais le test n'est pas douloureux.</li> <li>• Pendant le test, l'examineur passe délicatement un écouvillon (un coton sur une tige) ou une brosse douce sur le col de l'utérus.</li> <li>• Le test est simple et sa réalisation ne prend que quelques minutes.</li> <li>• La réalisation d'un dépistage n'est pas la même chose que le prélèvement d'une biopsie ou que la réalisation d'une intervention chirurgicale. Les tests de dépistage ne nécessitent aucune incision.</li> </ul>

### 3.4.5 Informations éducatives sur le vaccin contre le VPH

Comme avec tout nouveau produit ou service de santé, la vaccination contre le VPH s'accompagnera d'un certain nombre de questions, d'inquiétudes et d'idées fausses. Il est naturel que les familles veuillent avoir des informations sur l'innocuité des vaccins, sur leur efficacité, sur la durée pendant laquelle ils assurent une protection et sur les réactions et les effets indésirables courants qui pourraient les accompagner. Pour lever ces inquiétudes, les populations doivent être sensibilisées à la vaccination, en utilisant des exemples de vaccinations faites chez l'enfant et qui sont également administrées en plusieurs fois pour obtenir une protection complète.

Les données d'expériences venant d'un certain nombre de pays ont montré que lors de la préconisation de la vaccination contre le VPH, les messages d'information ne doivent pas trop insister sur le fait qu'elle permet de prévenir une IST ; les données ont montré qu'il était plus pertinent et plus efficace de se concentrer sur son potentiel à prévenir la survenue d'un cancer.

Des informations sur les résultats des essais cliniques ayant testé ces vaccins et sur l'excellent dossier d'innocuité de ces vaccins permettront d'encourager les parents à faire en sorte que leurs filles soient vaccinées et respectent le calendrier recommandé. La distribution de supports d'information imprimés sur le cancer du col et sur les vaccins contre le VPH aux leaders

de la communauté peut aider ceux-ci à répondre aux questions des membres de leur communauté. Le Tableau 3.2 donne une liste d'un certain nombre d'idées fausses et de faits réels sur les vaccins contre le VPH. Des informations plus complètes sur la vaccination contre le VPH se trouvent au Chapitre 4 et dans les fiches pratiques correspondantes.

**Tableau 3.2. Idées fausses et faits réels sur les vaccins contre le VPH**

Idées fausses circulant dans les communautés	Faits réels (sur la base de données factuelles provenant d'études menées sur des populations de grande taille)
Le vaccin pourrait être dangereux.	La sécurité du vaccin contre le VPH a été évaluée avec précaution depuis 2002 ; elle est similaire à celle d'autres vaccins utilisés à grande échelle dans le monde (des informations plus détaillées se trouvent au Chapitre 4).
Le vaccin a des répercussions négatives sur la fertilité et peut rendre infertiles les jeunes filles vaccinées.	Le vaccin contre le VPH n'entraîne pas d'infertilité ou de stérilité.
Ma fille n'a pas besoin de cette vaccination car elle est encore très jeune et n'est pas encore sexuellement active.	Il est important de protéger les jeunes filles avant qu'elles ne soient sexuellement actives.
Ce vaccin encourage à commencer plus tôt à avoir une activité sexuelle.	Les données suggèrent que le fait de se faire vacciner contre le VPH n'a aucun impact sur l'âge auquel les personnes deviennent sexuellement actives.

### 3.5 Conseil

L'activité de conseil désigne les orientations et les conseils fournis (généralement en tête-à-tête) par une personne compétente afin de faciliter le processus de prise de décisions personnelles. Le conseil est habituellement mené en privé et de manière confidentielle. Il nécessite une bonne capacité d'écoute et de communication ainsi qu'une connaissance approfondie du sujet sur lequel porte la discussion. Un bon conseiller doit savoir communiquer avec les mots et sans les mots. Il doit être capable de mettre à l'aise la patiente, en la rassurant, en lui montrant qu'il comprend ce qu'elle ressent et qu'elle peut compter sur lui pour l'aider à trouver une solution à son problème.

Les agents de santé impliqués dans la lutte contre le cancer du col à tous les niveaux doivent être formés pour avoir les compétences de base en conseil afin de pouvoir communiquer efficacement avec les clients (Fiche pratique 3.4).



Conseil

Le contenu de la séance de conseil variera selon les problèmes ou les préoccupations de la femme et de la situation dans laquelle elle se trouve. Il peut couvrir la prévention, le dépistage, le suivi, l'orientation pour recevoir des soins spécialisés, le diagnostic, le traitement des lésions

précancéreuses, le traitement du cancer invasif et/ou les soins palliatifs. Les chapitres et les fiches pratiques où l'on peut trouver davantage d'informations sur la façon de parler avec une femme en fonction des différentes situations dans lesquelles elle peut se trouver sont indiqués dans les sous-sections correspondantes du reste de ce chapitre.

### 3.5.1 Qui a besoin d'un conseil ?

Toutes les femmes et tous les hommes qui doivent prendre une décision au sujet de leur santé, ou avoir recours ou non à un service ou à un traitement ou pour prendre ou non des médicaments peuvent bénéficier d'un conseil. Ce conseil comprendra la fourniture d'informations exactes et une conversation en privé dans les deux sens sur les options possibles, y compris sur la façon de décider si l'on va ou non avoir recours à un service (par exemple au test de dépistage) qui pourrait avoir une influence sur sa santé actuelle et future. La Fiche pratique 3.5 explique quelles sont les étapes habituelles du conseil avant, pendant et après qu'une femme bénéficie d'un test de dépistage, d'une procédure ou d'un traitement.



Compétences en conseil

Les jeunes filles et leurs parents peuvent recevoir un conseil ensemble ou individuellement sur la vaccination contre le VPH. Un conseil fournit ensemble donne la possibilité d'avoir une conversation sur la santé sexuelle des jeunes filles et d'encourager leurs mères à faire un dépistage des anomalies du col. Des réponses aux questions fréquemment posées au sujet de la vaccination contre le VPH se trouvent dans la Fiche pratique 4.1.



FAQ - VPH

Les femmes et les jeunes filles qui vivent avec le VIH ont besoin de recevoir des informations et un conseil sur leur plus grande vulnérabilité à l'infection à VPH et sur leur risque plus élevé de développer un cancer du col à un âge plus jeune. Le conseil doit leur indiquer de commencer à faire régulièrement un dépistage sitôt qu'elles ont appris leur séropositivité et d'être traitées rapidement si le test de dépistage montre une anomalie. La Fiche pratique 3.6 porte sur le conseil chez les femmes vivant avec le VIH. De plus amples informations sur le conseil chez les femmes vivant avec le VIH et sur les procédures de diagnostic chez les femmes vivant avec le VIH se trouvent respectivement aux Sous-sections 5.2.5(a) et 5.4.6(c) du Chapitre 5.



Conseil Infection à VIH

Chaque femme chez qui le dépistage s'avère positif et montre la présence de lésions précancéreuses au niveau du col doit bénéficier d'un conseil. L'un des éléments les plus importants pour s'assurer que le dépistage est efficace est de s'assurer que cette femme bénéficiera d'un traitement et qu'elle ne sera pas perdue de vue (des informations supplémentaires sur le conseil à fournir chez une femme dont le dépistage s'avère positif se trouvent à la section suivante de ce chapitre et dans la Fiche pratique 5.7 du Chapitre 5).



Conseil - Dépistage positif

Dans tous les cas, le conseil doit être structuré de telle sorte qu'il permette d'éduquer la femme, de lui expliquer les résultats du dépistage, de lui présenter les différents traitements et de discuter du suivi dont elle pourrait avoir besoin. À l'issue du conseil, la patiente disposera ainsi de tous les éléments nécessaires pour décider en toute connaissance de cause.

Le conseil doit être structuré de manière à :

- éduquer la femme sur l'histoire naturelle de l'infection à VPH et du cancer du col ;
- passer en revue et expliquer les résultats du dépistage ainsi que l'importance des soins de suivi et du traitement, si nécessaire ;
- présenter les services et les procédures alternatives dont elle pourrait bénéficier ; et
- répondre à toutes les questions et préoccupations qu'elle pourrait avoir en lui donnant les informations appropriées ; il est également possible de reconnaître que vous ne disposez pas immédiatement des réponses à toutes ses questions, et de lui dire que vous la contacterez directement une fois que vous aurez trouvé les réponses à ses questions ou de l'adresser à un autre agent de santé qui pourra lui répondre.

### **3.5.2 Éléments clés du conseil pour les femmes chez qui le test ou l'examen s'avère positif et pour les femmes qui présentent un cancer du col de l'utérus**

En fonction des différentes situations, les éléments indiqués ci-dessous doivent être inclus dans le conseil.

#### **Femme chez qui le test de dépistage est positif et qui remplit les critères pour être traitée par cryothérapie ou par RAD.**

- Comprend-elle l'objet du dépistage et la possibilité de prévenir le cancer grâce à un traitement précoce ?
- Comprend-elle qu'un test positif signifie le plus souvent qu'elle présente des modifications cellulaires précoces et dans de rares cas qu'elle présente un cancer ?
- Y a-t-il une raison quelconque qu'elle puisse avoir des difficultés à revenir pour des soins, par exemple un partenaire peu favorable ou opposé au dépistage, un manque de transport ou des difficultés financières ? Si oui, discuter des solutions possibles et aider la femme à élaborer un plan pour bénéficier des services dont elle a besoin.

#### **Femme chez qui le test de dépistage fait suspecter la présence d'un cancer**

- Lui demander si elle est venue aujourd'hui à la consultation avec quelqu'un qu'elle aimerait avoir avec elle lors de la discussion.

- Se montrer préoccupé par la gravité des résultats, mais NE PAS dire à la femme qu'elle a un cancer, car il est trop tôt à ce stade pour être sûr de ce diagnostic. Lui dire que le test de dépistage est positif et qu'elle doit être orientée vers un autre établissement pour bénéficier d'autres tests et d'autres examens.
- La rassurer en lui disant qu'elle recevra l'aide dont elle a besoin.
- Lui fournir des informations claires sur l'endroit où elle doit aller pour un diagnostic et un traitement.
- Lui proposer de revenir si elle a d'autres questions.

Des informations supplémentaires sur le conseil pour les femmes chez qui le test de dépistage s'avère positif avec une suspicion de cancer et sans suspicion de cancer se trouvent dans la Fiche pratique 5.7.



Conseil –  
Dépistage positif

### Femme chez qui le diagnostic de cancer du col est confirmé

- Lui demander si elle est venue aujourd'hui à la consultation avec quelqu'un qu'elle aimerait avoir avec elle lors de la discussion.
- Se montrer préoccupé par la gravité des résultats, mais la reconforter en lui expliquant que la plupart des cas de cancer du col de l'utérus peuvent être traités avec succès s'ils sont diagnostiqués suffisamment tôt.
- Lui expliquer la nature et l'évolution de sa maladie ainsi que les possibilités de traitement et les chances de guérison. Dans chaque situation, s'assurer que les informations données sont correctes et bien comprises.
- Poser des questions pour vérifier que la femme a bien compris et prendre le temps de répondre à ses questions et de clarifier ce qui n'a pas été compris.

Des informations supplémentaires sur le conseil après un diagnostic de cancer se trouvent dans la Fiche pratique 6.2. Des informations supplémentaires sur la manière de parler à une patiente à propos de son cancer et de son traitement se trouvent dans la Fiche pratique 6.4 (sur les spécialistes du cancer). Des orientations sur le conseil relatif à la prise en charge du cancer du col chez la femme enceinte se trouvent à la Section 6.6.1 du Chapitre 6.



Conseil – Diagnostic  
de cancer



Spécialistes  
du cancer

Si le diagnostic posé est celui d'un cancer invasif du col ne pouvant plus être guéri, procéder comme expliqué ci-dessous.

- Fournir un conseil et un soutien empathique. La femme aura besoin d'informations ainsi que d'un soutien psychologique et spirituel. Il faut également l'aider pour qu'elle bénéficie de soins palliatifs afin de soulager ses douleurs et d'assurer autant que possible son bien-être.

- Ce conseil peut être fourni à la patiente seule ou également à son partenaire et à d'autres membres de la famille, en particulier s'il faut prendre des décisions concernant cette maladie grave ou un traitement coûteux qui peut être nécessaire.

Des informations sur la manière de maintenir informés la patiente et son cercle de soutien se trouvent à la Section 7.5 du Chapitre 7. Des conseils supplémentaires sur les explications à donner à une femme qui rentre à son domicile pour recevoir des soins palliatifs se trouvent dans la Fiche pratique 7.3.



Conseil – Soins palliatifs

Pour des informations plus complètes :

- sur le dépistage et sur le traitement du cancer du col de l'utérus, se référer au Chapitre 5 ;
- sur le traitement du cancer invasif du col de l'utérus, se référer au Chapitre 6 ;
- sur les soins palliatifs, se référer au Chapitre 7.

### Pour en savoir plus

Alliance pour la prévention du cancer du col. *Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col - Manuel à l'usage des organisateurs*. Seattle (WA), 2006 ([http://screening.iarc.fr/doc/MfM\\_French\\_final.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Alliance pour la prévention du cancer du col. *Histoires de femmes, vies de femmes : expériences du dépistage et du traitement du cancer du col utérin*. Seattle (WA), 2004 ([http://www.path.org/publications/files/RH\\_accp\\_wswl\\_fr.pdf](http://www.path.org/publications/files/RH_accp_wswl_fr.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. AVSC Working Paper, No. 11. New York (NY), Association for Voluntary Surgical Contraception, 1998 ([http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp\\_11.html](http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html), consulté le 18 juillet 2014).

Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editors. *Where women have no doctor: a health guide for women*. Berkeley (CA), Hesperian Foundation, 2010 ([http://en.hesperian.org/hhg/Where\\_Women\\_Have\\_No\\_Doctor](http://en.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor)).

Herman Z. *Community health guides: making materials relevant, effective, and empowering*. Washington (DC), United States Agency for International Development, Health Care Improvement Project, 2012.

Huble J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. London, Macmillan, 1993.

Kirby D, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual



behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;**40**(3):206–17. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.

Luciani S, Winkler J. *Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI Demonstration Project*. Washington (DC), Pan American Health Organization, 2006 (<http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-tati-rpt.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Volume 1 : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*. Paris, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).

PATH. *Mise en œuvre de programmes de vaccination anti-HPV expérience pratique du PATH*. Prévention du Cancer du Col Utérin : Série Expérience Pratique. Seattle (WA), 2011 ([http://www.rho.org/files/PATH\\_HPVIimplementing-HPV-vaccination\\_Fr\\_2011.pdf](http://www.rho.org/files/PATH_HPVIimplementing-HPV-vaccination_Fr_2011.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

PATH. *Conducting formative research for HPV vaccination program planning: practical experience from PATH*. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA), 2012 ([http://www.rho.org/files/PATH\\_HPVIformative-research\\_2012.pdf](http://www.rho.org/files/PATH_HPVIformative-research_2012.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Promundo, CulturaSalud, REDMAS. *Program P: a manual for engaging men in fatherhood, caregiving and maternal and child health*. Rio de Janeiro, Brazil et Washington (DC), 2013 (<http://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Program-P-A-Manual-for-Engaging-Men-in-Fatherhood-Caregiving-and-Maternal-and-Child-Health.pdf>, consulté le XXX).

Rinehart W, Rudy S, Drennan M. *GATHER guide to counselling. Population Reports, Series J, No. 48*. Baltimore (MD), Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacc920.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacc920.pdf), consulté le 18 juillet 2014).

Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. *Élaboration de matériels éducatifs relatifs à la vaccination et à la santé infantile*. Seattle (WA), PATH, Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program, 2001 (<http://www.path.org/vaccineresources/files/CVP-Materials-Development-Guide-FR.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).



# 4

## **CHAPITRE 4. VACCINATION CONTRE LE VIRUS DU PAPILOME HUMAIN**



## CHAPITRE 4. VACCINATION CONTRE LE VIRUS DU PAPILOME HUMAIN

### Points essentiels

- L'infection à VPH est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus courante.
- Le cancer du col de l'utérus est causé par des types de VPH à haut risque, les types 16 et 18 étant responsables à eux seuls d'environ 70 % des cas de cancer du col du l'utérus à travers le monde.
- Deux vaccins permettant de prévenir les infections par les types de VPH à haut risque 16 et 18 sont actuellement homologués dans la plupart des pays. Leur profil d'innocuité est excellent et ils peuvent être administrés en toute sécurité conjointement à d'autres vaccins, par exemple au vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et au vaccin contre l'hépatite B.
- L'un des vaccins contre le VPH, le vaccin quadrivalent, permet également de prévenir les infections par les VPH de types 6 et 11, lesquels sont responsables de 90 % des verrues ano-génitales, également appelées condylomes.
- La vaccination des jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle est une intervention de prévention primaire importante dans un programme complet de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Les vaccins ne traitent pas les infections à VPH et les maladies associées au VPH préexistantes, c'est pourquoi il est recommandé de vacciner les jeunes filles avant qu'elles ne commencent à avoir une activité sexuelle.
- Les vaccins actuellement disponibles n'apportent pas de protection vis-à-vis de tous les types de VPH pouvant causer un cancer du col de l'utérus donc, même vaccinées contre le VPH, les jeunes filles devront toujours faire un dépistage du cancer du col de l'utérus plus tard dans leur vie.

## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE L'OMS EN CE QUI CONCERNE LES VACCINS CONTRE LE VPH

- Les pays doivent envisager d'introduire la vaccination contre le VPH lorsque : (i) le cancer du col de l'utérus ou les autres maladies liées au VPH, ou les deux, représentent une priorité de santé publique ; (ii) l'introduction de ces vaccins est réalisable sur le plan programmatique ; (iii) un financement durable peut être assuré ; et (iv) le rapport coût/efficacité des stratégies de vaccination dans le pays ou la région a été pris en compte.
- Les vaccins anti-VPH devront être introduits dans le cadre d'une stratégie coordonnée et complète de prévention du cancer du col de l'utérus et d'autres maladies liées au VPH. L'introduction d'un vaccin anti-VPH ne devra pas s'effectuer sur le plan financier au détriment du développement ou du maintien de programmes de dépistage efficaces du cancer du col de l'utérus.
- L'OMS recommande de vacciner contre le VPH les jeunes filles se situant dans la tranche d'âge 9-13 ans. Celles recevant une première dose de vaccin avant l'âge de 15 ans peuvent faire l'objet d'un calendrier de vaccination en deux doses. L'intervalle entre les deux doses doit être de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les deux doses ; toutefois, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois. Si l'intervalle entre les doses est inférieur à 5 mois, alors une troisième dose devra être administrée 6 mois au moins après la première dose. Les personnes immunodéprimées, y compris celles infectées par le VIH, et les jeunes femmes âgées de 15 ans et plus devront également recevoir le vaccin, selon un calendrier en trois doses (0, 1-2, 6 mois) pour être totalement protégées.

*Source* : Organisation mondiale de la Santé (OMS). Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l'OMS, octobre 2014. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2014 ; **89**(43):465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf/>)

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur les lignes directrices de l'OMS suivantes :

Déclaration conjointe OMS–UNICEF : dons de vaccins, 7 août 2010. Genève : OMS ; 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70488/1/WHO\\_IVB\\_10.09F\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70488/1/WHO_IVB_10.09F_fre.pdf)).

Fiche d'information de l'OMS – Fréquence observée des réactions postvaccinales : vaccin contre le virus du papillome humain. Genève : OMS ; 2012 ([http://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/July\\_2014\\_HPV\\_final\\_FR.pdf?ua=1](http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/July_2014_HPV_final_FR.pdf?ua=1)).

Guide OMS–UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet de vaccination - PPAc. Genève : OMS ; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO\\_IVB\\_14.01F\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO_IVB_14.01F_fre.pdf?ua=1)).

Note d'orientation de l'OMS – Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles. Genève : OMS ; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/fr>).

Outil d'évaluation postintroduction d'un nouveau vaccin (PIE). Genève : OMS ; 2011 (WHO/IVB/10.03F ; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO\\_IVB\\_10.03\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70624/1/WHO_IVB_10.03_fre.pdf)).

Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2014 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2014; **89**(21):221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>).

Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l'OMS, octobre 2014. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2014; **89**(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Les fiches pratiques correspondant à ce chapitre abordent dans le détail un certain nombre d'aspects des programmes de vaccination contre le VPH, notamment les réponses aux questions fréquemment posées, les caractéristiques des vaccins et la chaîne du froid, la préparation et la mise en œuvre d'une séance de vaccination, la sécurité des injections, le suivi et l'évaluation des programmes, les manifestations postvaccinales indésirables et la manière de discuter avec les enseignants et les responsables des écoles à propos des séances de vaccination organisées en milieu scolaire.

## L'HISTOIRE DE MARIEL

Mariel, 35 ans, a deux filles : Annie, 7 ans, et Rose, 10 ans. La mère de Mariel est décédée il y a cinq ans d'un cancer du col de l'utérus. Elle avait 60 ans et les deux dernières années de sa vie ont été épouvantables malgré l'aide que sa famille lui a apportée après sa sortie de l'hôpital. Le traitement qui lui avait été administré à l'hôpital n'avait pas donné de bons résultats et elle avait besoin d'antidouleurs en permanence. En outre, elle souffrait de pertes vaginales nauséabondes. Après avoir vu la souffrance de sa mère, et avec l'aide de son agent de santé communautaire, Mariel a fait deux tests de dépistage des anomalies du col utérin au cours des six dernières années, les deux s'étant révélés négatifs.

Il y a un mois, l'agent de santé communautaire est venu rendre visite à Mariel et à son compagnon, et les a informés qu'un nouveau programme de prévention du cancer du col de l'utérus allait débiter dans leur communauté, lequel comprenait notamment la vaccination contre le cancer du col pour toutes les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans. Elle leur a également dit que pour que le vaccin soit efficace, il devait être administré avant que les jeunes filles ne commencent à avoir une activité sexuelle. Mariel avait déjà appris beaucoup de choses à propos de ce vaccin lorsqu'elle avait participé à une réunion à ce sujet dans une communauté voisine ; elle avait ensuite discuté de ce qu'elle avait appris avec sa famille et ils étaient tous d'avis que c'était une bonne idée que Rose se fasse vacciner. L'agent de santé communautaire leur a proposé de venir à une réunion informelle similaire organisée dans leur communauté pour tous les parents de jeunes filles âgées de

9 à 13 ans et toutes les personnes intéressées. Se tenant trois semaines plus tard, la réunion donnerait des informations complètes et serait l'occasion d'obtenir une réponse à toute question. Le personnel du programme fixerait également les jours de vaccination en fonction de ce qui s'avèrerait le plus commode pour la plupart des jeunes filles et leurs parents.

Mariel et son compagnon ont informé l'agent de santé communautaire que non seulement, ils avaient l'intention d'assister à la réunion d'information, mais qu'en outre ils rendraient visite à d'autres familles pour les inciter à venir. Par ailleurs, Mariel serait heureuse de prêter son concours aux organisateurs de la réunion en présentant l'histoire de sa mère et les souffrances qu'elle a endurées à cause du cancer du col, et en encourageant les participants à faire vacciner leurs filles pour réduire le risque qu'elles développent cette maladie à l'âge adulte.

#### 4.1 Le rôle des prestataires de soins et autres agents de santé

Les agents de santé communautaires et les prestataires de soins des niveaux primaire et secondaire, avec leurs équipes, sont les personnes chargées de mettre en œuvre les programmes de vaccination aux niveaux central et régional. Des réponses aux questions fréquemment posées au sujet de la vaccination contre le VPH se trouvent dans la Fiche pratique 4.1.



#### Les agents de santé communautaires

Les agents de santé communautaires sont en contact permanent avec les familles présentes au sein de leur communauté. Ils font le lien entre la communauté et les prestataires de soins dans les établissements de santé.

Dans le cadre d'un programme de vaccination contre le VPH, ils peuvent avoir pour rôles :

1. de mieux faire connaître l'existence du vaccin anti-VPH et son importance dans la prévention du cancer du col de l'utérus, en ciblant la communauté dans son ensemble, les dirigeants locaux et les administrateurs locaux de la santé, les autorités locales, les chefs religieux et les représentants de la société civile ;
2. d'expliquer aux jeunes filles et à leurs parents, ainsi qu'aux autres membres de la communauté, l'intérêt du vaccin anti-VPH et des autres stratégies de prévention du cancer du col qui existent ;
3. de faire cesser, en communiquant des informations exactes, la circulation d'informations erronées et de rumeurs qui compromettent l'acceptation de la vaccination ;



4. d'obtenir le consentement éclairé des parents ;
5. de faciliter la venue des jeunes filles aux sites de vaccination ;
6. de rappeler aux jeunes filles et à leur famille la ou les doses suivantes qu'il faut recevoir pour bénéficier d'une protection totale (voir la Section 4.2.3 pour plus d'informations sur le calendrier d'administration) ;
7. de vacciner les jeunes filles (dans la communauté, à l'école ou dans d'autres lieux spécifiques) et/ou de faire connaître les activités ayant trait à la vaccination ; et
8. d'aider ou de participer à l'exécution d'autres interventions susceptibles d'avoir été sélectionnées au niveau national afin d'améliorer la santé des adolescents – filles et garçons – (p. ex. administrer d'autres vaccins ou un traitement vermifuge).

### **Les prestataires de soins des niveaux primaire et secondaire : personnel infirmier, médecins, vaccinateurs**

Les vaccins contre le VPH présentent un certain nombre de caractéristiques qui leur sont propres, telles que la population cible (jeunes filles âgées de 9 à 13 ans). De ce fait, ces prestataires, une fois formés, jouent un rôle important en dehors de l'administration des vaccins. En association avec les enseignants, les responsables des écoles, les bénévoles locaux, les prestataires de soins du secteur privé et les autres personnes susceptibles d'apporter leur concours, leurs attributions peuvent également inclure les suivantes :

- 1-4. les quatre premières missions indiquées ci-dessus pour les agents de santé communautaires ; plus
5. former et éduquer les enseignants et autres responsables des écoles afin qu'ils puissent informer à leur tour les jeunes filles et faciliter les séances de vaccination en milieu scolaire ;
6. gérer et acheminer les vaccins ;
7. tenir méthodiquement des registres répertoriant les jeunes filles ayant été vaccinées, leur âge et la dose de vaccin ; et
8. aider ou participer à l'exécution d'autres interventions susceptibles d'avoir été sélectionnées au niveau national afin d'améliorer la santé des adolescents – filles et garçons – (p. ex. administrer d'autres vaccins ou un traitement vermifuge).

Les Fiches pratiques 4.3 à 4.5 contiennent de plus amples informations.



Séance de vaccination



Sécurité des injections



S & E

## Enseignants et responsables des écoles

Ils peuvent jouer d'autres rôles spécifiques dans les stratégies de vaccination en milieu scolaire. Après avoir reçu une formation, les enseignants peuvent expliquer à leurs élèves et à leurs parents l'intérêt de la vaccination, faire cesser les rumeurs et les idées reçues autour du vaccin, et répondre aux questions et préoccupations avant le jour de la vaccination. Le Chapitre 3 donne des orientations concernant les méthodes de communication et la Fiche pratique 4.7, sur ce qu'il convient de dire aux enseignants et aux responsables des écoles en ce qui concerne la vaccination contre le VPH.



Enseignants  
et écoles

Le jour de la vaccination, le personnel scolaire peut seconder l'équipe chargée de l'administration du vaccin afin de s'assurer que les jeunes filles remplissant les critères pour la vaccination sont bien vaccinées, de répertorier les jeunes filles concernées par la vaccination qui sont absentes ce jour-là et de faciliter les autres aspects logistiques, le cas échéant (pour de plus amples informations à propos de la séance de vaccination, consulter la Fiche pratique 4.3).



Séance de  
vaccination

## Approches intégrées

L'introduction du vaccin contre le VPH peut également être l'occasion d'améliorer, de renforcer et d'intégrer d'autres interventions médicales pour les enfants âgés de 9 à 13 ans aux niveaux national, régional et local/scolaire. Par exemple, les prestataires de soins et les agents de santé communautaires participant aux programmes de vaccination contre le VPH pourraient faciliter l'accès à d'autres services de santé pour cette tranche d'âge et l'introduction du vaccin peut également représenter une opportunité d'améliorer et de favoriser l'éducation sanitaire des adolescents.

### 4.2 Vaccins contre le VPH

À l'heure actuelle, deux vaccins conférant une protection contre les types de VPH à haut risque 16 et 18 ont été homologués et la plupart des pays disposent de l'un ou l'autre de ces vaccins, ou des deux :

- le vaccin bivalent (protection vis-à-vis des types 16 et 18 uniquement) ;
- le vaccin quadrivalent (qui offre en plus une protection vis-à-vis des types 6 et 11, lesquels sont responsables de 90 % des verrues ano-génitales bénignes, également appelées condylomes).

Les deux vaccins contiennent des pseudo-particules virales (VLP) dont l'aspect ressemble au virus du papillome humain. Étant donné que ces vaccins VLP ne contiennent pas de virus, ils NE PEUVENT PAS provoquer d'infection au VPH. Ils stimulent le développement d'anticorps dirigés contre ces VLP et en raison de la similitude entre les VLP et les virus VPH, cela empêchera une infection au VPH en cas d'exposition ultérieure.

Les vaccins doivent être administrés AVANT qu'une infection à VPH ait eu lieu. Une jeune fille peut être infectée par le VPH peu de temps après qu'elle a commencé à devenir sexuellement active. La vaccination des jeunes filles contre le VPH, étant une importante intervention de prévention primaire contre le cancer du col de l'utérus, doit donc avoir lieu avant le début de l'activité sexuelle.

Les vaccins ne permettent pas de traiter une infection à VPH déjà présente ou une maladie liée au VPH. Ils n'ont pas d'effet non plus sur l'évolution de la maladie (lésions précancéreuses et cancer) s'ils sont administrés à des femmes déjà infectées par le VPH au moment de la vaccination.

#### **4.2.1 Effets protecteurs des vaccins : éléments d'information disponibles et lacunes dans les connaissances actuelles**

Préalablement à l'homologation des vaccins, diverses études ont été menées aux États-Unis d'Amérique, dans des pays d'Europe et dans certains pays à revenu intermédiaire, et ont inclus un grand nombre de jeunes filles et de jeunes femmes. Ces études avaient pour objectifs d'évaluer l'efficacité des vaccins et la durée de l'effet protecteur vis-à-vis du cancer du col et, dans le cas du vaccin quadrivalent, vis-à-vis des verrues génitales. Avant de recevoir les vaccins, les jeunes filles et femmes ayant participé à ces études avaient reçu des informations à propos des études et donné leur consentement éclairé.

Les principaux résultats de ces études en ce qui concerne l'efficacité et la durée de la protection apportées par les vaccins contre le VPH sont les suivants :

- les deux vaccins ont entraîné des niveaux très élevés de protection vis-à-vis des lésions précancéreuses provoquées par le VPH de type 16 et 18 chez 93 à 99 % des jeunes filles et des femmes ayant participé, ce qui entraînera une réduction significative des nouveaux cas de cancer invasif dans l'avenir ;
- la réponse en anticorps des vaccins contre le VPH est beaucoup plus importante que celle de l'infection naturelle ;
- la protection a réduit les infections à VPH tant initiales que persistantes, et les vaccins ont également apporté une protection vis-à-vis des lésions précancéreuses modérées et sévères (c.-à-d. CIN2+) ;
- le vaccin quadrivalent a également considérablement réduit le taux de verrues génitales ;
- la quantité d'anticorps produits après la vaccination contre le VPH est plus importante chez les jeunes filles âgées de moins de 15 ans que chez les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 15 ans et plus ;
- les études de suivi visant à déterminer la durée exacte de la protection apportée par une vaccination complète sont encore en cours. Mais il est rassurant de constater qu'à environ 10 ans post-vaccination, ce qui est la durée du suivi à ce jour, les femmes ayant reçu le vaccin n'ont pas présenté de diminution de l'immunité. De ce fait, il n'y a actuellement pas de recommandation concernant des doses de rappel.

Lacunes dans les connaissances actuelles sur l'effet protecteur des vaccins contre le VPH :

- en dépit du fait que les résultats préliminaires indiquent qu'en plus de la protection vis-à-vis du VPH de type 16 et 18, il y a une certaine protection croisée vis-à-vis d'autres types viraux responsables de cancers, l'intensité et la durée de cette protection reste incertaine ;
- la vaccination contre le VPH n'a pas été étudiée chez les enfants âgés de moins de 9 ans. Les vaccins ne sont donc pas actuellement homologués ou recommandés pour les jeunes filles de moins de 9 ans ;
- la durée et le degré de la protection chez les jeunes filles et les femmes infectées par le VIH sont encore à l'étude.

#### 4.2.2 Innocuité, manifestations indésirables et contre-indications

Les résultats des études font apparaître les éléments suivant concernant l'innocuité des vaccins contre le VPH et les potentielles manifestations indésirables :

- après plus de 175 millions de doses administrées de par le monde, les deux vaccins ont été bien tolérés et aucun des deux n'a présenté de problème d'innocuité majeur ;
- dans les études menées aux États-Unis, les jeunes filles vaccinées se sont plaintes le plus souvent d'une douleur et d'une tuméfaction au point d'injection ;
- les données post-commercialisation (c.-à-d. obtenues après l'homologation et l'utilisation des vaccins) issues d'études réalisées dans le monde entier n'ont pas mis en évidence d'autres risques pour la santé que des manifestations indésirables bénignes, telles que de la fièvre, des vertiges et des nausées ;
- des cas d'évanouissement ont été signalés après l'administration du vaccin contre le VPH ; l'évanouissement est courant chez les adolescentes après nombre de procédures provoquant de l'anxiété ou une douleur très minime. C'est pourquoi il est recommandé que les jeunes filles soient assises et restent sous observation pendant et durant les 15 minutes qui suivent l'administration du vaccin contre le VPH ;
- les manifestations indésirables graves sont extrêmement rares. Il existe une relation de causalité entre la survenue éventuelle d'une anaphylaxie et la vaccination contre le VPH, et des précautions doivent être prises afin d'éviter de vacciner les jeunes filles concernées par les doses suivantes du vaccin contre le VPH ou d'autres vaccins contenant des composants similaires. En cas de suspicion d'anaphylaxie, la jeune fille doit être traitée immédiatement de manière appropriée.

Contre-indications aux vaccins contre le VPH :

- les vaccins contre le VPH ne doivent pas être administrés aux personnes ayant présenté des réactions allergiques sévères après une dose précédente du vaccin ou après une exposition à l'un de ses composants (p. ex. levure). Les symptômes

d'une réaction allergique peuvent comprendre des démangeaisons, une éruption cutanée, de l'urticaire ou des vésicules. Si l'un de ces symptômes apparaît après la vaccination contre le VPH, aucune dose supplémentaire ne doit être administrée et il faut éviter d'utiliser d'autres vaccins pouvant comprendre les mêmes composants ;

- les jeunes filles souffrant d'une affection fébrile sévère ne doivent pas être vaccinées ;
- l'utilisation des vaccins contre le VPH n'est actuellement pas recommandée chez les femmes enceintes. Dans la mesure où les vaccins contre le VPH sont recommandés pour les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans, la probabilité qu'une jeune fille soit enceinte ou allaite au moment de la vaccination est faible. Si une jeune fille tombe enceinte après le début de la série de vaccination, le reste du schéma de vaccination doit être différé jusqu'à ce que la grossesse soit terminée. Dans l'éventualité où le vaccin contre le VPH serait administré par inadvertance à une jeune fille ou une femme enceinte, aucune intervention n'est nécessaire. Il faut la rassurer et lui expliquer le vaccin NE contient PAS de virus vivant et qu'à ce jour, aucun problème de santé pour la mère ou l'enfant n'a été observé après une vaccination accidentelle contre le VPH au cours de la grossesse. La ou les doses de vaccin restantes doivent être différées jusqu'à la fin de la grossesse, moment auquel la série de vaccination contre le VPH pourra être terminée. Il N'est PAS nécessaire de recommencer la série vaccinale après la grossesse. Dans le cas où le vaccin contre le VPH serait administré à une personne qui allaite, les données disponibles n'indiquent pas de problème d'innocuité.

La fiche d'information de l'OMS « Fréquence observée des réactions postvaccinales : Vaccin contre le virus du papillome humain » (juin 2012)<sup>1</sup> contient davantage d'informations. Les données les plus récentes sur l'innocuité du vaccin contre le VPH sont disponibles sur le site Web du Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale (GACVS)<sup>2</sup>.

### 4.2.3 Caractéristiques des vaccins et calendriers de vaccination

Le Tableau 4.1 résume et compare les caractéristiques des deux vaccins disponibles et leur calendrier de vaccination respectif (le mode d'administration et les calendriers reposent sur les recommandations actuelles de l'OMS).

La population cible recommandée pour la vaccination contre le VPH est la tranche d'âge 9-13 ans chez les jeunes filles, avant le début de l'activité sexuelle.

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/July\\_2014\\_HPV\\_final\\_FR.pdf?ua=1](http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/July_2014_HPV_final_FR.pdf?ua=1)

<sup>2</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/vaccine\\_safety/committee/topics/hpv/fr/](http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/fr/)

Tableau 4.1 : Caractéristiques des vaccins contre le VPH

Caractéristiques	Vaccin quadrivalent	Vaccin bivalent
Nom commercial (fabricant) (voir la note 1)	Gardasil® Silgard® (Merck)	Cervarix® (GlaxoSmithKline)
Types de VPH dans le vaccin	6, 11, 16, 18	16, 18
Protection apportée	Cancer du col de l'utérus Verrues génitales	Cancer du col de l'utérus
Nombre de doses (voir la note 2 ci-après)	2 doses, la deuxième dose étant administrée 6 mois après la première	2 doses, la deuxième dose étant administrée 6 mois après la première
Durée de la protection	Pas de diminution de la protection observée au cours de la période d'observation	Pas de diminution de la protection observée au cours de la période d'observation
Présentation	Flacon de 1 dose	Flacon de 1 dose et de 2 doses
Mode d'administration	Injection intramusculaire : 0,5 ml d'une suspension liquide	Injection intramusculaire : 0,5 ml d'une suspension liquide
Contre-indications (voir la Section 4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction allergique sévère à l'un quelconque des composants du vaccin ou après avoir reçu le vaccin</li> <li>• Affection fébrile sévère</li> <li>• Non recommandé durant la grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction allergique sévère à l'un quelconque des composants du vaccin ou après avoir reçu le vaccin</li> <li>• Affection fébrile sévère</li> <li>• Non recommandé durant la grossesse</li> </ul>
Co-administration avec d'autres vaccins pour adolescents s'étant révélée efficace (voir la note 3 ci-après)	Hépatite B Diphthérie/tétanos/coqueluche Poliomyélite	Diphthérie/tétanos/coqueluche Poliomyélite
Durée de conservation (voir la note 4 ci-après)	36 mois à 2-8 °C	Flacon monodose : 48 mois à 2-8 °C Flacon de 2 doses : 36 mois à 2-8 °C

**Notes importantes sur les caractéristiques des vaccins et les calendriers de vaccination :**

1. On ne dispose d'aucune donnée sur l'innocuité, l'immunogénicité ou l'efficacité des deux vaccins contre le VPH actuellement sur le marché lorsqu'on les utilise indifféremment. Ces vaccins présentent des caractéristiques, des composantes et des indications qui leur sont propres et dans les contextes où l'un et l'autre sont disponibles, il convient de tout mettre en œuvre pour administrer le même vaccin pour toutes les doses. Toutefois, si le vaccin employé pour une dose précédente n'est pas connu ou pas disponible, l'un ou l'autre des vaccins anti-VPH commercialisés peut être administré pour la ou les doses manquantes.
2. D'après la note de synthèse de l'OMS (octobre 2014), la population cible recommandée est la tranche d'âge 9-13 ans chez les jeunes filles, avant le début de l'activité sexuelle. Un calendrier en deux doses, avec un intervalle de 6 mois entre les doses, est recommandé pour les jeunes filles de moins de 15 ans (cela concerne également les jeunes filles âgées de  $\geq 15$  ans lors de l'injection de la deuxième dose). Il n'y a pas d'intervalle maximal entre les doses. Néanmoins, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois. Si, pour quelque raison que ce soit, l'intervalle entre les deux doses est inférieur à cinq mois, une troisième dose devra être administrée six mois au moins après la première dose. Le calendrier en trois doses (0, 1-2, 6 mois) reste recommandé pour les jeunes filles âgées de 15 ans ou plus, et pour celles qui sont immunodéprimées, y compris celles que l'on sait séropositives pour le VIH (qu'elles reçoivent ou non un traitement antirétroviral). Il n'est pas nécessaire de dépister les éventuelles infections par un VPH ou par le VIH avant la vaccination contre le VPH. Les présentes recommandations relatives au calendrier de vaccination sont valables tant pour le vaccin bivalent que pour le vaccin quadrivalent.
3. Les vaccins contre le VPH peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins non vivants. Si l'on administre plusieurs vaccins lors d'une même consultation, il y a plus de chances que les jeunes filles reçoivent tous les vaccins prévus au calendrier vaccinal. D'autres vaccins non vivants dont l'innocuité et l'efficacité ont été démontrées lors de la co-administration avec les vaccins contre le VPH sont indiqués dans le Tableau 4.1. Ces orientations seront mises à jour à mesure que les résultats des études de co-administration qui sont en cours seront disponibles.<sup>3</sup>
4. Toutes les formulations du vaccin contre le VPH doivent être conservées au froid, à 2-8 °C. Les vaccins contre le VPH sont sensibles au gel et perdent leur efficacité s'ils sont congelés. En conséquence, ils ne doivent pas être placés au niveau, ou près, du compartiment congélateur du réfrigérateur, ni directement sur une briquette congelée

<sup>3</sup> Pour plus d'informations, consulter le document *Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2014 – conclusions et recommandations*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

non conditionnée. Si des éléments laissent supposer que les vaccins peuvent avoir été en contact avec des températures inférieures à zéro, il convient d'avoir recours à une épreuve d'agitation afin de déterminer s'ils peuvent encore être utilisés. Les flacons montrant des signes que le contenu a été, en partie ou dans sa totalité, congelé doivent toujours être éliminés. Pour savoir comment déterminer si un vaccin a été congelé, voir la Fiche pratique 4.2 et pour plus de détails, consulter l'article paru dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé sur la Validation de l'épreuve d'agitation pour la détection des dommages occasionnés aux vaccins adsorbés<sup>4</sup> et regarder les deux vidéos éducatives Shake and tell (22 minutes) et Step by step shake test (10 minutes).<sup>5</sup>



5. La vaccination contre le VPH des jeunes garçons et des hommes présente un moins bon rapport coût-efficacité pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus que l'utilisation de ces ressources pour atteindre une proportion élevée de jeunes filles dans la tranche d'âge ciblée.

Consulter la page intitulée Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique – tableaux récapitulatifs sur le site Web de l'OMS : elle est mise à jour régulièrement à partir des nouvelles données disponibles et des modifications apportées aux recommandations de l'OMS relatives aux vaccins.<sup>6</sup>

### 4.3 Population cible et stratégies de vaccination

#### 4.3.1 Population cible

L'OMS recommande d'administrer de manière systématique le vaccin contre le VPH aux jeunes filles âgées de 9 à 13 ans car, dans la plupart des pays, elles n'ont pas encore commencé à avoir une activité sexuelle.<sup>7</sup> La tranche d'âge cible doit être déterminée au niveau du pays, d'après les informations dont on dispose sur l'âge moyen du début de l'activité sexuelle chez les jeunes filles (et de ce fait, avant l'exposition au VPH).

<sup>4</sup> Kartoglu Ü, Özgüler NK, Wolfson LJ, Kurzatkowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines (Validation de l'épreuve d'agitation pour la détection des dommages occasionnés aux vaccins adsorbés [résumé en français, article en anglais]). *Bull World Health Organ.* 2010;**88**:624–31 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879.pdf?ua=1>, consulté le 18 juillet 2014).

<sup>5</sup> Disponibles aux adresses suivantes : <https://vimeo.com/8381355> (*Shake and tell*) ; <https://vimeo.com/8389435> (*Step by step shake test*).

<sup>6</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/immunization/policy/immunization\\_tables/fr/](http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/)

<sup>7</sup> Même s'il est recommandé d'utiliser les vaccins contre le VPH chez les jeunes filles avant qu'elle ne débute une activité sexuelle, il est contre-productif de demander à une jeune fille si elle a été sexuellement active avant qu'on ne lui propose le vaccin ; des rumeurs sur le fait que cette information ne serait pas gardée confidentielle pourraient apparaître et en conséquence, certaines jeunes filles pourraient préférer ne pas se rendre aux journées de vaccination.



L'administration du vaccin contre le VPH ne présente aucun danger chez les personnes infectées par le VIH pour lesquelles un calendrier de vaccination en trois doses est toujours recommandé. On ne dispose que de peu d'informations sur l'immunogénicité des vaccins contre le VPH chez les personnes qui sont immunodéprimées à cause des médicaments qu'elles prennent ou des pathologies dont elles souffrent. Même si l'immunogénicité et l'efficacité des vaccins contre le VPH pourraient être réduites chez les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH, le bénéfice potentiel qu'apporte la vaccination dans ce groupe est particulièrement important en raison du risque accru de développer une maladie liée au VPH, notamment un cancer du col. Des études sur l'efficacité et la protection à long terme de la vaccination contre le VPH chez les personnes infectées par le VIH sont en cours.

Si les ressources nécessaires sont disponibles, les pays souhaiteront peut-être envisager une vaccination de rattrapage, limitée dans le temps, des jeunes filles qui sont plus âgées que la tranche d'âge cible, mais qui restent susceptibles de retirer des bénéfices de la vaccination.

### 4.3.2 Stratégies de vaccination

L'introduction d'un nouveau vaccin avec un nouvel âge cible nécessite de prendre en considération bon nombre d'aspects d'ordre logistique et programmatique. La mise en œuvre de nouveaux programmes de vaccination contre le VPH peut nécessiter d'avoir recours à des stratégies de vaccination innovantes sans équivalent, notamment l'utilisation de lieux où il est possible d'atteindre un nombre important de jeunes filles de l'âge ciblé tout en assurant une sensibilisation et des services permettent de respecter entièrement le calendrier de vaccination recommandé.

De préférence, les stratégies de vaccination contre le VPH, comme indiqué dans la *Note d'orientation de l'OMS : Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus* (2013)<sup>8</sup>, doivent :

- être compatibles avec les infrastructures existantes et les capacités en matière de chaîne du froid ;
- être d'un coût abordable, présenter un bon coût/efficacité et être durables ;
- permettre d'obtenir la couverture la plus élevée possible.

Concrètement, il est possible que les pays aient besoin de trouver un équilibre entre les stratégies qui permettent de maximiser la couverture et celle qui sont considérées comme les plus réalisables, abordables et durables.

Il est recommandé, en outre, dans la Note d'orientation de l'OMS de faire des deux éléments suivants une priorité : atteindre les jeunes filles qui seront par la suite les

<sup>8</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/fr/>

moins susceptibles d'avoir accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et, dans la mesure du possible, sélectionner des approches pouvant être intégrées à d'autres services de santé destinés aux adolescents.

Il est possible qu'aucune stratégie de vaccination ne soit à elle seule capable de satisfaire tous les objectifs du programme. En définitive, il est possible qu'une combinaison de stratégies soit nécessaire pour atteindre une couverture élevée et éviter de perturber les services déjà en place tout en optimisant les ressources.

Vous trouverez dans le présent guide des informations sur deux stratégies qui sont couramment utilisées : (1) la vaccination dans les établissements de soins et (2) la vaccination de proximité. Les séances de vaccination en milieu scolaire peuvent être considérées comme une forme particulière d'activité extra-institutionnelle (ou de proximité) dans la mesure où elles ont lieu en dehors des établissements de soins, dans certains sites de la communauté.

Chaque stratégie a ses avantages et ses inconvénients, lesquels seront évoqués. Si la population cible vit dans des communautés aussi bien urbaines que rurales, y compris dans des zones situées loin des établissements de soins, et si une partie de cette population est de passage et/ou sans abri, alors on atteindra probablement le plus grand nombre de jeunes filles en ayant recours à une combinaison de stratégies. Il convient de prendre en compte ces éléments lors de l'élaboration des stratégies de soutien, telles que la mise en place de cartes de vaccination à des fins de surveillance. Fournir une carte de vaccination qu'elles peuvent conserver à toutes les jeunes filles peut les aider à suivre les doses de vaccin contre le VPH déjà reçues, même si elles se font vacciner à différents endroits.

### ***a. Vaccination dans les établissements de soins***

Avec cette méthode, toutes les jeunes filles concernées peuvent être vaccinées contre le VPH dans un établissement de soins déterminé. Cette stratégie réduit les frais de transports et les dépenses liées aux membres du personnel (telles que les indemnités de déplacement) pour le système de santé car elle implique que ce sont les jeunes filles qui se rendent à l'établissement de soins. Des projets pilotes menés dans plusieurs pays ont montré qu'il est possible d'atteindre une couverture élevée avec le vaccin contre le VPH lorsque l'on propose la vaccination dans les dispensaires dans les zones où la majorité des jeunes filles vivent près des établissements de soins, comme c'est le cas dans les communautés urbaines. Cette stratégie s'est également avérée pouvoir atteindre une couverture plus importante lorsque l'on organise des « journées de vaccination » avec des mesures incitatives simples pour les jeunes filles qui s'y rendent, comme par exemple une attente limitée et de la musique, des groupes de discussion et/ou des vidéos dans la salle d'attente.

### ***b. Vaccination de proximité***

Dans le cadre de la vaccination, les interventions de proximité font référence à toute stratégie impliquant que les agents de santé quittent les établissements de soins pour transporter et fournir les services de vaccination dans divers sites, fixes ou mobiles, de manière à se rapprocher du plus grand nombre de jeunes filles ayant l'âge cible. Les centres communautaires, les établissements scolaires et éventuellement, avec le soutien des personnes responsables, les lieux de culte et autres endroits où les jeunes filles aiment se réunir sont des exemples de sites extra-institutionnels.

### **Stratégie (extra-institutionnelle) en milieu scolaire**

Pour les jeunes filles vivant dans les communautés éloignées et celles qui ne peuvent pas se rendre dans les services médicaux, la vaccination en milieu scolaire semble être une stratégie prometteuse. Pour sélectionner les jeunes filles concernées par la vaccination dans le cadre d'une stratégie en milieu scolaire, il est possible de cibler toutes les jeunes filles d'une année scolaire, d'un niveau scolaire ou d'une classe spécifique, où la majorité d'entre elles ont entre 9 et 13 ans (p. ex. la 4<sup>e</sup> année de l'école primaire) ou peut cibler les jeunes filles d'un âge donné (p. ex. toutes les jeunes filles de 10 ans), indépendamment de l'année/du niveau/de la classe dans laquelle ou lequelles se trouvent à l'école.

Outre la vaccination, cette stratégie peut être l'occasion de créer ou de renforcer des services de santé scolaire et d'améliorer l'éducation et la communication en matière de santé.

Dans une école dotée d'un programme de santé scolaire faisant intervenir un agent de santé, ce dernier peut être formé et chargé de la vaccination des jeunes filles de l'âge cible tout en bénéficiant d'une petite aide de la part du centre de santé le plus proche.

Toutefois, si une stratégie de vaccination en milieu scolaire nécessite la présence d'équipes de vaccination au sein de l'école pendant plusieurs jours, elle peut exiger des ressources trop importantes pour sa mise en œuvre, en particulier si le nombre de jeunes filles dans la tranche d'âge cible est faible et si leur participation est peu importante.

Lorsque la vaccination en milieu scolaire n'atteint pas une grande proportion des jeunes filles concernées par la vaccination contre le VPH, soit parce qu'elles ne sont pas inscrites, soit parce qu'elles sont absentes, cette stratégie doit être complétée par des stratégies visant à atteindre les jeunes filles qui ne sont pas à l'école de manière à assurer un accès équitable au vaccin. Les enseignants, les travailleurs communautaires et les leaders de la communauté peuvent jouer un rôle important pour identifier ces jeunes filles, les éduquer, les sensibiliser et les aider à avoir accès aux services de vaccination dans d'autres sites.

### **Autres stratégies extra-institutionnelles**

Lorsqu'une grande partie de la population vit dans des zones où l'accès aux services de santé est limité et que l'assiduité scolaire des jeunes filles de l'âge cible est faible, une stratégie de vaccination de proximité dans un site central peut se révéler plus

adaptée à la situation. Les jeunes filles appartenant à cette communauté et aux communautés avoisinantes peuvent se rendre dans un site central pour être vaccinées, ce qui permet de garantir des possibilités de vaccination équitables à toutes les adolescentes. Il faudrait mettre en place au moins deux sessions sur une période de 6 à 12 mois pour que toutes les jeunes filles reçoivent les doses nécessaires.

Les activités extra-institutionnelles peuvent être effectuées selon un calendrier établi ou de manière irrégulière, comme dans le cas des campagnes de « ratissage ».

### **Le rôle des agents de santé communautaires dans les activités extra-institutionnelles**

Pour faciliter la mise en œuvre d'une stratégie extra-institutionnelle, en prenant en compte que les jeunes filles de l'âge cible vivent souvent dans des communautés pauvres, éloignées et isolées, et ne vont pas à l'école, une approche pourrait consister à former les agents de santé communautaires à :

- transporter et conserver dans un dispositif de stockage permettant de préserver la chaîne du froid comme il convient, tel qu'une glacière, un nombre suffisant de vaccins pour l'ensemble des jeunes filles âgées de 9 à 13 ans ;
- administrer les doses de vaccin nécessaires aux jeunes filles qui satisfont les critères de recevabilité ; et
- consigner les vaccinations effectuées dans des formulaires standardisés.

La formation et la supervision des agents de santé communautaires pour exercer les activités de conseil, vérifier l'absence de contre-indications et effectuer les injections correctement et en toute sécurité ont été mises en place dans nombre de pays dans lesquels ont été instaurés des programmes de vaccination des enfants, d'administration de contraceptifs injectables (AMPR, Depo-Provera®) et de traitement syndromique des cas de pneumonie chez l'enfant et des IST chez l'homme et la femme. Pour plus d'informations, consulter le Chapitre 3 : Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté. La Fiche pratique 3.7 contient des informations détaillées sur le recrutement et la formation des agents de santé communautaires tandis que la Fiche pratique 4.4 contient des éléments d'orientation sur la sécurité des injections.



Recrutement et formation des agents de santé communautaires



Sécurité des injections

#### **4.3.3 Services intégrés**

La conduite concomitante de la vaccination contre le VPH et d'autres interventions (telles que le déparasitage ou la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide), la co-administration d'autres vaccins adaptés à l'âge (voir le Tableau 4.1) et la sensibilisation des jeunes filles à de multiples sujets présentant un intérêt particulier pour cette tranche

les programmes. Cela peut permettre de mettre à jour les connaissances et les compétences en communication des prestataires de soins, et d'optimiser les coûts et la logistique, accroissant ainsi la qualité et l'efficacité générales des services. Les stratégies extra-institutionnelles de vaccination contre le VPH sont propices à être intégrées à d'autres services de santé destinés aux enfants et aux adolescents. Screening of pregnant women

#### **4.4 Mobilisation de la communauté**

La réussite de la délivrance du vaccin contre le VPH dépend de la sensibilisation de la communauté grâce aux activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et également du fait du conseil exercé auprès des parents et d'autres personnes parmi les plus influentes de la communauté.

Avant les activités de vaccination proprement dites, l'évaluation des connaissances, des points de vue et des croyances concernant les vaccins contre le VPH peut aider le personnel du programme à se préparer à faire face à n'importe quel obstacle ou n'importe quelle sensibilité qu'il pourra être amené à rencontrer, comme la crainte d'effets indésirables et les idées fausses à propos de l'effet de la vaccination sur la fertilité. En outre, un vaccin contre une IST qui n'est recommandé que pour les jeunes filles peut être déconcertant pour les parents et susciter des réticences qui n'ont pas lieu d'être pour faire vacciner leurs filles, même s'il s'agit de l'âge auquel elles sont les plus susceptibles d'en retirer des bénéfices.

La participation d'un grand nombre de parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales de la communauté et la constitution d'alliances avec elles peuvent faciliter la réussite de l'introduction des vaccins contre le VPH et de la mise en place de la vaccination. La vaccination en milieu scolaire nécessite une étroite coordination entre les Ministères nationaux de la santé et de l'éducation, et la collaboration des responsables des écoles aux niveaux du district, de la région et de la localité.

Consulter le Chapitre 3 pour de plus amples informations sur la mobilisation de la communauté.

#### **4.5 Obtention du consentement/de l'assentiment d'une jeune fille pour être vaccinée**

Des éléments d'orientation sur le consentement éclairé peuvent être obtenus à partir des lois et réglementations nationales. De manière générale, le consentement éclairé nécessite que l'agent de santé informe sans réserve un patient des risques et des bénéfices d'une intervention programmée, et obtienne son accord oral ou écrit. Étant donné que la plupart des vaccinations sont effectuées chez des enfants qui sont trop jeunes pour donner leur consentement légal, ce sont les parents qui fournissent ce que l'on appelle le consentement parental. Souvent, les pays ont recours à une stratégie de consentement implicite dans le cadre de laquelle le consentement des parents est tacite lorsqu'ils emmènent spontanément leur enfant se faire vacciner dans un dispensaire.

Dans le cas de la vaccination contre le VPH, les jeunes filles ciblées ne sont plus de petits enfants et il est possible qu'elles viennent pour la vaccination sans la présence d'un parent. Puisque ces jeunes filles sont encore mineures aux yeux de la loi, il sera encore nécessaire, dans la plupart des pays, de mener à bien le processus d'obtention du consentement parental. Cela implique d'informer les parents et la jeune fille à propos de la vaccination qui est prévue et, selon les réglementations des pays, d'au moins donner l'occasion à un parent de refuser de faire vacciner son enfant.

Certaines autorités sanitaires peuvent demander l'obtention d'un consentement écrit explicite de la part des parents. Cela aura des conséquences en matière de planification, de logistique et de ressources, et pourra nécessiter, par exemple, que les enseignants et les responsables des écoles coopèrent avec les jeunes filles (élèves) qui seront vaccinées afin d'obtenir le consentement de leurs parents avant la séance de vaccination. Outre les parents/tuteurs, les jeunes filles bénéficiant de la vaccination contre le VPH doivent également être informées sans réserve des risques et bénéfices, de façon qu'elles puissent donner leur approbation pour être vaccinées.

Il peut arriver que la jeune fille exprime son souhait d'être vaccinée alors que ses parents refusent expressément de donner leur consentement ou que leur consentement ne peut pas être obtenu. Dans ce cas, il faut tenir compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. D'après les principes éthiques reconnus au niveau international, l'agent de santé doit tout d'abord déterminer si une jeune fille est apte à prendre cette décision : elle doit montrer qu'elle comprend les bénéfices, les risques et les conséquences de la vaccination par rapport au fait de ne pas être vaccinée, et doit être capable de prendre cette décision pour elle-même. Si la jeune fille est considérée comme apte, l'agent de santé peut alors décider de procéder à la vaccination. Il est important de connaître ces principes, en particulier lorsque l'on est en présence de jeunes filles marginalisées et défavorisées, telles que les jeunes filles qui sont orphelines, vivent dans la rue ou travaillent loin de leur famille. Dans certains pays, il existe des réglementations permettant aux autorités communautaires, comme les travailleurs sociaux ou les responsables des écoles, de donner leur consentement pour des enfants qui sont sous leur responsabilité dans certaines circonstances.

Au bout du compte, dans les situations où le parent ou le tuteur a donné son consentement pour la vaccination de la jeune fille, mais que la jeune fille elle-même refuse d'être vaccinée, son souhait doit être respecté et elle doit pouvoir partir après avoir été conviée à revenir à un autre moment pour discuter plus avant de sa décision.

## 4.6 Suivi, évaluation et pérennité des programmes de vaccination contre le VPH

### 4.6.1 Suivi

Il est nécessaire de connaître le nombre exact de jeunes filles dans une population donnée pour calculer la couverture vaccinale contre le VPH, ce qui permettra de suivre la réalisation d'un programme de vaccination et d'évaluer son impact ultérieurement. Il est important de mettre en place un système de suivi qui :

1. surveille la circulation des informations et des formulaires ;
2. indique clairement qui doit recevoir les formulaires de suivi complétés et à quel moment ils sont attendus ; et
3. précise ce qu'il faut faire des informations recueillies dans le cadre du suivi.

Puisque la vaccination contre le VPH est recommandée sous la forme d'injections d'une série de doses, il s'avère nécessaire d'au minimum recueillir et consigner les données relatives à la couverture (par dose, y compris l'âge/la date de naissance et la date de la vaccination). (Voir la Fiche pratique 4.3 et les modèles de formulaires 6.1 à 6.3 dans l'Annexe 6)

Il est possible d'utiliser et d'adapter aux besoins locaux le document WHO HPV vaccination monitoring guide and tool.<sup>9</sup> Une synthèse des outils standards pour la collecte et la communication des données, qui doivent être développés au niveau national, est indiquée dans la Fiche pratique 4.5.



Séance de vaccination



Modèles de formulaires de vaccination contre le VPH



S & E

### ***a. Suivi et notification des manifestations postvaccinales indésirables***

Une manifestation postvaccinale indésirable (MAPI) peut être décrite comme un événement clinique fâcheux qui est lié sur le plan temporel à la vaccination mais qui peut être ou ne pas être provoqué par le vaccin ou le processus de vaccination. Les MAPI peuvent aller d'événements bénins, comme une réaction légère au point d'injection, à des événements mettant en jeu le pronostic vital, comme l'anaphylaxie, voire le décès. Même si une MAPI peut être provoquée par le vaccin lui-même, comme une réaction allergique, les MAPI qui sont déclarées sont, le plus souvent, soit des événements fortuits qui se produisent par coïncidence et n'ont pas de lien avec le vaccin, soit des événements qui ont été provoqués par des erreurs programmatiques/humaines ayant altéré la qualité du vaccin.

<sup>9</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

La surveillance de l'innocuité du vaccin contre le VPH revêt une importance particulière en ce sens qu'il s'agit d'un nouveau vaccin et qu'il est administré à une tranche d'âge qui n'était pas concernée par la vaccination jusque-là. Les groupes qui sont opposés aux vaccins pour quelque raison que ce soit peuvent lancer ou entretenir des rumeurs concernant une innocuité qui ne serait pas assez satisfaisante, suggérant qu'il existe une association avec des manifestations indésirables concomitantes dans le but de freiner la vaccination contre le VPH dans la population. Étant donné que des informations erronées peuvent porter préjudice à l'acceptabilité du vaccin et aux efforts de vaccination, il est essentiel de disposer d'une infrastructure solide pour le suivi des MAPI afin de recueillir des informations pouvant aider à faire taire les rumeurs et à démontrer l'innocuité constante des vaccins contre le VPH.

Les MAPI peuvent être classées en cinq catégories :<sup>10</sup>

1. réaction liée au vaccin : MAPI provoquée ou précipitée par un vaccin en raison d'une ou plusieurs propriétés inhérentes au produit (p. ex. tuméfaction importante du membre suite à la vaccination DTC) ;
2. réaction liée à un défaut de qualité du vaccin : MAPI provoquée ou précipitée par un vaccin due à un ou plusieurs défauts de qualité du produit, y compris le dispositif d'administration fourni par le fabricant (p. ex. si un lot de vaccin antipoliomyélique n'est pas totalement inactivé par le fabricant, cela entraîne des cas de poliomyélite paralytique) ;
3. réaction liée à une erreur de vaccination : MAPI provoquée par une mauvaise manipulation, prescription ou administration du vaccin et qui est donc par nature évitable (p. ex. transmission d'une infection par un flacon multidoses contaminé) ;
4. réaction liée à l'anxiété face à la vaccination : MAPI due à l'anxiété suscitée par la vaccination (p. ex. évanouissement d'un adolescent pendant/après la vaccination) ;
5. évènement fortuit (coïncidence) : MAPI ayant une cause autre que le vaccin, l'erreur de vaccination ou l'anxiété face à la vaccination (p. ex. une fièvre survient au moment de la vaccination, mais en fait elle est due au paludisme).

Les manifestations indésirables bénignes couramment associées au vaccin contre le VPH, parmi lesquelles rougeur, douleur ou tuméfaction au point d'injection, fièvre, étourdissements, nausées et évanouissement, se résolvent spontanément et nécessitent rarement un traitement (voir la Section 4.22).

À l'inverse, les manifestations indésirables graves sont extrêmement rares. Il peut exister un lien de causalité entre la survenue éventuelle d'une anaphylaxie et la vaccination contre le VPH, et des précautions doivent être prises afin d'éviter de vacciner les jeunes filles ayant déjà présenté des réactions allergiques aux composants du vaccin. En cas de suspicion d'anaphylaxie, la jeune fille doit être traitée immédiatement de manière appropriée.

<sup>10</sup> De plus amples informations sur la classification des MAPI élaborée par l'OMS sont disponibles à l'adresse suivante : <http://fr.vaccine-safety-training.org/classification-des-mapi.html>



Par la suite, les jeunes filles concernées ne doivent pas recevoir les doses suivantes du vaccin contre le VPH, ni d'autres vaccins contenant des composants similaires.

Un système doit être instauré pour faciliter la notification et l'investigation rapides des MAPI. Les autorités nationales de réglementation et les groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination (GTCV) doivent exercer un rôle proactif dans l'étude des rapports de manifestations indésirables graves afin d'évaluer s'il existe un lien avec le vaccin contre le VPH et d'élaborer des messages à diffuser pour faire taire les rumeurs.

Toutes les suspicions de MAPI doivent être immédiatement déclarées aux autorités sanitaires à l'aide d'un formulaire de notification des MAPI standard (voir la Fiche pratique 4.6 et le Modèle de formulaire 6.4 dans l'Annexe 6).



Les manifestations graves, telles que le décès, l'hospitalisation ou la concentration géographique de MAPI, doivent rapidement faire l'objet d'investigations (dans les 48 heures). Il est indispensable d'être préparé à la survenue de MAPI et d'avoir mis en place un plan de gestion des risques.

#### 4.6.2 Évaluation

L'OMS recommande que tous les pays ayant introduit un nouveau vaccin réalisent une évaluation postintroduction dans un délai d'environ 6 à 12 mois après l'introduction.

L'OMS a publié un Outil d'évaluation postintroduction d'un nouveau vaccin (PIE) qui propose une méthode systématique permettant d'évaluer les répercussions de l'introduction d'un vaccin sur le système de vaccination en vigueur dans un pays.<sup>11</sup>

L'outil PIE est destiné aux responsables de la vaccination des pays ayant introduit un vaccin nouveau ou sous-utilisé. Un outil PIE conçu spécifiquement pour l'introduction du vaccin contre le VPH est disponible sur le site Web du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS.<sup>12</sup>

#### 4.6.3 Pérennité

La pérennité d'un nouveau programme doit être envisagée avant sa mise en œuvre. Dans le cas de la vaccination contre le VPH, cela nécessite notamment d'évaluer avec attention la charge de morbidité due au cancer du col, la taille et la distribution urbaine-rurale de la population cible, l'estimation des coûts et les ressources disponibles. Les coûts associés à la modification des infrastructures, à la formation et à la supervision, et au temps consacré par le personnel mis à disposition doivent également être pris en considération. Sur la base de cette évaluation, le Ministère de la santé peut décider de solliciter un soutien supplémentaire aussi bien auprès du Ministère des finances pour une mobilisation des ressources qu'auprès

<sup>11</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/resources/PIE\\_tool/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/)

<sup>12</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

d'organismes multinationaux afin d'obtenir des vaccins gracieusement ou avec des remises de prix importantes. Une fois que les ressources sont assurées, la stratégie d'introduction doit être élaborée. Il est possible de réaliser des évaluations coût/efficacité sur la base desquelles pourront être prises les décisions de politique générale visant à déterminer si et comment les vaccins contre le VPH doivent être introduits, en prenant en compte la charge de morbidité globale dans le pays, les coûts de prise en charge de la maladie au regard des coûts du vaccin contre le VPH, et les bénéfices à long terme du vaccin contre le VPH sur la santé.

La section sur l'élaboration de la politique nationale du Chapitre 2 contient des exemples d'éléments importants à prendre en considération lors de la planification des programmes afin d'en assurer la pérennité. La page Web de l'OMS sur la Planification et [le] financement de la vaccination<sup>13</sup> et le Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet de vaccination – PPAc<sup>14</sup> contiennent d'autres informations utiles.

Après avoir examiné ces aspects, les décideurs doivent déterminer si le programme est financièrement accessible et peut être viable.

- Si le programme est considéré comme financièrement accessible et viable à ce moment-là, ils doivent allouer le financement nécessaire pour plus d'un an.
- S'il n'est pas financièrement accessible et/ou viable tel qu'il est proposé, le projet doit être reconsidéré et révisé de manière à réduire les coûts lorsque cela est possible, notamment en modifiant la population cible prioritaire et/ou les stratégies de vaccination.

## Pour en savoir plus

### Sites Web utiles :

**OMS – Virus du papillome humain** (en anglais) : <http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>

Cette page donne des informations sur la charge de morbidité associée au VPH, ainsi que sur les caractéristiques et l'innocuité du vaccin contre le VPH. Elle comprend des liens vers :

- la page HPV Vaccine Introduction Clearing House qui contient des documents techniques élaborés par l'OMS et ses partenaires sur divers aspects programmatiques de la mise en place de la vaccination contre le VPH, y compris la communication et les liens avec la santé de l'adolescent ;
- les notes de synthèse de l'OMS (en anglais et en français) sur les vaccins contre le VPH ;
- les points essentiels et les informations techniques concernant les vaccins contre le VPH, à destination des responsables de l'élaboration des politiques et des professionnels de la santé ;

<sup>13</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/financing/fr/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/fr/)

<sup>14</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO\\_IVB\\_14.01F\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128052/1/WHO_IVB_14.01F_fre.pdf?ua=1)

- les recommandations destinées aux pays en ce qui concerne la politique et les programmes relatifs au vaccin contre le VPH ;
- les données sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité associée dans le monde.

### **OMS – Ressources documentaires relatives aux programmes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) (en anglais) :**

<http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

Cette page comprend des liens supplémentaires vers :

- la formation essentielle pour l'introduction du vaccin contre le VPH (supports de formation pour les agents de santé) ;
- les estimations de population de l'OMS pour la cohorte 9-13 ans, par âge, sexe et pays, pour la période 2010-2020 ;
- l'outil de l'OMS d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P) ;
- d'autres outils et éléments d'information de l'OMS concernant la mise en œuvre de la vaccination contre le VPH.

### **OMS – Les bases de la sécurité des vaccins, cours de formation en ligne :**

<http://fr.vaccine-safety-training.org/>

Ce cours comprend six modules, dont le Module 3 sur les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) et leur classification.

### **Alliance GAVI – Demander un soutien :** <http://www.gavi.org/soutien/demandes/>

Cette page Web explique comment demander un soutien de la part de l'Alliance GAVI pour des programmes de démonstration du vaccin contre le VPH ou l'introduction nationale du vaccin (concerne uniquement les pays remplissant les conditions requises).

### **Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique – tableaux récapitulatifs :**

[http://www.who.int/immunization/policy/immunization\\_tables/fr/](http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/)

Cette page Web est régulièrement mise à jour en fonction des nouvelles données disponibles et des modifications apportées aux recommandations.



# 5

## **CHAPITRE 5. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS**



## CHAPITRE 5. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS

### Points essentiels

- La détection précoce, par un dépistage réalisé chez l'ensemble des femmes appartenant à la tranche d'âge cible, suivie par un traitement des lésions précancéreuses qui ont été détectées permet de prévenir la majorité des cas de cancer du col de l'utérus.
- Le dépistage des anomalies du col de l'utérus doit être réalisé au moins une fois chez chaque femme appartenant à la tranche d'âge cible où il est possible d'obtenir le maximum d'avantages de cette intervention, à savoir entre 30 ans et 49 ans.
- Il est recommandé de réaliser au moins une fois un dépistage des anomalies du col de l'utérus chez l'ensemble des femmes de la tranche d'âge cible, mais celle-ci peut être étendue aux femmes âgées de moins de 30 ans lorsque les données montrent qu'elles présentent un risque élevé de lésions de type CIN2+.
- Plusieurs tests de dépistage sont recommandés : le test de recherche du VPH, la cytologie et l'IVA.
- Pour que la prévention du cancer du col de l'utérus soit efficace, les femmes chez qui le résultat du dépistage s'avère positif doivent recevoir un traitement efficace.
- Il est recommandé de suivre une approche « dépistage et traitement » ou une approche « dépistage, diagnostic et traitement ».
- Les décisions pour déterminer quelle approche utiliser pour le dépistage et le traitement dans un pays ou dans un établissement de santé en particulier doivent être prises en fonction de différents facteurs, notamment des avantages et des inconvénients de chaque méthode, des risques que les femmes soient perdues de vue, du coût et de la disponibilité des équipements et des ressources humaines nécessaires.
- Dans l'approche « dépistage et traitement », la décision concernant le traitement est basée sur la réalisation d'un test de dépistage et le traitement est réalisé rapidement, si possible immédiatement après le test de dépistage lorsque celui-ci s'avère positif (c'est-à-dire sans avoir recours à un test diagnostique).
- L'utilisation de l'approche « dépistage et traitement » permet de diminuer le nombre de perdues de vue et peut diminuer le temps d'attente avant que la femme ne bénéficie d'un traitement.
- Chez les femmes dont le dépistage par IVA ou par cytologie s'avère négatif, un nouveau dépistage doit être réalisé après trois à cinq ans.
- Chez les femmes dont le test de recherche du VPH s'avère négatif, un nouveau dépistage doit être réalisé après cinq ans.

- En cas de suspicion de cancer au cours d'une consultation dans le cadre d'un dépistage, la femme ne doit pas être traitée, mais doit être orientée vers un centre de diagnostic et de traitement du cancer.
- La majorité des femmes chez qui le dépistage s'avère positif avec la présence de lésions précancéreuses du col de l'utérus peuvent être traitées par cryothérapie ou par RAD.

## À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur les lignes directrices de l'OMS suivantes :

*Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/)).

*Lignes directrices de l'OMS : utilisation de la cryothérapie pour le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855_fre.pdf?ua=1)).

*Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf)).

*WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ.* Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment\\_CIN\\_2-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/)).

*WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer.* Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>).

Ce chapitre donne des informations détaillées sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Il est divisé en sept sections principales. La première de ces sections décrit les éléments à prendre en considération concernant les agents de santé (Section 5.1). Elle est suivie par un résumé des principales questions générales ayant trait au dépistage des anomalies du col de l'utérus, notamment de ses risques et de ses avantages ainsi que des considérations éthiques sur le sujet (Section 5.2). La Section 5.3 décrit les différents tests de dépistage disponibles (tests moléculaires de recherche du VPH, méthodes de dépistage visuelles et méthodes de dépistage basées sur la cytologie) en donnant les points forts et les limites de chacun d'entre eux.

La Section 5.4 passe en revue les différentes méthodes de diagnostic (colposcopie, biopsie et curetage endocervical) utilisées dans certains cas pour confirmer les anomalies chez les femmes pour lesquelles le dépistage s'avère positif et pour



en faire la cartographie. La Section 5.5 donne une description détaillée des procédures suivies pour le traitement des lésions précancéreuses une fois qu'elles ont été détectées (cryothérapie, RAD et conisation à froid), en précisant pour chacune d'entre elles leurs indications ainsi que leurs points forts et leurs limites. La Section 5.6 porte sur les complications possibles du traitement et sur le suivi après le traitement.

Enfin, la Section 5.7 de ce chapitre attire l'attention sur le fait que pour avoir un impact sur l'incidence et sur la mortalité associées au cancer du col de l'utérus, il est essentiel d'établir un lien entre le dépistage et la prise en charge nécessaire pour toutes les femmes chez qui le dépistage s'avère positif. On y trouve une description des deux stratégies de programmation pouvant être utilisées pour assurer ce lien capital : l'approche « dépistage, diagnostic et traitement » et l'approche « dépistage et traitement ».

Les recommandations relatives aux tests de dépistage, aux tests diagnostiques et aux traitements à utiliser dans les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus présentées dans ce chapitre sont en cohérence avec les critères établis par l'OMS sur la base de données factuelles et donnent des orientations destinées à aider les administrateurs de programmes et les agents de santé dans leur travail.

Les fiches pratiques correspondant à ce chapitre contiennent les informations que les agents de santé doivent connaître sur les étapes à suivre pour obtenir un consentement éclairé, réaliser un examen gynécologique, et réaliser les différents tests de dépistage ; elles présentent aussi les modalités des différents traitements. La Fiche pratique 5.7 donne des orientations sur le conseil à fournir aux patientes chez qui le dépistage s'avère positif.



Conseil  
Dépistage positif

## L'HISTOIRE DE MARIA

Maria est une femme âgée de 40 ans. Elle vit avec son mari et ses trois enfants dans une communauté du Nicaragua. Un agent de santé communautaire est venu lui rendre visite et l'a informée qu'elle avait l'âge auquel les femmes doivent faire un test pour voir si elles présentent des modifications au niveau de leur col de l'utérus ; si le test montre qu'elle présente ces modifications et que celles-ci ne sont pas traitées, elles peuvent s'aggraver et se transformer en cancer après de nombreuses années. L'agent de santé lui a ensuite proposé de se rendre dans une communauté voisine lorsqu'une équipe d'infirmières de l'hôpital local viendra faire un test de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus à toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans. Les résultats du test leur seront rendus avant qu'elles ne rentrent chez elles, et les femmes qui auront besoin d'un traitement

le recevront également le jour même. Plusieurs jours avant cette consultation, une infirmière est venue dans la communauté de Maria et a rassemblé toutes les femmes pour leur donner des informations sur le test qui sera utilisé et sur le traitement qui sera réalisé, en expliquant notamment que s'ils ne provoquent pas de douleurs intenses, ce test et ce traitement peuvent toutefois causer une sensation légèrement désagréable.

Le jour de la consultation, Maria et 10 autres femmes de sa communauté se sont rendues ensemble à pied à la consultation, accompagnées par l'agent de santé. Une fois sur place, elles se sont assises chacune à leur tour dans un endroit situé à l'écart avec une infirmière auxiliaire à qui elles ont pu en toute discrétion donner leurs antécédents et qui a pu répondre à toutes leurs questions. Le test a été réalisé seule-à-seule par une infirmière dans une pièce séparée. Après qu'elle se soit rhabillée, on a expliqué à Maria que son col était normal et qu'elle devait simplement refaire un test dans les cinq ans qui viennent. Sur les 10 femmes venues avec elle, deux ont appris qu'elles présentaient de légères anomalies au niveau du col de l'utérus et qu'elles devaient recevoir un traitement pour que ces anomalies ne s'aggravent pas. L'une a décidé d'être traitée l'après-midi même et l'autre a décidé de revenir après une semaine accompagnée de son partenaire pour une autre consultation de suivi. Les deux femmes qui ont eu besoin d'un traitement étaient très satisfaites de la consultation et de leur expérience ; elles ont ensuite recommandé aux membres de leur famille de sexe féminin et à leurs amies âgées de 30 à 49 ans de faire la même chose et donc un dépistage, et un traitement si nécessaire, afin de ne pas développer un cancer du col de l'utérus.

## 5.1 Les différentes catégories d'agents de santé

### 5.1.1 Le rôle des agents de santé

L'agent de santé joue un rôle central dans toutes les activités coordonnées de santé publique destinées à lutter contre le cancer du col de l'utérus. Le rôle de l'agent de santé à tous les niveaux est de faire en sorte que les femmes reçoivent des informations sur le cancer du col, que des services de qualité soient proposés et que les femmes qui en ont besoin reçoivent des soins de suivi et un traitement appropriés lorsque le dépistage s'avère positif ou montre la présence d'un cancer du col. Pour que le programme soit efficace, les agents de santé doivent travailler de

manière coordonnée les uns avec les autres et avec le ministère de la santé, les responsables de la planification des programmes, les administrateurs et les travailleurs communautaires.

### 5.1.2 Qui peut réaliser un dépistage de qualité ?

Avec une formation axée sur les compétences, tout agent de santé qui sait comment réaliser un examen au spéculum peut effectuer les différents tests de dépistage des anomalies du col de l'utérus. Ces tests peuvent donc être réalisés par des membres du personnel infirmier, des infirmiers auxiliaires, des assistants infirmiers, des sages-femmes qualifiées, d'autres membres du personnel soignant ou des médecins. Des informations sur la formation des agents de santé communautaires se trouvent dans la Fiche pratique 3.7.



FP3.7  
Recrutement et formation des agents de santé communautaires

### 5.1.3 Évaluation et préparation en vue d'un dépistage

Avant la réalisation du test le dépistage, la femme doit bénéficier d'une évaluation de base : après lui avoir fourni des informations et un conseil, elle doit être questionnée brièvement sur ses antécédents sociaux et médicaux et un examen gynécologique simple doit être réalisé. Les points exposés ci-dessous donnent des informations sur le rôle que les agents de santé peuvent jouer à ce stade.

- En raison de la stigmatisation parfois associée aux problèmes relatifs à la sphère génitale, certaines femmes sont réticentes à parler des inquiétudes ou des symptômes qu'elles peuvent avoir. La mise en place de mesures visant à assurer la confidentialité et la protection de la vie privée peut être très utile pour établir et maintenir la confiance, et lever ainsi ces réticences.
- Les avantages et les risques du dépistage des anomalies du col de l'utérus doivent faire partie de l'éducation à la santé en général (Section 5.2.3). Les femmes doivent comprendre qu'IL NE S'AGIT PAS d'un test de dépistage du cancer ; ce test permet simplement d'identifier les femmes qui présentent un risque de développer un cancer dans le futur. Des explications simples sur la manière dont le test fonctionne peuvent également faire disparaître les angoisses et les craintes associées à ce test.
- Les éléments essentiels de l'examen médical gynécologique sont l'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au spéculum (Fiche pratique 5.2). À chaque étape de l'examen, l'agent de santé doit expliquer ce qu'il fait. Si une anomalie est constatée, l'agent de santé doit informer la femme sans l'inquiéter ; il est préférable de faire cela une fois l'examen terminé.
- Chez certaines femmes, la réalisation de l'examen gynécologique par un agent de santé de sexe féminin permet de diminuer leurs réticences à être



FP5.2  
Examen gynécologique

examinées et d'augmenter l'acceptabilité du dépistage. Lorsque l'agent de santé est de sexe masculin, la présence d'une amie ou d'un membre du personnel de sexe féminin peut permettre de diminuer les appréhensions de la patiente.

### 5.1.4 Détection d'autres problèmes de santé au cours du dépistage

La femme et ses besoins en matière de santé doivent être l'élément central des programmes de prévention. Lorsque cela est possible, les agents de santé doivent adopter une approche globale pour l'identification et la prise en charge des problèmes de santé sexuelle et reproductive. Ils doivent accorder une attention particulière aux signes et aux symptômes évocateurs d'un cancer, d'une IST ou d'autres pathologies qui peuvent avoir été détectées lors du recueil des antécédents ou de la réalisation de l'examen gynécologique. En cas de détection d'anomalies sans rapport avec le dépistage des anomalies du col de l'utérus, la femme peut être traitée dans le même temps ou orientée si nécessaire vers un service spécialisé. Les femmes doivent avoir la possibilité de parler de leurs préoccupations personnelles concernant les questions de santé sexuelle et reproductive, par exemple de leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

## 5.2 Dépistage des anomalies du col de l'utérus

### 5.2.1 Qu'est-ce que le dépistage ?

Le dépistage est une intervention de santé publique fournie à une population cible asymptomatique. Il n'est pas réalisé pour diagnostiquer une maladie, mais pour identifier les personnes qui présentent une augmentation du risque de développer soit la maladie elle-même soit un précurseur de la maladie.

Toutes les maladies ne conviennent pas forcément à un programme de dépistage. Les critères suivants aident à déterminer si une maladie est appropriée pour un programme de dépistage :

- la maladie doit avoir des conséquences graves ;
- la maladie doit pouvoir être détectée à un stade infraclinique asymptomatique ;
- le traitement à un stade infraclinique doit influencer de manière favorable le cours et le pronostic de la maladie à long terme ;
- le traitement doit être disponible et les personnes chez qui le test de dépistage s'avère positif doivent y avoir accès.

L'histoire naturelle, les tests de dépistage et les options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus répondent à ces critères.

## 5.2.2 Vue d'ensemble du dépistage des anomalies du col de l'utérus

Les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus visent à faire en sorte que le plus fort pourcentage possible de femmes appartenant à la population ciblée par le programme national bénéficie d'un dépistage et que toutes les femmes pour lesquelles le test montre la présence d'une anomalie bénéficient d'une prise en charge appropriée. Les aspects programmatiques de la lutte contre le cancer du col de l'utérus sont traités au Chapitre 2.

## 5.2.3 Avantages et risques du dépistage des anomalies du col de l'utérus

Tout programme de prévention efficace a pour objectif de diminuer considérablement l'incidence du cancer du col. Mais toutes les activités de dépistage menées à grande échelle et dirigées à l'intention de populations en bonne santé peuvent avoir à la fois des résultats positifs et des résultats négatifs.

Le résultat positif principal du dépistage est la diminution du cancer du col grâce à la détection et au traitement des cas de lésions précancéreuses avant que celles-ci n'évoluent vers un cancer. Le dépistage permet également de détecter chez les femmes le cancer du col à un stade précoce, à un moment où il peut encore être traité avec succès.

Le dépistage ne présente en lui-même aucune valeur préventive réelle. Il est essentiel qu'il soit lié à la réalisation d'un traitement. Si ce lien ne peut pas être établi, le programme de dépistage n'aura probablement aucun impact sur l'incidence du cancer du col de l'utérus. La mise en œuvre d'un programme de prévention peut également permettre d'obtenir des résultats positifs en termes de qualité des structures et des services de santé ; ces résultats positifs seront par exemple l'amélioration des infrastructures, la formation actualisée des agents de santé, une plus grande sensibilisation des femmes à la santé reproductive et la mise en place d'un programme de contrôle de la qualité et d'assurance de la qualité (Chapitre 2).

L'un des risques du dépistage, qui s'applique à tous les tests de dépistage décrits dans ce document, est un taux variable de surdétention des lésions précancéreuses (c'est-à-dire de résultats faux positifs), ce qui conduit à un surtraitement chez des femmes qui ne présentent en fait pas au moment du dépistage d'élévation du risque de développer un cancer invasif. Néanmoins, lorsque le traitement est disponible pour prévenir leur progression vers un cancer, les avantages de la détection précoce des lésions précancéreuses du col (c'est-à-dire des résultats vrais positifs) l'emportent largement sur les conséquences relativement mineures chez les femmes des différentes méthodes de traitement décrites dans ce document.

Un autre risque, plus grave, du dépistage est le risque d'obtenir un résultat faux négatif, avec une non-détection des signes de la maladie et donc une occasion manquée de pouvoir traiter à un stade précoce des lésions précancéreuses ou un cancer du col de l'utérus.

Il faut aussi veiller à ce que le dépistage soit réalisé uniquement sur la population cible définie par le programme national, et que des ressources suffisantes soient allouées pour couvrir le dépistage, et le suivi si nécessaire, chez 100 % de ces femmes.

Le programme de dépistage doit enfin assurer qu'un système d'orientation vers des services spécialisés soit fonctionnel afin que les femmes chez qui un diagnostic de cancer est posé soient orientées vers ces services pour bénéficier d'une prise en charge appropriée.

### 5.2.4 Caractéristiques d'un bon test de dépistage

Un bon test de dépistage doit être :

- précis (le résultat du test est correct) ;
- reproductible (s'il est répété, le même test donne le même résultat) ;
- bon marché (il est abordable pour le système de santé en termes de ressources financières et humaines, et pour l'ensemble des patientes et de leurs familles en termes d'accès aux services nécessaires) ;
- relativement simple (il est facile à réaliser et les soins de suivi pour les femmes chez qui le test montre des anomalies peuvent être prodigués facilement) ;
- acceptable (pour la patiente et pour l'agent de santé) ;
- sans danger (les procédures de réalisation du test et la prise en charge des patientes chez qui le dépistage s'avère positif n'ont pas d'effets secondaires ou des effets secondaires minimes) ;
- disponible (le test est accessible pour l'ensemble de la population cible).

Le choix des tests de dépistage et des traitements à mettre en œuvre dans un contexte donné doit être fait par des responsables de haut niveau. Ce choix doit être effectué en tenant compte des avantages et des inconvénients de chaque test en termes de performance, de la possibilité de les réaliser à chaque niveau du système de santé, de leur prix et de la pérennité de leur financement ainsi que de la possibilité d'en faire bénéficier l'ensemble de la population cible. Du fait de ces contraintes, il se peut par exemple que le test choisi pour les sites en zone urbaine soit différent de celui choisi pour les sites en zone rurale.

En théorie, le meilleur test de dépistage est celui pour lequel le taux de faux négatifs (c'est-à-dire quand le résultat est négatif/normal, mais que la femme présente en fait la maladie) est le plus faible et en même temps pour lequel le taux de faux positifs (c'est-à-dire quand le résultat est positif, mais que la femme ne présente en fait aucune anomalie) est le plus faible. La présence de faux négatifs peut conduire à une augmentation du risque de cancer si un dépistage ne peut pas être réalisé fréquemment. La présence de faux positifs peut conduire à un surtraitement et à une augmentation du sentiment d'angoisse chez les patientes.

Dans la pratique, il est important de choisir le test de dépistage le plus approprié en tenant compte d'une part du contexte dans lequel le programme sera mis en œuvre et d'autre part des ressources (personnel, financement et infrastructure) disponibles pour permettre l'utilisation du test choisi. Le test doit être approprié pour les programmes de dépistage en population afin d'atteindre l'ensemble de la population cible, et pas seulement les femmes qui disposent d'un accès privilégié aux services de santé. Pour que le programme soit pérenne, le système de santé doit disposer des capacités pour assurer la maintenance du matériel et le remplacement des fournitures nécessaires. Le meilleur choix sera le test conciliant au mieux tous ces facteurs.

### 5.2.5 Âge auquel et fréquence à laquelle réaliser le dépistage

Les recommandations de l'OMS relatives à l'âge auquel et à la fréquence à laquelle le dépistage doit être réalisé sont fondées sur les données disponibles au moment de la publication de ce document et sur l'histoire naturelle du VPH et des lésions précancéreuses du col de l'utérus (Chapitre 1). Les infections à VPH à haut risque sont très fréquentes chez les femmes jeunes, mais la plupart de ces infections sont transitoires : elles sont éliminées spontanément par le corps de la femme. Seul un très faible pourcentage de l'ensemble des infections à VPH qui persistent pendant de nombreuses années seront responsables du développement d'un cancer invasif. Le cancer du col se développe habituellement lentement, les lésions précancéreuses précoces prenant 10 à 20 ans pour évoluer en cancer invasif ; la survenue d'un cancer du col de l'utérus est donc rare avant l'âge de 30 ans. Réalisé chez des femmes trop jeunes, le dépistage détectera de nombreuses lésions qui n'évolueront jamais vers un cancer, ce qui conduira à de très nombreux cas de surtraitement, avec en conséquence un mauvais rapport coût-efficacité.

Le dépistage des anomalies du col de l'utérus ne doit donc pas commencer avant l'âge de 30 ans. Même s'il n'est réalisé qu'une seule fois, le dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans permet de diminuer le nombre de décès par cancer du col. Le dépistage des anomalies du col de l'utérus est donc recommandé pour toutes les femmes appartenant à cette tranche d'âge cible, mais peut être étendu à un âge plus jeune si les données montrent l'existence d'un risque élevé de lésions CIN2+.

Les décisions concernant la tranche d'âge cible et la fréquence du dépistage sont généralement prises au niveau national sur la base, dans le contexte local, de la proportion de femmes qui présentent des lésions précancéreuses ou un cancer parmi l'ensemble des femmes de la tranche d'âge considérée, du nombre de nouveaux cas de cancer du col enregistrés au cours des deux ou trois dernières années, de la disponibilité en ressources et en infrastructures ainsi que d'autres facteurs, comme par exemple la prévalence de l'infection à VIH.

Pour obtenir un impact maximum en termes de réduction de la souffrance et des décès associés au cancer du col, la priorité doit être accordée à l'obtention de la meilleure couverture<sup>1</sup> possible et du traitement du plus grand nombre possible plutôt que d'essayer de réaliser le plus grand nombre possible de tests de dépistage dans la vie d'une femme. Cela est vrai pour toutes les femmes, indépendamment de leur statut par rapport au VIH.

Chez les femmes pour lesquelles le dépistage par IVA ou par cytologie s'avère négatif, le délai pour faire un nouveau dépistage doit être de trois à cinq ans. Chez les femmes pour lesquelles le dépistage par test VPH s'avère négatif, le délai pour faire un nouveau dépistage doit être au minimum de cinq ans. Après un deuxième dépistage qui s'avère négatif, et aussi pour les femmes plus âgées, le délai pour faire un nouveau dépistage peut être élargi à plus de cinq ans. Les femmes qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses doivent faire un nouveau dépistage de suivi après 12 mois.

### Dépistage pour les femmes vivant avec le VIH

Recommandations pour les femmes vivant avec le VIH :

- chez les femmes et les jeunes filles qui ont commencé à avoir une activité sexuelle, le dépistage des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus doit commencer sitôt le diagnostic d'infection à VIH posé, quel que soit leur âge ;
- chez les femmes vivant avec le VIH pour qui le dépistage s'avère négatif (c'est-à-dire qu'il ne montre aucune lésion précancéreuse), un nouveau dépistage doit être réalisé dans les trois ans ;
- chez les femmes vivant avec le VIH qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus, un suivi après traitement doit être réalisé après 12 mois.

Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de présenter une infection à VPH persistante, et un risque plus élevé de développer une lésion précancéreuse. En outre, les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de développer de manière précoce un cancer du col et d'en mourir de manière précoce. Du fait qu'elles développent des lésions précancéreuses plus jeunes et que ces lésions précancéreuses progressent parfois plus rapidement vers un cancer, il est donc conseillé aux femmes vivant avec le VIH de suivre un programme de dépistage différent : après un dépistage

<sup>1</sup> Le terme « couverture » fait référence à la proportion de femmes dans la tranche d'âge cible qui bénéficient d'un dépistage avec la fréquence recommandée au cours d'une période donnée. Le nombre réel de tests de dépistage effectués ne permet pas de mesurer la couverture, ce nombre pouvant inclure des femmes en dehors de la tranche d'âge cible ainsi que des femmes ayant réalisé un dépistage plus souvent que ce qui est recommandé.



qui s'avère négatif, elles doivent faire un nouveau dépistage dans les trois ans (voir les diagrammes « dépistage et traitement » pour les femmes vivant avec le VIH à l'Annexe 9). Chez les femmes vivant avec le VIH, le dépistage peut être réalisé en utilisant l'un des trois tests de dépistage présentés dans ce chapitre (IVA, test VPH ou cytologie) et le traitement peut se faire par cryothérapie ou par RAD.



Annexe 9  
Stratégies « dépistage et traitement » : VIH+

Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire pour le dépistage des anomalies du col de l'utérus. Cependant, dans une zone de forte endémie d'infection du VIH, un dépistage du VIH doit être réalisé pour que les femmes connaissent leur statut. En cas de séropositivité au VIH, les femmes doivent bénéficier d'un conseil sur la signification du résultat du test ainsi que d'un traitement et de soins de suivi appropriés. Dans les pays à forte prévalence d'infection à VIH, les services de lutte contre le cancer du col, comme cela est expliqué au Chapitre 2, bénéficieront à un plus grand nombre de patientes si l'intégration dans les services de lutte contre le cancer du col et dans les services de lutte contre l'infection à VIH peut se faire dans les deux sens : les femmes bénéficiant de services de dépistage des anomalies du col de l'utérus ou d'un dépistage du VIH, si elles ne connaissent pas déjà leur statut par rapport au VIH ou si elles n'ont pas déjà bénéficié d'un dépistage récent des anomalies du col de l'utérus, peuvent se voir proposer systématiquement un dépistage pour l'autre pathologie. Il n'est pas rare qu'une femme apprenne pour la première fois qu'elle est infectée par le VIH au moment où elle bénéficie d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus.

### 5.2.6 Considérations éthiques pour les programmes de dépistage des anomalies du col de l'utérus

Les décisions sur la meilleure façon d'utiliser des ressources limitées pour diagnostiquer et traiter les lésions précancéreuses du col de l'utérus doivent tenir compte du degré d'invalidité et du nombre de décès causés par cette maladie ainsi que des chances de succès d'une intervention pour diminuer la souffrance et des décès associés à cette maladie par rapport à l'utilisation de ces ressources limitées pour la lutte contre d'autres maladies.

Vu sous cet angle, le cancer du col de l'utérus peut être à l'origine d'une forte charge d'invalidité et de mortalité, et l'intervention (le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses) peut permettre de prévenir la plupart des cas de maladie. Le choix en faveur de la lutte contre le cancer du col devient ainsi rationnel et éthique vis-à-vis de l'utilisation des ressources disponibles.

Les décisions sur les priorités programmatiques sont généralement prises au niveau national, mais il est important que les agents de santé comprennent les raisons ayant motivé ces décisions, afin qu'ils soient eux-mêmes motivés pour mettre en œuvre le programme en étant conscients de ses coûts et pour expliquer les priorités de ce programme à leurs patientes.

Avant de mettre en œuvre un programme de dépistage, il est important de prendre en considération les éléments énoncés ci-dessous pour faire en sorte que l'approche utilisée soit équitable et éthique.

- Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, ainsi que la prise en charge du cancer du col de l'utérus, doivent être accessibles à toutes les femmes dans la tranche d'âge cible, y compris aux plus pauvres, aux plus vulnérables et aux plus difficiles à atteindre.
- Le traitement doit être disponible et accessible. Les tests de diagnostic et les tests de confirmation (s'ils font partie du programme) doivent également être disponibles avec un suivi approprié après que le test a été effectué.
- Les patientes, les agents de santé et les communautés doivent bénéficier d'une éducation à la santé pour qu'ils prennent des décisions éclairées sur le dépistage et sur le traitement.
- La confidentialité des informations sur les patientes doit être assurée dans les systèmes utilisés pour la tenue des dossiers médicaux et dans les systèmes de prise en charge médicale.
- Les agents de santé doivent être formés de manière adéquate et disposer de directives claires sur la prise en charge et le suivi des femmes pour qui le dépistage s'avère positif.
- Un système d'orientation des patientes vers les services spécialisés appropriés doit être en place pour assurer la prise en charge de tout problème de santé pouvant être découvert au cours du processus de dépistage, notamment :
  - Traitement et services de soins palliatifs pour le cancer du col de l'utérus ; et
  - Traitement des autres pathologies de la santé reproductive.

### ***Choix éclairé et consentement éclairé***

**Choix éclairé.** La patiente doit recevoir suffisamment d'informations pour faire un choix éclairé lorsqu'elle décide d'accepter ou de refuser un test ou une ligne de conduite proposé par les agents de santé. Dans le cas de la prévention du cancer du col de l'utérus, ces informations, qui seront répétées et confirmées juste avant la réalisation des différentes interventions, doivent inclure la signification et les conséquences d'un test positif, la disponibilité du traitement ainsi que les risques auxquels la patiente s'expose si elle refuse le dépistage et le traitement connexe.

**Consentement éclairé.** Le consentement éclairé fait référence à l'autorisation explicite donnée par une patiente par oral ou par écrit pour bénéficier d'une procédure ou d'un test, une fois qu'elle a reçu suffisamment d'informations pour faire un choix éclairé.

Le choix éclairé et le consentement éclairé sont tous les deux basés sur les principes éthiques d'autonomie et de respect de la personne. Dans de nombreuses cultures, la

notion de consentement peut être un processus de décision collectif impliquant d'autres personnes, par exemple le mari ou le partenaire, la famille et/ou les responsables du village. La fourniture d'informations précises par l'éducation à la santé et par le conseil peut permettre d'assurer que les femmes et leurs familles élargies comprennent ce que sont les faits relatifs au cancer du col de l'utérus, notamment qui sont les personnes à risque, comment le dépistage peut diminuer ce risque ainsi que les différents effets néfastes pouvant être associés au dépistage ou au traitement. Après avoir reçu ces informations, c'est la patiente elle-même qui fait son choix avec les conseils et le soutien des autres personnes de son entourage proche. Les agents de santé doivent garder à l'esprit qu'il peut arriver que la patiente soit soumise à la coercition et qu'ils doivent prendre des mesures pour s'assurer que sa décision n'est pas prise sous la contrainte.

Voir la Fiche pratique 5.1 sur l'obtention d'un consentement éclairé.



Consentement éclairé

### 5.2.7 Prévention des infections dans les programmes de dépistage des anomalies du col de l'utérus

Dans toutes les activités cliniques, une attention particulière doit être accordée à la prévention des infections. Les agents de santé doivent enfiler des gants propres aux deux mains lors de la réalisation d'un examen au spéculum ou d'un examen bimanuel, lors du prélèvement des échantillons et lors de la réalisation de procédures comme la cryothérapie. Pour la réalisation de procédures invasives comme la RAD, les agents de santé doivent utiliser des gants stériles.

Les directives relatives au lavage des mains, à la manipulation des instruments et à l'élimination des fournitures utilisées, par exemple des gants, doivent être suivies scrupuleusement afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes, y compris du VIH. Il est important que les précautions standards de lutte contre les infections (Annexe 3) soient suivies avec toutes les patientes, qu'elles semblent malades ou en bonne santé ou que leur statut par rapport au VIH ou à d'autres infections soit connu ou inconnu. En agissant de cette manière, les agents de santé se protègent eux-mêmes et protègent leurs patientes contre les infections. Il est important de faire en sorte que les patientes qui vont bénéficier d'un test de dépistage puissent se rendre compte des mesures prises pour prévenir les infections (par exemple le lavage des mains et l'utilisation d'une nouvelle paire de gants), cela permettant de diminuer leurs inquiétudes concernant la sécurité et l'hygiène.

### 5.3 Méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Jusqu'à ces dernières années, la seule méthode de dépistage des anomalies du col de l'utérus était le frottis ou l'examen cytologique de Papanicolaou (« Pap »). Dans les pays à revenu élevé où le frottis est utilisé pour le dépistage en population depuis plus de trente ans, cette intervention s'est accompagnée d'une réduction importante de la morbidité et de la mortalité associée au cancer du col. Dans les pays à revenu faible ou moyen, le dépistage en population basé sur la cytologie est cependant fréquemment voué à l'échec du fait d'un investissement financier inexistant ou insuffisant pour amener et maintenir au niveau requis les infrastructures de santé nécessaires, notamment les laboratoires et les ressources humaines qualifiées.

De nouvelles méthodes ont été élaborées pour le dépistage des anomalies du col de l'utérus : les tests moléculaires de dépistage de l'infection à VPH et l'IVA. Ces nouvelles méthodes, ainsi que les méthodes de dépistage basées sur la cytologie, sont décrites ci-dessous. Des remarques sur les différentes méthodes de dépistage se trouvent également dans la Fiche pratique 5.3.



#### 5.3.1 Méthodes de dépistage moléculaires

##### *a. Description*

Les méthodes de dépistage moléculaires de l'infection à VPH sont basées sur la détection de l'ADN des types de VPH à haut risque dans des prélèvements vaginaux et/ou du col de l'utérus. Le dépistage à la recherche de ces virus n'est pas recommandé chez les femmes âgées de moins de 30 ans, car si une grande partie d'entre elles présente bien une infection à VPH, la plupart de ces infections seront éliminées spontanément de leur corps avant l'âge de 30 ans. La réalisation d'un test VPH chez les femmes âgées de moins de 30 ans permettra donc d'identifier un grand nombre de femmes qui présentent une infection à VPH transitoire, ce qui pourra entraîner la réalisation de procédures et de traitements non nécessaires à l'origine d'effets néfastes, d'une anxiété, d'un inconfort et de dépenses inutiles.

Cependant, plus l'âge de la femme avance, plus la détection d'une infection par un VPH à haut risque a des chances de correspondre à une infection à VPH persistante. Une infection à VPH persistante étant à l'origine de presque tous les cas de cancer du col, un test VPH positif chez une femme âgée de plus de 30 ans indique qu'elle peut déjà présenter ou être à risque de développer dans le futur des lésions précancéreuses ou un cancer (voir les Sections 1.3.4 et 1.3.5 du Chapitre 1). Le traitement de ces femmes chez qui le dépistage s'avère positif peut donc permettre de diminuer considérablement le risque de développer ultérieurement un cancer du col de l'utérus.

En situation de ressources élevées, la réalisation d'un test VPH comme premier test de dépistage est en cours d'intégration dans les programmes de prévention du cancer du col. La réalisation de ces tests nécessite actuellement le transport et l'analyse des échantillons dans un laboratoire, puis le retour des résultats dans la structure de soins initiale. Mais un nouveau test VPH d'un prix raisonnable pouvant être réalisé sur le lieu même du prélèvement de l'échantillon est actuellement en cours d'expérimentation dans plusieurs pays à faibles ressources et sera bientôt disponible sur le marché.

Lors de la planification en vue de l'utilisation d'un dépistage par test moléculaire de recherche du VPH dans un programme de dépistage des anomalies du col de l'utérus, il est important d'utiliser un test VPH validé sur le plan clinique. Les tests VPH élaborés localement ne sont appropriés que s'ils ont été soumis à une standardisation et à une validation clinique rigoureuse.

### ***b. À qui faire ce test de dépistage ?***

Pour les raisons décrites ci-dessus, le test VPH doit être réservé aux femmes âgées de plus de 30 ans, ou en fonction de l'âge indiqué dans les directives nationales actualisées.

### ***c. Comment faire ce test de dépistage ?***

La réalisation d'un test VPH ne requiert pas nécessairement un examen gynécologique ou la visualisation du col de l'utérus. Un agent de santé peut prélever un échantillon de cellules en insérant une petite brosse ou un autre dispositif approprié jusqu'au fond du vagin, puis en plaçant cet instrument dans un petit flacon contenant une solution de conservation appropriée. Le prélèvement peut aussi être réalisé au cours d'un examen au spéculum.

L'échantillon peut aussi être prélevé par la femme elle-même ; il faut alors lui donner la petite brosse et le flacon spécial et lui expliquer comment les utiliser. Cette stratégie permet une mise en œuvre à un coût nettement inférieur pour le service de santé et une diminution des désagréments pour la femme.

Des instructions détaillées sur les méthodes utilisées pour le prélèvement d'échantillons en vue de réaliser un test VPH se trouvent dans la Fiche pratique 5.4.



Test VPH

Avec l'utilisation des tests VPH actuellement disponibles, le flacon contenant l'échantillon doit être transporté au laboratoire pour être analysé par un technicien qualifié qui enregistre ensuite les résultats avant de les renvoyer dans la structure de soins initiale. Mais de nouveaux tests permettront bientôt de faire l'analyse des échantillons sur le lieu même où ils ont été prélevés.

#### **d. Points forts et limites**

Le test VPH est très sensible pour la détection de l'infection à VPH chez la femme. Cependant, si une infection à VPH est bien un précurseur nécessaire pour l'apparition d'un cancer du col de l'utérus, un test VPH positif ne permet pas de confirmer que la femme présente une lésion précancéreuse ; il permet seulement de confirmer la présence d'une infection à VPH. Le prélèvement des échantillons pour la réalisation d'un test VPH peut être fait dans toutes les structures de santé ou dans la communauté, du moment que l'on dispose d'un laboratoire approprié suffisamment proche et d'un transport fiable pour les échantillons.

Dans certains contextes, l'utilisation des tests VPH disponibles actuellement peut être limitée par la nécessité de réaliser les analyses moléculaires dans un laboratoire disposant d'une pièce propre spécialement dédiée à ce travail afin d'éviter les contaminations, de matériel et de réactifs conformes aux instructions données par les fabricants de tests et de techniciens formés. S'il n'existe pas de possibilité de réaliser une analyse fiable des échantillons et de rendre les résultats aux patientes dans un délai raisonnable, ces contraintes peuvent faire obstacle, en termes de coût et de qualité, à l'utilisation du test VPH.

Les nouveaux tests VPH bon marché qui seront bientôt disponibles devraient lever cet obstacle, car les analyses pourront être réalisées dans les services de consultations où les échantillons sont prélevés, en utilisant un matériel simple et ne nécessitant qu'une formation limitée du personnel.

### **5.3.2 Méthodes de dépistage visuelles**

#### **a. Description**

L'IVA est une méthode permettant de détecter les modifications cellulaires précoces du col de l'utérus qui deviennent visibles lors d'un examen à l'œil nu après la mise en place d'un spéculum et le badigeonnage du col avec de l'acide acétique<sup>2</sup> dilué (3 à 5 %). Elle nécessite une formation et une supervision des agents de soins de santé primaires, ainsi qu'un contrôle de la qualité et une assurance de la qualité continus.

#### **b. À qui faire ce test de dépistage ?**

L'utilisation de l'IVA est indiquée chez les femmes de 30 ans et plus (voir population cible pour le dépistage) et chez qui la JPC est visible, c'est-à-dire habituellement chez les femmes âgées de moins de 50 ans (voir la Section 1.2 du Chapitre 1). En effet, la JPC

<sup>2</sup> L'acide acétique entre dans la composition de presque tous les vinaigres ; pour détecter les lésions positives, il faut utiliser du vinaigre avec une acidité comprise entre 3 % et 5 %.

disparaît progressivement dans le canal endocervical au moment de la ménopause, les lésions ne pouvant alors pas toujours être détectées de manière fiable par une IVA.

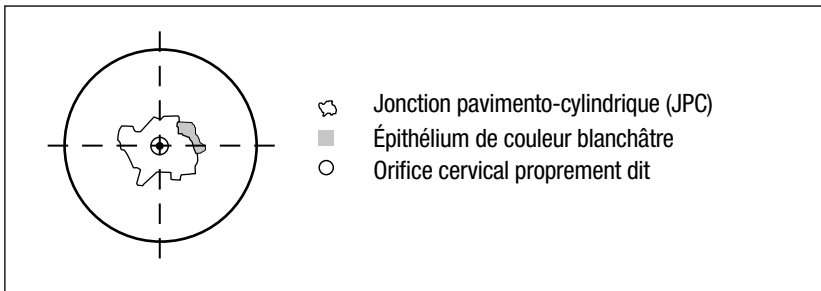
**c. Comment faire ce test de dépistage ?**

L'IVA nécessite l'utilisation d'un spéculum et d'une source de lumière, et doit être réalisée par un agent de santé formé. L'agent de santé réalise un examen au spéculum, repère la JPC et examine attentivement le col à la recherche de signes visuels de suspicion de cancer ou de lésion précancéreuse. Le col est généreusement badigeonné d'une solution d'acide acétique diluée (3 à 5 %) à l'aide d'un écouvillon de coton de grande taille. Après avoir retiré l'écouvillon, l'agent de santé attend au moins une minute, temps suffisant pour que disparaisse la couleur légèrement blanchâtre prise par les tissus altérés par une ou par des modifications cellulaires physiologiques (métaplasie). En cas d'apparition de modifications acidophiles de couleur blanchâtre sur le col de l'utérus qui ne disparaissent pas après une minute, il existe une forte probabilité que ces modifications soient associées à la présence de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col. Lorsque des modifications présentant ces caractéristiques et des bords nets sont observées dans la zone de remaniement, le résultat du test est considéré positif (une description de la zone de remaniement se trouve à la Section 1.2.4 du Chapitre 1 et/ou dans le glossaire). Si aucune modification acidophile persistante n'est observée, le résultat du test est considéré négatif.

Des informations supplémentaires sur l'IVA se trouvent dans la Fiche pratique 5.5.



Figure 5.1. Dessin légendé des observations faites au cours de l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)



#### **d. Points forts et limites**

Le dépistage par IVA permet de détecter les modifications précoces ainsi que des modifications correspondant à des lésions précancéreuses avancées. L'obtention immédiate du résultat permet de proposer à la patiente un traitement au cours de la même visite (c'est-à-dire avec une approche à visite unique). Mais si la patiente préfère ne pas être traitée immédiatement ou si le traitement n'est pas disponible, celui-ci peut être réalisé peu de temps après, lors de la visite suivante. Il n'est généralement pas nécessaire de rajouter à ce stade une étape de diagnostic (par exemple à l'aide d'une colposcopie et/ou d'une biopsie). Mais si le col présente des signes inhabituels ou que l'agent de santé soupçonne la présence d'un cancer, la patiente peut être orientée vers un service spécialisé pour une enquête diagnostique plus poussée.

L'IVA est relativement bon marché, ne nécessite que des fournitures disponibles localement (vinaigre et coton) et n'implique pas le recours à des services de laboratoire. Elle peut être effectuée à tous les niveaux du système de santé par des agents de santé qualifiés à condition que leur acuité visuelle soit suffisante. La formation peut être assurée en quelques jours en utilisant une approche axée sur les compétences. L'IVA est un test subjectif et dépend des compétences et de l'expérience de l'agent de santé qui la réalise. Ces compétences doivent être utilisées régulièrement et il est recommandé de mettre en place des cours de recyclage. En raison de sa nature subjective, il est particulièrement important d'encadrer l'IVA d'un contrôle de la qualité et d'une assurance de la qualité qui peuvent être réalisées grâce à une supervision et à un suivi systématique. Des informations plus complètes sont disponibles dans le document publié en 2013 par l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la *Santé Suivie des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)*.<sup>3</sup>

### **5.3.3 Méthodes de dépistage basées sur la cytologie**

#### **a. Description**

Le dépistage basé sur la cytologie consiste à prélever un échantillon de cellules sur l'ensemble de la zone de remaniement (une description de la zone de remaniement se trouve à la Section 1.2.4 du Chapitre 1 et/ou dans le glossaire). Au moment du prélèvement, les cellules sont soit fixées sur une lame (frottis conventionnel) soit placées dans un milieu de transport (cytologie en milieu liquide) dans la structure de soins. Ces échantillons de cellules sont ensuite envoyés au laboratoire pour être



<sup>3</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf).



examinés par des techniciens spécialisés en cytologie. Lorsque des cellules anormales sont observées lors de l'examen microscopique, la sévérité de ces anomalies est classée en utilisant le système de Bethesda (Annexe 5).

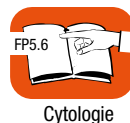
Un programme de dépistage basé sur la cytologie peut utiliser l'une des deux méthodes disponibles : le frottis conventionnel (frottis de Papanicolaou) ou la cytologie en milieu liquide. Avec la cytologie conventionnelle, un échantillon de cellules est étalé sur une lame de verre et conservé à l'aide d'un agent fixateur. La cytologie en milieu liquide a été introduite dans le milieu des années 1990. Elle représente un perfectionnement de la cytologie conventionnelle. Elle est de plus en plus utilisée dans les pays à revenu faible ou moyen. Dans le cas de la cytologie en milieu liquide, l'échantillon, au lieu d'être étalé sur une lame, est placé dans un flacon de solution de conservation et envoyé au laboratoire pour être examiné au microscope.

### ***b. À qui faire ce test de dépistage ?***

Le dépistage basé sur la cytologie peut être utilisé pour le dépistage chez les femmes de la population cible (Section 5.2.5).

### ***c. Comment faire ce test de dépistage ?***

Le prélèvement d'un échantillon pour un examen cytologique nécessite un spéculum et un éclairage adéquat pour visualiser toute la surface du col de l'utérus. L'agent de santé prélève un échantillon sur la surface du col et au niveau de l'endocol à l'aide d'une spatule ou d'une brosse et transfère cet échantillon sur une lame (frottis conventionnel) ou dans une solution de conservation (cytologie en milieu liquide). Une fois notées les informations nécessaires à son identification sur la lame ou le flacon, l'échantillon est transporté au laboratoire pour être analysé par un personnel qualifié qui interprétera les résultats (des instructions supplémentaires se trouvent dans la Fiche pratique 5.6).



### ***d. Points forts et limites***

Une fois mis en œuvre avec succès, les programmes basés sur la cytologie permettent de prévenir le cancer du col de l'utérus. Cependant, ils nécessitent la réalisation de plusieurs étapes et leur déroulement est entravé par de nombreuses difficultés, en particulier en situation de ressources limitées. Les échantillons doivent être prélevés correctement, fixés/conservés correctement, acheminés sans encombre au laboratoire, analysés et interprétés avec précision ; puis les résultats doivent être acheminés de manière fiable pour parvenir aux agents de santé. La patiente doit recevoir ses résultats et bénéficier du suivi ou du traitement nécessaire. Tout au long de ce parcours, il existe donc de nombreuses possibilités que des problèmes logistiques viennent faire obstacle à l'efficacité du programme de dépistage.

La cytologie en milieu liquide présente certains avantages par rapport aux méthodes conventionnelles. Les échantillons obtenus sont plus représentatifs de l'ensemble de la zone de prélèvement, le taux d'échantillons ininterprétables est généralement plus faible et le risque que des cellules inflammatoires ou des cellules sanguines viennent faire écran aux cellules à examiner est également moins important que sur une lame. En outre, l'interprétation de chaque échantillon est plus rapide, et le matériel prélevé permet aussi la recherche de l'ADN du VPH et d'autres IST. Mais cette technique est coûteuse et nécessite le recours à une technologie de pointe, notamment à un laboratoire sophistiqué et à des techniciens hautement qualifiés. Les données dont on dispose actuellement ne permettent pas de démontrer que la cytologie en milieu liquide est plus efficace que la cytologie conventionnelle pour diminuer la morbidité et la mortalité associée au cancer du col.

Comme toutes les méthodes de dépistage, le dépistage basé sur la cytologie nécessite la mise en œuvre de programmes de contrôle de la qualité et de programmes d'assurance de la qualité opérationnels (des informations supplémentaires sur l'assurance continue de la qualité se trouvent au Chapitre 2, notamment à la Section 2.2.4 traitant du suivi et de l'évaluation des programmes).

### 5.3.4 Comparaison des différentes méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Le Tableau 5.1 donne un récapitulatif et une comparaison des procédures, des points forts et des limites des trois méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (méthodes moléculaires, visuelles et cytologiques), y compris des deux méthodes basées sur la cytologie : le frottis conventionnel et la cytologie en milieu liquide.

**Tableau 5.1. Comparaison des caractéristiques des différentes méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
Méthode de dépistage moléculaire : test de recherche de l'ADN du VPH	L'échantillon est prélevé par un agent de santé ou par la femme elle-même, conservé dans un flacon avec une solution de conservation appropriée et envoyé au laboratoire (ou analysé immédiatement sur site si le nouveau test est utilisé).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le prélèvement de l'échantillon est simple, et peut être réalisé par la patiente elle-même.</li> <li>Le résultat du test est un critère de jugement bien défini.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La réalisation du test nécessite l'emploi de fournitures et d'équipements commercialisés sous une marque déposée, parfois difficilement accessibles.</li> <li>Le coût unitaire est souvent élevé.</li> <li>Le stockage du matériel nécessaire pour les tests peut être problématique.</li> </ul>

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec l'utilisation du nouveau test permettant de faire l'analyse sur place et d'obtenir les résultats rapidement, un résultat positif peut être suivi immédiatement d'un traitement (c'est-à-dire avec une approche à visite unique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conditions à respecter pour le transport des échantillons et pour les analyses de laboratoire sont généralement complexes.</li> <li>• Avec l'utilisation de l'un des tests VPH disponibles actuellement, les résultats ne sont pas obtenus immédiatement, ce qui oblige la patiente à faire plusieurs visites et augmente le risque de pertes de vue.</li> </ul>
<p><b>Méthode de dépistage visuelle :</b>  <b>inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)</b></p>	<p>Un agent de santé qualifié examine le col de l'utérus au moins 1 minute après l'avoir badigeonné d'acide acétique (3 à 5 %) afin de visualiser les modifications cellulaires au niveau du col.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette méthode est relativement simple et bon marché.</li> <li>• Les résultats sont disponibles immédiatement.</li> <li>• L'IVA peut être effectuée par toute une gamme de personnels de santé après une formation de courte durée.</li> <li>• Les besoins en infrastructure sont minimes.</li> <li>• Un résultat positif peut être suivi d'un traitement immédiat (c'est-à-dire avec une approche à visite unique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après leur formation, les agents de santé qui réalisent l'IVA doivent bénéficier d'une supervision initiale, puis d'une formation continue (cours de recyclage) ainsi que d'un contrôle de la qualité et d'une assurance de la qualité.</li> <li>• Le résultat du test est un critère de jugement subjectif ; il existe une grande variabilité d'un agent de santé à un autre dans l'exactitude des résultats.</li> <li>• L'IVA n'est pas appropriée pour de nombreuses femmes ménopausées.</li> </ul>

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
<p><b>Méthode de dépistage basée sur la cytologie :</b></p> <p>a. cytologie conventionnelle (frottis conventionnel ou méthode de Papanicolaou)</p>	<p>Un échantillon de cellules du col de l'utérus est prélevé par un agent de santé à l'aide d'une spatule et/ou d'une petite brosse, fixé sur une lame et examiné au laboratoire par un cytotechnicien formé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données ont montré que cette méthode est efficace pour diminuer le cancer du col dans les situations où le système est fonctionnel.</li> <li>• Elle bénéficie d'une très bonne acceptabilité dans les situations où les ressources sont importantes.</li> <li>• La formation ainsi que les mécanismes de contrôle de la qualité et d'assurance de la qualité sont bien établis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthode est difficile à mettre en place et il est difficile de la maintenir opérationnelle.</li> <li>• Des systèmes doivent être en place pour assurer le retour et la transmission rapides des résultats des tests ainsi que la fourniture des soins de suivi aux femmes chez qui le dépistage s'avère positif.</li> <li>• Un transport est nécessaire pour les échantillons vers le laboratoire et en retour pour les résultats vers les services de santé.</li> <li>• Les programmes basés sur la cytologie doivent disposer d'un contrôle de la qualité et d'une assurance de la qualité des activités cliniques et des activités de laboratoire.</li> <li>• L'interprétation est subjective.</li> <li>• Les résultats ne sont pas disponibles immédiatement ; les patientes doivent donc venir pour plusieurs visites, ce qui augmente le risque de les perdre de vue.</li> </ul>

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
b. cytologie en milieu liquide	Un échantillon de cellules du col de l'utérus est prélevé par un agent de santé à l'aide d'une spatule et/ou d'une petite brosse, plongé dans une solution de conservation et envoyé à un laboratoire pour être traité et examiné par un cytotechnicien formé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois que les cytotechniciens sont compétents, les échantillons pour cytologie en milieu liquide sont examinés plus rapidement.</li> <li>• Les échantillons peuvent également être utilisés pour d'autres tests moléculaires (par exemple pour la recherche d'ADN du VPH).</li> <li>• La formation ainsi que les mécanismes de contrôle de la qualité et d'assurance de la qualité sont bien établis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le coût des fournitures et des installations de laboratoire est plus élevé pour la cytologie en milieu liquide que pour la cytologie conventionnelle.</li> <li>• Les autres limites sont les mêmes que pour la cytologie conventionnelle.</li> </ul>

Se référer à la Fiche pratique 5.7 sur le conseil pour une femme chez qui le test de dépistage s'avère positif. Des modèles de formulaires (11.1 et 11.2) pour les résultats des tests de dépistage ainsi que pour le suivi et la répétition du dépistage se trouvent à l'Annexe 11.



Conseil Dépistage positif

## 5.4 Tests diagnostiques pour la détection des lésions précancéreuses du col de l'utérus

### 5.4.1 Rôle des tests diagnostiques

Un test diagnostique, ou test de confirmation, est un test médical effectué pour faciliter le diagnostic ou la détection d'une maladie. Toutes les femmes chez qui le test de dépistage des anomalies du col de l'utérus s'avère positif ne présentent pas dans les faits une lésion précancéreuse du col. Un test diagnostique est donc parfois utilisé dans un second temps pour poser un diagnostic de certitude (confirmer le diagnostic) pour des lésions précancéreuses ou un cancer du col de l'utérus. La réalisation de tests diagnostiques a des implications majeures en termes d'utilisation des ressources. Elle peut créer des obstacles importants à l'accès des femmes aux services, avec pour conséquences éventuelles un retard de traitement et/ou une augmentation du nombre de femmes perdues de vue et qui ne bénéficieront jamais d'un traitement de leurs lésions précancéreuses. En outre, les résultats donnés par les outils diagnostiques

peuvent aussi être des faux positifs ou des faux négatifs, ce qui embrouille les choses plus que cela ne les clarifie pour la prise en charge des patientes. Dans les situations où les ressources ne sont pas disponibles ou lorsque le taux de pertues de vue est élevé, la réalisation d'un test diagnostique ne doit pas être rendue obligatoire avant le traitement des lésions précancéreuses.

#### 5.4.2 Outils diagnostiques, formation et structures de santé

Les tests diagnostiques des lésions précancéreuses du col de l'utérus les plus couramment utilisés sont la colposcopie, la biopsie et le curetage endocervical. Leur mise en œuvre nécessite des ressources importantes et une formation poussée. Ils peuvent être réalisés au niveau des soins de santé primaires par des médecins et des agents de santé de niveau intermédiaire si ceux-ci bénéficient d'une supervision de soutien appropriée après une formation axée sur les compétences, et à condition qu'un colposcope, une pince à biopsie et une curette endocervicale soient disponibles à ce niveau. Le plus souvent, ces tests sont effectués en consultation externe dans des structures de soins de niveau secondaire (hôpital de district).

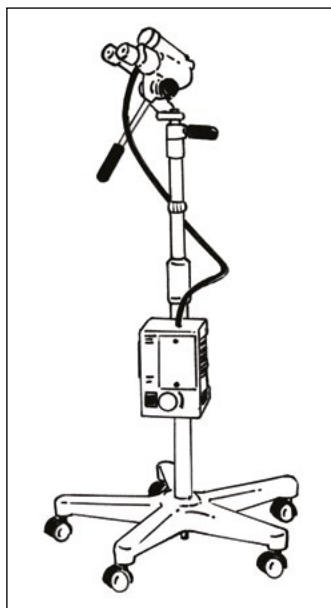
#### 5.4.3 Colposcopie

La colposcopie consiste à examiner la vulve, le vagin et le col de l'utérus avec un instrument équipé d'une lentille grossissante et d'une puissante source de lumière, ce qui permet d'analyser les caractéristiques de la couche épithéliale (surface) et des vaisseaux sanguins avoisinants. Cet examen peut être réalisé à l'aide d'un colposcope, qui est un appareil spécial dont le coût est élevé (Figure 5.2). Depuis peu, il est aussi parfois réalisé à l'aide de caméras vidéo ou d'appareils photo numériques spécialement conçus pour cet examen. La colposcopie est habituellement utilisée chez des patientes chez qui un test de dépistage s'avère positif, afin de vérifier la présence, l'étendue et le type de lésions précancéreuses ou cancéreuses, de guider la réalisation de biopsies de toutes les zones anormales observées et d'aider à déterminer lequel de la cryothérapie, de la RAD ou de la conisation à froid est le traitement le plus approprié. Elle doit être réalisée par des agents de santé hautement qualifiés ; elle ne constitue pas un outil approprié pour le dépistage ni une étape indispensable entre le dépistage et le traitement (se référer à la Fiche pratique 5.8 sur la colposcopie).



Colposcopie

Figure 5.2. Colposcope



#### 5.4.4 Biopsie

La biopsie du col de l'utérus consiste à prélever de petits échantillons de tissu anormal afin de les examiner au microscope pour obtenir un diagnostic. Les biopsies peuvent être prélevées dans des régions du col de l'utérus pour lesquelles l'examen par IVA s'avère positif ou qui présentent des anomalies faisant suspecter l'existence d'un cancer. Lorsqu'une lésion ou une structure anormale du col n'est pas visible à l'œil nu, la colposcopie peut aider à repérer le ou les sites où une ou plusieurs biopsies devront être prélevées. Les biopsies sont habituellement prélevées dans chaque zone anormale, mais le prélèvement de biopsies au hasard peut être utile dans certaines circonstances. Le prélèvement se fait à l'aide d'une pince à biopsie spéciale (Figure 5.3) et par du personnel formé.

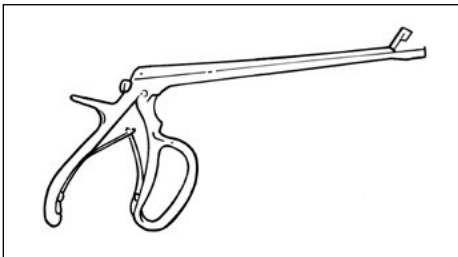
La biopsie est utilisée pour déterminer la sévérité du stade des modifications cellulaires au niveau du col et pour éliminer la présence d'un cancer. Une fois examinées, les biopsies sont classées en différents stades : normal, néoplasie cervicale intraépithéliale (en anglais : *cervical intraepithelial neoplasia*, soit CIN) ou cancer invasif. Dans certaines situations, les lésions précancéreuses sont classées comme lésions précancéreuses de bas grade (CIN1) ou de haut grade (CIN2 et CIN3, formant ensemble la catégorie CIN2+). La classification est basée sur l'épaisseur de l'épithélium anormal : plus les cellules anormales sont retrouvées sur une épaisseur importante à partir de la

membrane basale jusque vers la surface, plus le degré de CIN est élevé (la Figure 1.12 à la Section 1.3 du Chapitre 1 intitulé « Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus » donne une représentation graphique de l'évolution des lésions pre-cancéreuses vers un cancer). La sévérité des anomalies donne des informations cruciales pour le traitement à recommander : les lésions de haut grade (CIN2+) sont des lésions précancéreuses modérées ou sévères qui doivent être traitées, alors que les lésions CIN1 sont des anomalies bénignes généralement dues à une infection par un type de VPH à faible risque plutôt que de véritables précurseurs d'un cancer du col de l'utérus, et ne sont en général pas traitées. Si la biopsie montre la présence d'un cancer du col de l'utérus, la patiente doit être orientée vers un service spécialisé pour bénéficier d'un traitement (Chapitre 6).

Pour utiliser la biopsie comme outil diagnostique, il faut être en mesure de transporter les échantillons de biopsie, disposer d'un laboratoire adéquat et de techniciens formés pour traiter les échantillons et interpréter les résultats, et être sûr que la patiente reviendra pour recevoir ses résultats et bénéficier de la prise en charge et du traitement recommandés. Il faut également qu'un programme de contrôle de la qualité et qu'un programme d'assurance de la qualité continu soient en place afin de s'assurer que les échantillons de tissus sont traités et analysés correctement (se référer à la Fiche pratique 5.9 sur la biopsie et le curetage endocervical).



Figure 5.3. Pince à biopsie du col de l'utérus



### 5.4.5 Curetage endocervical

Le curetage endocervical est une procédure simple qui ne prend que quelques minutes : des cellules sont obtenues en grattant délicatement l'intérieur du canal endocervical à l'aide d'un instrument spécial ou d'une spatule mince, puis placées dans un flacon contenant une solution de fixation et envoyées dans un laboratoire pour être examinées. Le curetage endocervical est utilisé dans les cas suivants : (1) dans les cas rares où le test de dépistage par cytologie est positif, mais sans lésion cervicale visible à la colposcopie, l'agent de santé suspectant alors la présence d'une lésion cachée à l'intérieur du canal endocervical ; (2) lorsque le frottis conventionnel ou la cytologie en milieu liquide a révélé la présence d'une lésion glandulaire, qui provient habituellement de l'épithélium cylindrique situé à l'intérieur du canal endocervical ; (3) en cas d'observation d'anomalies



pouvant provenir de l'intérieur du canal endocervical lors d'un examen colposcopique ; et (4) lorsque la JPC n'est pas visible entièrement alors que la présence d'une lésion est déjà suspectée (Fiche pratique 5.9).

Dans de nombreux endroits, le prélèvement d'un échantillon obtenu à l'aide d'une brosse endocervicale peut être utilisé comme approche équivalente en remplacement d'un curetage endocervical (Fiche pratique 5.6).



Cytologie

Comme pour les biopsies, l'échantillon une fois obtenu par curetage endocervical doit être transporté et interprété au laboratoire, puis les résultats communiqués à la patiente, autant d'éléments essentiels à la réussite des programmes.

L'agent de santé doit informer la patiente de la date à laquelle les résultats seront prêts et lui demander de revenir dès que possible pour les lui donner et en parler. Lors de cette visite de retour, les options thérapeutiques doivent être discutées sur la base du résultat de la biopsie et/ou du curetage endocervical, et le traitement choisi réalisé si possible immédiatement. Les femmes qui ne reviennent pas comme demandé doivent être contactées, et recevoir leur résultat ainsi que des informations sur le traitement dont elles ont besoin, le cas échéant.

Biopsie et  
curetage  
endocervical

Des informations supplémentaires sur le conseil, sur la manière de rendre à une femme un résultat de biopsie positive et sur la manière de s'assurer que la femme reçoit bien la prise en charge dont elle a besoin ou est bien orientée sur un service spécialisé pour recevoir des soins se trouvent aux Chapitres 3, 6 et 7.

### 5.4.6 Situations particulières en cas de colposcopie, de biopsie ou de curetage endocervical

#### **a. La zone de remaniement n'est pas entièrement visible**

Dans ce cas, il faut effectuer un curetage endocervical. Si cela n'est pas possible et que le test de dépistage a révélé la présence possible d'une lésion de haut grade, il faut réaliser une RAD ou une conisation à froid. Chez la femme ménopausée, il arrive que la zone de remaniement ait entièrement disparu à l'intérieur du canal cervical.

#### **b. La femme est enceinte**

La grossesse n'est pas le moment idéal pour effectuer un test de dépistage. Toutefois, si un test de dépistage est effectué au cours de la grossesse et que les résultats montrent la présence d'anomalies, ou si une lésion est observée lors de l'examen au spéculum, la patiente doit être orientée vers un service où elle pourra bénéficier d'une colposcopie. La réalisation de biopsies au cours de la grossesse peut entraîner des saignements importants. Sauf si la colposcopie montre des lésions faisant suspecter la présence

d'un cancer invasif, il est préférable de donner à la patiente un rendez-vous pour revenir 6 à 12 semaines après l'accouchement pour une nouvelle évaluation par colposcopie avec prélèvement éventuel de biopsies. En cas de suspicion de cancer, la patiente doit être orientée immédiatement vers un spécialiste dans un hôpital de soins tertiaires.

### ***c. La femme est infectée par le VIH***

Que la femme soit infectée ou non par le VIH, la prise en charge des anomalies, y compris la réalisation d'une colposcopie et de biopsies, doit rester la même. Pendant le processus de guérison suivant la réalisation d'une procédure, il est possible que les femmes vivant avec le VIH excrètent une plus grande quantité de virus. Au cours du conseil, il est très important que l'agent de santé insiste auprès de la patiente pour que celle-ci explique la situation à son(ses) partenaire(s) et qu'elle s'abstienne de tout rapport sexuel jusqu'à la guérison.

## **5.4.7 Comparaison des méthodes de diagnostic des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

Le Tableau 5.2 donne un récapitulatif et une comparaison des procédures, des points forts et des limites des trois méthodes de diagnostic des lésions précancéreuses du col de l'utérus : colposcopie, biopsie et curetage endocervical.

**Tableau 5.2. Comparaison des caractéristiques des différentes méthodes de diagnostic des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

<b>Méthode</b>	<b>Procédure</b>	<b>Points forts</b>	<b>Limites</b>
Colposcopie	La vulve, le vagin et le col de l'utérus sont examinés avec un colposcope (ou un dispositif similaire), instrument équipé d'une lentille grossissante et d'une puissante source de lumière.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La colposcopie permet d'examiner les caractéristiques des tissus et des vaisseaux sanguins avoisinants.</li> <li>• Elle peut être utilisée pour guider la réalisation de biopsies de toutes les zones anormales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La colposcopie demande des ressources importantes ; elle nécessite des agents de santé formés, des équipements spécialisés et un service d'anatomopathologie.</li> <li>• Elle ne doit pas être utilisée comme méthode de dépistage.</li> <li>• Lorsqu'elle n'est pas disponible facilement, le bon fonctionnement du système peut être entravé, ce qui peut conduire à perdre de vue certaines patientes.</li> </ul>

Suite page suivante

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
Biopsie	De petits échantillons de tissu anormal sont prélevés pour être examinés au microscope afin d'obtenir un diagnostic.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La biopsie permet d'obtenir la confirmation histologique du diagnostic d'une lésion, y compris de confirmer ou d'infirmer la présence d'un cancer du col de l'utérus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La biopsie demande des ressources importantes ; elle nécessite des agents de santé formés, des équipements spécialisés et un service d'anatomopathologie.</li> </ul>
Curetage endocervical	Des cellules sont obtenues en grattant délicatement l'intérieur du canal endocervical, puis envoyées dans un laboratoire pour être analysées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le curetage endocervical permet d'obtenir un échantillon de cellules provenant d'une zone du col non visible à l'œil nu ou à la colposcopie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le curetage endocervical demande des ressources importantes ; elle nécessite des agents de santé formés, des équipements spécialisés et un service d'anatomopathologie.</li> <li>• Il peut causer des crampes.</li> <li>• Les résultats peuvent être difficiles à interpréter si les échantillons de tissu sont fragmentés.</li> </ul>

Des exemples de formulaires (11.3 et 11.4) relatifs aux évaluations diagnostiques sont disponibles à l'Annexe 11.

### 5.5 Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Les femmes qui présentent une lésion précancéreuse doivent bénéficier d'un traitement efficace, qui est généralement fourni par un agent de santé qualifié dans un établissement de soins de santé primaires (c'est-à-dire dans un centre de santé). Par contre, en cas de suspicion ou de diagnostic de cancer invasif, le traitement doit être fourni par un agent de santé spécialisé à un niveau supérieur du système de soins (c'est-à-dire dans un hôpital). Dans le contexte d'une approche « dépistage et traitement », le traitement est réalisé immédiatement après chaque test de dépistage qui s'avère positif, sans confirmation du diagnostic.

L'objectif du traitement est de détruire ou de supprimer les zones du col de l'utérus où a été identifiée la présence d'une lésion précancéreuse. Les méthodes de traitement

peuvent être le traitement par destruction (destruction des tissus anormaux par combustion ou congélation) ou le traitement par exérèse (exérèse chirurgicale des tissus anormaux). Avec les méthodes de traitement par destruction, il n'est pas possible d'obtenir un échantillon de tissu pour réaliser un examen histopathologique de confirmation.

Chaque méthode de traitement a une liste de critères à remplir et à vérifier avant de procéder au traitement. Cette section traite de l'utilisation de la cryothérapie, de la RAD et de la conisation à froid. Il existe d'autres formes de traitement, par exemple l'exérèse ou la destruction au laser, mais leur disponibilité est limitée et elles ne sont donc pas abordées dans ce document.

L'hystérectomie est rarement une méthode appropriée de traitement des lésions précancéreuses. Sauf s'il existe d'autres raisons impérieuses de procéder à l'ablation de l'utérus, l'hystérectomie ne doit pas être effectuée pour le traitement de lésions précancéreuses.

Le choix du traitement dépend des critères suivants :

- les avantages et les inconvénients de chaque méthode
- l'emplacement, l'étendue et la gravité de la lésion
- les coûts et les ressources nécessaires pour fournir un traitement
- la formation et l'expérience de l'agent de santé.

Quelle que soit la méthode de traitement recommandée par l'agent de santé, la femme doit recevoir des informations sur les procédures à utiliser afin qu'elle puisse faire un choix éclairé. Le consentement de la patiente doit être obtenu avant la réalisation de la procédure. Il peut être donné par voie orale (Fiche pratique 5.1).



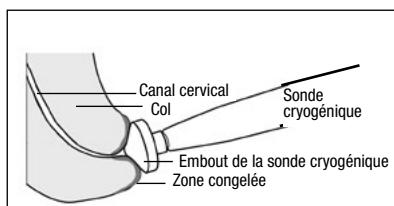
En cas de suspicion de cancer : si une patiente présente une anomalie au niveau du col de l'utérus qui fait suspecter la présence d'un cancer, la patiente ne doit pas être traitée par cryothérapie, RAD ou conisation à froid. L'étape suivante appropriée dans son cas est la réalisation d'une biopsie au niveau du col pour confirmer ou infirmer le diagnostic de cancer (Chapitre 6). Si l'agent de santé a eu la formation requise et dispose de l'équipement approprié, il peut effectuer la biopsie. Dans le cas contraire, il doit orienter la patiente vers le service approprié pour qu'elle puisse bénéficier rapidement d'une évaluation.

### 5.5.1 Cryothérapie

La cryothérapie élimine les lésions précancéreuses sur le col de l'utérus en les congelant (méthode de traitement par destruction). Elle consiste à appliquer à leur surface un disque de métal porté à très basse température (sonde cryogénique) et à congeler les zones anormales (ainsi que les zones normales) couvertes par la sonde (Figure 5.4). La congélation par la sonde cryogénique se fait en utilisant de la neige carbonique (CO<sub>2</sub>) ou de l'azote liquide (N<sub>2</sub>O) contenu dans un réservoir. La cryothérapie

peut être pratiquée à tous les niveaux du système de santé par différentes catégories d'agents de santé (médecins, personnel infirmier et sages-femmes) spécialisés dans l'examen gynécologique et formés à la cryothérapie. Sa réalisation prend environ 15 minutes et elle est généralement bien tolérée (provoque uniquement une sensation légèrement désagréable). Elle peut donc être effectuée sans anesthésie. Après la cryothérapie, la zone congelée guérit progressivement et elle est remplacée par un épithélium normal.

Figure 5.4. Position de la sonde cryogénique sur le col et formation de la glace



**Critères à remplir.** Les femmes chez qui le dépistage s'avère positif (par exemple lors d'un dépistage par IVA) ou les femmes qui présentent des lésions CIN2+ confirmées par l'examen histologique remplissent les critères pour être traitées par cryothérapie si la totalité de la lésion et de la JPC sont visibles, et que la lésion ne recouvre pas plus que les trois quarts de l'exocol. Si la lésion est plus large que la sonde cryogénique utilisée ou si elle s'étend à l'intérieur du canal endocervical, la patiente ne peut pas être traitée par cryothérapie. Le traitement par cryothérapie ne doit également pas être utilisé en cas de suspicion de cancer invasif. (Se référer au Tableau FP5.10.1.)

**Après l'intervention.** Le tissu cervical prend environ un mois pour se régénérer. La patiente doit être avertie qu'elle peut pendant ce temps présenter des pertes aqueuses abondantes et doit éviter d'avoir des rapports sexuels jusqu'à la disparition de ces pertes, ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle.



Des informations supplémentaires sur la cryothérapie se trouvent dans la Fiche pratique 5.10 et dans le document *Lignes directrices de l'OMS : utilisation de la cryothérapie pour le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale*.<sup>4</sup>

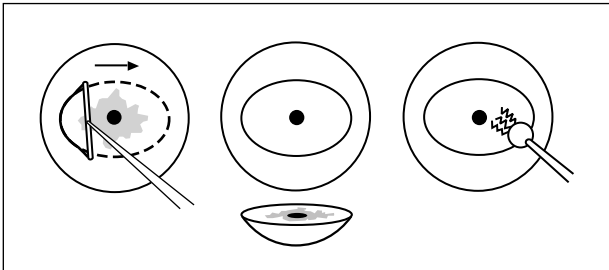
### 5.5.2 Résection à l'anse diathermique

La RAD consiste à retirer les zones anormales du col de l'utérus à l'aide d'une fine anse métallique reliée à un générateur électrochirurgical. Cette anse permet de couper les tissus et d'assurer l'hémostase dans le même temps, cette hémostase étant ensuite

<sup>4</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855_fre.pdf?ua=1).

complétée à l'aide d'une électrode à boule (Figure 5.5). La RAD vise à éliminer la lésion et la zone de remaniement dans sa totalité. Le tissu prélevé peut être envoyé au laboratoire pour un examen histopathologique, ce qui permet d'évaluer l'étendue de la lésion. La RAD a donc un double objectif : elle permet d'enlever la lésion (et de traiter ainsi les lésions précancéreuses) et aussi d'obtenir un échantillon pour un examen anatomopathologique. La procédure peut être réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale et prend généralement moins de 30 minutes. Après une RAD, la patiente doit cependant rester quelques heures dans le service de consultations externes pour s'assurer qu'aucune hémorragie ne surviendra.

**Figure 5.5. Résection à l'anse diathermique d'une lésion de l'exocol en un seul passage : exérèse de la lésion à l'aide d'une électrode métallique et hémostase à l'aide d'une électrode à boule.**



La RAD est une procédure chirurgicale relativement simple, mais elle ne doit être réalisée que par un agent de santé dûment formé disposant de compétences avérées dans sa réalisation et dans l'identification et la prise en charge des complications peropératoires et postopératoires, comme les hémorragies. L'agent de santé peut donc par exemple être un gynécologue. Il est préférable de réaliser la RAD dans une structure de soins où des renforts sont disponibles pour la prise en charge des problèmes éventuels ; dans la plupart des cas, le fait de devoir respecter ces conditions limitera l'utilisation de la RAD aux structures de soins du niveau secondaire (hôpitaux de district) ou d'un niveau supérieur.

**Critères à remplir.** Les femmes chez qui le dépistage s'avère positif (par exemple lors d'un dépistage par IVA) ou les femmes qui présentent des lésions CIN2+ confirmées par l'examen histologique remplissent les critères pour être traitées par RAD s'il n'y a pas de suspicion de cancer invasif.

**Après l'intervention.** La patiente doit être avertie qu'elle pourra ressentir de légères crampes pendant quelques jours et présenter des pertes vaginales pendant un mois au maximum. Ces pertes pourront s'accompagner de saignements pendant 7 à 10 jours, puis prendre une couleur jaunâtre. Le tissu cervical prend environ un mois pour se régénérer. La patiente doit donc aussi être avertie qu'elle doit éviter d'avoir des rapports sexuels pendant cette période, ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle.

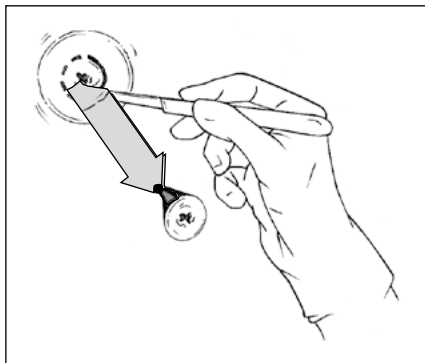
Des informations supplémentaires sur la RAD se trouvent dans la Fiche pratique 5.11.



### 5.5.3 Conisation à froid

La conisation à froid consiste à retirer du col de l'utérus une région en forme de cône comprenant une partie de sa portion externe (exocol) et de sa portion interne (endocol) (Figure 5.6). La quantité de tissu prélevée dépendra de la taille de la lésion et de la probabilité de trouver un cancer invasif. Le tissu prélevé est envoyé au laboratoire d'anatomopathologie pour obtenir un diagnostic et une analyse histologique afin de s'assurer que la totalité du tissu anormal a bien été retirée. La conisation à froid est habituellement réalisée dans un hôpital qui dispose des infrastructures, des équipements, ainsi que des fournitures nécessaires et d'agents de santé formés. Elle ne doit être réalisée que par des agents de santé ayant des compétences en chirurgie (par exemple des gynécologues ou des chirurgiens formés à cette procédure) ainsi que les compétences voulues pour identifier et prendre en charge les complications éventuelles, comme les hémorragies. La procédure est réalisée en moins d'une heure et se fait sous anesthésie générale ou régionale (rachianesthésie ou épidurale). La patiente peut sortir de l'hôpital le même jour ou le lendemain de l'intervention.

Figure 5.6. Retrait d'une zone en forme de cône du col de l'utérus



**Critères à remplir.** La conisation à froid doit être réservée aux cas qui ne peuvent pas être traités par cryothérapie ou par RAD. Son utilisation peut être envisagée en cas de lésions précancéreuses glandulaires ou de cancer microinvasif du col de l'utérus (Chapitre 6).

**Après l'intervention.** Après une conisation à froid, la patiente doit être avertie qu'elle pourra ressentir de légères crampes pendant quelques jours et présenter des pertes vaginales sanglantes qui prendront une couleur jaunâtre après 7 à 14 jours. Le tissu cervical prend environ 4 à 6 semaines pour guérir (selon l'ampleur de l'intervention). La patiente doit être avertie qu'elle doit éviter d'avoir des rapports sexuels pendant cette période, ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle.

Des informations supplémentaires sur la conisation à froid se trouvent dans la Fiche pratique 5.12.



Conisation à froid

5

Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

### 5.5.4 Comparaison des méthodes de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Le Tableau 5.3 donne un récapitulatif et une comparaison des procédures, des points forts et des limites des trois méthodes de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : cryothérapie, RAD et conisation à froid.

**Tableau 5.3. Comparaison des caractéristiques des différentes méthodes de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

Méthode	Procédure	Points forts	Limites
Cryothérapie	Un disque de métal porté à très basse température est appliqué sur le col dans le but de congeler et donc de détruire les lésions précancéreuses, avec régénération ultérieure de l'épithélium normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'équipement est simple et relativement peu coûteux.</li> <li>• La cryothérapie peut être réalisée par un médecin et par du personnel non médecin formés et compétents. La formation dure quelques jours.</li> <li>• La cryothérapie est réalisée en ambulatoire, et peut être réalisée dans un contexte de soins de santé primaires.</li> <li>• Elle est rapide (la méthode par double congélation prend environ 15 minutes).</li> <li>• Il n'est pas nécessaire de faire une anesthésie.</li> <li>• Il n'est pas nécessaire de disposer de l'électricité.</li> <li>• Dans le contexte d'une approche « dépistage et traitement », un traitement peut être proposé immédiatement après un résultat positif, au cours de la même visite, ce qui permet de maximiser la couverture du traitement et de diminuer le nombre de perdues de vue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun échantillon de tissu ne sera disponible pour un examen histopathologique.</li> <li>• Un approvisionnement fiable en neige carbonique ou en azote liquide est nécessaire.</li> <li>• La cryothérapie est suivie de pertes aqueuses abondantes pendant un mois.</li> </ul>

Suite page suivante



Méthode	Procédure	Points forts	Limites
<b>Résection à l'anse diathermique (RAD)</b>	Les zones anormales du col de l'utérus sont retirées à l'aide d'une fine anse métallique reliée à un générateur électrochirurgical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La RAD permet d'obtenir un échantillon qui sera soumis à un examen histopathologique, ce qui permet d'exclure un cancer invasif.</li> <li>• Elle peut être effectuée en ambulatoire à un niveau de soins de santé secondaires.</li> <li>• Elle est rapide (10 à 15 minutes) et techniquement simple pour un agent de santé formé à sa réalisation.</li> <li>• Dans le contexte d'une approche « dépistage et traitement », un traitement peut être proposé immédiatement après un résultat positif, au cours de la même visite, ce qui permet de maximiser la couverture du traitement et de diminuer le nombre de perdues de vue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La RAD nécessite une formation poussée.</li> <li>• Elle doit être réalisée dans une structure de soins où il sera possible de traiter les complications éventuelles.</li> <li>• Les bords des échantillons peuvent être carbonisés, rendant parfois difficile l'analyse histologique des bords des lésions.</li> <li>• L'équipement nécessaire est assez sophistiqué et doit être entretenu.</li> <li>• La RAD nécessite de l'électricité.</li> <li>• Elle nécessite une anesthésie locale.</li> </ul>
<b>Conisation à froid</b>	Une zone en forme de cône est retirée du col de l'utérus (avec une partie de la portion externe et une partie de la portion interne du col).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un échantillon chirurgical à bords nets est retiré en un seul morceau, ce qui facilite l'évaluation des bords pour déterminer si l'exérèse de la zone atteinte était complète, et permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'un cancer invasif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conisation à froid nécessite une anesthésie générale ou une rachianesthésie.</li> <li>• Elle doit être réalisée par des agents de santé hautement qualifiés, ayant une formation chirurgicale.</li> <li>• Elle doit être réalisée dans un bloc opératoire.</li> </ul>

## 5.6 Complications possibles et suivi après le traitement

5

Chapitre 5. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

### 5.6.1 Complications possibles

Les trois modalités de traitement peuvent présenter des complications similaires dans les jours suivant la réalisation de la procédure. Toutes ces complications peuvent être dues à la poursuite des saignements au niveau du vagin ou du col de l'utérus ou à une infection qui doit être traitée. Des informations sur le traitement des infections du col de l'utérus et des infections génitales hautes se trouvent à l'Annexe 12.

Toute patiente ayant bénéficié d'un traitement par cryothérapie, RAD ou conisation à froid doit être avertie qu'elle doit consulter sans tarder dans l'établissement le plus proche si elle présente l'un des symptômes suivants :

- saignements (d'une quantité supérieure aux règles)
- fièvre.

### 5.6.2 Suivi après le traitement

Une visite de suivi comprenant un dépistage des anomalies du col de l'utérus est recommandée 12 mois après le traitement pour faire une évaluation après traitement et détecter les éventuelles récurrences. Si ce dépistage de suivi s'avère négatif, la femme peut reprendre le programme de dépistage systématique selon le calendrier habituel.

Il existe une exception : lorsque le résultat de l'analyse histopathologique de l'échantillon obtenue lors du traitement par RAD ou conisation indique la présence d'une lésion CIN3 ou d'un adénocarcinome in situ. Il est alors recommandé de faire un nouveau dépistage tous les ans pendant trois ans. Si ces nouveaux dépistages de suivi s'avèrent négatifs, la femme peut reprendre le programme de dépistage systématique selon le calendrier habituel.

Lorsque le nouveau dépistage réalisé lors d'une visite de suivi après traitement d'une lésion précancéreuse du col de l'utérus s'avère positif (ce qui indique la persistance ou la réapparition d'une lésion précancéreuse), il faut faire un nouveau traitement. Si le traitement initial a été fait par cryothérapie, le nouveau traitement doit si possible être réalisé par RAD ou par conisation à froid.

Si le résultat de l'analyse histopathologique d'un échantillon obtenu par biopsie, RAD ou conisation à froid indique la présence d'un cancer, il est essentiel de contacter la patiente et de lui conseiller d'aller dès que possible consulter dans un hôpital de soins de santé tertiaires.

## 5.7 Établissement dans la pratique d'un lien entre le dépistage et le traitement

Pour que la prévention du cancer du col soit efficace, tout dépistage qui s'avère positif doit être lié à un traitement efficace. L'OMS a examiné les données disponibles relatives à deux approches pour établir un lien entre le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus :

1. l'approche « dépistage, diagnostic et traitement », et
2. l'approche « dépistage et traitement ».

### 5.7.1 Approche « dépistage, diagnostic et traitement »

Cette approche consiste à réaliser un test de dépistage, puis, en cas de résultat positif au test de dépistage, de mettre en place des mesures pour établir le diagnostic histologique et la gravité de la lésion précancéreuse, par exemple à l'aide d'une biopsie dirigée sous colposcopie. Le traitement est ensuite établi en fonction des résultats de la confirmation histologique. Par exemple, si une patiente présente une lésion CIN2+ confirmée par l'examen histologique, elle doit bénéficier d'un traitement (Section 5.5 et Encadré 5.1). Mais si l'examen histologique montre la présence d'un cancer, elle doit être orientée vers un hôpital de soins de santé tertiaires (Chapitre 6).

### ***Recommandations relatives au traitement dans le cadre d'une approche « dépistage, diagnostic et traitement »***

Un récapitulatif des recommandations de l'OMS basées sur des données factuelles pour les femmes qui présentent une lésion CIN2+ confirmée par l'examen histologique se trouve à l'Encadré 5.1. Ces recommandations ont été tirées du document *WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ (2014)*.<sup>5</sup> Cette publication contient l'ensemble des recommandations, accompagnées de remarques et des éléments à prendre en considération. Ces recommandations sont destinées à aider les agents de santé à comprendre et à expliquer en quoi consistent les lésions précancéreuses ainsi qu'à traiter ces lésions, et à aider les administrateurs de programme à concevoir des stratégies de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

---

<sup>5</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment\\_CIN\\_2-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/).

### Encadré 5.1. Récapitulatif des recommandations relatives au traitement

*Pour les femmes qui présentent une lésion CIN2+ confirmée par l'examen histologique, quel que soit leur statut par rapport au VIH*

Le groupe d'experts recommande (recommandation FORTE) :

- d'utiliser la cryothérapie plutôt que de ne pas faire de traitement ;
- d'utiliser la RAD plutôt que de ne pas faire de traitement ; et
- d'utiliser la conisation à froid plutôt que de ne pas faire de traitement.

Le groupe d'experts conseille (Recommandation SOUMISE À CONDITIONS) :

- d'utiliser la cryothérapie ou la RAD chez les femmes pour lesquelles l'utilisation de la cryothérapie ou la RAD est adaptée et lorsque ces méthodes sont disponibles.

Le groupe d'experts recommande (recommandation FORTE) :

- d'utiliser la cryothérapie plutôt que la conisation à froid chez les femmes pour lesquelles l'utilisation de la cryothérapie et l'utilisation de la conisation à froid sont adaptées ; et
- d'utiliser la RAD plutôt que la conisation à froid chez les femmes pour lesquelles l'utilisation de la RAD et l'utilisation de la conisation à froid sont adaptées.

*Pour les femmes qui présentent un adénocarcinome in situ confirmé par l'examen histologique, quel que soit leur statut par rapport au VIH*

Le groupe d'experts conseille (Recommandation SOUMISE À CONDITIONS) :

- d'utiliser la conisation à froid plutôt que la RAD.

### 5.7.2 Approche « dépistage et traitement »

L'ajout d'une étape de diagnostic après le dépistage et avant le traitement des lésions précancéreuses peut augmenter fortement le nombre de pertes de vue, car les patientes doivent venir dans la structure de soins pour des visites supplémentaires et parce que l'intervalle de temps entre le dépistage et le traitement est plus long. L'approche « dépistage et traitement » a été mise au point pour diminuer le nombre de pertes de vue. Cette stratégie est de plus en plus utilisée dans le monde.

L'approche « dépistage et traitement » utilise un test de dépistage dont le résultat est disponible soit immédiatement soit rapidement et qui permet de réaliser le traitement rapidement chez les femmes pour lesquelles le dépistage s'avère positif (met en évidence la présence d'une lésion précancéreuse). Le traitement est réalisé si possible le même jour et au même endroit (c'est-à-dire avec une approche à visite unique).

Si cela est impossible ou si la patiente refuse, le traitement peut alors être offert peu de temps après le dépistage à un moment convenu et à un endroit où la patiente peut se rendre facilement. L'approche « dépistage et traitement » élimine les visites supplémentaires et le temps requis pour réaliser l'étape du diagnostic.

Une limite à l'approche « dépistage et traitement » est que l'absence de l'étape de diagnostic peut avoir pour conséquence une augmentation des résultats faux positifs et donc du surtraitement. Toutefois, les inquiétudes au sujet du nombre de surtraitements doivent être mises en balance avec la faible morbidité associée au traitement par cryothérapie et avec les avantages au plan global d'obtenir des taux plus élevés de traitement. Un autre problème associé à l'approche « dépistage et traitement » est que lorsque la cryothérapie est effectuée immédiatement après un dépistage par IVA ou par test VPH, aucun échantillon de tissu ne sera disponible pour réaliser dans un second temps un examen histologique si nécessaire.

Pour tenter de diminuer le nombre de cas de surtraitement tout en conservant les avantages de l'approche « dépistage et traitement », une autre stratégie est de faire suivre un premier test de dépistage qui s'avère positif par un deuxième test de dépistage, et de ne traiter la patiente que si les deux tests sont positifs. Par exemple, lorsque le test VPH est utilisé comme test de dépistage unique dans une approche « dépistage et traitement », toutes les femmes pour qui le test VPH s'avère positif seront traitées. Certaines de ces femmes pour qui le test VPH s'avère positif présentent bien des lésions précancéreuses et seront traitées à bon escient, mais d'autres ne présentent pas de lésion précancéreuse et auront donc été traitées inutilement (surtraitement). Avec une stratégie qui utilise un second test, par exemple l'IVA, une femme pour qui le test VPH s'avère positif doit alors bénéficier d'un examen par IVA et ne sera traitée que si l'IVA est également positive. Si l'IVA est négative, elle ne sera pas traitée, mais bénéficiera d'un dépistage de suivi avec un autre test VPH dans les 12 mois. L'ajout d'un deuxième test ne permet cependant pas toujours d'obtenir un meilleur résultat, puisque le second test peut donner des résultats faux négatifs. Si le premier test est en fait un vrai positif et le second test est un faux négatif, alors la femme ne sera pas traitée, même si elle présente dans les faits une lésion précancéreuse. L'utilisation d'un deuxième test doit être soignée soigneusement. Dans le cas d'un premier test positif et d'un second test négatif, il peut être recommandé de faire un autre dépistage après 12 mois.

### **Recommandations relatives au traitement dans le cadre de l'approche « dépistage et traitement »**

Les recommandations présentées ci-dessous relatives au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont tirées du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus (2014)*.<sup>6</sup> Ces recommandations sont destinées à aider les agents de santé à comprendre et à expliquer en quoi consistent les lésions précancéreuses ainsi qu'à traiter ces lésions, et à aider les administrateurs de programme à concevoir des stratégies de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Des algorithmes « dépistage et traitement » faciles à utiliser sont disponibles aux Annexes 7 à 9 et les recommandations sont détaillées dans les lignes directrices qui ont été publiées et qui sont disponibles en ligne. Un récapitulatif des recommandations de l'OMS basées sur des données factuelles pour l'approche « dépistage et traitement » à utiliser lors de la prise de décisions pour la prise en charge des cas se trouve à l'Encadré 5.2. L'ensemble des recommandations se trouvent dans le document complet, accompagnées de remarques et des éléments à prendre en considération.

Les administrateurs de programme peuvent aussi consulter le Chapitre 2 qui contient des informations sur de nombreux autres facteurs à prendre en considération lors de la création d'un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus.



Annexe 7

Diagramme d'aide à la décision



Annexe 8

Stratégies « dépistage et traitement » : VIH-



Annexe 9

Stratégies « dépistage et traitement » : VIH+

<sup>6</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

### **Encadré 5.2. Résumé des recommandations « dépistage et traitement »**

Ces recommandations s'appliquent à toutes les femmes quel que soit leur statut par rapport au VIH, mais des recommandations spécifiques pour les femmes qui présentent une infection à VIH ont également été élaborées (Annexe 9).

**Le groupe d'experts**<sup>7</sup> recommande de ne pas utiliser la conisation à froid comme traitement dans une stratégie « dépistage et traitement ». Dans toutes les stratégies « dépistage et traitement » présentées ci-dessous, le traitement se fait donc par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie.

#### **Le groupe d'experts :**

- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par IVA et un traitement. Lorsque les ressources sont limitées et que le dépistage par test VPH n'est pas possible, le groupe d'experts conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par IVA et un traitement.
- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par cytologie suivie d'une coloscopie (avec ou sans biopsie) et un traitement. Dans les pays où une stratégie de dépistage appropriée et de bonne qualité s'appuyant sur la cytologie suivie d'une coloscopie existe déjà, les deux stratégies peuvent être utilisées.
- Recommande l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par IVA et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par cytologie suivie d'une coloscopie (avec ou sans biopsie) et un traitement. La recommandation d'une stratégie utilisant l'IVA plutôt qu'une stratégie utilisant la cytologie suivie d'une coloscopie peut s'appliquer à des pays qui envisagent actuellement la mise en place de l'une ou l'autre de ces stratégies, ou à des pays qui disposent actuellement de ces deux stratégies.

<sup>7</sup> Le groupe d'experts comprend l'ensemble des membres du Groupe d'orientation de l'OMS, du Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) et du Groupe d'examen externe (GEE). La version complète de ces lignes directrices est disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et un traitement.
- Conseille l'utilisation soit d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une IVA et un traitement, soit d'une stratégie associant un dépistage par test VPH et un traitement.
- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une IVA et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par IVA et un traitement.
- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une IVA et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par cytologie suivie d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et un traitement.
- Conseille l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une IVA et un traitement plutôt que l'utilisation d'une stratégie associant un dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie) et un traitement.



# 6

## **CHAPITRE 6. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTÉRUS**



## CHAPITRE 6. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTÉRUS

### Points essentiels

- Une femme chez qui un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus à un stade précoce a été posé peut habituellement être guérie lorsqu'elle reçoit un traitement efficace.
- Il est important que les agents de santé de tous les niveaux de soins soient capables de reconnaître et de prendre en charge rapidement les symptômes et les signes courants de cancer du col de l'utérus.
- Le diagnostic de certitude du cancer invasif du col de l'utérus est fait par l'examen histopathologique d'une biopsie.
- Une femme chez qui un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus a été posé doit si possible être orientée vers une structure de soins du niveau tertiaire pour y être traitée.
- Les options de traitement comprennent la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ; ces différentes options peuvent être utilisées en combinaison.
- Les patientes doivent être informées des effets secondaires possibles du traitement, notamment la stérilité, la ménopause, les sensations désagréables ou les douleurs au cours des rapports sexuels, et les éventuelles modifications au niveau de l'intestin ou de la vessie.
- Les patientes doivent être informées qu'elles devront être suivies à long terme dans l'unité de prise en charge du cancer où elles auront reçu leur traitement.
- Les agents de santé de niveau tertiaire doivent envoyer un compte-rendu détaillé du plan de traitement et de soins en cours aux agents de santé travaillant à proximité du domicile des patientes qui seront chargés de la gestion des soins de suivi.
- En l'absence de traitement, un cancer invasif du col de l'utérus est pratiquement toujours mortel.

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre est basé sur les lignes directrices de l'OMS suivantes :

*Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles. Note d'orientation de l'OMS. Genève, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146_fre.pdf?ua=1)).*

*Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2014 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/)).*

*Pratique chirurgicale de base dans les structures à moyens limités. OMS : Genève, 2011 ([http://www.who.int/publications/list/scdh\\_manual/fr/](http://www.who.int/publications/list/scdh_manual/fr/)).*

Les agents de santé des niveaux de soins primaires ou secondaires peuvent être amenés à diagnostiquer un cancer invasif chez une patiente et à l'orienter vers un établissement de niveau de soins tertiaires. Ils sont alors chargés de faire le relais entre le niveau de soins tertiaires (où la patiente va faire l'objet d'une classification du stade d'évolution de sa maladie et être traitée pour son cancer invasif) et la patiente elle-même, ainsi que sa famille et sa communauté.

Ce chapitre n'a pas vocation à être utilisé par les agents de santé du niveau tertiaire. Il est plutôt destiné en premier lieu aux agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires, pour les aider à comprendre les différents modes de prise en charge du cancer du col, à les expliquer à la patiente et à sa famille, et à communiquer avec les soignants des niveaux de soins tertiaires et communautaires. En outre, les agents de santé seront chargés de repérer et de prendre en charge les effets secondaires et les complications du traitement, et de réorienter la patiente vers le centre de traitement lorsque cela s'avèrera nécessaire.

Le principal objectif de ce chapitre est d'aider les agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires à comprendre comment le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué, comment il peut être pris en charge et comment il est possible d'expliquer le processus aux patientes et à leur famille. En outre, il devrait permettre à ces agents de santé de savoir comment communiquer de manière optimale avec les agents de santé des niveaux tertiaire et communautaire. Ces aspects sont abordés dans la Section 6.2, qui contient également certaines suggestions à l'intention des prestataires de soins tertiaire sur la manière de discuter de ses soins avec une patiente, en utilisant des termes non techniques, lorsqu'ils évoquent ce qu'implique un diagnostic du cancer du col.

Ce chapitre se poursuit par une explication de la classification du stade d'évolution du cancer du col (Section 6.3), puis par une vue d'ensemble des questions concernant le traitement du cancer du col (Section 6.4). Dans la Section 6.5, chaque type de traitement pouvant être accessible dans les établissements de soins tertiaires est décrit de manière succincte afin d'aider les agents de santé à expliquer ces traitements aux patientes. La Section 6.6 contient une description des aspects spécifiques à prendre en considération lorsque le cancer du col est diagnostiqué durant une grossesse ou chez des femmes vivant avec le VIH. En dernier lieu, si l'on en arrive à un point où le traitement est considéré comme inefficace et la maladie de la patiente, non curable, la Section 6.7 contient des éléments sur la manière dont les agents de santé du niveau de soins tertiaires peuvent aborder cela avec la patiente et les personnes accompagnantes de son choix. Cela concerne notamment la manière d'expliquer qu'il serait mieux pour la patiente de se faire soigner à son domicile durant le temps qui lui reste, par sa famille et sa communauté, avec, au besoin, le soutien des agents de santé de tous les niveaux.

Les fiches pratiques correspondant à ce chapitre contiennent des formulations non techniques utiles que les agents de santé de tous les niveaux peuvent utiliser pour discuter avec une patiente (et les personnes qu'elle choisit pour être avec elle) de sa maladie et de son traitement. Les thématiques spécifiques susceptibles d'être abordées comprennent notamment : les symptômes et le diagnostic, les traitements possibles dans les établissements de soins tertiaires et leurs effets secondaires, le pronostic, le suivi médical nécessaire et la manière dont la patiente peut prendre soin d'elle à toutes les étapes avec l'aide de sa famille, de la communauté et des prestataires de soins primaires. Chacune des principales méthodes de traitement est également abordée dans les fiches pratiques : l'hystérectomie, la téléthérapie pelvienne et la curiethérapie.

Le Chapitre 7 et les fiches pratiques qui lui sont associées donnent des informations détaillées sur les soins palliatifs et doivent être consultés parallèlement aux informations données dans le présent chapitre, selon les besoins.

### **L'histoire de Betty**

Betty, 42 ans, a cinq enfants. Elle est allée consulter son prestataire de soins primaires lorsque, après quelques mois de pertes vaginales, elle a commencé à présenter d'importants saignements vaginaux après les rapports sexuels. L'infirmière, qui avait déjà vu Betty pour d'autres problèmes de santé, lui a donné quelques comprimés et lui a demandé de revenir s'ils n'étaient pas efficaces. Les saignements et les pertes ne se sont pas améliorés et Betty est revenue au dispensaire avec son compagnon. La seule chose que l'infirmière a pu faire est un examen vaginal sans utiliser de spéculum ; lorsqu'elle a introduit un doigt dans le vagin de Betty, elle a senti une masse dure et irrégulière en haut. L'infirmière a informé Betty et son compagnon qu'ils devaient maintenant se rendre dans un hôpital de soins secondaires pour une évaluation gynécologique et qu'elle prendrait rendez-vous pour elle dès que possible.

À l'hôpital, l'interne qui a examiné Betty a remarqué une masse volumineuse en chou-fleur (bourgeonnante) en haut du vagin ; elle a tout de suite suspecté la présence d'un cancer donc elle a fait une biopsie de confirmation et a demandé d'autres examens. La biopsie a confirmé la présence d'un cancer, comme l'interne le pensait, et les analyses de sang ont montré que Betty était très anémique. Betty a reçu une transfusion de sang et a été orientée d'urgence vers des spécialistes de l'hôpital de soins tertiaires.

Après l'avoir examinée et avoir fait des examens complémentaires, les médecins ont expliqué à Betty et à son conjoint qu'elle avait un cancer qui s'était étendu jusqu'au tissu entourant son col, mais que la tumeur n'avait pas atteint d'autres organes et qu'il n'y avait pas de métastases à distance. Ils ont expliqué qu'ils

pensaient qu'elle avait de bonnes chances de guérison en suivant, pendant cinq semaines, un traitement quotidien par radiothérapie en ambulatoire. Ils ont expliqué comment agit la radiothérapie et ont décrit les méthodes de radiothérapie externe et interne qu'ils pouvaient lui proposer. Elle a été prévenue qu'à cause de ce traitement, elle serait très probablement ménopausée, c'est-à-dire qu'elle n'aurait plus ses règles, qu'elle ne pourrait plus avoir d'enfants (infertilité) et qu'il faudrait qu'elle s'attende à ressentir des bouffées de chaleur. Elle et son compagnon pourraient également trouver les rapports sexuels désagréables. Les médecins ont expliqué qu'ils aideraient à soulager les symptômes de Betty. Ils ont répondu aux questions de Betty et de son compagnon, et se sont assurés que Betty avait compris ce qu'ils lui avaient expliqué. Les médecins lui ont dit qu'elle pourrait commencer le traitement très vite, si elle était prête, mais ils lui ont expliqué qu'avant de commencer, elle devait signer un formulaire de consentement éclairé fourni par l'hôpital. Ils l'ont rassurée en lui indiquant que signer ce formulaire ne l'empêcherait pas de changer d'avis, pour quelque raison que ce soit, à tout moment avant ou pendant les traitements. Elle a choisi de commencer le traitement et son compagnon a encouragé sa décision et lui a promis de l'aider à traverser cette épreuve.

Betty a loué une chambre près de l'hôpital et son compagnon est retourné à leur domicile pour s'occuper de leurs enfants tout en lui rendant fréquemment de petites visites. Betty a pu supporter ses traitements et au bout de cinq semaines, elle a été en mesure de rentrer chez elle. Son compagnon et les enfants les plus âgés l'ont aidée avec les tâches ménagères jusqu'à ce qu'elle soit rétablie.

Les spécialistes ont envoyé un rapport détaillé au médecin de l'hôpital régional qui était chargé des soins de suivi de Betty tous les trois mois, et plus souvent si nécessaire. Son médecin a communiqué avec le spécialiste qui s'est occupé de Betty à propos des problèmes apparaissant au cours du suivi et de la manière de les gérer. Les effets secondaires que Betty a subis ont correspondu exactement à ce qui était attendu et elle a reçu des conseils sur la manière de les prendre en charge. Le cancer de Betty n'a montré aucun signe de récurrence au cours des deux années de suivi.

À la fin des deux années, Betty est retournée à l'hôpital de soins tertiaires où elle avait été traitée et a vu le spécialiste pour un examen approfondi et une discussion. À ce moment-là, il lui a été confirmé qu'il n'y avait pas de récurrence et il a été expliqué à Betty qu'elle n'avait dorénavant besoin que d'examen annuel pour autant qu'elle ne présentait pas de nouveaux symptômes. Elle a reçu une brochure avec toutes ces informations et une note détaillée à remettre à son médecin de soins primaires.

## 6.1 Présentation clinique et diagnostic du cancer invasif du col de l'utérus

Il arrive que l'on détecte une anomalie visible sur le col d'une patiente qui se rend dans un centre de dépistage des lésions précancéreuses. Si le centre dispose d'un agent de santé formé et de l'équipement et des fournitures nécessaires, une biopsie peut être réalisée et le prélèvement, envoyé au laboratoire pour établir le diagnostic. Si cela ne s'avère pas réalisable, la patiente sera orientée vers un établissement de niveau de soins secondaires pour la biopsie et le diagnostic (voir la Fiche pratique 5.9 sur la biopsie et le curetage endocervical).



Biopsie et curetage endocervical

Plus souvent, une femme se rendra chez son prestataire de soins primaires avec des symptômes anormaux laissant présager un cancer du col. Si le prestataire de soins primaires est formé et dispose de l'équipement et des fournitures nécessaires, il peut prélever une biopsie. Mais dans la plupart des cas, il orientera la patiente vers un établissement de niveau de soins secondaires pour qu'elle soit examinée par un gynécologue qui prélèvera la biopsie et l'enverra au laboratoire pour un examen histopathologique. Si les résultats obtenus sont positifs, la patiente sera orientée vers un hôpital de soins tertiaires pour voir un spécialiste, faire des examens complémentaires et être traitée.<sup>1</sup>

Malheureusement, bien des femmes peuvent rester asymptomatiques jusqu'à un stade avancé de la maladie, en particulier les femmes qui ne sont pas sexuellement actives.

Les symptômes évocateurs d'un cancer invasif du col sont indiqués dans le Tableau 6.1 par degré de gravité (symptômes précoces et tardifs) (voir également la Section 6.3 et notamment le Tableau 6.2 et la Figure 6.1 pour plus d'informations sur le système de classification FIGO).

<sup>1</sup> Consulter également à la publication de l'OMS Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings, qui date de 2014 et est disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/)

Tableau 6.1. Symptômes du cancer invasif du col

<b>Précoces</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes vaginales, parfois nauséabondes</li> <li>• Saignement irrégulier (de tout type) pendant la période reproductive</li> <li>• Traces de sang (microrragie) ou saignement après un rapport sexuel quel que soit l'âge de la femme, même chez les jeunes femmes</li> <li>• Traces de sang (microrragie) ou saignements post-ménopause</li> <li>• En cas de saignement périménopausique anormal, il faut toujours envisager la possibilité d'un cancer du col, surtout si le saignement persiste en dépit d'un traitement approprié</li> </ul>
<b>Tardifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentes et urgentes envies d'uriner</li> <li>• Douleurs dorsales (pouvant être fortes)</li> <li>• Douleurs abdominales basses (pelviennes)</li> <li>• Perte de poids</li> <li>• Diminution du volume urinaire (obstruction des uretères ou insuffisance rénale)</li> <li>• Incontinence urinaire ou fécale par le vagin (présence d'une fistule)</li> <li>• Œdème des membres inférieurs</li> <li>• Difficultés à respirer (dyspnée) (provoquée par l'anémie ou, plus rarement, par des métastases pulmonaires ou un épanchement pleural)</li> </ul>

La Fiche pratique 6.1 contient plus d'informations sur la prise en charge d'une patiente présentant des symptômes qui peuvent être dus à un cancer du col.



Symptômes pouvant être dus à un cancer

## 6.2 Le rôle des agents de santé

### 6.2.1 Rôles des agents de santé aux niveaux primaire et secondaire

Lorsqu'une patiente présente l'un des symptômes recensés dans le Tableau 6.1, elle discutera probablement en premier lieu de sa situation avec un agent de santé communautaire ou un guérisseur traditionnel. Elle se verra peut-être remettre un remède et, si les symptômes persistent, on lui conseillera sûrement d'aller consulter son prestataire de soins primaires, souvent un(e) infirmier(ère).

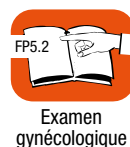
#### ***a. Lorsqu'une femme se présente à l'établissement de soins de niveau primaire ou secondaire avec des symptômes anormaux***

Si un membre du personnel de santé de l'**établissement de niveau primaire** est formé et dispose de l'ensemble de l'équipement et des fournitures essentiels, il peut réaliser un examen gynécologique et prélever une biopsie au niveau des zones anormales du col. Si le résultat de la biopsie révèle un cancer invasif du col, le prestataire de soins primaires



orientera probablement la patiente directement vers un hôpital de soins tertiaires pour qu'elle y fasse d'autres examens et qu'elle soit prise en charge. Toutefois, dans de nombreux centres de soins primaires, l'équipement nécessaire n'est pas présent ou les agents de santé ne sont pas formés pour réaliser un examen gynécologique. En conséquence, une femme présentant ces symptômes sera le plus souvent informée qu'elle doit consulter sans tarder un gynécologue dans l'établissement de niveau secondaire le plus proche. Dans de rares cas, une patiente qui se rend dans un centre de soins primaires peut présenter une hémorragie vaginale sévère ; cette patiente sera probablement envoyée directement dans un établissement de niveau tertiaire pour des examens et un traitement.

À l'hôpital de niveau secondaire, il est conseillé, dans un premier temps, à l'agent de santé qui prend en charge la patiente présentant des symptômes anormaux d'instaurer, ou de renforcer, une relation et un rapport de confiance avec elle. L'agent de santé recueillera tous les antécédents de la patiente et procédera à un examen afin de regarder si des lésions cervicales sont présentes et si le col et les tissus et organes environnants présentent des indurations, des tuméfactions ou d'autres anomalies (voir Fiche pratique 5.2).



Si cela s'avère indiqué pour la patiente, des tests de grossesse et de dépistage du VIH seront également effectués avant la réalisation d'une biopsie d'une lésion cervicale dans l'établissement de niveau secondaire. Si les deux tests donnent des résultats négatifs et si l'on dispose d'un agent de santé expérimenté et de l'équipement nécessaire, une biopsie sera prélevée et envoyée au laboratoire pour un examen histopathologique. En revanche, si la femme est enceinte et/ou vit avec le VIH, il est conseillé de l'adresser à l'hôpital de niveau tertiaire pour la réalisation de la biopsie et, en fonction des résultats, la planification de son traitement.

L'histopathologie de l'échantillon de biopsie confirmera ou écartera le diagnostic de cancer du col, ce qui est une étape indispensable avant que l'on procède à des examens plus poussés. Si la biopsie se révèle positive pour le cancer, la patiente sera à nouveau orientée, cette fois de l'établissement de niveau secondaire vers un établissement de niveau tertiaire pour réaliser d'autres tests et investigations, et définir le traitement le plus approprié qui soit disponible (voir la Section 6.2.2 sur les rôles des agents de santé du niveau tertiaire).

Les agents de santé ne doivent pas perdre de vue que les résultats de la biopsie peuvent également permettre de diagnostiquer un petit nombre d'autres pathologies pouvant être associées à des symptômes similaires (il s'agit de ce que l'on appelle le diagnostic différentiel), parmi lesquelles : des maladies infectieuses, comme l'herpès qui peut modifier l'aspect du col de l'utérus et être confondu avec des lésions précancéreuses du col, ou un cancer métastatique issu d'autres sites, dont la paroi utérine (c.-à-d. cancer de l'utérus ou de l'endomètre).

### ***b. Lorsque l'on diagnostique un cancer du col à une femme à l'établissement de soins de niveau primaire ou secondaire***

Lorsqu'un diagnostic définitif de cancer du col est posé, c'est à l'agent de santé qui a réalisé la biopsie qu'il revient de l'expliquer à la patiente, en lui laissant le temps d'y réfléchir et de comprendre la gravité sa maladie, et de poser des questions. Si elle n'est pas déjà dans un hôpital de soins tertiaires, elle sera orientée vers l'hôpital spécialisé le plus proche où des spécialistes du cancer dotés d'un équipement sophistiqué seront en mesure de lui fournir un traitement. Les Fiches pratiques 6.2 et 6.3 contiennent plus de conseils sur la manière de communiquer avec les patientes à ce stade.



Conseil :  
diagnostic  
de cancer

### ***c. Lorsqu'une femme sort de l'hôpital après avoir été traitée***

Un autre rôle des agents de santé des niveaux primaire et secondaire consiste à apporter soins et soutien aux femmes qui sortent de l'hôpital soit parce que le traitement a été efficace et qu'elles peuvent commencer leur convalescence, soit parce que le traitement n'a pas été efficace et qu'elles rentrent chez elles pour recevoir des soins palliatifs. Les prestataires de soins primaires et secondaires maintiendront, si possible, la communication avec les spécialistes du niveau tertiaire et pratiqueront les examens de contrôle réguliers qui auront été prescrits, diagnostiqueront et prendront en charge les effets secondaires et les complications consécutives à la maladie et/ou au traitement, et réorienteront la patiente vers le centre de traitement si nécessaire et si possible.

Si la patiente reçoit des soins palliatifs, les prestataires de soins primaires et secondaires représentent son principal soutien médical, de concert avec les spécialistes de l'établissement de soins tertiaires et, si elle le souhaite, les tradipraticiens. Ce soutien médical peut comprendre le traitement de la douleur (faire en sorte que la patiente ne souffre pas) et d'un certain nombre de problèmes couramment rencontrés chez les patients qui ont été traités pour un cancer.

### ***d. Autres rôles importants***

Les agents de santé des niveaux primaire et secondaire ont également d'autres rôles collaboratifs en qualité de membres de l'équipe médicale chargée de la prise en charge du cancer du col, lesquels peuvent comprendre :

- sensibiliser et former les communautés ;
- former les agents de santé communautaires, y compris pour délivrer des médicaments antidouleur (si les réglementations nationales l'autorisent) ;
- former le personnel ayant récemment rejoint l'équipe soignante ;
- donner des instructions à la famille proche et aux amis de la patiente sur la manière de dispenser des soins spécifiques visant à prévenir les symptômes graves et à les traiter s'ils apparaissent ;

- établir des contacts entre la patiente et sa famille, et les associations religieuses, ou autres, susceptibles d'apporter une assistance non médicale considérable, à savoir des dons d'argent, de nourriture ou des fourniture non médicales ;
- aider autant que possible la patiente et sa famille lorsque la maladie atteint son stade terminal ;
- lorsque cela est possible, faire des visites à domicile pour les patientes les plus malades ou en phase terminale.

Le Chapitre 7 et les fiches pratiques qui y sont associées contiennent de plus amples informations sur les soins palliatifs.

### 6.2.2 Comprendre les rôles des agents de santé au niveau tertiaire

À l'hôpital de soins tertiaires, les patientes bénéficient de l'expérience de spécialistes des soins et de la prise en charge du cancer, et ont accès à des tests et options de traitement perfectionnés. Cette section a pour objet d'aider les prestataires des niveaux primaire et secondaire à comprendre et à expliquer ce qu'une patiente peut attendre lorsqu'elle est orientée dans un établissement de niveau tertiaire.

L'agent de santé du niveau tertiaire a notamment pour rôles :

- d'évaluer le stade du cancer dont souffre la femme à l'aide d'un examen clinique complet et d'une série de tests ; cela permettra de servir de base à la prise en charge la plus adaptée pour la patiente, dont le traitement et le suivi (la Section 6.3 contient plus d'informations sur la classification du stade d'évolution du cancer et sur la manière dont les prestataires de soins tertiaires peuvent en parler avec la patiente) ;
- de définir le ou les meilleurs traitements qui peuvent être obtenus pour la patiente dans l'établissement, en tenant compte de la disponibilité des spécialistes et de l'équipement ;
- de suivre la patiente pendant et après les traitements afin d'évaluer les retombées du traitement sur le cancer et de prendre en charge les effets secondaires ;
- si la communication entre les agents de santé locaux et les prestataires de soins tertiaires est possible, d'aider les agents de santé locaux présents au sein de la communauté de la patiente à prodiguer les soins de suivi après que la patiente est sortie de l'hôpital. Si nécessaire, le spécialiste donnera des conseils sur les tests supplémentaires à demander et sur la prise en charge des effets secondaires et des autres problèmes qui apparaissent ;
- d'apporter un soutien continu pour les soins de suivi des patientes qui sortent de l'hôpital afin de recevoir des soins palliatifs à domicile ; ce soutien peut se dérouler par téléphone, courrier électronique ou tout autre moyen disponible pour échanger avec les agents de santé du niveau primaire et/ou secondaire. Dans certains cas, il est possible que la patiente, en raison de symptômes sévères que l'on n'arrive pas à soigner (p. ex. douleur, hémorragie sévère), soit de nouveau transférée à l'hôpital pour y recevoir un traitement palliatif complémentaire (voir le Chapitre 7).

### 6.3 Classification du stade d'évolution du cancer du col de l'utérus

L'évaluation du stade d'évolution du cancer du col est réalisée à partir de l'un des systèmes internationaux de classification afin de déterminer l'étendue de l'invasion par le cancer et la présence ou l'absence de métastases à distance. Les spécialistes utilisent le stade du cancer de la patiente pour sélectionner et planifier le traitement disponible qui est le plus approprié pour elle (voir l'Annexe 10 sur le traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade).

Dans certains établissements du niveau tertiaire, les seuls outils dont on dispose pour classer le stade d'évolution du cancer sont les suivants : l'examen au spéculum, l'examen vaginal et rectal, et éventuellement des examens pour étudier l'appareil urinaire (cystoscopie) et l'appareil digestif (proctoscopie). S'appuyant sur les résultats de ce nombre restreint de tests, un spécialiste expérimenté va déterminer la localisation de la tumeur, si elle se développe vers l'extérieur ou en profondeur à partir des tissus du col, sa taille, son étendue aux tissus situés à proximité du col et de l'utérus et aux ligaments maintenant l'utérus en place, ainsi qu'aux parois pelviennes. Il est également possible de déterminer si la vessie et le rectum sont touchés.

Dans la plupart des établissements du niveau tertiaire, des tests plus avancés sont également présents et seront utilisés pour obtenir une description plus détaillée de la maladie, ce qui aidera les médecins à définir les meilleurs traitements qui sont disponibles pour la patiente (voir le Tableau 6.2). L'évaluation peut être réalisée sous anesthésie générale si les examens réalisés pour poser le diagnostic complet et définir le stade d'évolution sont trop désagréables et/ou douloureux.

**Tableau 6.2. Examens requis pour permettre la classification du cancer du col et orienter les choix thérapeutiques**

Examens obligatoires pour la classification	Examens complémentaires pour la classification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen au spéculum, examen vaginal et rectal</li> <li>• Pyélographie intraveineuse (PIV) ou échographie abdominale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cystoscopie</li> <li>• Proctoscopie</li> <li>• Biopsie conique</li> <li>• Curetage endocervical ou frottis</li> <li>• Radiographie pulmonaire</li> <li>• Radiographie des os ou scintigraphie osseuse (si douleurs osseuses)</li> </ul>

Source : d'après la Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie (FIGO)

En plus des examens recommandés par la Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie (FIGO) qui sont indiqués dans le Tableau 6.2, à l'hôpital, le ou les spécialistes peuvent réaliser d'autres examens s'ils veulent étudier davantage l'étendue du cancer. Ceux-ci peuvent comprendre :

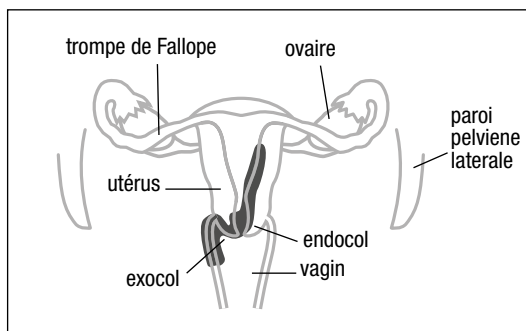
- des analyses de sang, y compris une numération sanguine et la détermination des taux d'hémoglobine (afin de déterminer si la patiente présente une anémie à cause des pertes de sang, auquel cas l'efficacité de la radiothérapie pourrait être compromise), en plus d'un test de grossesse et d'un test de dépistage du VIH s'il y a lieu ;
- des tests d'évaluation des fonctions rénale et hépatique ;
- une tomodensitométrie ou, encore mieux, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'abdomen et du pelvis (pour aider à orienter la radiothérapie) ; toutefois, le traitement peut être programmé en l'absence de ces examens s'ils ne sont pas accessibles, abordables ou réalisables.

Tous les examens entrepris pour la classification du cancer et leurs résultats doivent être soigneusement consignés dans le dossier médical. Un schéma descriptif peut y être inclus et distribué à tous les agents de santé qui seront impliqués dans les soins de la patiente.

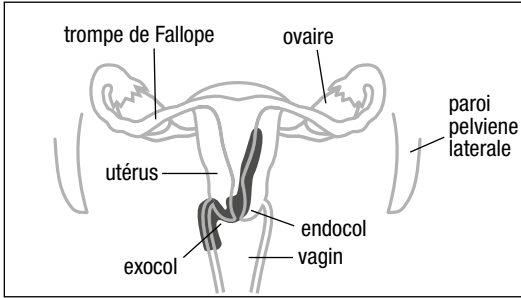
### **a. Système de classification FIGO**

Il existe un certain nombre de systèmes de classification du cancer du col. Le système de classification FIGO, qui repose sur la taille de la tumeur et l'extension de la propagation de la maladie au pelvis et aux organes distants, est le système le plus couramment utilisé (voir la Figure 6.1).

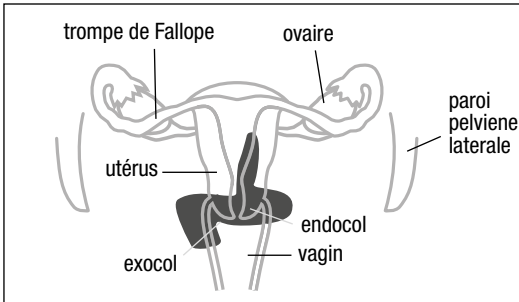
**Figure 6.1. Système de classification FIGO révisé (2009)  
Cancer du col de stade IB**



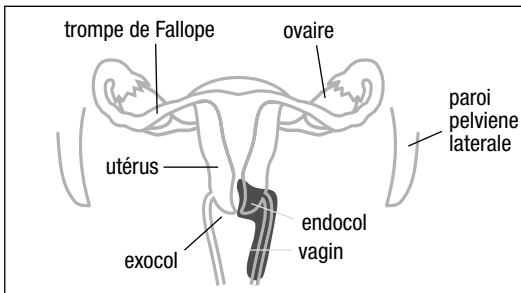
**Cancer du col de stade IIA**



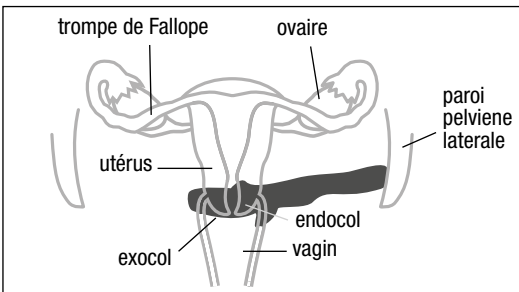
**Cancer du col de stade IIB**



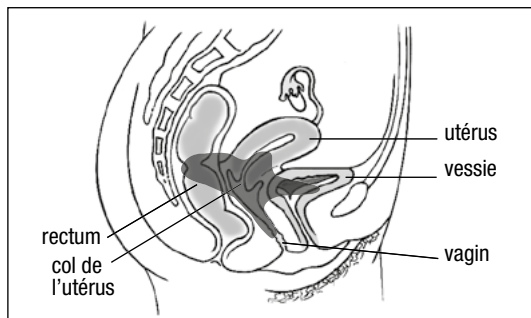
**Cancer du col de stade IIIB**



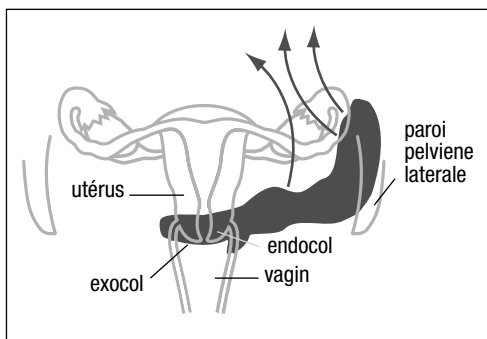
**Cancer du col de stade IIIB**



### Cancer du col de stade IVA



### Cancer du col de stade IVB



Sources : Edge et al. (2010) ; Gold et al. (2008), Pecorelli (2009) ; voir Pour en savoir plus.

Le système de classification FIGO (révision de 2009) décrit quatre stades de plus en plus avancés du cancer du col, allant du stade I au stade IV.

Synthèse des stades et sous-stades FIGO (tels que montrés dans la Figure 6.1) :

**Stade I** : le cancer est limité au col de l'utérus (comprend les sous-stades IA1, IA2, IB1 et IB2).

**Stade II** : le cancer s'est étendu au-delà du col de l'utérus, dans la partie supérieure du vagin ou dans le tissu situé à côté du col (le paramètre), mais n'atteint pas la ou les parois pelviennes (comprend les sous-stades IIA1, IIA2 et IIB).

**Stade III** : le cancer s'est étendu à la partie inférieure du vagin ou, en ayant envahi le long du paramètre, jusqu'à une ou jusqu'aux paroi(s) pelvienne(s) (comprend les sous-stades IIIA et IIIB).

**Stade IV** : le cancer s'est étendu jusqu'aux organes adjacents ou à des tissus distants, tels que les poumons ou les ganglions lymphatiques extra-pelviens (comprend les sous-stades IVA et IVB).

***b. De quelle manière les prestataires de soins tertiaires peuvent-ils parler à la patiente à propos de l'importance de la classification du cancer avant sa réalisation et une fois que les résultats sont connus ?***

Ces conversations peuvent être très chargées en émotions et il peut s'avérer nécessaire de les mener en plusieurs fois. Il est indispensable de faire preuve d'une grande sensibilité et de beaucoup de respect envers la femme et les réactions qu'elle peut avoir afin qu'elle comprenne parfaitement ce qui lui est expliqué. La patiente doit pouvoir choisir d'avoir un membre de sa famille ou un(e) ami(e) proche avec elle pour la soutenir durant cette conversation. Au cours de cette discussion, il convient de s'interrompre régulièrement et d'encourager la patiente et les personnes qui l'accompagnent à poser des questions. De temps à autre, assurez-vous qu'elle comprend ce que vous dites et corrigez toute interprétation erronée en utilisant d'autres mots.

Dans toutes les conversations relatives au cancer du col, gardez à l'esprit les aspects culturels de la communauté de la patiente.

L'Encadré 6.1 présente les facteurs ayant une influence sur le pronostic et les taux de survie, et la Fiche pratique 6.4 contient d'autres suggestions spécifiquement destinées aux spécialistes du cancer qui ont besoin de parler aux patientes de leur cancer et de leur traitement.



Spécialistes  
du cancer

**Encadré 6.1. Facteurs ayant une influence sur le pronostic du cancer du col ou les taux de survie à cinq ans pour les femmes ayant reçu le meilleur traitement possible\***

Le principal facteur prédictif de la survie à long terme est le stade clinique de la maladie au moment du diagnostic.

Les facteurs suivants ont également un effet sur les chances qu'a une femme de survivre pendant plus de cinq ans après le traitement :

- l'accès au traitement ;
- l'atteinte des ganglions lymphatiques (présence du cancer) ;
- la présence d'autres maladies/affections chroniques ou aiguës ;
- l'état de santé général et l'état nutritionnel, dont la présence d'une anémie ;
- l'ampleur de l'immunodéficience (p. ex. statut vis-à-vis du VIH).

\* Dans les pays où le meilleur traitement est soit inexistant, soit inadéquat, les taux de survie sont, logiquement, significativement inférieurs.



## 6.4 Traitement du cancer invasif du col : vue d'ensemble

### 6.4.1 Les principes du traitement

Chaque pays ou région dispose de plans d'orientation-recours pour que les femmes diagnostiquées avec un cancer invasif du col puissent être examinées et traitées dans les établissements de niveau tertiaire.

Les options thérapeutiques proposées à une patiente doivent reposer sur des lignes directrices internationales, nationales ou institutionnelles, en fonction de la présence de professionnels de la santé qualifiés (c.-à-d. chirurgiens, oncologues et/ou radiothérapeutes/physiciens médicaux), ainsi que de la disponibilité et de l'état de l'équipement nécessaire. Comme cela est décrit ultérieurement, dans la Section 6.6, certains aspects sont à prendre spécifiquement en considération lorsque l'on envisage de traiter des femmes enceintes ou vivant avec le VIH.

Dans tous les cas, les agents de santé doivent s'assurer que le traitement choisi, tout en réduisant l'étendue du cancer, réduira probablement aussi les douleurs et les souffrances de la patiente. Si le traitement et/ou ses effets secondaires comportent des risques plus importants que la maladie elle-même (c.-à-d. s'ils sont plus susceptibles que la maladie de raccourcir la durée de vie de la patiente ou susceptibles de dégrader la qualité de vie de la patiente pour le reste de sa vie), alors ce traitement ne doit pas être envisagé.

Le traitement doit être adapté à la patiente (personnalisé). Le mieux est que le plan de traitement soit déterminé par une équipe composée de gynécologues, d'oncologues et de radiothérapeutes. Lorsque cette équipe est en place, elle se penchera sur les intérêts et les préférences de la patiente, et utilisera ces informations pour planifier son traitement, en sélectionnant la ou les meilleures options compte tenu de l'étendue de sa maladie et de son état de santé général. Ce plan de traitement doit ensuite être expliqué à la patiente (en utilisant un langage approprié) et transmis aux prestataires de soins primaires et secondaires qui la suivent (de sorte qu'ils puissent également ajuster le contenu de leur conversation en utilisant le même langage) (voir la Fiche pratique 6.3).



Que se passera-t-il à l'hôpital ?

Tous les établissements de niveau tertiaire ne disposent pas de toutes les options de traitement décrites dans ce chapitre (Section 6.5) : il est possible que l'équipement nécessaire ne soit pas dans un état acceptable, que certaines fournitures fassent défaut ou que les agents de santé ne soient pas à jour dans les compétences requises pour prodiguer un traitement particulier. L'agent de santé qui sera chargé de la prise en charge de la patiente pourra lui expliquer la ou les meilleures options dont elle dispose compte tenu des services disponibles et de leur qualité. Si la patiente peut choisir entre deux options de traitement associées à des résultats similaires ou entre un traitement unique et une combinaison de traitements, il faut lui expliquer, ainsi qu'à son cercle de soutien, chaque option de manière détaillée de sorte qu'elle puisse prendre une décision éclairée.

Dès l'instant où les conversations et l'échange d'informations à propos de l'étendue de la maladie et du plan de traitement ont commencé (voir la Fiche pratique 6.4), l'agent de santé expliquera point par point l'ensemble du formulaire de consentement éclairé utilisé dans l'hôpital et s'assurera que la patiente comprend ce que sa signature implique. Rassurez-la sur le fait qu'elle peut changer d'avis si elle le souhaite, pour quelque raison que ce soit. Après cela, la patiente se verra demander si elle est prête à signer le formulaire et si elle souhaite que des personnes témoins apposent leur signature également (voir la Fiche pratique 5.1 sur l'obtention du consentement éclairé).



FP6.4

Spécialistes  
du cancer

FP5.1

Consentement  
éclairé

#### 6.4.2 Choisir de se faire traiter et quand commencer le traitement : la décision de la patiente

Dès lors qu'elle a reçu l'ensemble des informations nécessaires, la patiente est la seule personne qui peut décider si elle veut être traitée, quel traitement elle préfère (si elle a le choix) et quand commencer. À cette fin, elle devra probablement prendre en considération les éléments suivants :

- sa situation personnelle et familiale ;
- ses responsabilités domestiques ;
- le temps que le traitement prendra ;
- l'efficacité et les effets secondaires attendus du traitement ;
- si le traitement est compris dans son assurance maladie ;
- les coûts qui resteront à sa charge et à la charge de sa famille si le traitement n'est pas couvert par l'assurance maladie ;
- les conséquences qu'aurait une absence de traitement.

Durant ce processus, il est possible que la patiente souhaite également tenir compte de l'avis de ses proches.

#### 6.4.3. Obstacles rencontrés par la patiente pour ses soins

Souvent, le traitement n'est disponible que dans les hôpitaux de soins tertiaires, lesquels peuvent être éloignés du domicile de la patiente, nécessitant de longues périodes loin de chez elle. Les coûts qui sont à la charge de la patiente et de sa famille, ainsi que les bouleversements associés au traitement, peuvent être considérables et peuvent même pousser certaines femmes à refuser ou arrêter le traitement. Dans ce cas de figure, les agents de santé de tous les niveaux peuvent apporter leur aide en mobilisant des soutiens auprès de la famille et de la communauté de la patiente, et auprès d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. Certains pays proposent des allocations d'invalidité pour les femmes qui reçoivent un traitement

anticancéreux, tandis que d'autres mettent à disposition des logements près des centres régionaux de traitement contre le cancer ; dans d'autres pays, il n'existe aucun soutien spécifique. Dans certains pays qui ne disposent pas d'établissements pour le traitement du cancer, les femmes sont orientées vers les pays voisins pour recevoir leur traitement, ce qui peut provoquer des difficultés supplémentaires pour elles et leur famille. Tous ces aspects doivent être examinés de manière approfondie afin de trouver des solutions permettant à chaque femme de recevoir les traitements qui pourraient guérir son cancer ou prolonger et améliorer sa vie.

## 6.5 Options de traitement

Le traitement du cancer du col comprend la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, lesquelles peuvent être utilisées en association. Chacune de ces options sera abordée suffisamment en détail dans cette section pour aider les agents de santé de tous les niveaux du système de santé à informer les patientes, tout en veillant systématiquement à utiliser un langage non technique adapté à la situation. Le vocabulaire utilisé ici a pour objectif d'aider l'agent de santé à décrire ces traitements à une patiente.

Selon le stade du cancer, l'état de santé général de la femme et les établissements et l'expertise existants, le traitement primaire pourra être la chirurgie ou la radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie. Le traitement primaire (également appelé traitement de première intention) est le premier traitement prodigué contre le cancer invasif, l'objectif étant d'ordinaire de soigner la maladie. Le traitement adjuvant est un autre traitement utilisé en même temps que le traitement primaire afin de renforcer ce dernier. Le traitement secondaire correspond à un traitement qui peut être administré après qu'un autre traitement (traitement primaire) a été utilisé.

### 6.5.1 Chirurgie

La chirurgie consiste à retirer une quantité variable de tissu provenant de la zone touchée par le cancer et ses environs. Elle peut être effectuée en passant par le vagin ou au moyen d'une ouverture dans l'abdomen.

La chirurgie peut être utilisée en guise de traitement primaire ou de traitement secondaire, après qu'un autre traitement a été utilisé.

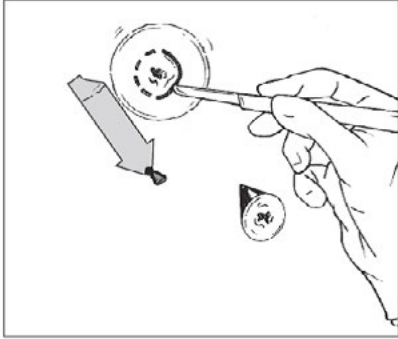
Les deux premières procédures chirurgicales décrites ici (la biopsie conique et l'hystérectomie simple) entraînent le retrait de moins de tissu que la troisième (l'hystérectomie radicale).

#### ***a. La chirurgie en tant que traitement primaire***

La chirurgie utilisée en guise de traitement primaire du cancer du col consiste à retirer une proportion variable de tissu en fonction de l'étendue du cancer dans le pelvis et d'autres caractéristiques propres à la patiente.

La biopsie conique correspond au retrait d'un large disque de tissu qui encercle l'orifice de l'utérus et comprend la partie inférieure du canal cervical (voir la Figure 6.2). Les cancers microinvasifs (qui sont limités à l'épithélium cervical) peuvent être traités par biopsie conique, en particulier si la préservation de la fertilité s'avère importante.

Figure 6.2. Biopsie conique – retrait d'une zone en forme de cône du col de l'utérus



L'**hystérectomie simple** consiste à enlever chirurgicalement la totalité de l'utérus, y compris le col, soit à travers une incision effectuée dans le bas de l'abdomen, soit par le vagin, avec ou sans laparoscopie (voir la Figure 6.3). Les trompes de Fallope et les ovaires ne sont pas systématiquement retirés, sauf s'ils sont d'aspect anormal ou si les patientes sont ménopausées. L'hystérectomie simple est indiquée dans le traitement des cancers microinvasifs du col à un stade précoce chez les femmes ménopausées et les femmes plus jeunes pour qui la préservation de la fertilité ne constitue pas une priorité.

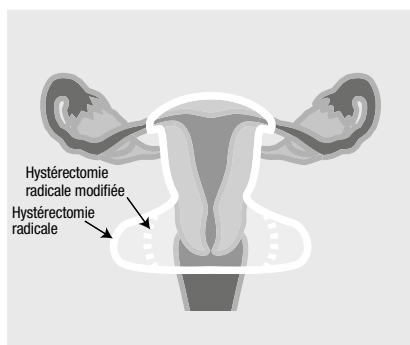
Figure 6.3. Ablation de l'utérus par hystérectomie simple



**L'hystérectomie radicale** est la chirurgie la plus courante pour les cancers invasifs à un stade précoce. Avec cet acte chirurgical, les tissus situés à côté de l'utérus sont retirés, ainsi que, souvent, les ganglions lymphatiques situés dans le pelvis et autour de l'aorte (voir la Figure 6.4). Les trompes de Fallope et les ovaires ne sont pas systématiquement retirés, sauf s'ils sont d'aspect anormal. L'Annexe 14 contient des informations sur l'analyse des prélèvements obtenus par hystérectomie radicale et la rédaction du compte-rendu, et comporte notamment un modèle de formulaire de compte-rendu anatomopathologique (Modèle de formulaire 14.1).



Figure 6.4. Hystérectomie radicale et hystérectomie radicale modifiée



### ***b. La chirurgie en tant que traitement secondaire***

La **chirurgie de rattrapage** peut encore avoir pour objectif de soigner la patiente.

Il s'agit d'une hystérectomie radicale comprenant l'ablation d'une portion de la partie supérieure du vagin afin de réduire les risques de récurrence du cancer. Elle est réalisée dans les situations suivantes :

- la patiente a subi un traitement chirurgical primaire mais l'examen au microscope du tissu retiré a montré que la marge de tissu sain autour du cancer est trop fine ; et/ou
- la patiente a subi une radiothérapie et/ou une chimiothérapie, mais le suivi révèle des récurrences précoces ou une élimination incomplète du cancer.

**La chirurgie palliative** est parfois réalisée lorsque le cancer est à un stade avancé afin de soulager l'obstruction des intestins ou de traiter les fistules (communication anormale entre le vagin et les organes de l'appareil urinaire ou le rectum) résultant de l'irradiation ou de l'extension du cancer primitif.

### ***c. Effets secondaires et complications possibles de la chirurgie du cancer du col de l'utérus***

Toute intervention chirurgicale peut être associée à des effets secondaires et à des complications ; en règle générale, les risques sont limités et la plupart sont contrôlables. Cela peut inclure :

- un faible risque d'infection dans la zone où la chirurgie est effectuée ;
- une hémorragie ;
- des lésions au niveau des organes situés aux alentours de la zone où la chirurgie est effectuée (p. ex. les intestins ou la vessie) ;
- un risque de formation de caillots sanguins dans les veines profondes des jambes si la patiente est alitée et relativement immobile pendant plusieurs jours après l'intervention. Cet état doit être dépisté et traité précocement afin d'éviter que les caillots ne se détachent et migrent jusqu'aux poumons.

Outre les complications générales évoquées ci-avant, la chirurgie du cancer du col comporte les risques suivants :

- la biopsie conique est associée à un risque accru de travail prématuré et/ou d'avortement spontané lorsqu'elle est réalisée chez des patientes enceintes ;
- l'hystérectomie entraîne une stérilité ;
- l'hystérectomie radicale entraîne une stérilité et est également associée à un dysfonctionnement de la vessie et/ou des intestins.

La Fiche pratique 6.5 contient plus d'informations sur l'hystérectomie en tant que traitement du cancer du col.



Hystérectomie

#### **6.5.2 Radiothérapie**

Dans le cas de la radiothérapie, l'on utilise un équipement sophistiqué pour produire un faisceau de rayons invisibles (comparable à un faisceau de lumière, mais avec plus d'énergie) qui est dirigé sur la lésion cancéreuse et sur les zones atteintes dans les environs. Les rayons pénètrent dans le corps et détruisent les cellules cancéreuses, la lésion cancéreuse étant alors entièrement ou partiellement éliminée. Les cellules cancéreuses détruites sont ensuite éliminées du corps.

En elle-même, l'irradiation n'est pas douloureuse, mais elle peut provoquer des effets secondaires importants (consulter la fin de cette section).

#### ***a. La radiothérapie en tant que traitement primaire***

La radiothérapie primaire, avec ou sans chimiothérapie, est utilisée à des fins curatives chez les femmes présentant un cancer de stade IIA2 ou plus (voir la Figure 6.1). Elle peut être proposée aux femmes dont le cancer a un diamètre de plus de 4 cm et est limité

au col, et pour les cancers qui se sont étendus au-delà du col. La radiothérapie, dont l'objet est de guérir les cancers aux stades plus précoces, est proposée sous la forme de traitements quotidiens sur une durée de 5 à 6 semaines, selon deux modes de délivrance :

- la radiothérapie externe, ou téléthérapie, dans le cadre de laquelle l'irradiation est générée à partir d'une machine située à l'extérieur du corps (voir la Fiche pratique 6.6) ;
- la radiothérapie interne, ou curiethérapie, dans le cadre de laquelle l'irradiation provient d'éléments radioactifs placés à l'intérieur du vagin, près du cancer (voir la Fiche pratique 6.7).



FP6.6  
Téléthérapie  
pelvienne



FP6.7  
Curiothérapie

### ***b. La radiothérapie en tant que traitement adjuvant***

La radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie, peut être administrée en tant que traitement adjuvant d'une chirurgie primaire dans les indications suivantes :

- si, au cours de la chirurgie primaire, le chirurgien découvre que le cancer s'est étendu au-delà du col, jusqu'aux paramètres (les tissus situés entre l'utérus et la paroi pelvienne) ou d'autres organes pelviens ;
- après une hystérectomie, si le rapport d'anatomopathologie indique que le tissu sain autour du cancer est inférieur à 5 mm ;
- si, au cours de la chirurgie primaire, on découvre que des ganglions lymphatiques sont touchés par le cancer.

### ***c. La radiothérapie en tant que traitement secondaire***

La radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie, peut être administrée en tant que traitement secondaire dans les indications suivantes :

- en cas de récurrence de la maladie localisée uniquement dans le pelvis chez les femmes ayant subi une chirurgie primaire.

### ***d. La radiothérapie en tant que traitement palliatif***

La radiothérapie palliative, généralement sans chimiothérapie, peut être utilisée dans de nombreuses situations (voir également le Chapitre 7) :

- comme l'unique traitement chez les femmes présentant un cancer à un stade très avancé ;
- pour contrôler des symptômes sévères tels que des saignements, des pertes vaginales inconfortables et/ou des douleurs ;
- pour aider une patiente qui est trop malade pour tolérer une chimiothérapie ou une radiothérapie complète (p. ex. en cas d'insuffisance rénale sévère consécutive à une obstruction des uretères, d'insuffisance hépatique, etc.) ;

- pour traiter des métastases isolées (p. ex. localisées au niveau de vertèbres ou de ganglions lymphatiques sans indication de métastases disséminées).

### ***e. Effets secondaires de l'irradiation du cancer du col***

La radiothérapie touche également de nombreux systèmes, mais uniquement ceux qui sont exposés directement à l'irradiation ; dans le cas du cancer du col, il s'agit habituellement de la partie inférieure de l'abdomen, dont la vessie, le rectum et la moelle osseuse de la zone. Parmi les autres effets secondaires possibles, citons la ménopause, la stérilité, les sensations désagréables ou les douleurs au cours des rapports sexuels, et les éventuelles modifications au niveau de l'intestin ou de la vessie. La formation de fistule est un effet secondaire rare.

## **6.5.3 Chimiothérapie**

La chimiothérapie est l'administration de traitements répétés par des médicaments toxiques. Une série de plusieurs traitements par une, ou plusieurs, substances chimiques est administrée par voie intraveineuse afin de tuer rapidement les cellules mitotiques (une caractéristique de tous les cancers).

### ***a. La chimiothérapie en tant que traitement primaire***

La chimiothérapie est rarement utilisée seule en guise de traitement primaire du cancer du col ; elle est plutôt utilisée en association avec la radiothérapie et, moins souvent, avec la chirurgie.

### ***b. La chimiothérapie en tant que traitement primaire associé à la radiothérapie***

Chez les femmes présentant des tumeurs très grosses et volumineuses, la chimiothérapie est utilisée dans un premier temps afin de réduire la taille du cancer, puis elle est suivie par la radiothérapie. Le traitement est réalisé dans cet ordre car l'on sait que le cancer répond mieux aux irradiations lorsque la tumeur est moins volumineuse.

### ***c. La chimiothérapie en tant que soin palliatif***

La chimiothérapie palliative est parfois utilisée, après avoir soigneusement examiné les bénéfices attendus au regard des effets secondaires indésirables, pour soulager les symptômes des femmes présentant des métastases hépatiques, pulmonaires et osseuses.

### ***d. Effets secondaires du traitement combiné (chimiothérapie et radiothérapie)***

Les effets secondaires du traitement combiné peuvent s'additionner : la patiente peut souffrir des effets provoqués par la chimiothérapie et de ceux provoqués par



la radiothérapie. Étant donné que les agents chimiothérapeutiques toxiques circulent à travers le corps via la circulation sanguine, les effets secondaires de la chimiothérapie seront étendus à tout l'organisme. À l'inverse, les effets dus à l'irradiation seront restreints à la zone pelvienne (voir la Section 6.5.2 sur la radiothérapie).

Les traitements chimiothérapeutiques ont un effet non seulement sur les cellules cancéreuses, mais également sur les cellules à division rapide dans les systèmes de tout l'organisme : moelle osseuse, appareil digestif, appareil urinaire, peau et autres organes tapissés par un épithélium. Cela signifie qu'il existe un risque d'anémie, de faible numération des globules blancs et donc d'infections, ou encore d'hémorragie en raison d'une numération plaquettaire faible. La chimiothérapie peut également provoquer des nausées et des diarrhées, ou être à l'origine de réactions allergiques au médicament. En règle générale, ces effets sont de très courte durée et ne comportent pas de risques supplémentaires.

## **6.6 Situations particulières : le cancer du col durant la grossesse et chez les femmes vivant avec le VIH**

### **6.6.1 Prise en charge du cancer du col chez la femme enceinte**

Bien que ce soit rare, il arrive parfois qu'un cancer du col soit diagnostiqué chez une femme enceinte. Le cancer du col ne traverse pas le placenta, donc le fœtus n'est atteint qu'en cas de propagation directe d'une très grosse tumeur du col ou de complications dues aux méthodes utilisées pour l'évaluation et le traitement du cancer.

Conseiller une femme enceinte atteinte d'un cancer du col nécessite des aptitudes et une sensibilité particulières. Les problématiques sont beaucoup plus complexes : il faut notamment l'aider à décider si elle souhaite tenter de préserver sa grossesse. Il est judicieux de faire appel à une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins de santé et au cercle de soutien de la patiente afin de mettre en place un plan de prise en charge qui répondent à tous les besoins et tiennent compte de la complexité des décisions à prendre dans ce contexte. Il s'agit souvent d'une série de choix bouleversants à faire pour un couple et un soutien peut s'avérer nécessaire pour les deux partenaires avant, pendant et après le traitement.

#### ***a. Si la patiente souhaite maintenir la grossesse***

Si la patiente et son compagnon (si elle souhaite que ce dernier soit impliqué dans cette décision) expriment l'espoir de conserver la grossesse, alors la plupart des traitements auront lieu après l'accouchement. Les patientes devront être informées au préalable que pour éviter des complications durant l'accouchement en raison de la dilatation du col (telles qu'une hémorragie), son accouchement se fera par césarienne programmée avant que le travail ne commence.

Toutefois, il reste important d'effectuer une biopsie de confirmation de la lésion sans attendre. La grossesse n'est pas une contre-indication à la biopsie du col de l'utérus, mais il faut s'attendre à un saignement plus important que d'ordinaire. C'est la raison pour laquelle il est conseillé de pratiquer la biopsie dans l'établissement de niveau tertiaire. Les patientes doivent être informées que, même si les biopsies sont généralement sans danger en cas de grossesse, comme pour toute procédure réalisée au cours de la grossesse, une biopsie comporte un léger risque de fausse couche.

### ***b. Si la patiente ne souhaite pas maintenir la grossesse***

Dans ce cas, le traitement est déterminé en fonction du stade du cancer, exactement de la même manière que pour les femmes qui ne sont pas enceintes. Si l'état de la patiente permet de pratiquer une hystérectomie simple ou radicale et si la lésion est limitée au col, les options chirurgicales peuvent être envisagées selon l'âge gestationnel. La radiothérapie primaire (avec ou sans chimiothérapie) peut être une autre option ; dans ce cas, la patiente doit être informée que le traitement entraînera la perte du fœtus.

## **6.6.2 Prise en charge du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH**

Étant donné qu'aucune étude bien conçue ou longitudinale n'a été menée sur le traitement du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH, il n'existe pas de lignes directrices reposant sur des bases factuelles sur ce sujet qui puissent être incorporées au présente guide. À défaut, certaines pratiques couramment utilisées à l'échelle internationale et nationale sont présentées ici.

Le mieux pour les femmes vivant avec le VIH qui présentent un cancer du col est d'être prises en charge dans un établissement de niveau tertiaire disposant de l'expertise nécessaire pour établir le diagnostic complet, évaluer le stade de la maladie et prodiguer le traitement. La plupart des établissements traitant les femmes vivant le VIH font appel à des équipes multidisciplinaires ; chaque femme sera examinée individuellement et l'on évaluera son état de santé général ainsi que la présence d'autres maladies chroniques, susceptibles d'amoindrir davantage son système immunitaire et sa capacité à tolérer un traitement anticancéreux immunosuppresseur (p. ex. la tuberculose).

Aussi bien la radiothérapie que la chimiothérapie sont des traitements immunosuppresseurs, et la chirurgie nécessite que les femmes soient en relativement bonne santé afin d'éviter la survenue de complications dont un sepsis postopératoire, une hémorragie ou des problèmes de cicatrisation. En conséquence, une numération des CD4 de référence est un élément essentiel des soins prodigués aux femmes vivant avec le VIH et cela doit être l'un des premiers tests d'évaluation à pratiquer, indépendamment de l'étendue du cancer. Il sera également nécessaire de suivre la numération des CD4 tout au long du traitement afin de surveiller le statut immunitaire de la patiente. Si son taux de CD4 est ou devient faible au cours du traitement, elle pourra être mise sous thérapie antirétrovirale, ce qui peut retarder le rétablissement de son système immunitaire via le traitement.

## 6.7 Accompagnement et suivi des patientes

### 6.7.1 Accompagnement des patientes au cours du traitement

À toutes les étapes du diagnostic et du traitement, il est important d'évaluer et de traiter en conséquence la douleur et les autres symptômes. De surcroît, les femmes passant par la radiothérapie et/ou la chimiothérapie devront régulièrement faire faire des numérations formules sanguines et passer des tests d'évaluation des fonctions rénale et hépatique afin de déceler et, si possible, prévenir les risques d'infection.

Un certain nombre de patientes atteintes d'un cancer souffrent de pertes de sang modérées à sévères et de malnutrition chronique, ce qui peut être amélioré par une alimentation saine et une supplémentation en fer et en acide folique. Il est également important de traiter l'anémie car celle-ci diminue l'efficacité de la radiothérapie.

Une toilette vaginale délicate et des antibiotiques, comme le métronidazole, peuvent réduire ou éliminer les pertes vaginales malodorantes qui sont souvent associées au traitement des maladies avancées.

Le Chapitre 7 et les fiches pratiques qui lui sont associées portent sur les soins palliatifs et contiennent davantage de conseils sur la prise en charge des problèmes couramment rencontrés lorsque le cancer est à un stade avancé.

### 6.7.2 Suivi des patientes

Lorsqu'une femme a terminé son traitement contre le cancer du col, elle sort de l'hôpital ou de l'unité de soins ambulatoires. Avant sa sortie, les soins de suivi sont généralement discutés lors d'une réunion avec l'ensemble des personnes qui sont intervenues et qui vont intervenir dans les soins prodigués à la patiente ; cette discussion doit tenir compte de l'avis et des suggestions de la femme elle-même et de sa famille. Même si le mieux serait d'assurer le suivi dans le centre de traitement du cancer de niveau tertiaire, la plupart de ces centres sont en réalité des hôpitaux de niveau tertiaire situés dans les grandes villes ; si le centre est trop loin du domicile de la patiente, alors la distance peut être un frein à sa venue, faute de temps, de transport ou d'argent, ou en raison d'autres contraintes personnelles. Un certain nombre de femmes préféreront donc se faire suivre dans un établissement plus proche de leur domicile. Dans ce cas de figure, il serait utile que le gynécologue de l'hôpital de niveau secondaire (régional) soit présent et participe à cette réunion importante à propos des soins de suivi.

Lorsque le suivi est assuré à distance du centre de traitement, un médecin de soins de santé primaires ou secondaires possédant les compétences pour repérer et prendre en charge les problèmes ou une récurrence du cancer (souvent un gynécologue) recevra un compte-rendu exhaustif décrivant en détail le stade du cancer, le traitement administré et le pronostic, et donnant également des informations sur les problèmes courants qui sont susceptibles de survenir et la manière de les prévenir ou de les traiter. Le mieux est

d'inclure systématiquement les coordonnées (téléphone, fax, courriel, adresse) du centre de traitement dans ce rapport afin d'inciter les personnes qui sont chargées des soins de suivi de la patiente à communiquer régulièrement des informations en retour et à demander l'avis des experts du cancer si la patiente présente des symptômes inattendus.

### ***Suivi des femmes traitées par une chirurgie primaire et/ou de la radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie***

Il est conseillé aux femmes ayant reçu un traitement de ce type d'aller consulter un médecin tous les trois mois pendant une durée d'au moins deux ans après le traitement, ce qui correspond à la période au cours de laquelle la plupart des persistance ou récurrences de la maladie seront présentes ou détectées. De surcroît, cela correspond à la période au cours de laquelle les effets secondaires du traitement sont les plus aigus et nécessitent une prise en charge.

Au cours des consultations de contrôle, il s'avère nécessaire d'entreprendre, et de consigner intégralement dans le dossier de la patiente, les activités suivantes :

- un recueil minutieux des antécédents afin d'obtenir et d'examiner tous les symptômes physiques ressentis par la patiente ;
- une évaluation de sa situation sociale et économique, et de son état psychologique/émotionnel, et de l'impact de la maladie et du traitement sur tous ces facteurs ;
- un examen complet, dont un examen des grands systèmes et de l'abdomen, ainsi qu'une palpation des ganglions lymphatiques en prêtant une attention particulière au cou et à l'aîne ;
- un examen au spéculum et une inspection visuelle de la cavité vaginale ;
- un frottis cytologique annuel de la cavité vaginale pour les femmes ayant été traitées uniquement par chirurgie (l'utilité de l'IVA ou du test de dépistage du VPH dans ce contexte n'est pas connue et n'a pas été étudiée dans les essais cliniques) – si la patiente a été traitée par radiothérapie (avec ou sans chimiothérapie), alors la cytologie n'apportera rien à l'examen post-traitement<sup>2</sup> ;
- un examen bimanuel du vagin et du rectum pour déceler à la palpation toute récurrence de la maladie dans le pelvis ;
- d'autres examens, à déterminer en fonction des symptômes de la patiente, des observations cliniques et des ressources disponibles.

Chez les femmes ayant subi uniquement une chirurgie, une persistance ou une récurrence de la maladie peut être traitée (et potentiellement guérie) à l'aide d'un traitement secondaire par radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie. Toutefois, si une femme a déjà reçu une radiothérapie dans le cadre de son traitement primaire, renouveler ce traitement nécessite une préparation minutieuse pour faire en sorte que la zone

<sup>2</sup> Novetsky *et al.* (2013), Rimel *et al.* (2011), Zanagnolo *et al.* (2009) ; voir la section Pour en savoir plus.

ayant été précédemment traitée ne soit pas exposée à plus que la dose maximale admissible, ce qui provoquerait de graves lésions et entraînerait des complications par la suite.

### 6.7.3 Faire le choix d'arrêter le traitement

Il est très important de suivre continuellement la réponse au traitement des femmes traitées par chimiothérapie et/ou radiothérapie. Lorsqu'il devient évident que la maladie progresse ou que la douleur et les autres symptômes ne sont pas soulagés, il faut alors arrêter le traitement centré sur la maladie. Le principal souci du traitement palliatif une fois que la patiente est rentrée chez elle reste le contrôle de la douleur et des autres symptômes. Voir la Fiche pratique 7.1 sur l'évaluation de la douleur et la Fiche pratique 7.2 sur la prise en charge des symptômes.



Douleur



Prise en charge  
des symptômes

Le contrôle et la prise en charge de la douleur est un objectif prioritaire, tant à l'hôpital qu'en dehors, lorsque la maladie peut être soignée et lorsqu'elle ne le peut pas. Cet aspect est évoqué en détail dans le Chapitre 7.

Lorsque le traitement est arrêté, les spécialistes doivent contacter les agents de santé et autres soignants locaux qui seront chargés des soins palliatifs de la patiente. Un compte-rendu doit être envoyé et inclure notamment les coordonnées (téléphone, fax, courriel, adresse) du centre de traitement. Des conseils seront donnés sur la manière de prodiguer les soins de suivi à la patiente et le centre de traitement demandera un retour d'information régulier sur l'état de la patiente. Il est possible que les soignants locaux aient besoin d'une formation supplémentaire. Une fois formés, ils seront autorisés à prodiguer des soins palliatifs, un traitement antalgique et des soins aux patientes dans l'environnement local à mesure que le cancer progresse. Enfin, les prestataires de soins tertiaires doivent inciter les soignants locaux à les contacter pour discuter de tout problème, y compris pour des conseils si la patiente présente des symptômes inattendus ou si les symptômes ne s'améliorent pas malgré un traitement spécifique.

**Pour en savoir plus**

- Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. *Principles and practice of gynecologic oncology*, 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A., editors. *AJCC Cancer Staging Manual*, 7<sup>th</sup> edition. New York (NY): Springer; 2010:395–402.
- Gold MA, Tian C, Whitney CW, Rose PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. 2008;112(9):1954–63. doi:10.1002/cncr.23400.
- Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, *et al*. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121:129–35. doi:http://10.1097/AOG.0b013e31827499a9.
- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(2):103–4.
- Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, *et al*. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3):548–53.
- Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.
- Zanagnolo V, Ming L, Gadducci A, Maggino T, Sartori E, Zola P, *et al*. Surveillance procedures for patients with cervical carcinoma: a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;19:194–201.

# 7

## **CHAPITRE 7 : SOINS PALLIATIFS**





## CHAPITRE 7 : SOINS PALLIATIFS

### Points essentiels

- Les soins palliatifs représentent un élément essentiel de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Les soins palliatifs permettent d'améliorer la qualité de vie des patientes et des familles qui sont confrontées aux problèmes associés à la survenue d'une maladie potentiellement mortelle.
- Les soins palliatifs consistent à prévenir et à soulager les souffrances en identifiant, en évaluant et en traitant de manière précoce les douleurs et les autres formes de souffrance physique, psychosociale et spirituelle.
- Les soins palliatifs peuvent aider les personnes qui présentent une maladie à un stade avancé à conserver leur dignité et leur sérénité au cours des moments difficiles et en fin de vie.
- Pour que les soins palliatifs soient le plus efficaces possible, il est recommandé d'avoir recours à une équipe multidisciplinaire impliquant la patiente, sa famille et les personnes lui apportant un soutien rapproché, les agents de santé communautaires et les agents de santé spécialisés dans la fourniture de soins palliatifs au niveau de la communauté ainsi que les agents de santé des structures des différents niveaux de soins.
- Les dispositifs de mise en œuvre des soins palliatifs, notamment l'éducation et la disponibilité des médicaments, doivent être renforcés.
- La plupart des douleurs peuvent être soulagées efficacement en utilisant une large combinaison d'approches médicales et non médicales.
- Le personnel infirmier ayant reçu une formation appropriée peut être autorisé, en fonction des normes et des directives en vigueur dans le pays, à prescrire des opioïdes forts administrés par voie orale.
- La qualité des soins palliatifs dépend beaucoup de la formation et de la supervision des agents de santé des structures de soins et, si possible, des personnes qui fournissent les soins au niveau de la communauté.
- La prise en charge des symptômes dépend fortement de l'accès à l'ensemble des médicaments, du matériel et des fournitures nécessaires, à la fois dans les établissements de santé et au domicile des patientes.

### À propos de ce chapitre

Ce chapitre traite des soins palliatifs, l'un des aspects les plus importants et trop souvent négligé des programmes de lutte contre le cancer du col. Il s'appuie sur les publications de l'OMS suivantes qui portent sur les soins palliatifs et le traitement de la douleur :

- Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle.* Genève : OMS ; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44555/1/9789242564174\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44555/1/9789242564174_fre.pdf), consulté le 18 juillet 2014).
- Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition.* Geneva: WHO; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>).
- WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness.* Geneva: WHO; 2012 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120\\_Guidelines.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf)).
- World Health Organization (WHO), U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines.* Geneva: WHO; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, consulté le 23 octobre 2014).

Les recommandations dans ce chapitre se réfèrent aux nouvelles recommandations relatives à la douleur et aux soins palliatifs parues récemment à la suite de l'adoption d'une résolution sur les soins palliatifs lors de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en 2014.<sup>1</sup>

Le chapitre se présente sous la forme de cinq sections principales. La Section 7.1 donne une vue d'ensemble des soins palliatifs et souligne l'importance de disposer d'une équipe multidisciplinaire composée de dispensateurs de soins palliatifs à domicile, au sein de la communauté et dans les établissements de santé. Les membres de cette équipe, spécifiquement formés, peuvent rendre la progression du cancer avancé du col moins pénible pour la patiente. La Section 7.2 fait le point sur le rôle de la famille qui est considérée comme faisant partie intégrante de l'équipe soignante. La Section 7.3 décrit en détail les rôles des agents de santé à tous les niveaux du système de santé. La Section 7.4 apporte des conseils sur la prise en charge des symptômes, en particulier de la douleur. La dernière section, la Section 7.5, insiste sur l'importance de tenir la patiente et son cercle de soutien informés à chaque étape.

La plupart des points traités dans ce chapitre sont valables également pour les patients atteints d'autres maladies incurables ayant besoin de soins palliatifs.

Les fiches pratiques associées à ce chapitre contiennent des instructions détaillées sur l'évaluation de la douleur, sur la prise en charge à domicile de la douleur et d'autres symptômes et problèmes éprouvants auxquels les patientes atteintes d'un cancer du col sont confrontées, ainsi que sur ce que l'on peut dire aux patientes qui rentrent chez elles pour recevoir des soins palliatifs.

<sup>1</sup> OMS (2014), voir [http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative\\_care\\_services/en/](http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative_care_services/en/) pour en savoir plus

## L'histoire d'Amélia

Amélia, 57 ans, vit en Angola. Elle a 6 enfants et de nombreux petits-enfants. Comme elle souffrait depuis plusieurs mois de pertes vaginales nauséabondes, sa fille aînée l'a conduite à l'hôpital de district le plus proche, à 95 km de chez elle. Le médecin qui l'a examinée lui a fait faire des analyses et lui a annoncé qu'elle souffrait d'un cancer du col de l'utérus de stade avancé qui s'était étendu au vagin, à la vessie et aux parois pelviennes. L'odeur nauséabonde des pertes vaginales provenait de l'urine qui passait de la vessie dans son vagin et se mélangeait à l'écoulement dû à la tumeur. Le médecin a déclaré qu'à ce stade, il n'y avait malheureusement aucun traitement permettant de guérir la maladie, mais qu'elle pouvait cependant recevoir des soins susceptibles de la soulager chez elle. Le médecin a également donné à Amélia et à sa fille des instructions pour prendre en charge et atténuer les pertes vaginales et leur odeur. Il a ajouté qu'il avait l'habitude de travailler avec des agents de santé communautaires proches du village d'Amélia qui dispensaient des soins à domicile aux personnes gravement malades (touchées par le SIDA, le cancer ou d'autres pathologies). Le médecin a ensuite écrit une lettre d'introduction à la femme qui était responsable de l'organisation de soins à domicile, en expliquant la situation d'Amélia et en lui demandant de passer la voir chez elle. Il précisa à Amélia qu'il collaborerait à distance avec les agents de santé locaux, plus proches du village d'Amélia, afin de faire en sorte qu'elle ait bien tous les médicaments nécessaires, notamment des antalgiques, car la douleur risquait d'empirer avec la progression du cancer.

Bien qu'Amélia et sa fille aient été attristées et choquées par le diagnostic, elles ont été rassurées par la gentillesse du médecin et son attention. Le fait qu'il promette de surveiller les soins d'Amélia avec les agents de santé locaux les rendit plus optimistes et plus confiantes dans l'avenir.

L'agent de santé local, une femme, est venu comme promis chez Amélia. Elle lui a montré, ainsi qu'à sa fille, comment réagir face à certains des problèmes qu'elles rencontraient : comment préparer des serviettes hygiéniques à partir de vieux linges propres pour absorber les pertes vaginales ; à quelle fréquence les changer et comment les laver ; comment appliquer de la vaseline sur la région vaginale dont la peau commençait à être irritée par l'humidité permanente ; comment faire sa toilette intime quotidienne à l'eau et savon, et prendre des bains de siège. Avec l'accord d'Amélia, elle a parlé avec la famille de la meilleure façon de soutenir Amélia et de se soutenir mutuellement pendant sa maladie. Elle a insisté sur l'importance du partage des tâches domestiques : avec l'aggravation de la maladie d'Amélia, il y aurait davantage de lessives, la literie et les sous-vêtements ayant besoin d'être changés plus souvent ; le matelas devrait être protégé des

pertes vaginales et urinaires avec des alèses en plastique ; il serait possible de se procurer des antalgiques à bas prix à l'hôpital mission local et quelqu'un devrait se charger d'aller les chercher régulièrement ; de l'aide supplémentaire pouvait être apportée à la maison par l'intermédiaire de l'église d'Amélia. La famille d'Amélia était pauvre, mais l'agent de santé les aida à obtenir l'assistance de la communauté, de l'église et de la mission locale, si bien que tout le matériel nécessaire était généralement là.

L'agent de santé local a aidé la famille d'Amélia à comprendre combien il était important de faire participer Amélia à la vie familiale et à celle de la communauté. Les proches se sont arrangés pour qu'Amélia reçoive les visites de ses amies quand elle se sentait suffisamment bien. Ils ont fait en sorte de lui préparer ses repas chacun leur tour et quand elle est devenu trop faible pour quitter son lit, ils se sont arrangés pour qu'il y ait toujours quelqu'un près d'elle, de telle sorte qu'Amélia ne s'est jamais sentie exclue à cause de sa maladie. Même à l'approche de la mort, sa maison était toujours pleine de vie et de gaieté, et Amélia s'est sentie aimée et entourée jusqu'à la fin.

## 7.1 Approche intégrée des soins palliatifs

Les soins palliatifs prodigués aux patients atteints de maladies incurables de longue durée, dont le cancer du col à un stade avancé, apportent un soutien médical, émotionnel, social et spirituel. L'équipe de soins palliatifs comprend des professionnels de la santé, comme des médecins et des infirmiers (ères), des agents de santé communautaires et de nombreux aidants familiaux. Les soignants de tous niveaux et de tous environnements font partie d'une approche globale pour les patients confrontés à des maladies graves et à l'approche de la mort. Outre la prise en charge de la douleur et des autres symptômes dus au cancer, les soins palliatifs consistent également à apporter un soutien au niveau communautaire en mobilisant les ressources locales et en établissant des liens avec les centres de traitement.<sup>2</sup>

### 7.1.1 Qu'appelle-t-on « soins palliatifs » et pourquoi sont-ils nécessaires ?

Les soins palliatifs sont destinés à améliorer la qualité de vie des patientes et des familles qui sont confrontés aux problèmes associés à la survenue de maladies et d'états potentiellement mortels. Il ne s'agit pas seulement de soins de fin de vie. Il s'agit également d'interventions tout au long de l'évolution de la maladie (voir la

<sup>2</sup> WHO (2004), voir Pour en savoir plus

Figure 7.1) pour prendre en charge tous les symptômes pénibles, notamment la douleur, et tenir compte des besoins émotionnels et spirituels des patientes et de leur famille. Pour anticiper, prévenir ou prendre en charge ces problèmes, il faut prendre en compte les besoins à venir de la patiente dès que le diagnostic de cancer avancé tombe. Les soins palliatifs peuvent être assurés par des membres de la communauté, par le personnel soignant des dispensaires et des hôpitaux, à la fois au domicile de la patiente et dans des structures de soins ou des institutions communautaires. Les soins palliatifs sont reconnus comme étant un droit fondamental de tout être humain et décrits dans les textes internationaux relatifs aux droits de la personne.<sup>3</sup>

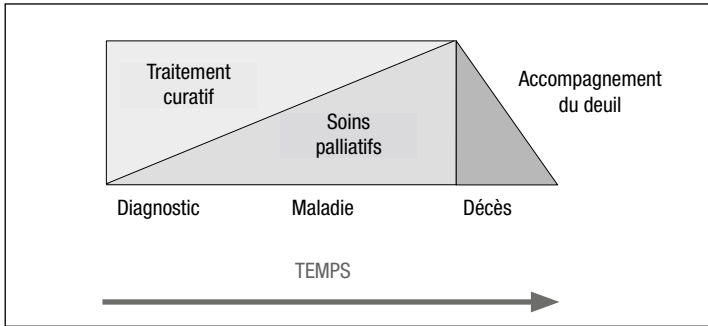
Les soins palliatifs se caractérisent comme suit :

- ils fournissent un traitement contre la douleur et autres symptômes pénibles ;
- ils affirment le principe de vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- ils ne facilitent, ni ne retardent la mort ;
- ils intègrent les aspects cliniques, psychologiques et spirituels dans les soins aux patientes ;
- ils donnent aux patientes et à leur famille la possibilité de garder autant de contrôle et de pouvoir de décision qu'ils le souhaitent et sont en mesure de l'accepter ;
- ils proposent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi pleinement que possible jusqu'à la mort ;
- ils offrent un système de soutien aux familles des malades pour les aider à faire face à la maladie et les accompagner dans leur deuil ;
- ils s'appuient sur une approche d'équipe ;
- ils améliorent la qualité de vie et peuvent parfois influencer de façon favorable le cours de la maladie ;
- ils peuvent être dispensés très tôt au cours de la maladie, conjointement avec d'autres traitements destinés à prolonger la vie, comme la chirurgie et la radiothérapie.

---

<sup>3</sup> OSF (2011), voir Pour en savoir plus

Figure 7.1. Le rôle des soins palliatifs tout au long de l'évolution de la maladie : le continuum des soins



Comme indiqué dans la Figure 7.1, au moment du diagnostic de cancer avancé, le traitement est la priorité et le rôle des soins palliatifs, même s'ils sont présents, est secondaire. À mesure que la maladie continue d'évoluer, les soins palliatifs finissent par prévaloir petit à petit. L'accompagnement du deuil avec la famille élargie fait partie du continuum des soins après le décès de la patiente.

Les soins palliatifs sont nécessaires même si le cancer du col est une maladie évitable et curable. Théoriquement, les ressources nécessaires et les activités de formation et d'éducation doivent être disponibles et mises en œuvre pour prévenir les décès prématurés et inutiles dus au cancer du col. Malheureusement, nombre de femmes sont encore diagnostiquées lorsque les symptômes se développent, ce qui correspond généralement aux stades avancés de la maladie (voir le Chapitre 6). En outre, dans les endroits où les ressources sont limitées, il n'existe pas toujours d'infrastructures pour le traitement du cancer du col, ou, si elles existent, bien des femmes n'y ont pas accès, si bien que des femmes atteintes d'un cancer du col relativement peu avancé ne recevront pas le traitement le plus efficace et la maladie va évoluer. Dans de tels contextes, les soins palliatifs doivent être mis à disposition en tant que traitement le plus efficace.

Les personnes souffrant d'autres maladies chroniques potentiellement mortelles ont également besoin de soins palliatifs. Ces derniers font partie intégrante du continuum des soins de santé et il faut s'employer à mettre en place une équipe d'agents de santé issus de tous les niveaux du système de santé et dotés des connaissances et compétences requises. Les familles des patients doivent être intégrées dans les soins palliatifs en ce sens qu'ils auront besoin aussi bien de dispenser des soins que d'en bénéficier.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Connor *et al.* (2002), voir Pour en savoir plus

La résolution sur les soins palliatifs qui a été adoptée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2014 engage les gouvernements du monde entier à développer davantage de normes et services à l'échelle nationale afin d'augmenter l'accès aux soins palliatifs pour tous les patients en ayant besoin.<sup>5</sup>

### 7.1.2 Aspects essentiels des soins palliatifs

Les principaux aspects des soins palliatifs comprennent la prévention et la prise en charge des symptômes, le soulagement de la douleur, ainsi que le soutien psychosocial et spirituel. Dans la plupart des cas, on arrive à contrôler efficacement la douleur à l'aide d'une prise en charge médicale, conjuguée à des méthodes non médicales d'appoint. Le soutien psychosocial et spirituel est un aspect important des soins palliatifs qui exige de bonnes compétences en communication de la part des agents de santé. Par ailleurs, au niveau de la communauté, les soins palliatifs doivent inclure l'ensemble des éléments garantissant aux patientes d'être bien nourries, propres et aussi actives qu'elles le souhaitent. Les membres de la famille des patientes doivent également être formés à leur rôle, et notamment savoir comment se procurer et utiliser les fournitures nécessaires aux soins.

Au niveau des établissements de niveau tertiaire, la prévention et la prise en charge des symptômes peut inclure la radiothérapie palliative pour diminuer le volume de la tumeur, ainsi que le traitement des pertes vaginales, des fistules, des saignements vaginaux, des difficultés à s'alimenter, des escarres, de la fièvre et des crampes.

Si possible, les membres de la famille et les agents communautaires doivent être formés aux soins palliatifs alors que la patiente est encore à l'hôpital. La formation et le conseil qu'ils doivent recevoir devraient englober la prévention et la prise en charge des problèmes, et comment aider la patiente dans ses activités quotidiennes, comme prendre un bain, aller aux toilettes et se déplacer. Si les symptômes de la patiente ne peuvent pas être pris en charge, la famille doit demander aux agents de santé locaux de faire des visites à domicile pour les soutenir et les conseiller et, si besoin, organiser l'admission de la patiente dans un établissement du niveau de soins appropriés.

### 7.1.3 Les soins palliatifs selon une approche d'équipe

Les agents de santé de tous les niveaux de soins – du spécialiste au personnel soignant à domicile – travaillent ensemble pour garantir aux patientes qui présentent un cancer du col à un stade avancé la meilleure qualité de vie et la meilleure issue possible. Dans les structures de soins tertiaires, l'équipe peut comprendre un gynécologue, un radiothérapeute, un technicien en radiothérapie, un psychologue ou un conseiller,

---

<sup>5</sup> WHO (2014), voir Pour en savoir plus

un nutritionniste, un physiothérapeute, un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en oncologie, un pharmacien, un travailleur social et un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en soins palliatifs. Dans les milieux aux ressources limitées, il est peu probable qu'une équipe aussi hautement spécialisée puisse opérer au niveau de la communauté où la femme vit. Dans ce type d'environnement, les agents de santé communautaires – soutenus, formés et encadrés par des professionnels de la santé des niveaux de soins primaires et secondaires – sont les principales personnes qui prodiguent les soins palliatifs.

Il doit y avoir un transfert régulier des informations médicales entre les différents professionnels de la santé qui sont responsables des soins de la patiente. S'il y a lieu, cela implique d'échanger et de partager de manière organisée les dossiers médicaux entre l'équipe du niveau communautaire et celle du niveau de soins tertiaires.

Les patientes et les aidants familiaux doivent tous savoir qui contacter dans quelle structure si besoin et comment joindre cette personne. Il faut concevoir des stratégies qui permettent aux agents de santé communautaires de mettre en contact la patiente et sa famille avec le personnel des établissements des niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires.

La communication est la meilleure lorsqu'un système a été établi en bonne et due forme, et mis en œuvre volontairement par l'ensemble des membres de l'équipe, dont les spécialistes des soins tertiaires, avant que la patiente ne sorte du centre de traitement. Les agents de santé de tous les niveaux de soins doivent être formés pour utiliser les mêmes mots et un langage non technique qui soit adapté sur le plan culturel lorsqu'ils sont en présence des patientes et de leur famille, et des membres de la communauté. Ils doivent en outre disposer des ressources nécessaires pour prendre en charge les problèmes physiques et psychosociaux les plus courants, en prêtant une attention particulière au contrôle de la douleur.

## 7.2 Le rôle de la famille dans les soins palliatifs

### 7.2.1 Participation de la famille<sup>6</sup>

La famille joue un rôle unique et déterminant dans les soins palliatifs. Les agents de santé doivent s'assurer que la patiente et sa famille comprennent la nature de la maladie, son pronostic, ainsi que le traitement qui a été préconisé.

Avec l'aide des agents de santé communautaires, la famille sera en mesure de participer aux prises de décision et sera tenue informée des décisions médicales, notamment des modifications de traitement et des changements de personnel soignant. Elle sera en outre conseillée concernant les meilleures pratiques dans le domaine des soins palliatifs. La famille de la patiente et les autres soignants peuvent être formés

<sup>7</sup> Dans ce contexte, le terme « famille » englobe toutes les personnes qui comptent pour la patiente.



à dispenser des soins à domicile. Les soins cliniques peuvent être prodigués par les agents de santé qui sont formés à l'utilisation des médicaments recommandés, selon le cadre juridique national. Les personnes qui dispensent les soins palliatifs ou les soins à domicile, avec le soutien permanent du prestataire de soins primaires (c.-à-d. un médecin, un soignant ou un[e] infirmier[ère]), seront en mesure de prendre en charge la plupart des besoins de la patiente.

### 7.2.2 Accès aux ressources locales pour les soins à domicile

Lorsque la patiente ne peut plus travailler ou s'occuper de sa famille, des ressources déjà modestes peuvent s'amenuiser encore davantage. Dans ce cas, la famille peut obtenir des aides pour se procurer de la nourriture, ainsi que le matériel et les médicaments nécessaires aux soins, auprès d'organisations non gouvernementales locales et régionales, et aussi auprès d'associations religieuses. Il s'avère très utile que les agents de santé communautaires établissent des contacts avec ces organisations avant d'avoir besoin d'elles, de sorte que les patientes puissent être dirigées vers elles lorsque la situation le justifie.

### 7.3 Le rôle des agents de santé

Les agents de santé des différents niveaux du système de santé doivent travailler en équipe pour dispenser traitements, soins et réconfort, et pour transmettre des informations et des connaissances précises à la patiente, à sa famille et à la communauté. À cette fin, ils doivent être formés à la prise en charge et au traitement des problèmes à la fois physiques et psychologiques, et posséder de bonnes capacités de communication. En outre, en fonction du contexte culturel, la mort est associée à toute une série de comportements, sentiments et croyances, qui doivent être pris en considération. Les Sections 3.1 et 3.5 du Chapitre 3 contiennent des informations sur les compétences en communication et en conseil, et la Section 7.5 du présent chapitre abordera la communication avec la patiente et son cercle de soutien. Voir également la Fiche pratique 3.4 qui porte sur le conseil, la Fiche pratique 6.4 destinée à aider les prestataires du niveau de soins tertiaires à discuter avec les patientes de leur cancer et de leur traitement, ainsi que la Fiche pratique 7.3 qui donne des conseils sur les explications à donner à une femme qui rentre chez elle pour recevoir des soins palliatifs.

Un agent de santé formé aux soins palliatifs permet à la patiente et à son cercle de soutien de prendre des décisions concernant les soins de la patiente. La patiente et sa famille auront l'impression qu'ils gardent le contrôle, tout en bénéficiant de l'assistance totale de l'équipe médicale chargée de leur procurer l'information utile, de les conseiller et de les soutenir dans leurs décisions prises en toute connaissance de cause.



Conseil

Spécialistes  
du cancerConseil – Soins  
palliatifs

### 7.3.1 Le rôle des agents de santé communautaires

Les agents de santé communautaires et les autres membres de la communauté qui se consacrent spécifiquement à faciliter la fourniture des soins palliatifs, en coordination avec les agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires, ont un rôle dans les aspects suivants :

- concevoir des plans de soins personnalisés afin de rendre visite à la patiente à son domicile de façon régulière et programmée, pour anticiper et, si possible, prévenir les problèmes, et les prendre en charge ;
- dispenser les traitements, former la famille à cette tâche, enseigner les techniques de soins et de confort à la patiente et à sa famille, et vérifier que celles-ci soient bien appliquées ;
- faciliter l'accès aux fournitures et aux médicaments ;
- évaluer régulièrement les besoins physiques, psychosociaux et spirituels de la patiente, et informer le prestataire de soins primaires (médecin) de la patiente des résultats ;
- en fonction des évaluations et du retour du prestataire de soins primaires (médecin) de la patiente, veiller à assurer l'approvisionnement du traitement, notamment pour la prise en charge de la douleur ;
- répondre aux questions, donner l'information et tenir les dossiers ;
- inciter la famille à faire participer autant que possible la patiente à la vie quotidienne.

### 7.3.2 Le rôle des médecins et des prescripteurs habilités dans les établissements des niveaux de soins primaires et secondaires

Les rôles des médecins et des prescripteurs habilités sont les suivants :

- se rendre périodiquement dans les communautés pour y animer des sessions de formation destinées aux agents de santé communautaires – c'est également l'occasion de s'informer sur leurs conditions de travail et les conditions de vie des patientes ;
- lorsqu'ils lui rendent visite, conseiller et éduquer la patiente et sa famille sur la prévention des problèmes fréquents, comme les contractures musculaires et les escarres, et leur prise en charge, le cas échéant ;
- assister et superviser l'équipe communautaire, ainsi que la patiente et sa famille, concernant le traitement et les soins ;
- participer aux cours de formation sur les soins palliatifs organisés dans les structures de soins primaires et secondaires ;
- prescrire des analgésiques, y compris de la morphine orale lorsqu'elle est disponible, et des médicaments pour traiter la douleur et autres symptômes ;

- superviser, assister, prescrire et fournir le matériel nécessaire (y compris les médicaments) aux agents de santé communautaires qui font les visites au domicile des femmes atteintes d'un cancer du col, ou directement aux patientes et à leurs soignants pour une utilisation immédiate ou ultérieure, selon les besoins ;
- assurer les soins de suivi d'urgence ou de routine pour les problèmes qui surviennent après le diagnostic ou le traitement du cancer invasif du col ;
- orienter les patientes vers les établissements de niveau supérieur assurant une meilleure prise en charge des problèmes aigus, comme les hémorragies vaginales sévères et les douleurs réfractaires à tout traitement (dont la radiothérapie) ;
- aider à organiser le transport des patientes jusqu'à ces endroits, si possible ;
- entretenir le contact avec les agents de santé communautaires et les prestataires chargés des soins palliatifs, et assurer le suivi des femmes qu'ils ont adressées à ce niveau ;
- superviser et assister à distance en étant disponibles pour les consultations lorsque cela s'avère nécessaire.

### 7.3.3 Le rôle des agents de santé des établissements de niveau tertiaire

Les agents de santé de l'hôpital de niveau tertiaire ont un rôle dans les aspects suivants :

- dispenser des soins hospitaliers de niveau tertiaire aux patientes souffrant de douleurs et autres symptômes réfractaires à tout traitement, en utilisant notamment la radiothérapie et d'autres traitements disponibles uniquement à ce niveau de soins ;
- assurer les soins d'urgence en ambulatoire pour les symptômes provoquant une profonde détresse (p. ex. hémorragies vaginales), si cela est possible ;
- en suivant les lignes directrices nationales en matière de douleur et de soins palliatifs, et en utilisant les médicaments appropriés, dont la morphine, faire en sorte que la patiente ne souffre pas ;
- faire un rapport aux prestataires référents et être disponible pour d'autres consultations à distance.

La délégation de certaines tâches aux prestataires de soins primaires ne doit être mise en œuvre que si des systèmes appropriés sont en place pour assurer une protection juridique à la fois aux prestataires de soins et aux patientes. Certains pays ont déjà modifié leurs politiques et leurs réglementations pour permettre aux infirmiers(ères) et aux soignants de prescrire des opioïdes afin d'accroître la couverture antalgique visant à soulager la douleur.

D'autres données dûment étayées sont nécessaires pour faire connaître aux responsables de l'élaboration des politiques les stratégies possibles susceptibles d'accroître la couverture des services tout en maintenant la qualité des soins. L'OMS a élaboré une série de recommandations et lignes directrices mondiales sur la délégation des tâches

en ce qui concerne les services de prise en charge de l'infection à VIH<sup>7</sup> ; les principes généraux peuvent être adoptés pour la délégation d'autres tâches au sein du système de santé et, par conséquent, peuvent s'avérer utiles lorsque l'on planifie la fourniture des soins palliatifs aux patientes atteintes d'un cancer du col.

### **7.3.4 Le rôle des agents de santé concernant l'anticipation de la mort et les derniers moments**

Il faut comprendre et aborder les sujets de la mort, des derniers moments et du deuil en fonction des connaissances, croyances, pratiques et comportements culturels locaux et régionaux. Utilisez un langage empli de bienveillance et adapté au contexte culturel lorsque vous parlez de la mort et des derniers moments avec les patientes, leur famille et leur communauté.

#### ***a. Anticipation des questions pratiques***

Il peut s'avérer difficile pour nombre de familles de se préparer à l'éventualité que leur proche malade va mourir alors qu'elles espèrent encore qu'il sera possible d'obtenir une rémission ou de prolonger la vie de la patiente. Les agents de santé doivent être très attentifs à la capacité de la patiente et de la famille à affronter la réalité de la situation. Ils doivent adapter leurs interventions en fonction de la volonté de la patiente et de sa famille à prendre des dispositions pratiques pour préparer le décès que l'on anticipe.

Reconnaître le besoin d'espérer et se préparer au pire ne s'exclue pas nécessairement l'un l'autre. Il est utile de discuter des questions importantes avec la patiente, si elle l'accepte, et avec sa famille. Les sujets à aborder sont les suivants :

- les objectifs des soins (p. ex. prolonger la vie consciente jusqu'à ce que la famille éloignée puisse venir dire au-revoir, réduire l'anxiété et la douleur) ;
- comment mettre ses affaires personnelles en ordre, tel que rédiger un testament, préparer les funérailles, aborder les finances familiales et s'acquitter de ses obligations, ce qui peut permettre aux patientes et à leur famille d'avoir un sentiment de plus grand contrôle dans cette situation difficile ;
- ce qu'il convient de faire lorsque le décès survient, comme par exemple éviter une réanimation superflue et la prolongation de la vie contre la volonté de la patiente.

Discuter de ces questions matérielles et proposer son aide, en fonction du contexte culturel local, peut également permettre à la famille d'aller jusqu'au bout de ses émotions.

<sup>7</sup> WHO, PERFAR, UNAIDS (2008), voir À propos de ce chapitre

### ***b. Préparation à la mort***

Encourager les membres de la famille à parler entre eux peut rendre la mort moins angoissante et faciliter le deuil (voir le Chapitre 6, la Section 6.7.3 et également la Section 7.5.4 du présent chapitre pour davantage de conseils sur la façon de parler avec la patiente et sa famille lorsque le cancer est incurable). Parfois, la patiente peut exprimer de la colère ou d'autres émotions fortes envers les membres les plus proches de sa famille et les agents de santé ; il faut savoir accepter ces crises et ne pas les prendre comme une attaque personnelle. Les réactions face à la mort imminente sont toujours influencées par le contexte culturel ; il faut donc évaluer attentivement dans quelle mesure la patiente est disposée à aborder ces questions avant de commencer la conversation. N'oubliez jamais qu'une écoute attentive et un langage corporel apaisant peuvent être les éléments les plus importants.

Aux côtés de la famille, un agent de santé formé peut aider une patiente mourante :

- en lui apportant du réconfort et des soins ;
- en l'aidant à surmonter ses sentiments de culpabilité ou de regret ;
- en abordant avec elle le sujet de sa mort imminente (après s'être assuré qu'elle souhaite en discuter) ;
- en réagissant aux manifestations de son chagrin : tristesse, désir, colère, désespoir et déni ;
- en gardant la porte ouverte à la communication, afin qu'elle puisse parler de ce qu'elle pense et ressent, sans insister si elle n'est pas prête ;
- en lui offrant une aide concrète, par exemple en lui demandant si elle souhaite qu'une personne en particulier s'occupe d'elle, où elle souhaite être soignée, quelles limites elle veut poser quant aux visites, si elle a des demandes spéciales, et ainsi de suite ;
- en lui demandant si elle souhaite recevoir un soutien spirituel (par qui et quand) ;
- en lui demandant, si c'est adéquat, à quel endroit et en présence de qui elle souhaite mourir ;
- en lui assurant que ses volontés seront respectées et en lui garantissant le caractère confidentiel de ces échanges.

Lorsqu'il s'agit d'envisager un transfert à l'hôpital, le personnel soignant doit tenir compte des volontés de la patiente si elle est consciente ; si elle est inconsciente, les souhaits de sa famille peuvent être pris en considération. En règle générale, il n'est pas justifié de transférer une patiente mourante. Si le décès n'est pas attendu dans l'immédiat et que la famille a besoin d'un peu de répit, il peut être envisagé de la transférer dans l'hôpital de niveau secondaire ou dans un centre de soins palliatifs, si disponible et financièrement accessible.

### **c. Décès**

Au moment du décès, il est essentiel de respecter les rites, rituels et coutumes d'usage local, ainsi que les volontés exprimées par la patiente ou la famille en ce qui concerne la toilette mortuaire, les funérailles et autres aspects. Une visite au domicile de la patiente au moment du décès est généralement appréciée.

### **d. Deuil**

L'accompagnement pendant la période de deuil consiste à soutenir la famille de la défunte, pour l'aider à accepter la perte de l'être cher. Les soignants à domicile et les prestataires médicaux qui se sont occupés des soins de fin de vie de la patiente peuvent partager la peine de la famille en les encourageant à parler et à évoquer leurs souvenirs. Il ne s'agit pas de leur apporter un semblant de réconfort, mais un réel soutien en prenant le temps d'écouter et en essayant d'organiser l'aide pratique avec les voisins et amis. Le plus souvent, les services de soins palliatifs comprennent un suivi pour les familles des disparues afin d'accompagner le processus de deuil et de favoriser la poursuite du soutien de la communauté. Ils servent également à déterminer lorsque le chagrin des familles se prolonge et perturbe le retour des capacités d'adaptation, et apporter de l'aide.

## **7.4 Prise en charge des symptômes courants d'un cancer du col avancé**

Les femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé souffrent de toute une série de problèmes physiques, psychologiques et affectifs. La douleur en fait presque toujours partie et sa prise en charge doit systématiquement faire partie des soins palliatifs.

### **7.4.1 Prise en charge de la douleur**

La douleur fait partie des symptômes les plus courants d'un cancer à un stade avancé. La grande majorité des femmes atteintes d'un cancer du col souffriront très probablement de douleurs modérées à sévères. On doit toujours lutter contre ces douleurs et les analgésiques opioïdes sont souvent essentiels dans le traitement de la douleur.

Que sait-on du traitement de la douleur chez les patientes atteintes d'un cancer ?

- les moyens destinés à soulager la douleur sont très peu exploités, même dans certains pays disposant de ressources élevées, si bien que beaucoup de patientes endurent des souffrances inutiles ;
- la plupart des douleurs peuvent être soulagées de manière satisfaisante ;
- la patiente représente la meilleure source d'information sur sa douleur – la douleur nécessite d'être évaluée en permanence (voir la Fiche pratique 7.1) ;



- il s'avère très utile d'avoir une coopération et une communication régulière entre les patientes et leurs soignants à domicile, ainsi qu'avec les prestataires de soins cliniques à tous les niveaux du système de santé – les soignants à domicile sont davantage sensibilisés aux besoins des patientes, tandis que les prestataires qui dispensent les soins cliniques peuvent offrir une assistance médicale et des médicaments ;
- les médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge de la douleur peuvent avoir des effets indésirables.<sup>8</sup>

La disponibilité des analgésiques forts, dont les opioïdes, varie grandement d'un pays à l'autre. Il n'est pas toujours facile de se procurer de la morphine orale dans nombre de pays, mais d'après les directives d'orientation générale de l'OMS, tous les pays devraient adopter des politiques qui permettraient aux patientes d'avoir accès aux médicaments sous contrôle (médicaments qui sont contrôlés pour prévenir leur mésusage) lorsqu'elles en ont besoin.<sup>9</sup> Les effets secondaires de la morphine, tels que la constipation, devront être surveillés et traités. Les agents de santé devront avoir recours aux produits pharmaceutiques disponibles dans la mesure où ils permettent de soulager la douleur tout en continuant à militer pour un meilleur accès à tous les médicaments utilisés pour le traitement de la douleur et les soins palliatifs que l'OMS a recensés.<sup>10</sup>

### 7.4.2 Obstacles à une prise en charge efficace de la douleur

Les principaux obstacles à une prise en charge efficace de la douleur sont indiqués ci-après.

- **Des obstacles d'ordre législatif et politique** : des lois et politiques particulièrement restrictives peuvent empêcher de se procurer facilement des médicaments sous contrôle pour les patientes et leurs soignants dans la communauté.
- **Des normes et des lignes directrices nationales obsolètes** : il est possible que les normes et lignes directrices ne soient pas mises à jour régulièrement dans le respect des conventions et lignes directrices internationales concernant le contrôle des drogues.
- **Des prestataires de soins mal formés** : l'éducation des professionnels de la santé peut présenter des lacunes en raison de l'attention très limitée portée aux soins palliatifs dans les programmes d'enseignement des facultés de médecine, des écoles de soins infirmiers et des facultés de pharmacie. Il se peut que les diplômés qui sortent de ces établissements de formation ne soient pas à l'aise lorsqu'ils utilisent des opioïdes en quantité suffisante pour contrôler la douleur et ne connaissent pas les effets secondaires courants, ni leur prise en charge.

---

<sup>8</sup> Consulter les listes modèles de médicaments essentiels élaborées par l'OMS ; OMS (2013), voir Pour en savoir plus

<sup>9</sup> OMS (2011), voir À propos de ce chapitre

<sup>10</sup> OMS (2013), voir Pour en savoir plus

- **Des idées fausses ne reposant sur aucune donnée factuelle** : certaines convictions persistantes peuvent pousser les agents de santé à mal utiliser les opioïdes. Par exemple, ils peuvent croire que l'utilisation à long terme des opioïdes facilitera le décès d'une patiente et/ou provoquera une dépendance.
- **Des barrières économiques** : de faibles marges bénéficiaires, des prix élevés et une rotation des stocks insuffisante peuvent conduire à une pénurie de préparations d'opioïdes analgésiques dans un pays.

Lorsque les opioïdes analgésiques sont disponibles, il faut respecter les lois et réglementations nationales en vigueur. Toutefois, il convient de vérifier avec attention si elles autorisent l'administration du traitement de la douleur comme il le faudrait. Si ce n'est pas le cas, les personnels médical et non médical doivent unir leurs forces pour militer en faveur de l'intégration aux soins palliatifs du droit des patientes à ne pas souffrir.

En 2011, l'OMS a publié des directives d'orientation générale intitulées *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*.<sup>11</sup> Ces directives peuvent être utilisées pour cerner les obstacles à l'accès aux opioïdes et aux autres médicaments puissants. Elles peuvent également servir de référence lors de l'élaboration des lois et des politiques, y compris pour les pharmacies, qui concilient l'accès aux analgésiques opioïdes et aux autres médicaments sous contrôle pour un usage médical, et les risques de détournement et de dépendance aux opioïdes dans la société.

### 7.4.3 Échelle analgésique de l'OMS

L'échelle à trois paliers de l'OMS concernant le traitement de la douleur cancéreuse, qui a été publiée en 1986,<sup>12</sup> donne des orientations sur la prise en charge la douleur en cas de cancer. De nos jours, dans de nombreux pays, l'approche consiste cependant à passer outre la deuxième étape et à utiliser, à la place, des posologies faibles d'opioïdes puissants, tels que la morphine, pour prendre en charge la douleur rapidement et efficacement. L'OMS devrait développer très prochainement de nouvelles lignes directrices sur la prise en charge de la douleur cancéreuse chez l'adulte. Elles devront être consultées lorsqu'elles auront été publiées.

### 7.4.4 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont des médicaments qui réduisent la douleur et l'inflammation. Ils sont souvent utilisés pour soulager les douleurs légères à modérées dans tous les types de cancer, mais également les douleurs dues à l'arthrite, aux crampes menstruelles,

<sup>11</sup> OMS (2011), voir À propos de ce chapitre

<sup>12</sup> WHO (1986), voir Pour en savoir plus



aux muscles endoloris après une activité physique et aux céphalées de tension. La plupart des AINS sont disponibles sous de forme de préparations délivrées sans ordonnance. L'ibuprofène, le naproxène, la nabumétone, le kétorolac, le sulindac et le diclofénac sont des exemples d'AINS utilisés dans les traitements du cancer. Les AINS peuvent être administrés en plus des opioïdes à des doses sûres ; par exemple pour traiter les douleurs osseuses plus efficacement.

### 7.4.5 Opiïdes

D'un point de vue pharmacologique, les opioïdes comprennent toutes les substances qui agissent de manière similaire à la morphine pour soulager la douleur. Les opioïdes peuvent provenir du pavot, être synthétiques, ou même être produits par le corps lui-même (endorphines) ; ils peuvent être liés ou non à la morphine sur le plan chimique. Les effets analgésiques (antidouleur) des opioïdes sont dus à une diminution de la perception de la douleur et de la réaction à la douleur, ainsi qu'à une augmentation de la tolérance à la douleur. Les effets secondaires les plus courants des opioïdes comprennent : constipation, nausées, sédation, dépression respiratoire, euphorie et somnolence. Les opioïdes peuvent également supprimer la toux, de sorte que la toux est une autre indication pour l'administration d'un opioïde. D'après la revue systématique des éléments d'appréciation, il semble que le fentanyl, la morphine, l'hydrocodone, l'oxycodone et la méthadone soient tout aussi efficaces.<sup>13</sup> Cependant, les patientes préfèrent nettement le fentanyl par voie transdermique. Il ressort des études que les patientes sous fentanyl présentent moins de constipation et de rétention urinaire, alors qu'avec la morphine orale, moins de nausées, de sudation et de diarrhées ont été rapportées. Le prix local des médicaments est un aspect important à prendre en considération lorsque l'on sélectionne la préparation à utiliser.<sup>14</sup>

Il est rare qu'une dépendance aux opioïdes apparaisse chez les patientes qui luttent contre la douleur et sont traitées par ces médicaments. Il n'y a donc pas de raison pour ne pas traiter les douleurs modérées et sévères à l'aide des doses les plus efficaces déterminées pour chaque patiente.<sup>15</sup>

Il convient d'utiliser une approche graduelle pour le traitement analgésiques chez les femmes atteintes d'un cancer du col : commencer par du paracétamol et des AINS pour les douleurs légères, puis passer aux analgésiques opioïdes puissants pour soulager les douleurs modérées à sévères<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> WHO (2004), voir Pour en savoir plus

<sup>14</sup> Tassinari *et al.* (2011), Wiffen & McQuay (2007), voir Pour en savoir plus

<sup>15</sup> Minozzi *et al.* (2013), voir Pour en savoir plus

<sup>16</sup> WHO (2014), voir Pour en savoir plus

Les analgésiques sont plus efficaces lorsqu'ils sont administrés selon un horaire fixe – à des intervalles réguliers – plutôt qu'à la demande. On préférera la voie orale pour l'administration de tous les médicaments analgésiques, y compris la morphine.<sup>17</sup>

La morphine orale est efficace comme traitement de première ligne des douleurs persistantes modérées à sévères chez la femme atteinte d'un cancer du col.<sup>18</sup>

#### 7.4.6 Approches non pharmacologiques contribuant à soulager la douleur

Il existe un certain nombre d'approches non pharmacologiques, adaptées aux traditions culturelles et aux coutumes locales, qui peuvent aider les patientes à lutter contre la douleur. On peut les utiliser en complément des antidouleurs, mais elles ne doivent jamais se substituer à des médicaments analgésiques efficaces. La prise en charge non médicale de la douleur peut comprendre : le soutien affectif, des techniques physiques (toucher et massage), des distractions, de la musique, l'art et d'autres thérapies par l'expression, l'imagerie mentale guidée et la relaxation, l'aromathérapie, la zoothérapie, la prière, la méditation et d'autres méthodes traditionnelles locales sans danger. L'acupuncture et d'autres thérapies traditionnelles chinoises et asiatiques peuvent également être utilisées. La massothérapie s'est avérée être une méthode d'appoint efficace pour contrôler la douleur. Ces méthodes de contrôle de la douleur doivent être exercées par des professionnels qualifiés et uniquement avec l'accord explicite de la patiente et de sa famille. La patiente doit être encouragée à expliquer aux personnes qui lui dispensent ses soins les autres méthodes auxquelles elle souhaite avoir recours.

#### 7.4.7 Autres problèmes associés aux stades avancés de la maladie

Outre la douleur, les autres symptômes et problèmes qu'il est fréquent de rencontrer dans le cancer du col à un stade avancé comprennent notamment : les pertes vaginales, les fistules, les saignements vaginaux, les nausées et vomissements, la diarrhée ou la constipation, la fièvre, la perte d'appétit, la cachexie, la faiblesse et la fatigue, les œdèmes des membres inférieurs, les escarres, le souffle court, l'incontinence fécale ou urinaire, l'angoisse et la dépression. La Fiche pratique 7.2 donne des informations sur la prise en charge à domicile des pertes vaginales, des fistules et des saignements ; elle est destinée aux prestataires de soins primaires, aux agents de santé communautaires et aux soignants à domicile, et comprend également des informations à prendre en compte sur la prévention des infections et le conseil.



Prise en charge des symptômes

<sup>17</sup> WHO (2004 et 2014), voir Pour en savoir plus

<sup>18</sup> WHO (2014), voir Pour en savoir plus

## 7.5 Tenir la patiente et son cercle de soutien informés

### 7.5.1 Pour les agents de santé du niveau tertiaire : informer la patiente de l'arrêt du traitement curatif

Les patientes doivent être informées des options thérapeutiques dont elles disposent à tous les stades de la maladie et jouer un rôle dans le processus de décision. Lorsqu'il devient évident que la patiente ne pourra plus retirer de bénéfices de la poursuite du traitement curatif parce que ce dernier n'a aucun effet positif sur sa santé ou son cancer, le mieux est de conseiller la patiente et sa famille en faisant preuve d'empathie, mais de manière honnête. Il est également très important que la patiente sache que même si le traitement contre le cancer ne peut rien faire, son confort vous tient toujours à cœur et que vous restez foncièrement attaché à traiter ses symptômes, dont la douleur. Évitez de dire « on ne peut rien faire de plus » dans la mesure où les soignants peuvent faire un certain nombre de choses : soulager les symptômes, donner des médicaments, organiser les soins par les agents de santé des niveaux de soins inférieurs, ou tout simplement être disponibles. Pour une patiente hospitalisée qui va rentrer chez elle, c'est le moment de contacter les agents de santé locaux, qui pourront assurer les soins palliatifs. À la question « Combien de temps me reste-t-il ? », il faut répondre avec honnêteté, c.-à-d. dire que vous ne savez pas, mais que cela peut être une question de quelques jours, semaines ou mois, selon la situation de la patiente. Cela permettra à la patiente et à sa famille de savoir à quoi s'attendre, de manière qu'ils puissent prendre les dispositions nécessaires.

Le mieux est de se montrer aussi calme et compréhensif que possible : la conversation qui va avoir lieu est particulièrement chargée en émotions et triste. Il est inacceptable qu'un membre du personnel du niveau de soins inférieur vienne informer la patiente que ses médecins ont décidé de la faire sortir de l'hôpital.

Dans un premier temps, demandez à la patiente comment elle se sent, quels sont ses symptômes actuels et quelles sont les personnes, chez elle et dans sa communauté, pouvant répondre à ses besoins physiques, émotionnels et spirituels. Lorsque ces aspects auront été discutés en détail, revoyez avec elle ce qui a été fait au cours des dernières semaines pour prendre soin de sa santé et abordez très délicatement le sujet concernant le fait qu'aucune amélioration n'a été obtenue au cours des X derniers mois ou X dernières semaines. Dites-lui que l'équipe de médecins qui s'occupe d'elle à l'hôpital a estimé d'un commun accord qu'il serait mieux pour elle de rentrer chez elle et d'être avec sa famille et son cercle de soutien, qui sont les personnes les plus à même de lui procurer du réconfort et la paix. Informez la patiente de la possibilité qui s'offre à elle de donner des directives à l'avance (établir ce que l'on appelle également un « testament de vie »), dans la mesure où cela pourra s'avérer utile plus tard si, ou quand, elle ne sera plus en état de prendre des décisions pour elle-même. Expliquez-lui également l'assistance que vous et l'hôpital êtes en mesure de lui procurer.

Pour finir, informez la patiente qu'un rapport complet sera transmis aux prestataires de soins primaires et aux agents de santé communautaires, lequel comprendra notamment les traitements suggérés pour ses symptômes persistants et pour les nouveaux symptômes auxquels on peut s'attendre, et demandera instamment à ces agents de santé d'accompagner la patiente durant cette étape de sa vie. Le rapport devra comprendre les coordonnées (téléphone, fax, courriel, adresse) du centre de traitement et demander un retour d'information régulier sur l'état de la patiente. Il devra en outre inciter les personnes chargées des soins de la patiente à demander des conseils si celle-ci présente des symptômes inattendus. Assurez-vous que les soignants locaux qui s'occupent de la patiente sachent que vous et votre équipe êtes disponibles pour discuter avec eux de tout ce qui pourrait les préoccuper à propos de l'évolution de l'état de santé de la patiente dans un futur proche.

### **7.5.2 Pour les agents de santé des niveaux primaire et secondaire, et les soignants à domicile : discuter avec la patiente lorsqu'elle rentre chez elle**

Lorsque la patiente sort de l'hôpital et rentre chez elle, les agents de santé de sa communauté et les prestataires de soins primaires et secondaires doivent aller lui rendre visite et, si elle le souhaite, à sa famille, afin d'établir une relation chaleureuse et de confiance. Après les salutations et les présentations d'usage, vous pouvez commencer à parler de ce qu'elle apprécie dans le fait d'être de retour chez elle et d'avoir son entourage proche autour d'elle. Surtout, rassurez-la sur le fait que vous serez disponible lorsqu'elle en aura besoin et expliquez-lui comment elle peut vous joindre quel que soit le moment. Dites-lui également que les soignants peuvent faire beaucoup de choses pour soulager ses symptômes, notamment en lui fournissant des médicaments et en organisant ses rendez-vous et le transport jusqu'aux établissements de soins primaires ou tertiaires, le cas échéant.

Ensuite, il est important d'avoir une conversation confidentielle plus approfondie. Vous, l'agent de santé, devez être aussi calme et compréhensif que possible : la conversation qui va avoir lieu est particulièrement chargée en émotions et triste. Avant de débiter cette conversation, vous devez vous assurer que c'est le bon moment pour le faire ; si la patiente préfère un autre moment, essayez de planifier quelque chose peu de temps après. Vous devez faire des efforts pour toujours parler de manière sincère, mais avec doigté. La sincérité et l'espoir ne sont pas incompatibles.

Aux questions concernant le temps qui lui reste, il faut répondre avec honnêteté (voir la Section 7.5.1 où la même information est donnée aux agents de santé du niveau tertiaire).

Pour une patiente qui a été hospitalisée et qui est maintenant rentrée chez elle, c'est le moment où les agents de santé et les soignants de tous les niveaux doivent entrer en contact les uns avec les autres et rester informés de l'évolution de l'état de santé de la patiente.

La Fiche pratique 7.3 donne des conseils sur la manière de parler à une femme qui rentre chez elle pour recevoir des soins palliatifs.



Conseil – Soins palliatifs

7

### 7.5.3 Discuter du traitement antidouleur avec la patiente et sa famille

Lorsque la prise en charge de la douleur débute, il est important d'en discuter avec la patiente et sa famille. Il convient notamment de rester attentif aux aspects suivants :

- expliquer à la patiente et à sa famille que dans la plupart des cas, la douleur et les autres symptômes du cancer peuvent être contrôlés ;
- encourager la patiente et sa famille à rester en contact avec les prestataires de soins communautaires, en particulier si de nouveaux symptômes apparaissent ou si la douleur s'accroît ;
- donner des précisions sur les médicaments qui lui sont prescrits, en fonction de la sévérité de la douleur, et lui dire qu'elle doit vous tenir informé de leur efficacité car s'ils ne sont pas complètement efficaces, les médicaments antidouleur peuvent être modifiés et/ou leur dose peut être augmentée ;
- discuter avec la patiente des options de prise en charge traditionnelles et non cliniques qui peuvent être utilisées en plus des médicaments ;
- rassurer la patiente et son cercle de soutien sur le fait que des médicaments antidouleur puissants sont recommandés et administrés parce qu'elle souffre, pas parce qu'elle est sur le point de mourir ;
- rassurer la patiente et son entourage sur le fait que la dépendance aux antalgiques puissants est rare ;
- expliquer à la patiente et à sa famille les posologies, la fréquence d'utilisation, l'efficacité, la vitesse à laquelle le soulagement est attendu, les effets secondaires et la manière de les prévenir et de les prendre en charge. Donner les informations suivantes tant oralement que par écrit :
  - la constipation fait presque toujours partie des effets secondaires. Elle peut être prise en charge par des laxatifs administrés par voie orale et il est possible de la prévenir en prenant ces médicaments dès le début du traitement, sans attendre que les symptômes commencent à apparaître,
  - les nausées sont moins courantes, généralement passagères, et elles peuvent être traitées par des antiémétiques,
  - l'euphorie et la somnolence sont également généralement passagères – si elles sont sévères ou si elles ne diminuent avec le temps, l'agent de santé aidera la patiente en réduisant la dose de manière très progressive. Si ces effets secondaires continuent malgré tout, l'agent de santé demandera conseil auprès de spécialistes de la douleur ;

- aviser la patiente et sa famille des rendez-vous de contrôle (où [y compris à son domicile] et quand), même s'il n'y a pas de problèmes particuliers, et leur expliquer comment prendre un rendez-vous s'ils ont besoin de consulter un médecin ;
- leur indiquer comment ils peuvent joindre les prestataires cliniques à tout moment du jour et de la nuit (donner les numéros de téléphone, etc.) en cas de questions urgentes, ou de problèmes sévères ou qui empirent.

#### **7.5.4 Discuter de l'approche de la mort avec la patiente et sa famille**

Il est important que les agents de santé communautaires et les agents de santé du niveau primaire discutent avec la patiente et, selon qu'il conviendra, avec la famille de la patiente et son cercle de soutien proche, de la probabilité que la patiente puisse décéder très prochainement.

Il convient de tenir compte des spécificités culturelles dans la manière de mener les discussions à propos de la mort imminente. Il est important de ne pas dire directement que la patiente est mourante, mais plutôt de choisir les mots appropriés avec beaucoup de soin et de dire, par exemple, que vous avez remarqué qu'elle devient plus fragile et/ou qu'elle va nettement moins bien. Rassurez les membres de la famille de la patiente sur le fait que tout le monde fait tout son possible pour assurer son bien-être et qu'il est très important pour elle qu'ils soient à ses côtés et lui apportent leur amour et tout ce qui pourra lui permettre de se sentir entourée.

Si possible, suggérez que les membres du cercle de soutien direct de la patiente l'aident à contacter ses proches qui ne vivent pas à proximité et encouragez-les à lui garantir qu'ils sont disposés et en mesure d'accomplir tout ce qui, selon elle, doit être fait pour rendre sa vie plus agréable (p. ex. résoudre les conflits, anciens ou actuels et respecter les engagements pris).

Tenez les agents communautaires qui ont aidé la patiente informés de son état et demandez à ce qu'ils lui rendent visite chaque jour, si possible. Demandez-leur d'informer également le prestataire de soins primaires local de son état et, si nécessaire, demandez à ce qu'il rende visite à la patiente à son domicile.

Rassurez la famille sur le fait que vous êtes et serez constamment disponible pour les voir eux et voir la patiente, quelle qu'en soit la raison. Dites à la famille qu'après le décès de la patiente, cet être cher, vous serez présent pour eux, pour les soutenir durant la période de deuil, s'ils le souhaitent.

**Pour en savoir plus**

- Connor S, Egan K, Kwilosz D, Larson D, Reese D. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision-making. *Am Behav Sci*. 2002;46(3):340–56.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction*. 2013;108(4):688–98. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.
- Open Society Foundations (OSF). *Public health fact sheet: palliative care as a human right*. New York: OSF; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-human-right-fact-sheet>, consulté le 24 octobre 2014).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Listes modèles OMS des médicaments essentiels. Genève : OMS ; 2013 (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/>, consulté le 22 octobre 2014).
- Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systemic review. *Palliative medicine*. 2011;25(5):478–87.
- Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD003868.
- World Health Organization (WHO). *A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in sub-Saharan Africa*. Geneva: WHO; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591498.pdf>, consulté le 18 juillet 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA 67.19. *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*. Sixty-seventh World Health Assembly, agenda item 15.5, Geneva, 24 May 2014. Geneva: WHO; 2014 (WHA 67.19; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf), consulté le 18 juillet 2014).







## **FICHES PRATIQUES**





## Fiche pratique 2.1. Liste de contrôle pour la planification et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus<sup>1</sup>

PLANIFICATION du programme	
Mettre en place une équipe de gestion	
Impliquer les partenaires au niveau local	
Passer en revue et, si nécessaire, réviser ou mettre à jour les directives relatives aux pratiques et les protocoles	
Évaluer au niveau local les besoins en services de vaccination contre le VPH, de dépistage et de traitement ainsi qu'en systèmes d'orientation des patientes pour recevoir des soins spécialisés	
Déterminer la taille des populations cibles pour la vaccination et pour le dépistage, dans les zones rurales et dans les zones urbaines	
Élaborer un plan d'action, y compris un plan d'information, d'éducation et de communication (IEC), un plan de formation, une stratégie de prestation de services, des objectifs locaux de couverture pour la vaccination contre le VPH et pour le dépistage, et une stratégie de traitement	
Élaborer un budget et allouer les ressources pour appuyer la mise en œuvre du plan d'action	
Élaborer ou mettre à jour les matériels d'IEC et de formation	
Fournir des orientations à la communauté, aux partenaires locaux et au personnel	
Assurer la formation (formation initiale et cours de recyclage) des agents de santé, des superviseurs et des gestionnaires de données	
Acheter et distribuer les équipements et les fournitures	
Mettre en place des systèmes de gestion de la qualité, notamment des indicateurs, des systèmes de supervision de soutien et des systèmes d'information afin de collecter, stocker et diffuser les données aux niveaux infranational et national	
Renforcer les systèmes d'orientation des patientes pour recevoir des soins spécialisés	
Procéder au lancement des services	

<sup>1</sup> Source : adapté du document *Planification et mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col - Manuel à l'usage des organisateurs*. Seattle (WA), Alliance pour la prévention du cancer du col, 2006 ([http://screening.iarc.fr/doc/MfM\\_French\\_final.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf)).

<b>MISE EN ŒUVRE du programme</b>	
Mettre en œuvre une stratégie d'éducation et de sensibilisation de la communauté	
Fournir des services cliniques et assurer l'orientation des patientes vers des services de soins spécialisés	
Superviser le travail des agents de santé et organiser une formation sur place et la résolution des problèmes, le cas échéant	
Faire un suivi et une évaluation de la performance et des réalisations du programme sur la base des indicateurs choisis	
Modifier la stratégie en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation	

## Fiche pratique 2.2. Indicateurs de base de performance et d'impact des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus

Cette fiche pratique donne un récapitulatif des indicateurs de base de performance et d'impact pour un programme de lutte contre le cancer du col, ainsi que des explications sur la manière de calculer ces indicateurs.

### Indicateurs de base pour le dépistage et le traitement<sup>2</sup>

Remarque : cet ensemble d'indicateurs de base a été élaboré pour l'inspection visuelle à l'acide acétique ; il peut également être utilisé lorsque le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé à l'aide d'un autre type de test.

#### ***Indicateur de base 1 : taux de dépistage (indicateur de performance)***

Ce que mesure cet indicateur. Pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié pour la première fois d'un test de dépistage du cancer du col au cours d'une période de 12 mois. Il s'agit d'un indicateur de suivi qui mesure combien de dépistages ont été effectués au cours d'une période de 12 mois en ciblant les femmes âgées de 30 à 49 ans.

##### ***Calcul***

Numérateur. Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié pour la première fois d'un test de dépistage du cancer du col au cours d'une période de 12 mois

Dénominateur. Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans dans la population

#### ***Indicateur de base 2 : taux de positivité du test de dépistage du cancer du col (indicateur de performance)***

Ce que mesure cet indicateur : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage et pour lesquelles le dépistage s'est avéré positif

##### ***Calcul***

Numérateur : nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans signalées comme ayant un résultat positif au cours d'une période de 12 mois

---

<sup>2</sup> Texte adapté de l'Annexe 3 du document *Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf)).

Dénominateur : nombre total de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage au cours d'une période de 12 mois

**Indicateur de base 3 : taux de traitement (indicateur de performance)**

Ce que mesure cet indicateur : pourcentage de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif qui ont été traitées au cours d'une année donnée.

**Calcul**

Numérateur : nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans chez qui le dépistage s'est avéré positif qui ont reçu un traitement approprié complet au cours d'une période de 12 mois

Dénominateur : nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans chez qui le dépistage s'est avéré positif au cours d'une période de 12 mois

**Indicateur de base 4 : couverture de la population cible (indicateur de résultat)**

Ce que mesure cet indicateur : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage du cancer du col entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans. Cet indicateur mesure l'efficacité réelle du programme de dépistage pour atteindre la population cible au moins une fois.

**Calcul**

Numérateur : toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont répondu « OUI » à la question de l'enquête

Dénominateur : toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont répondu à la question de l'enquête

**Indicateur de base 5 : incidence du cancer du col en fonction de l'âge (indicateur d'impact)**

Ce que mesure cet indicateur : nombre de nouveaux cas de cancer du col qui surviennent dans une population définie de personnes exemptes de cette maladie au cours d'une période donnée.<sup>3</sup>

**Calcul**

Numérateur : nombre de cas dans la tranche d'âge

Dénominateur : nombre de femmes dans la tranche d'âge (compter 1 personne-année par personne, si la mesure se fait tous les ans)

<sup>3</sup> Boyle P, Parkin DM. Statistical methods for registries. In: Jensen OM et al., eds. *Cancer registration: principles and methods*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 1991:126–158.

### **Indicateurs supplémentaires pour le dépistage et le traitement<sup>4</sup>**

Remarque : cet ensemble d'indicateurs de base a été élaboré pour l'inspection visuelle à l'acide acétique ; il peut également être utilisé lorsque le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé à l'aide d'un autre type de test, comme c'est le cas dans la formulation ci-dessous.

#### **1. Pourcentage de femmes chez qui les lésions remplissaient les critères pour être traitées par cryothérapie et chez qui le traitement a été réalisé au cours de la même visite**

##### *Calcul*

Numérateur : nombre de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif, chez qui les lésions remplissaient les critères pour être traitées par cryothérapie et chez qui le traitement a été réalisé au cours de la même visite x 100

Dénominateur : nombre de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif et chez qui les lésions remplissaient les critères pour être traitées par cryothérapie.

#### **2. Pourcentage de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif, chez qui les lésions ne remplissaient pas les critères pour être traitées par cryothérapie, qui ont été dirigées sur un service spécialisé pour être traitées par colposcopie et qui ont été traitées de manière adéquate.**

##### *Calcul*

Numérateur : nombre de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif, chez qui les lésions ne remplissaient pas les critères pour être traitées par cryothérapie, qui ont été dirigées sur un service spécialisé pour être traitées par colposcopie et qui ont été traitées de manière adéquate x 100

Dénominateur : nombre de femmes chez qui le dépistage s'est avéré positif et chez qui les lésions ne remplissaient pas les critères pour être traitées par cryothérapie.

<sup>4</sup> Texte adapté de l'Annexe 4 du document *Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité et assurance de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135915/1/9789242505269_fre.pdf)).



### **3. Pourcentage de femmes chez qui un cancer invasif a été suspecté sur la base d'un dépistage du cancer du col et qui ont été traitées de manière adéquate ou qui ont terminé le suivi recommandé.**

#### **Calcul**

Numérateur : nombre de femmes chez qui un cancer invasif a été suspecté sur la base d'un dépistage du cancer du col et qui ont été traitées de manière adéquate ou qui ont terminé le suivi recommandé x 100

Dénominateur : nombre de femmes chez qui un cancer invasif a été suspecté sur la base d'un dépistage du cancer du col.

### **Indicateurs pour la vaccination contre le VPH**

#### **Couverture de la vaccination contre le VPH<sup>5</sup>**

Complètement vaccinées : pourcentage de jeunes filles de la population cible remplissant les critères pour être vaccinées qui ont reçu les deux doses recommandées du calendrier de vaccination contre le VPH (ou les trois doses, le cas échéant).

#### **Calcul**

Numérateur : nombre de jeunes filles de la population cible qui ont reçu le VPH2 (ou le VPH3 le cas échéant) x 100

Dénominateur : nombre de jeunes filles de la population cible remplissant les critères pour la vaccination contre le VPH.

#### **Taux de manifestations postvaccinales indésirables pour la vaccination contre le VPH**

Nombre et pourcentage de jeunes filles vaccinées ayant présenté des événements indésirables graves ET des événements indésirables non graves, comme cela a été signalé spontanément par les mécanismes de routine du programme de vaccination du pays.

### **Indicateurs pour les soins du cancer du col de l'utérus**

**Incidence du cancer du col de l'utérus** : nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge dans une population comprise de personnes sans cancer diagnostiqué ou connu au cours d'une période de temps donnée.

**Mortalité liée au cancer du col** : nombre de décès par cancer du col dans une population donnée au cours d'une période donnée.

---

<sup>5</sup> Voir l'Annexe 6 intitulée *Modèles de formulaires de vaccination contre le VPH.*

**Traitement du cancer** : proportion des patientes atteintes d'un cancer curable qui reçoivent un traitement adapté (selon les normes établies) au cours d'une période donnée.<sup>6</sup>

**Accès aux opioïdes** : pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé qui reçoivent des opioïdes forts au cours d'une période donnée, par centre de traitement.

#### **Calcul**

Numérateur : nombre de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé, qui reçoivent des soins dans un centre de traitement, qui présentent des douleurs identifiées comme un problème et qui reçoivent un traitement par un opioïde fort, par exemple la morphine

Dénominateur : nombre de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé, qui reçoivent des soins dans un centre de traitement, qui présentent des douleurs identifiées comme un problème.

**Soins communautaires** : pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé, bénéficiant d'une prise en charge à domicile, notamment de soins palliatifs, au cours d'une période donnée.

#### **Calcul**

Numérateur : nombre de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé, recevant des soins dans un centre de traitement et bénéficiant d'une prise en charge à domicile, notamment de soins palliatifs.

Dénominateur : nombre total de femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé, recevant des soins dans un centre de traitement, y compris celles qui pourraient bénéficier d'une prise en charge à domicile, notamment de soins palliatifs.

---

<sup>6</sup> *Diagnosis and treatment (Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes: module 4)*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/cancer/modules/FINAL\\_Module\\_4.pdf](http://www.who.int/cancer/modules/FINAL_Module_4.pdf)).

## Fiche pratique 3.1. Messages clés pour les activités extra-institutionnelles et l'éducation en rapport avec la lutte contre le cancer du col de l'utérus

### FP 3.1

Cette fiche pratique fournit des messages basés sur des données factuelles destinés aux éducateurs à la santé. La première étape pour aider les femmes et les familles à accéder aux services qui peuvent permettre de prévenir le cancer du col de l'utérus est de leur fournir des informations exactes et faciles à comprendre. Ces messages peuvent être utilisés pour élaborer vos exposés pour la promotion de la santé.

***Les activités d'éducation à la santé doivent avoir pour effet de faire en sorte que les femmes et les hommes qui en bénéficieront seront capables de répondre aux questions suivantes :***

- QU'EST-CE qu'une lésion précancéreuse ?
- QU'EST-CE qu'un cancer du col de l'utérus ?
- COMMENT éviter la survenue d'un cancer du col de l'utérus ?
- QUI doit se faire vacciner ?
- QUI doit bénéficier d'un dépistage ?
- QUELS sont les services de prévention disponibles localement ?
- OÙ et QUAND est-il possible d'avoir accès à ces services localement ?

### Cinq messages clés

Le cancer du col de l'utérus peut être prévenu par la vaccination ainsi que par le dépistage et le traitement précoces ! Vous trouverez ci-dessous les cinq messages simples les plus importants à transmettre dans votre communauté. Il est important de bien les connaître et de les utiliser régulièrement.

1. Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui peut être prévenue.
2. Il existe des tests qui permettent de détecter les modifications précoces du col de l'utérus (appelées lésions précancéreuses) qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent se transformer en cancer.
3. Il existe des traitements sûrs et efficaces de ces modifications précoces.
4. Toute femme âgée de 30 à 49 ans doit bénéficier au moins une fois d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus.
5. Il existe un vaccin à administrer aux jeunes filles qui peut aider à prévenir la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

## FP 3.1

**Messages plus détaillés relatifs au cancer du col de l'utérus à utiliser dans vos exposés de promotion de la santé.*****Qui présente un risque de développer un cancer du col de l'utérus ?***

- Le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès par cancer chez la femme.
- Les femmes âgées de 30 à 49 ans sont les plus à risque de développer un cancer du col.
- Toute femme qui a eu des rapports sexuels est à risque de développer un cancer du col.

***Infection à VPH***

- Le cancer du col de l'utérus est une infection causée par un virus appelé VPH. Ce virus est transmis lors des rapports sexuels et il est très fréquent chez les hommes et chez les femmes.
- Presque tous les hommes et toutes les femmes seront exposés au VPH au cours de leur vie. La plupart des infections à VPH disparaissent rapidement sans traitement.
- Chez certaines femmes, l'infection à VPH persiste et peut entraîner lentement des modifications des cellules qui recouvrent le col de l'utérus. Ces modifications sont appelées « lésions précancéreuses ». Si elles ne sont pas traitées, ces lésions peuvent évoluer vers un cancer du col.

***Vaccination***

- Toutes les jeunes filles doivent être vaccinées avec le vaccin contre le VPH entre l'âge de 9 ans et l'âge de 13 ans.
- La vaccination permet de prévenir les infections par les types de VPH responsables de la plupart des cancers du col de l'utérus.
- Les vaccins contre le VPH sont sûrs et efficaces. Les réactions indésirables sont rares et généralement mineures.
- Le vaccin contre le VPH n'a aucun impact sur la fertilité des jeunes filles qui le reçoivent et ne change pas leur capacité à tomber enceinte et à avoir des enfants en bonne santé plus tard dans la vie.
- Pour que le vaccin contre le VPH soit plus efficace, il faut administrer le nombre de doses et suivre le calendrier indiqués dans les instructions du fabricant (voir le Chapitre 4, Section 4.2.3).
- Même si elles ont été vaccinées, toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans doivent bénéficier d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus.

### **Dépistage et traitement**

- Les tests de dépistage des anomalies du col de l'utérus permettent de détecter les modifications précoces du col (lésions précancéreuses).
- Ces tests de dépistage sont simples et rapides et ne sont pas douloureux.
- Un résultat positif au test de dépistage signifie que la femme peut présenter des modifications précoces (lésions précancéreuses) qui peuvent être traitées. Un résultat positif au test de dépistage NE SIGNIFIE PAS qu'il y a un cancer.
- Pour prévenir le cancer du col de l'utérus, toutes les femmes pour lesquelles le test de dépistage s'avère positif doivent être traitées.
- Les femmes doivent faire un test de dépistage au moins une fois entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans. Il est important de suivre les recommandations de l'agent de santé pour connaître la date à laquelle il faudra revenir pour faire un nouveau dépistage.
- Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus important d'avoir un cancer du col de l'utérus. Les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH qui ont commencé à avoir une activité sexuelle doivent bénéficier d'un dépistage des lésions précancéreuses et du cancer du col dès que le diagnostic d'infection à VIH a été posé et quel que soit leur âge. Les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH qui ont été traitées pour une lésion précancéreuse doivent faire un nouveau test de dépistage 12 mois après le traitement. Les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH pour lesquelles le résultat du dépistage est négatif doivent refaire un test dans les trois ans.

### **Signes et symptômes du cancer du col de l'utérus**

- Les signes de cancer du col de l'utérus comprennent : les pertes vaginales nauséabondes, les saignements vaginaux, les saignements après les rapports sexuels et les saignements après la ménopause. Toute femme qui présente l'un de ces symptômes doit consulter un médecin rapidement.
- Les modifications précoces des lésions précancéreuses ne s'accompagnent d'aucun signe particulier. Le dépistage est la seule façon de savoir si la femme présente une lésion précancéreuse.

### **Prise de décisions pour sa propre santé**

- Les femmes ont le droit de prendre leurs propres décisions concernant leur santé. Pour prendre des décisions éclairées, elles doivent disposer d'informations exactes.
- Certaines femmes souhaitent que leur partenaire ou leur famille participe lorsqu'elles doivent prendre une décision. Bien que le dépistage des anomalies du col et que le traitement des lésions précancéreuses soient fortement recommandés, les femmes doivent savoir qu'elles sont libres de refuser tout examen et tout traitement qui serait proposé.

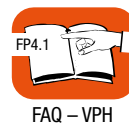
## FP 3.2

## Fiche pratique 3.2. Foire aux questions (FAQ) - Cancer du col de l'utérus

Les hommes, les femmes et parfois même les agents de santé manquent très souvent d'informations à propos du cancer du col. Cette Fiche pratique récapitule quelques-unes des questions fréquemment posées (FAQ) et propose des réponses. Selon le contexte local, vous et vos collègues serez sans doute amenés à ajouter à cette liste d'autres questions en les accompagnant des réponses appropriées.

Certaines des réponses sont répétées à plusieurs endroits. Lorsqu'une question est posée, il n'est donc pas indispensable de passer en revue l'ensemble des réponses figurant dans cette fiche pratique. Une fois que vous vous serez familiarisé avec toutes les informations données ci-dessous, vous pourrez trouver rapidement la meilleure réponse aux différentes questions qu'on vous posera.

Les questions fréquemment posées sur la vaccination contre le VPH et les réponses appropriées se trouvent dans la Fiche pratique 4.1.



### À propos du cancer du col de l'utérus

#### Q. Qu'est-ce que le cancer ?

R. Le cancer est une croissance anarchique de certaines cellules dans le corps, qui vont former des tumeurs ou des grosseurs. Toutes les grosseurs ne sont pas synonymes de cancer. Si rien n'est fait pour arrêter sa croissance et sa propagation, le cancer pourra interférer avec les fonctions normales du corps.

#### Q. Qu'est-ce qui provoque le cancer du col de l'utérus ?

R. Le cancer du col de l'utérus est dû à une infection par un virus appelé virus du papillome humain ou VPH. Ce virus est très courant et se transmet au cours des relations sexuelles. La plupart des personnes sont infectées par ce virus à un moment ou à un autre de leur vie. La plupart du temps, cette infection disparaît d'elle-même, sans traitement. Mais chez un petit nombre de femmes infectées, le virus persiste. Chez ces femmes, il peut alors provoquer des modifications dans les cellules du col de l'utérus. Si ces modifications ne sont pas identifiées lors d'un test de dépistage et éliminées, elles évoluent parfois vers un cancer du col de l'utérus.

#### Q. Le VPH provoque-t-il d'autres maladies ?

R. Chez l'homme et chez la femme, le VPH peut causer des verrues dans la région génitale. Ces verrues sont causées par des types de VPH différents de ceux qui sont à l'origine du cancer du col de l'utérus. Les verrues génitales ne se transforment pas en cancer. Il est parfois nécessaire de les traiter si elles ne disparaissent pas d'elles même. Dans de rares cas, le VPH peut causer d'autres types de cancers, notamment au niveau de la cavité buccale, du vagin, de la vulve, du pénis ou de l'anus.

**Q. Quelles sont les personnes qui peuvent être atteintes d'un cancer du col de l'utérus ?**

- R. Presque toutes les femmes qui ont eu des relations sexuelles, même sans avoir eu de rapports sexuels avec pénétration, peuvent être infectées par le VPH et sont donc à risque de développer un cancer du col de l'utérus. Les femmes les plus à risque sont celles qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage. Les femmes vivant avec le VIH présentent elles aussi un risque élevé, le VIH augmentant les chances qu'elles développent un cancer quand elles sont jeunes.

Dans la plupart des cas, le corps pourra cependant éliminer de lui-même le VPH et la femme ne développera alors jamais un cancer. Mais le dépistage est le seul moyen de savoir quelles seront les femmes qui pourront développer cette maladie.

Le cancer du col de l'utérus étant rarement observé chez les femmes avant l'âge de 40 ans ou 50 ans, le meilleur moment pour faire un dépistage des lésions précancéreuses se situe entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans, avant que les lésions précancéreuses ne se soient transformées en cancer.

**Q. Que puis-je faire pour prévenir le cancer du col de l'utérus ?**

- R. Pour les jeunes filles, le moyen le plus efficace pour prévenir le cancer du col est de se faire vacciner avant de commencer à avoir une activité sexuelle ; pour les femmes âgées de 30 à 49 ans, il faut faire un test de dépistage.

Lorsque le résultat du dépistage est positif, la femme doit être traitée rapidement. Ce traitement peut lui sauver la vie. Si le test est négatif, il est conseillé de répéter le test, conformément aux directives nationales.

Si vous avez une fille, assurez-vous qu'elle reçoit toutes les doses recommandées du vaccin contre le VPH. Informez-la aussi de l'importance du dépistage et du traitement précoces quand elle sera plus âgée.

Toutes les personnes sexuellement actives doivent aussi adopter des comportements qui empêchent la propagation des infections sexuellement transmissibles (par exemple en retardant l'âge des premiers rapports sexuels, en utilisant des préservatifs et en ayant le moins possible de partenaires sexuels). Le tabagisme peut aussi augmenter le risque de cancer du col de l'utérus chez les femmes infectées par le VPH.

**À PROPOS DU DÉPISTAGE ( DÉTECTION PRÉCOCE) ET DU TRAITEMENT****Q. Qu'est-ce que le dépistage des anomalies du col de l'utérus ?**

- R. Le dépistage des anomalies du col de l'utérus est la réalisation d'un test chez toutes les femmes à risque de développer ce cancer afin de détecter si elles présentent une lésion précancéreuse. En l'absence de traitement, une lésion précancéreuse peut se transformer en cancer dans les 10 ans qui suivent son apparition ou davantage.

Il existe différents types de tests très efficaces qui peuvent être utilisés pour le dépistage. Selon l'endroit où vous vivez et en fonction des disponibilités, il est probable qu'un seul type de test sera utilisé.

**Q. Quelles sont les femmes qui doivent faire un dépistage des anomalies du col de l'utérus ?**

- R. Un test de dépistage à la recherche de modifications précoces du col de l'utérus appelées lésions précancéreuses doit être réalisé chez les femmes âgées de 30 ans à 49 ans (ou conformément aux directives nationales). Un test de dépistage doit également être réalisé chez les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH qui ont commencé à avoir une activité sexuelle dès que le diagnostic d'infection à VIH a été posé et quel que soit leur âge. Les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH qui ont été traitées pour une lésion précancéreuse doivent faire un nouveau test de dépistage 12 mois après le traitement. Les femmes et les jeunes filles infectées par le VIH pour lesquelles le résultat du dépistage est négatif doivent refaire un test dans les trois ans.

**Q. Je ne présente pas de symptômes ; pourquoi faut-il que je fasse un dépistage ?**

- R. Le VPH vit dans le corps de la femme pendant des années avant de commencer à causer des problèmes. Après de nombreuses années, il se met à provoquer des modifications dans les cellules du col de l'utérus. Ces modifications sont appelées « lésions précancéreuses ». Avant de développer un cancer, la plupart des femmes atteintes de lésions précancéreuses ne présentent aucun symptôme. Chez certaines femmes, les lésions précancéreuses sont présentes pendant 10 à 15 ans sans causer le moindre signe avant de se transformer en cancer.

Lorsque les symptômes apparaissent (par exemple des douleurs dans la région pelvienne ou une odeur nauséabonde dans le vagin), ils sont souvent dus à un cancer à un stade avancé qui sera difficile à traiter. Pour éviter que le cancer ne se développe jusqu'à un stade avancé, les femmes doivent être examinées au moins une fois entre 30 et 49 ans afin de rechercher la présence de lésions précancéreuses et de bénéficier d'un traitement en cas de signes de maladie. Le traitement des lésions précancéreuses est simple et très efficace.

**Q. Comment se passe un dépistage ?**

- R. Différents tests peuvent être utilisés pour le dépistage. Votre agent de santé vous expliquera en quoi consiste le test utilisé dans votre établissement de santé. Pour la plupart des tests, l'agent de santé doit réaliser un examen gynécologique pour recueillir délicatement un échantillon sur le col de l'utérus à l'aide d'un écouvillon. Le test en lui-même n'est pas douloureux, mais la mise en place d'un spéculum dans le vagin pour voir le col de l'utérus peut causer une sensation légèrement désagréable. Votre agent de santé doit faire en sorte que cet examen soit le moins désagréable possible. Certains tests permettent d'obtenir les résultats



immédiatement ; avec d'autres, l'échantillon doit être envoyé à un laboratoire et les résultats sont obtenus après un certain temps.

**Q. Que se passe-t-il si mon test est négatif ?**

- R. Si votre test de dépistage est négatif, cela signifie que votre col ne présente aucune modification susceptible d'évoluer en cancer. Il est cependant important de continuer à faire un test de dépistage si possible tous les 5 à 10 ans pour s'assurer que toute lésion précancéreuse qui pourrait survenir sera détectée de manière précoce et traitée immédiatement.

**Q. Que se passe-t-il si mon test est positif ?**

- R. Dans la plupart des cas, quand un test est positif, il s'agit de lésions précancéreuses, susceptibles de disparaître d'elles-mêmes ou qui peuvent être aisément traitées en consultation externe.

Il arrive parfois que l'agent de santé ait besoin de faire d'autres tests afin de savoir si les anomalies que la patiente présente sont bien des lésions précancéreuses et pas un cancer. Ces tests supplémentaires doivent parfois être réalisés dans un autre établissement (un centre de santé ou un hôpital). S'il n'est pas sûr des résultats des tests ou s'il ne peut pas fournir le traitement requis, l'agent de santé peut aussi demander à la patiente de se rendre dans un hôpital pour recevoir des soins plus poussés.

**Remarque pour les agents de santé :** sauf si le diagnostic de cancer a été posé avec certitude après l'examen des tissus prélevés sur le col, il ne faut pas dire à la femme qu'elle peut être atteinte d'un cancer ; en effet, ces premières impressions peuvent être fausses et vous inquiéterez alors la patiente inutilement.

**Q. Un test de dépistage positif signifie-t-il que je suis atteinte d'un cancer du col de l'utérus ? Est-ce que cela veut dire que je vais mourir de ce cancer ?**

- R. Un test de dépistage positif NE SIGNIFIE PAS que vous avez un cancer. Le plus souvent, il signifie que vous présentez une anomalie appelée « lésion précancéreuse » ; il s'agit de modifications précoces qui se transforment parfois en cancer après de nombreuses années si elles ne sont pas traitées. Une lésion précancéreuse est facile à traiter et peut être guérie. Elle disparaîtra souvent après un seul traitement.

Dans des cas très rares, il arrive qu'une femme présente des signes de cancer du col de l'utérus au moment du dépistage. S'il découvre des signes pouvant indiquer la présence d'un cancer, l'agent de santé doit faire d'autres tests ou vous demandera d'aller dans un autre centre de santé ou dans un hôpital pour faire ces tests et/ou recevoir un traitement. Il est important de traiter les lésions précancéreuses et le cancer.

Un diagnostic de cancer ne signifie pas que vous allez mourir de ce cancer ; si le cancer est découvert tôt, il existe des traitements qui permettent d'en guérir.

## FP 3.2

**Q. Comment sont traitées les lésions précancéreuses ?**

R. Si vous présentez une lésion précancéreuse, il arrive que votre agent de santé puisse traiter cette lésion le même jour que le dépistage. Le traitement le plus courant des lésions précancéreuses se fait par congélation ; ce traitement est appelé cryothérapie. La cryothérapie n'est pas douloureuse ; elle peut cependant causer une sensation légèrement désagréable, comme lors d'un examen gynécologique. Elle est très efficace et sans danger. Dans la plupart des cas, la cryothérapie permettra de guérir les lésions sur le col de votre utérus qui redeviendra normal. Un autre traitement est la résection à l'anse diathermique (RAD) ; ce traitement est rarement disponible le jour même.

**Q. Les tests de dépistage sont-ils douloureux ? Une partie du col de l'utérus ou de l'utérus est-elle enlevée chez la femme lors du dépistage ?**

R. Les tests de dépistage sont indolores, mais la patiente a parfois une sensation légèrement désagréable lors de l'examen gynécologique. Aucun morceau du col de l'utérus ou de l'utérus n'est enlevé lors d'un dépistage.

**Q. Est-il suffisant de faire le dépistage une seule fois ?**

R. Il est bon de faire au moins un dépistage entre 30 ans et 49 ans. Des études ont montré que la réalisation d'un seul dépistage permet de diminuer le risque de mourir d'un cancer du col de l'utérus chez la femme. S'il est possible de répéter le dépistage, il est toutefois préférable de le refaire tous les 5 à 10 ans.

**Q. Je suis très pudique et je ne peux pas montrer mes organes génitaux à un médecin de sexe masculin. Qu'est-ce que je peux faire ?**

R. Il est parfois possible de trouver une femme médecin ou une infirmière pour faire ce dépistage. Si cela est impossible, demandez à ce qu'un agent de santé ou un membre de votre famille de sexe féminin ou encore une amie soit présente dans la pièce pendant le dépistage.

Même si vous vous sentez pudique ou gênée, rappelez-vous que les agents de santé reçoivent la même formation, qu'ils soient de sexe masculin ou de sexe féminin, et que leur objectif est de vous aider à ne pas avoir de cancer du col de l'utérus. Faites ce qui est bon pour vous et pour votre famille : faites un dépistage pour rechercher la présence de lésions précancéreuses ; et si vous avez des lésions précancéreuses, faites-les traiter. Le dépistage et le traitement ne sont pas douloureux. Si vous ne faites pas de dépistage uniquement parce que vous êtes pudique et que l'agent de santé est un homme, essayez de surmonter cette appréhension et de vous rappeler que les femmes atteintes d'un cancer du col souffrent beaucoup et peuvent mourir de ce cancer.

**Q. Le VPH ressemble-t-il au VIH, le virus responsable du sida ?**

R. Les deux virus [le VPH (virus du papillome humain) et le VIH (virus de l'immunodéficience humaine)] sont très différents.

L'infection à VPH est beaucoup plus fréquente que l'infection à VIH ; presque toutes les personnes sexuellement actives seront infectées par le VPH à un moment ou à un autre de leur vie. Le VPH vit sur la peau et il est transmis lorsque la peau d'une personne touche la peau d'une autre personne. Le VIH vit dans les liquides biologiques comme le sperme et le sang, et il se transmet lorsqu'il y a un échange de liquide biologique d'une personne à une autre ; c'est la raison pour laquelle les préservatifs sont très efficaces pour prévenir la transmission du VIH lors des rapports sexuels.

Les préservatifs ne sont pas aussi efficaces pour prévenir la transmission du VPH, parce que ce virus peut vivre sur la peau. La meilleure façon de prévenir l'infection par le VPH est la vaccination. Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le VIH.

### **SUJETS D'INQUIÉTUDE COURAMMENT RENCONTRÉS AU SUJET DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**

**Q. J'ai entendu dire que le cancer du col de l'utérus est causé par une mauvaise hygiène ou lorsque les femmes utilisent des serviettes hygiéniques plus d'une fois. Est-ce vrai ?**

R. Non. Le cancer du col de l'utérus est causé par une infection par le VPH. Le cancer n'a rien à voir avec l'hygiène vaginale ou avec l'utilisation de serviettes hygiéniques.

**Q. Le cancer du col de l'utérus est-il une infection sexuellement transmissible (IST) ?**

R. Non, mais le cancer du col de l'utérus est causé par le VPH qui peut être transmis d'une personne à l'autre au cours des relations sexuelles. Le VPH est très fréquent chez les hommes et chez les femmes. Seul un petit nombre de femmes infectées par le VPH vont développer des lésions précancéreuses. Si ces lésions ne sont pas traitées, certaines de ces femmes développeront un cancer du col de l'utérus de nombreuses années après avoir été infectées par le VPH.

**Q. Les femmes qui ont de nombreux partenaires sexuels présentent-elles un risque plus élevé d'être infectées par le VPH ?**

R. Oui. Les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels présentent un risque plus élevé d'être atteintes d'une infection sexuellement transmissible.

Moins une personne a de partenaires sexuels, moins elle a de chance de présenter une IST, et notamment moins elle a de chances d'être infectée par l'un des nombreux types de VPH, dont certains peuvent être à l'origine d'un cancer du col.

**Q. Est-il vrai que seules les femmes de mauvaise vie sont atteintes d'un cancer du col de l'utérus ?**

R. Non ! Toutes les femmes sexuellement actives ont un risque de développer un jour un cancer du col de l'utérus. La réalisation d'un dépistage des lésions précancéreuses permet de diminuer ce risque chez les femmes âgées de plus

de 30 ans. De son côté, l'administration du vaccin contre le VPH aux jeunes filles âgées de 9 à 13 ans permet de diminuer leur risque de présenter ce cancer lorsqu'elles deviendront adultes.

**Q. L'utilisation d'un stérilet (encore appelé dispositif intra-utérin, ou DIU) ou d'une pilule contraceptive peut-elle entraîner l'apparition d'un cancer du col de l'utérus ?**

R. Non, l'utilisation d'un stérilet ou d'une pilule contraceptive N'ENTRAINE PAS l'apparition d'un cancer du col de l'utérus. Elle protège contre la survenue de grossesses non prévues.

## Fiche pratique 3.3. Ce que les hommes doivent savoir pour aider à la prévention du cancer du col de l'utérus

## FP 3.3

Cette fiche pratique fournit des informations de base pour atteindre les hommes et suggère des moyens pour les impliquer dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

### Messages clés pour les hommes

Les hommes peuvent jouer un rôle très important dans la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Les hommes peuvent :

- encourager leurs partenaires, leurs sœurs et leur mère à faire un test de dépistage si elles ont entre 30 et 49 ans ;
- encourager leurs partenaires, leurs sœurs et leur mère à bénéficier d'un traitement en cas de détection d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer ;
- encourager leurs filles, leurs sœurs et leurs amies de sexe féminin à se faire vacciner contre le VPH ;
- utiliser des préservatifs pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH et le sida, ainsi que les grossesses (l'utilisation du préservatif permet de se protéger en partie contre le VPH) ;
- diminuer le nombre de leurs partenaires sexuelles, et utiliser des préservatifs lorsqu'ils ont plus d'une partenaire sexuelle.

### Informations de base pour les hommes sur le cancer du col de l'utérus

- Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui atteint exclusivement les femmes, mais les hommes peuvent jouer un rôle important dans la prévention et dans le traitement de cette maladie.
- La plupart des cas de cancer du col de l'utérus sont dus à une infection par un virus appelé VPH. Cette infection ne provoque habituellement aucun symptôme et aucun problème, mais un petit nombre des femmes infectées par ce virus vont développer de nombreuses années plus tard des lésions précancéreuses. Si ces lésions ne sont pas traitées, elles se transformeront en cancer du col de l'utérus chez certaines femmes.
- L'infection par le VPH se transmet facilement lors de contacts sexuels ; les hommes peuvent donc aider à prévenir cette infection.
- Certains types de VPH qui n'entraînent pas l'apparition d'un cancer peuvent entraîner l'apparition de verrues génitales chez l'homme et chez la femme. Ces verrues génitales ne se transforment pas en cancer. Dans de rares cas, les types de VPH qui entraînent l'apparition d'un cancer du col de l'utérus chez la femme peuvent aussi

entraîner l'apparition de cancers de la bouche, de l'anus ou du pénis.

- Le VPH se transmet par voie sexuelle, mais la pénétration n'est pas indispensable à sa transmission, puisque ce virus peut vivre sur la peau dans la région génitale.
- L'utilisation du préservatif permet de se protéger en partie contre le VPH, mais ne permet pas de s'en protéger complètement.
- Le tabagisme augmente le risque de nombreux cancers chez l'homme et chez la femme, y compris le risque de cancer du col chez la femme infectée par le VPH.
- Un homme dont la partenaire présente des lésions précancéreuses ou un cancer peut encourager et aider celle-ci à recevoir le traitement préconisé en l'accompagnant aux consultations médicales et en s'informant sur le cancer du col de l'utérus.
- Une femme chez qui un diagnostic de lésion précancéreuse ou de cancer est posé ou qui est traitée pour ces maladies a besoin d'un soutien (physique et psychologique).

## FP 3.3

## Fiche pratique 3.4. Conseil

## FP 3.4

### Qu'est-ce que le conseil ?

L'activité de conseil désigne les orientations et les conseils fournis (généralement en tête-à-tête) par une personne compétente afin de faciliter le processus de prise de décisions personnelles. Le conseil est habituellement mené en privé et de manière confidentielle. Il vise à aider une personne et, dans certains cas, sa famille à prendre des décisions en toute connaissance de cause et à s'y conformer, en utilisant un processus d'échange d'informations exactes et pertinentes. Pour cela, un bon conseiller devra posséder des connaissances actualisées, ainsi qu'une bonne capacité d'écoute et de communication. Pour le conseil sur le cancer du col de l'utérus, le conseiller peut s'aider de dessins et d'illustrations ainsi que des informations fournies dans les chapitres et les fiches pratiques du présent document.

### Questions de base sur la prévention du cancer du col de l'utérus qui peuvent être posées par les femmes et auxquelles le conseiller doit être capable de répondre

- Qu'est-ce que le col de l'utérus ? Où se trouve-t-il exactement ? Comment peut-il être examiné ?
- Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?
- Qu'est-ce qu'une lésion précancéreuse du col de l'utérus ? Qu'appelle-t-on « modifications cellulaires précoces » ? En quoi les lésions précancéreuses (ou les modifications cellulaires précoces) sont-elles différentes d'un cancer ?
- Comment prévenir le cancer du col de l'utérus ? (Expliquez comment un test de dépistage simple permet de détecter les lésions précancéreuses AVANT qu'elles ne se transforment en cancer.)
- Quelles sont les femmes qui présentent un risque de développer un cancer du col de l'utérus et qui doivent faire un test de dépistage ? (Expliquez qu'il est rare de diagnostiquer un cancer du col chez les femmes avant qu'elles atteignent la quarantaine ou la cinquantaine ; le meilleur moment pour faire un dépistage des lésions précancéreuses est donc entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans, avant que ces lésions précancéreuses ne se transforment en cancer.)
- Le test de dépistage est-il fiable ? (Expliquez qu'il n'existe pas de test fiable à 100 % pour détecter un problème, mais le test qui sera utilisé permet de détecter la plupart des modifications cellulaires précoces, aussi appelées lésions précancéreuses.)
- Pourquoi est-il important de faire un dépistage pour détecter les lésions précancéreuses ? (Expliquez que le traitement des lésions précancéreuses est simple, sûr et efficace, et qu'il permet d'empêcher l'apparition du cancer du col de l'utérus et de sauver la vie des patientes.)

- Quelles sont les options de traitement disponibles pour les femmes chez qui un cancer invasif est diagnostiqué ? [Expliquez que le traitement du cancer du col doit se faire dans un hôpital spécialisé (niveau tertiaire) ; le type de traitement dépend du stade du cancer (si le cancer est avancé ou non).]
- Que peut-on faire pour prévenir l'apparition de lésions précancéreuses du col de l'utérus ? (Expliquez qu'il existe un vaccin pour les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans qui peut aider à les protéger des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus).

### **Responsabilités du conseiller**

Le conseiller doit s'assurer des éléments suivants :

- la femme comprend les informations dont elle dispose et les choix possibles ;
- la communication se fait en privé (personne ne doit pouvoir voir ce qui se passe ni entendre ce qui se dit entre la femme et le conseiller, sauf si la femme autorise quelqu'un à le faire) ;
- les informations obtenues au cours du conseil et de l'examen restent confidentielles ;
- une relation de confiance mutuelle est établie entre le conseiller et la femme ;
- les questions privées abordées lors du conseil sont traitées avec tact, notamment celles en rapport avec la sexualité et avec le comportement intime.

### **Proposition d'étapes à suivre lors du conseil**

- Saluez chaleureusement la femme en l'appelant par son nom et présentez-vous.
- Asseyez-vous suffisamment près d'elle de façon à être à l'aise pour parler avec elle, de manière à ce que personne ne puisse entendre ce qui est dit.
- Si cela est approprié sur le plan culturel, cherchez son regard et regardez-la pendant qu'elle parle.
- Assurez-lui que rien de ce qu'elle dit ne sera répété à qui que ce soit.
- Utilisez un vocabulaire qu'elle comprend et donnez-lui uniquement les informations dont elle a besoin.
- Adaptez les informations et votre discours au motif de sa visite.
- Écoutez-la attentivement et observez la façon dont elle se comporte (attitude, expression du visage, regard).
- Encouragez-la à parler. Opinez ou dites : « parlez-moi donc de ça ».
- Essayez d'identifier les vraies inquiétudes qu'elle pourrait avoir et qui expliquent ses questions ou son attitude.
- Expliquez-lui toutes les options disponibles et discutez des avantages et des inconvénients de chaque test et de chaque procédure.



- Vérifiez à chaque fois qu'elle a bien compris ce dont vous avez parlé en lui faisant répéter les messages ou les instructions les plus importants.
- Aidez-la à prendre une décision en fournissant des informations claires.
- Respecter ses choix.
- Invitez-la à revenir si elle le souhaite et au moment qui l'arrange.

### **Conseils supplémentaires pour un conseil de qualité**

- Faites preuve de naturel et de compréhension.
- Faites preuve d'empathie : mettez-vous à la place de la femme.
- Utilisez un langage corporel qui montre que vous êtes d'accord (opinez, souriez, etc., quand il le faut).
- Utilisez des supports d'information visuels, s'ils sont disponibles et appropriés.
- Posez des questions ouvertes pour l'encourager à parler.
- Encouragez-la à poser des questions et répondez à celles-ci de façon sincère.
- Prévoyez suffisamment de temps pour la séance.
- Si la femme a des doutes, invitez-la à revenir plus tard pour qu'elle vous informe de ce qu'elle a décidé (éventuellement après avoir consulté sa famille).

## FP 3.5

## Fiche pratique 3.5. Étapes standard pour le conseil avant, pendant et après la réalisation d'un test de dépistage, d'une procédure ou d'un traitement

### Avant

- Expliquez à la femme pourquoi il est important de réaliser ces tests/ces procédures/ce traitement recommandés.
- Expliquez-lui ce qui va être fait et comment vous allez procéder, les différents résultats possibles, et les autres tests qu'il faudra éventuellement réaliser ainsi que les traitements qui seront éventuellement prescrits.
- Invitez-la à poser des questions et répondez à ces questions.
- Pour les procédures et les traitements, suivez la procédure appropriée pour obtenir un consentement éclairé selon les recommandations en vigueur dans le pays et dans la structure de soins (Fiche pratique 5.1). Si le traitement à administrer est une vaccination et que la femme n'a pas l'âge légal pour donner son consentement, il faudra peut-être à cette étape obtenir le consentement des parents (Chapitre 4).
- Demandez à la femme comment elle pourra être contactée si un suivi s'avère nécessaire, notamment son numéro de téléphone et les heures où elle pourra être appelée en toute sécurité.



Consentement éclairé

### Pendant

- Continuez à parler avec la femme tout en effectuant la procédure.
- À chaque étape, expliquez-lui ce que vous faites et montrez-lui tous les instruments et autres objets que vous allez utiliser.
- Si ce que vous êtes sur le point de faire peut occasionner des douleurs, des crampes ou toute autre sensation désagréable, prévenez-la à l'avance et expliquez-lui l'intensité et la durée de cette sensation désagréable, ce qui l'aidera à mieux la tolérer.
- Rassurez-la en lui demandant de vous prévenir quand une étape est douloureuse.

### Après

- Expliquez à la femme ce que vous avez fait.
- Décrivez-lui toute anomalie décelée ou rassurez-la si vous n'avez rien vu d'anormal.

- Mettez-vous d'accord avec elle sur la date à laquelle elle devra revenir, et expliquez-lui l'importance de revenir en consultation comme prévu.
- Encouragez-la à poser des questions et donnez-lui des réponses claires.

***Si la femme a besoin d'être orientée vers un niveau de soins plus élevé pour être examinée ou pour faire d'autres tests***

- Expliquez à la femme où elle doit se rendre, pour quelle raison, à quel moment et qui la recevra.
- Insistez sur l'importance de se rendre à ce rendez-vous.
- Répondez aux questions qu'elle pourrait avoir ; si vous ne connaissez pas la réponse, trouvez quelqu'un qui sera en mesure d'y répondre.
- Expliquez-lui qu'elle peut revenir si elle a d'autres questions ou si elle est inquiète au sujet de ce rendez-vous. Répondez à ses questions ou trouvez quelqu'un qui pourra le faire.

## Fiche pratique 3.6. Conseil spécifique pour les femmes vivant avec le VIH

Utilisez les Fiches pratiques 3.4 et 3.5 comme un guide pour le conseil. Lorsque vous donnez le résultat de son test à une femme, assurez-vous de suivre l'ensemble des orientations sur le conseil.

Lors d'une séance de conseil avec une femme vivant avec le VIH, il faut lui communiquer les informations ci-dessous en utilisant un langage clair et simple.

- Les femmes vivant avec le VIH ont plus de chances de présenter une infection à VPH et un cancer du col de l'utérus ; mais vous pourrez rester en bonne santé si vous recevez des soins supplémentaires.
- Le cancer du col de l'utérus progresse plus rapidement chez les femmes vivant avec le VIH que chez les femmes séronégatives ; il est donc important que vous fassiez un test de dépistage des anomalies du col chaque année.
- La meilleure façon de prévenir le cancer du col de l'utérus est de continuer à prendre les médicaments prescrits par votre agent de santé et à faire un dépistage chaque année pour rechercher des anomalies au niveau du col de l'utérus.
- Si vous présentez des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, vous devrez recevoir un traitement le plus rapidement possible.
- Suivez les recommandations que votre agent de santé vous a données pour prendre soin de vous après le traitement des lésions précancéreuses.
- En cas de pertes nauséabondes ou de couleur verdâtre et en cas de saignement inhabituel au niveau du vagin, consultez votre agent de santé.

Si une femme ne connaît pas son statut sérologique et vit dans un pays où l'infection à VIH est très répandue, il faut l'encourager à faire un dépistage du VIH pour qu'elle connaisse son statut. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de développer un cancer du col quand elles ont une infection à VPH ; il est donc important que ces femmes fassent un dépistage de manière plus précoce et plus fréquemment pour rechercher la présence de lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus. Les agents de santé doivent connaître les sites où il est possible de faire un dépistage du VIH dans leur communauté et où orienter les femmes chez lesquelles une infection à VIH aura été diagnostiquée.



Conseil



Étapes du conseil

## Fiche pratique 3.7. Travailler avec les agents de santé communautaires : comment les recruter et les former

## FP 3.7

Les agents de santé communautaires peuvent faire la liaison entre les services de santé et la communauté et sont reconnus dans le monde entier comme jouant un rôle essentiel dans toutes les équipes de soins. Leur présence étant bien établie au sein de la communauté dont ils sont des membres appréciés, ils peuvent utiliser leurs connaissances pour impliquer l'ensemble des membres de la communauté dans la lutte contre le cancer du col, notamment en expliquant aux parents les avantages de la vaccination et en encourageant les femmes à participer au programme de dépistage.

### Recrutement

S'il existe déjà une équipe d'agents de santé communautaires œuvrant dans la communauté pour lutter contre d'autres problèmes de santé, il est préférable d'utiliser cette ressource existante plutôt que de recruter de nouveaux agents de santé communautaires spécifiquement pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

S'il n'existe pas d'agent de santé communautaire dans votre communauté, il faut travailler avec les responsables des services de consultations pour déterminer quels agents de santé communautaires recruter dans votre programme.

Proposez aux leaders de la communauté de vous aider à identifier des recrues potentielles et essayez de composer un groupe représentatif de votre communauté en termes d'âge, de sexe et d'origine ethnique. Cela vous aidera à atteindre l'ensemble des membres de la communauté pour qu'ils reçoivent des informations et/ou bénéficient de services. Pour atteindre les adolescentes, notamment celles qui ne sont pas scolarisées, et pour les encourager à se faire vacciner, impliquez l'ensemble des réseaux de jeunes éducateurs par des pairs existant dans la communauté. Pour améliorer la qualité des activités de lutte contre le cancer du col, il est recommandé de former à la fois des hommes et des femmes comme agents de santé communautaires.

Les personnes recrutées pour devenir des agents de santé communautaires doivent avoir :

- de bonnes compétences en communication, y compris de bonnes capacités d'écoute ;
- un désir de servir la communauté ;
- de la disponibilité et de l'intérêt pour participer au programme pendant au moins un à deux ans, y compris pour assister à des ateliers et à des réunions ;
- la volonté de préserver la confidentialité ;
- la capacité de tenir à jour les informations qu'ils diffuseront sur les établissements et les services de santé ;
- la capacité de lire et d'écrire (si possible).

## Formation

Un cours de formation interactif doit être organisé pour les agents de santé communautaires nouvellement recrutés. Les leaders importants de la communauté doivent si possible être impliqués dans cette formation.

La formation des nouveaux agents de santé communautaires doit couvrir :

- les informations de base sur le dépistage et sur le traitement du cancer du col de l'utérus
- la façon de former et de mobiliser la communauté
- la façon d'éviter et de lutter contre les rumeurs et les informations erronées
- les principes de base d'une communication efficace, avec des possibilités de mettre en pratique ces compétences
- la tenue des dossiers
- la façon d'aider les femmes qui ont besoin de soins de suivi.

Le cours doit aussi comprendre la fourniture de supports d'information pertinents. En fin de formation, les participants doivent recevoir un certificat de participation.

## Mise en œuvre

Des réunions régulières doivent être organisées avec l'équipe d'agents de santé communautaires. L'éducation à la santé et des cours de mise à jour des connaissances permettront de les motiver pour qu'ils continuent à faire leur travail et également de contribuer à assurer qu'ils fournissent des informations correctes et cohérentes à la communauté.

## Ressources pour la formation des agents de santé communautaires

- Du matériel de formation pour les promoteurs de la santé dans la communauté sont disponibles en anglais et en espagnol sur simple demande auprès de PATH ([info@path.org](mailto:info@path.org)).
- Starr E, Burns A, Singer R. *We can prevent cervical cancer: a course for community health promoters*. Waterbury (VT), Grounds for Health, 2013 (disponible sur le site: <http://www.groundsforhealth.org/publications/community-health-promoter-curriculum/>).
- Werner D, Bower B. *Helping health workers learn: a book of methods, aids and ideas for instructors at the village level*. Berkeley (CA), Hesperian, 1982, 2012 (peut être acheté ou téléchargé sur le site <http://hesperian.org/books-and-resources/>).

## Fiche pratique 4.1. Foire aux questions (FAQ) – Vaccination contre le VPH

## FP 4.1

Les hommes, les femmes et parfois même les agents de santé manquent très souvent d'information à propos de la vaccination contre le VPH. Cette fiche pratique récapitule quelques-unes des questions fréquemment posées (FAQ) et propose des réponses. Selon le contexte local, vous et vos collègues serez sans doute amenés à ajouter d'autres questions à cette liste, en les accompagnant des réponses appropriées.

Certaines des réponses sont répétées à plusieurs endroits. Lorsqu'une question est posée, il n'est donc pas indispensable de passer en revue l'ensemble des réponses figurant dans cette fiche pratique. Une fois que vous vous serez familiarisé avec toutes les informations données ci-dessous, vous pourrez trouver rapidement la meilleure réponse aux différentes questions qu'on vous posera.

Dans cette fiche pratique destinée aux agents de santé, on part du principe que la plupart des gens ne connaissent pas l'origine du cancer du col de l'utérus ; c'est probablement le cas des parents des jeunes filles qui ont l'âge cible pour la vaccination. En conséquence, on a jugé bon de donner des informations plus complètes sur les causes et la prévention du cancer du col ici, au lieu de renvoyer aux autres sections du document où l'information est abordée.

### À propos du VPH

#### Q. Qu'est-ce que le VPH ?

R. Le virus du papillome humain, ou VPH, est un virus courant qui se propage facilement par contact peau contre peau au niveau des zones génitales avec une autre personne, même en l'absence de rapports sexuels. La plupart des personnes infectées par le VPH ne présentent aucun signe ou symptôme. Il est donc possible de transmettre l'infection à quelqu'un d'autre sans le savoir. La plupart des infections à VPH sont éliminées par l'organisme en quelques années. Celles qui ne sont pas éliminées sont dites « persistantes » et elles peuvent provoquer un cancer du col de l'utérus.

#### Q. Pourquoi a-t-on besoin de vaccins contre le VPH ?

R. Les vaccins contre le VPH sont nécessaires car ils permettent de réduire considérablement l'apparition d'un cancer du col, l'une des principales causes de décès par cancer chez la femme dans les pays les moins développés.

#### Q. Est-ce que toutes les femmes infectées par le VPH développent un cancer du col de l'utérus ?

R. Non. Chez la majorité des femmes, les infections à VPH sont éliminées par le corps en quelques années. Parmi les nombreux types de VPH différents, seuls quelques-uns peuvent provoquer un cancer du col s'ils ne sont pas éliminés par l'organisme et

restent dans le corps pendant 10 à 20 ans. Dans le groupe de virus VPH à l'origine du cancer du col, deux d'entre eux – les VPH de type 16 et 18 – sont responsables de 7 cancers du col sur 10. L'infection par ces deux types de VPH peut être empêchée grâce à la vaccination, ce qui signifie que ces vaccins peuvent apporter une protection contre 70 % des cancers du col s'ils sont administrés tel que recommandé.

En outre, le cancer du col peut être évité chez les femmes infectées par le VPH si elles participent aux activités de dépistage et traitement. Si les femmes âgées de 30 à 49 ans bénéficiaient d'un dépistage des altérations des cellules du col de l'utérus (lésions précancéreuses), lesquelles sont dues à une infection à VPH persistante, et étaient traitées de manière appropriée, alors les décès dus au cancer du col deviendraient rares, même si le VPH est courant.

**Q. Quelle est la fréquence du cancer du col de l'utérus provoqué par le VPH ?**

R. Le VPH est la principale cause du cancer du col. Chaque année, 528 000 cas de cancer du col sont diagnostiqués. Sur les 266 000 femmes qui décèdent chaque année d'un cancer du col dans le monde, la grande majorité vit dans des pays en développement.

**À propos de la vaccination**

**Q. Les vaccins contre le VPH empêcheront-ils ma fille de développer un cancer du col de l'utérus ?**

R. Oui. Les vaccins contre le VPH évitent d'être infectée par les deux types de VPH qui sont responsables de la plupart des cancers du col. Toutes les personnes sexuellement actives doivent adopter des comportements qui empêchent la propagation des infections sexuellement transmissibles (par exemple en retardant l'âge des premiers rapports sexuels, en utilisant des préservatifs et en ayant le moins possible de partenaires sexuels).

Les femmes qui ont été vaccinées doivent également faire l'objet d'un dépistage du cancer du col lorsqu'elles seront plus âgées.

**Q. Quels sont les vaccins contre le VPH actuellement disponibles ?**

R. Deux vaccins contre le VPH sont actuellement disponibles dans le monde : Cervarix® (fabriqué par GlaxoSmithKline) et Gardasil® ou Silgard® (fabriqué par Merck).

**Q. Quelles sont les similitudes entre les deux vaccins contre le VPH ?**

R. Les deux vaccins sont très efficaces et apportent une protection contre 70 % des cas possibles de cancer du col (car ils ciblent tous les deux les types 16 et 18 du VPH).

Les deux vaccins sont très sûrs.

Les deux vaccins ne peuvent ni l'un ni l'autre provoquer la maladie car ils ne contiennent pas de virus vivants.



Les deux vaccins sont administrés sous la forme d'injections (piqûres) : deux doses sont nécessaires pour les jeunes filles de moins de 15 ans et trois doses pour les jeunes filles immunodéprimées (notamment celles dont on sait qu'elles vivent avec le VIH) et les jeunes filles de 15 ans ou plus.

**Q. Quelles sont les différences entre les deux vaccins contre le VPH ?**

R. Les composants que contiennent les vaccins pour accroître la production d'anticorps dans l'organisme sont différents.

L'un des vaccins (Gardasil® ou Silgard®) apporte également une protection contre les verrues génitales (car il cible aussi les types 6 et 11 du VPH).

**Q. Qui doit se faire vacciner ?**

R. L'OMS recommande que les jeunes filles se fassent vacciner lorsqu'elles ont entre 9 et 13 ans. Dans notre pays, les lignes directrices stipulent que la vaccination contre le VPH doit intervenir chez les jeunes filles âgées de \_\_\_ à \_\_\_ ans (OU chez toutes les jeunes filles de l'année/du niveau/de la classe [des années/des niveaux/des classes] \_\_\_\_\_ à l'école). Les vaccins ne sont pas recommandés chez les jeunes filles âgées de moins de 9 ans.

**Q. Quel est le déroulement (le rythme) recommandé des vaccinations d'après le calendrier en deux doses du vaccin contre le VPH ?**

R. Deux doses (piqûres/injections) sont recommandées pour les jeunes filles âgées de moins de 15 ans, la deuxième dose devant être administrée six mois après la première. L'agent de santé qui administre le vaccin indiquera à chaque jeune fille qu'il vaccine (et à ses parents) à quel moment elle devra revenir pour la dernière dose. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les deux doses ; toutefois, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois. Si l'intervalle entre les doses est inférieur à cinq mois, alors une troisième dose devra être administrée six mois au moins après la première dose.

**Q. Quel est le rythme recommandé des vaccinations d'après le calendrier en trois doses du vaccin contre le VPH ?**

R. Lorsque trois doses sont recommandées (c.-à-d. pour les jeunes filles âgées de 15 ans ou plus, et pour celles que l'on sait immunodéprimées et/ou infectées par le VIH, qu'elles reçoivent ou non un traitement antirétroviral), la deuxième dose doit être administrée un ou deux mois après la première dose (selon le type de vaccin) et la troisième dose, six mois après la première dose. L'agent de santé qui administre le vaccin indiquera à chaque jeune fille qu'il vaccine (et à ses parents) à quel moment elle devra revenir pour la dose suivante ou la dernière dose. Il n'est pas nécessaire de dépister les éventuelles infections par le VPH ou le VIH avant la vaccination contre le VPH.

## FP 4.1

**Q. Les vaccins contre le VPH peuvent-ils soigner ou permettre de se débarrasser d'une infection à VPH ou d'un cancer du col de l'utérus si une jeune fille ou une femme est déjà infectée par le VPH avant de recevoir le vaccin ?**

R. Non. Un vaccin contre le VPH ne peut pas soigner les infections à VPH qu'une jeune fille peut présenter au moment de la vaccination. Il ne peut pas non plus soigner un cancer du col ou des lésions précancéreuses, ni empêcher la progression de la maladie chez les femmes qui sont déjà infectées par le VPH au moment de la vaccination.

**Q. Une femme âgée de 30 à 49 ans aura-t-elle quand même besoin de faire l'objet d'un dépistage des lésions cancéreuses ou du cancer si elle a été complètement vaccinée lorsqu'elle était enfant ?**

R. Oui ! Il est très important que les femmes adultes se fassent dépister pour le cancer du col lorsqu'elles ont entre 30 et 49 ans, même si elles ont été vaccinées dans le passé. En effet, même si le vaccin est très efficace, il ne protège pas contre les infections dues à tous les types de VPH qui sont à l'origine du cancer du col.

**Q. Les jeunes filles vivant avec le VIH peuvent-elles se faire vacciner ?**

R. Oui ! D'après les études qui ont été menées, l'administration du vaccin contre le VPH à des jeunes filles vivant avec le VIH ne présente aucun danger. Pour ces jeunes filles, il est recommandé, exactement comme pour toutes les autres jeunes filles, d'effectuer la vaccination avant le début de l'activité sexuelle. Toutefois, les jeunes filles vivant avec le VIH doivent recevoir trois doses du vaccin contre le VPH, qu'elles aient déjà 15 ans ou non.

**Q. Pourquoi les jeunes garçons ne sont-ils pas vaccinés ?**

R. Le vaccin n'est pas préjudiciable pour les jeunes garçons. Cela étant, nous ne recommandons pas la vaccination de cette population à l'heure actuelle car les vaccins sont plutôt onéreux et qu'il est préférable de les utiliser pour protéger les personnes qui ont un risque de développer un cancer du col ultérieurement (c.-à-d. les jeunes filles).

## **Sujets d'inquiétude couramment rencontrés au sujet de la vaccination contre le VPH**

**Q. Les vaccins contre le VPH sont-ils sûrs et efficaces ?**

R. Oui. De nombreuses d'études menées dans les pays en développement et les pays développés ont démontré que les deux vaccins sont très sûrs et efficaces. Ils ont été administrés à des millions de jeunes filles et de femmes à travers le monde sans que des manifestations indésirables graves se produisent. Comme pour tous les vaccins, l'innocuité de ces vaccins est surveillée de manière très méticuleuse.

Souvent, les manifestations indésirables bénignes comprennent une douleur et une rougeur à l'endroit où la piqûre a été faite, de la fièvre, des maux de tête

et des nausées. Parfois, les jeunes filles qui reçoivent le vaccin contre le VPH (ou d'autres vaccins) s'évanouissent. Il faut donc les garder sous observation pendant les 15 minutes qui suivent la vaccination ; si elles se sentent faibles, elles doivent être allongées pour éviter de se blesser.

**Q. Pourquoi les jeunes filles d'évanouissent-elles après avoir reçu les vaccins contre le VPH ?**

R. Les adolescentes ont particulièrement tendance à s'évanouir après un acte médical, notamment après une vaccination, car elles sont souvent très nerveuses avant de se rendre dans la salle de vaccination. Pour prévenir les chutes et les blessures provoquées par un évanouissement, demandez à la jeune fille qui se fait vacciner de rester assise avant, durant et pendant les 15 minutes qui suivent la vaccination.

**Q. Ma fille est trop jeune pour avoir des relations sexuelles – pourquoi le vaccin contre le VPH est-il recommandé pour des jeunes filles si jeunes ?**

R. Pour que l'efficacité du vaccin contre le VPH soit optimale, il est très important de vacciner les jeunes filles avant qu'elles n'aient de contacts sexuels avec quelqu'un d'autre.

La raison en est qu'une jeune fille peut être infectée par le VPH même la toute première fois qu'elle a un contact sexuel (même un contact peau contre peau des zones situées à proximité du vagin et du pénis). En outre, les tests ont montré que le vaccin apporte une meilleure protection vis-à-vis de l'infection à VPH lorsqu'il est administré à cet âge que lorsqu'il est administré plus tard. Les vaccins ne peuvent pas traiter une jeune fille qui est déjà infectée par le VPH.

**Q. La vaccination contre le VPH aura-t-elle des répercussions sur la fertilité de ma fille ? Sera-t-il plus difficile pour elle de tomber enceinte ou de mener une grossesse à son terme ?**

R. Non ! Rien ne permet d'affirmer que la vaccination contre le VPH aura un impact sur la fertilité à venir d'une jeune fille ou sera à l'origine de problèmes au cours de grossesses ultérieures.

**Q. Toutes les doses recommandées sont-elles nécessaires pour que ma fille soit complètement protégée vis-à-vis du VPH ? Une dose n'est-elle pas suffisante ?**

R. Comme pour d'autres vaccins, le vaccin contre le VPH nécessite plusieurs injections. Si toutes les doses recommandées ne sont pas administrées, le vaccin peut ne pas être complètement efficace pour prévenir le cancer du col. Il est important que votre fille reçoive toutes les doses et respecte les intervalles minimum et maximum entre les doses pour pouvoir être entièrement protégée.

**Q. Le vaccin contre le VPH est-il sans danger durant la grossesse ?**

R. L'utilisation des vaccins contre le VPH n'est pas recommandée chez les jeunes filles ou les femmes sexuellement actives ou enceintes. Toutefois, des études ont montré que le vaccin ne provoque aucun problème chez les mères ou les enfants nés de mères ayant reçu le vaccin contre le VPH durant la grossesse.

Si une jeune fille ou une femme reçoit le vaccin contre le VPH alors qu'elle est enceinte, cela ne justifie pas d'envisager de mettre fin à la grossesse. Cela étant, par précaution jusqu'à ce que l'on en sache davantage, les jeunes filles et les femmes ne doivent pas être vaccinées si elles sont enceintes.

**Q. Existe-t-il des contre-indications à la vaccination ?**

R. Si une jeune fille a déjà présenté une grave réaction allergique à un autre vaccin ou à une dose précédente du vaccin contre le VPH, elle ne doit pas recevoir le vaccin contre le VPH si l'on veut éviter la survenue de graves réactions.

**Note pour l'agent de santé administrant le vaccin :** demander l'avis d'un médecin avant de vacciner une jeune fille ayant déjà présenté des réactions allergiques à un vaccin.

## Fiche pratique 4.2. Caractéristiques des vaccins contre le VPH et chaîne du froid

**Cette fiche pratique est destinée uniquement aux agents de santé**

### Présentation/apparence des vaccins contre le VPH

- Gardasil® est disponible en un seul format : un flacon monodose qui contient 0,5 ml de suspension, sans agent conservateur ou antibiotique. Il peut être commandé en boîtes de 1, 10 et 100 flacons.
- Cervarix® est disponible sous deux formats : le flacon monodose est doté d'un bouchon en caoutchouc et contient 0,5 ml de suspension, sans agent conservateur ou antibiotique. La présentation en deux doses contient 1,0 ml de suspension, sans agent conservateur ou antibiotique. Les deux formats peuvent être commandés en boîtes de 1, 10 et 100 flacons.
- Les deux vaccins, lorsqu'ils vont arriver ou qu'ils auront été conservés au réfrigérateur, se seront déposés et présenteront deux couches : un liquide clair sur le dessus et un dépôt blanc au fond du flacon. Ils doivent être systématiquement agités avant d'être prélevés dans la seringue afin que les deux couches se mélangent et forment une suspension homogène.

### Calendrier de vaccination

Les vaccinations contre le VPH sont recommandées chez les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans.

- Un **calendrier en deux doses**, avec un intervalle de six mois entre les doses, est recommandé pour les jeunes filles < 15 ans (y compris les jeunes filles âgées de ≥ 15 ans lors de l'injection de la deuxième dose).
- Il n'y a pas d'intervalle maximal entre les doses. Néanmoins, il est suggéré de ne pas laisser s'écouler plus de 12-15 mois.
- Si, pour quelque raison que ce soit, l'intervalle entre les deux doses est inférieur à cinq mois, une troisième dose devra être administrée six mois au moins après la première dose.
- Le **calendrier en trois doses** (0, 1-2, 6 mois) reste recommandé pour les jeunes filles âgées de 15 ans ou plus, et pour celles qui sont immunodéprimées, y compris celles que l'on sait vivant avec le VIH (qu'elles reçoivent ou non un traitement antirétroviral). Il n'est pas nécessaire de dépister les éventuelles infections par un VPH ou par le VIH avant la vaccination contre le VPH.

Ces recommandations relatives au calendrier de vaccination sont valables tant pour le vaccin bivalent que pour le vaccin quadrivalent.<sup>7</sup>

## FP 4.2

### Conservation du vaccin et chaîne du froid

Les deux vaccins contre le VPH sont sensibles au gel ; s'ils sont congelés, ils doivent être jetés car ils ne permettront plus d'obtenir une protection. En conséquence, les points suivants doivent être signalés :

- ils doivent être conservés à une température comprise entre 2 et 8 °C ;
- les vaccins contre le VPH ne doivent pas être placés au niveau, ou près, du compartiment congélateur du réfrigérateur, ni directement sur une briquette congelée non conditionnée ;
- les vaccins ne doivent pas être conservés dans la porte du réfrigérateur car la température y est plus sujette aux fluctuations lorsque l'on ouvre et ferme le réfrigérateur ;
- la température du réfrigérateur doit être surveillée en contrôlant le thermomètre régulièrement (au moins deux fois par jour) et en mettant un dispositif Freeze-tag® ou Fridge-tag® dans le réfrigérateur afin de voir si des températures négatives se sont produites. Si la température est supérieure à 8 °C ou inférieure à 2 °C, elle doit être ajustée de manière à maintenir la température qui convient ;
- les deux vaccins doivent être administrés dès que possible après avoir été sortis du réfrigérateur. Les flacons ouverts doivent être jetés à la fin de la séance de vaccination ou dans un délai de six heures, selon l'éventualité se produisant en premier ;
- s'il s'avère nécessaire de transporter le vaccin, la boîte isotherme doit être maintenue à une température comprise entre 2 et 8 °C.
  - il faut avoir conscience que lorsque l'on utilise des briquettes congelées, le risque de congélation est très important. Par conséquent, les briquettes congelées non conditionnées doivent être laissées à température ambiante pendant au moins 5-10 minutes (jusqu'à ce que l'on puisse entendre bouger la glace à l'intérieur lorsqu'on les agite) avant de les mettre dans le thermos avec les vaccins. C'est ce que l'on appelle « conditionner les briquettes congelées » et cela empêche les vaccins d'être congelés lorsqu'ils sont mis à côté des briquettes. Toujours séparer les briquettes congelées conditionnées des vaccins à l'aide d'un matériau approprié suffisamment épais. Pour mémoire, la congélation représente le risque le plus grave pour un vaccin sensible au gel,

<sup>7</sup> Pour plus d'informations, consulter le document *Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2014 – conclusions et recommandations*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

- si l'on sort brièvement les vaccins du réfrigérateur/de la chambre froide, il convient d'envisager d'utiliser plutôt des briquettes d'eau : ce sont des briquettes congelées conservées à une température comprise entre 2 °C et 8 °C ;
- les deux vaccins sont sensibles à la lumière et doivent être conservés dans l'emballage d'origine jusqu'à utilisation.

### Comment vérifier qu'un vaccin a déjà été congelé ?

Si l'on pense qu'un stock de vaccin contre le VPH a pu être congelé ou exposé à des températures négatives, une épreuve d'agitation doit être réalisée afin de déterminer si le vaccin peut être utilisé ou pas. S'il a été congelé, le vaccin ne prendra pas l'apparence d'une suspension blanche uniforme après agitation ; au lieu de cela, des particules flotteront très nettement dans le liquide. Un changement de couleur du liquide peut également être le signe d'une congélation préalable.

Pour plus de détails, consulter l'article paru dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé sur la *Validation de l'épreuve d'agitation pour la détection des dommages occasionnés aux vaccins adsorbés* (Kartoglu et al., 2010 ; voir les références complètes dans la note de bas de page du Chapitre 4),<sup>8</sup> et regarder les deux vidéos éducatives Shake and tell (22 minutes) et Step by step shake test (10 minutes).<sup>9</sup>

D'après les notices des fabricants, la durée de conservation du vaccin après sa fabrication est de trois ans pour les flacons monodoses de Gardasil®, quatre ans pour les flacons monodoses de Cervarix® et trois ans pour les flacons de deux doses de Cervarix®.

**Important** : vérifiez la date de péremption indiquée sur les emballages des vaccins que vous pensez utiliser avant de démarrer une séance de vaccination. Si la date de péremption est dépassée, le vaccin doit être jeté.<sup>10</sup>

Une pastille de contrôle du vaccin (PCV) est une étiquette qui change de couleur en fonction de la température (c.-à-d. qu'elle est thermochromique). Une PCV est apposée sur les flacons contenant des vaccins et donne une indication visuelle de l'exposition cumulée à la chaleur, laquelle dégrade le vaccin. Si la couleur de la partie intérieure carrée de la PCV devient identique à celle du cercle extérieur, ou est plus foncée, jetez le vaccin.

<sup>8</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879.pdf?ua=1>

<sup>9</sup> Disponibles aux adresses suivantes : <https://vimeo.com/8381355> (Shake and tell) ; <https://vimeo.com/8389435> (Step by step shake test)

<sup>11</sup> Plus d'informations disponibles à l'adresse suivante : <http://www.ema.europa.eu/ema/>

## FP 4.2

### **Interchangeabilité des vaccins**

Il est préférable d'utiliser le même vaccin pour toutes les doses dans la mesure où l'on ne dispose pas de données sur l'interchangeabilité des deux vaccins. Toutefois, si le vaccin qui a été utilisé pour l'administration des doses précédentes n'est pas connu ou disponible au niveau local, n'importe lequel des vaccins contre le VPH commercialisés peut être administré pour terminer le calendrier de vaccination.



## Fiche pratique 4.3. La séance de vaccination

### FP 4.3

#### Préparation

##### **Stratégie en milieu scolaire**

Si une stratégie en milieu scolaire doit être mise en œuvre ou si l'école a proposé son aide pour devenir un lieu d'accueil pour la vaccination des jeunes filles non scolarisées, une pré-visite peut être nécessaire. Les responsables des écoles et les enseignants qui participeront aux activités de vaccination doivent être informés de manière détaillée de ce qu'il se passera les jours de vaccinations. Il est également possible qu'ils doivent être formés avant de pouvoir apporter leur concours (consulter la Fiche pratique 4.7). L'OMS met à disposition un outil d'évaluation de l'état de préparation à la vaccination en milieu scolaire afin d'aider les planificateurs ayant recours à une stratégie de vaccination à l'école.<sup>11</sup>



Enseignants  
et écoles

##### **Le jour précédent la vaccination ou plus tôt dans la journée**

Il convient de s'assurer que les éléments suivants sont à disposition :

- le vaccin et les seringues, une glacière et des briquettes congelées pour le transport ;
- de la documentation d'information, d'éducation et de communication (p. ex. dépliants, brochures, affiches) ;
- une chaise et une table ;
- une poubelle pour les déchets non tranchants ou non pointus (p. ex. compresses, serviettes en papier) ;
- de l'eau et du savon (ou une solution hydro-alcoolique) pour le lavage des mains ;
- des plateaux et des haricots ;
- des conteneurs de sécurité avec un couvercle fermé ;
- des récipients pour les flacons usagés ;
- des compresses pour nettoyer le site de l'injection avant et après la vaccination ;
- des médicaments pour prendre en charge les réactions allergiques conformément aux lignes directrices nationales ;
- un endroit pour que les jeunes filles se reposent durant la vaccination et pendant les 15 minutes qui suivent ;
- un registre de vaccination ;
- des feuilles de comptage ;

<sup>11</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90568/1/WHO\\_IVB\\_13.02\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90568/1/WHO_IVB_13.02_fre.pdf?ua=1)

- des cartes de vaccination ;
- un calendrier.

## FP 4.3

### **Mise en œuvre**

#### ***Avant l'administration du vaccin***

L'agent de santé, ou tout autre adulte/enseignant ayant été formé, doit s'assurer que la jeune fille remplit les conditions requises pour la vaccination contre le VPH et qu'elle comprend ce qui va se passer. En fonction des lignes directrices nationales, l'agent de santé doit également savoir si les jeunes filles concernées par la vaccination peuvent refuser d'être vaccinées ou pas.

1. Accueillez la jeune fille (et l'un de ses parents/son tuteur, s'ils sont présents).
2. Expliquez l'objectif et les bénéfices de la vaccination contre le VPH.
3. Évoquez les risques et manifestations ou réactions indésirables qui sont potentiellement associés à la vaccination.
4. Abordez les risques associés au fait de ne pas se faire vacciner.
5. Demandez à la jeune fille (et/ou à son parent/ tuteur présent, le cas échéant) si elle a des questions et répondez-lui clairement, en utilisant le moins de mots techniques possible.
6. Vérifiez que la jeune fille comprend les informations reçues et corrigez tout malentendu. Si, après reçu les explications, la jeune fille refuse de se faire vacciner, son souhait doit être respecté ; laissez-la partir après l'avoir conviée à revenir à un autre moment pour discuter plus avant de sa décision.
7. Recueillez le consentement écrit des parents/du tuteur, le cas échéant.
8. Vérifiez que la jeune fille remplit les conditions requises pour la vaccination en vous assurant qu'elle :
  - est dans la tranche d'âge cible ;
  - n'est pas enceinte (cette information doit être demandée en privé) ;
  - n'est pas allergique à l'un des composants du vaccin.
9. Demandez à voir la carte de vaccination de la jeune fille (ou la fiche de santé de l'adolescente), si elle en a une, pour vérification.
10. Définissez la dose du vaccin contre le VPH qui sera administrée durant cette séance.

#### ***Administration sans risque du vaccin aux jeunes filles remplissant les conditions requises***

11. Assurez-vous que la jeune fille est assise afin de réduire au minimum le risque de blessure en cas d'évanouissement.

12. Vérifiez la date de péremption indiquée sur le flacon.
13. Vérifiez la pastille de contrôle du vaccin (PCV).
14. Tenez le flacon entre le pouce et le majeur, et vérifiez son état : ne l'utilisez pas si l'emballage est percé, déchiré ou endommagé, si le flacon contient des particules, ou si la suspension présente un changement de couleur ou des cristaux de glace.
15. Réalisez l'épreuve d'agitation si vous pensez que le vaccin a pu être congelé (voir la Fiche pratique 4.2).
16. Homogénéisez la suspension de vaccin en agitant le flacon jusqu'à ce que le liquide soit blanc et trouble.
17. Ouvrez l'emballage de la seringue autobloquante, et sortez la seringue et l'aiguille.
18. Enlevez le capuchon de l'aiguille sans toucher l'aiguille.
19. Introduisez l'aiguille dans le flacon du vaccin et placez l'extrémité de l'aiguille tout au fond du flacon.
20. Prélevez la totalité du contenu du flacon dans la seringue de 0,5 ml jusqu'à ce que vous entendiez un « clic ».
21. Injectez la totalité du contenu de la seringue dans le muscle deltoïde, situé dans la partie haute du bras, selon un angle de 90 degrés (perpendiculairement).
22. Mettez une compresse sur le point d'injection et demandez à la jeune fille d'appuyer fermement ; ne pas masser le point d'injection.



Vaccin anti-VPH

### **Après l'administration du vaccin**

23. Jetez la seringue et l'aiguille dans le conteneur de sécurité tout de suite après l'administration du vaccin.
24. Consignez les informations sur la carte de vaccination personnelle de la jeune fille (voir l'Annexe 6, Modèle de formulaire 6.1).
25. Fixez la date de la prochaine dose du vaccin et inscrivez-la également sur la carte de vaccination.
26. Rappelez à la jeune fille qu'elle doit recevoir la ou les doses restantes et programmez sa prochaine vaccination.
27. Consignez la vaccination de la jeune fille sur les formulaires appropriés.
28. Écrivez les informations suivantes dans le registre de vaccination (voir l'Annexe 6, Modèle de formulaire 6.2) :
  - a. le nom de la jeune fille ;
  - b. son adresse ;



Modèles de formulaires pour la vaccination anti-VPH

- c. sa date de naissance et son âge (si vous les connaissez pas, estimez approximativement l'âge de la jeune fille) ;
- d. la date de la vaccination ;
- e. le numéro de la dose du VPH : VPH1 ou VPH2 (ou VPH3, le cas échéant) ;
- f. la date de la prochaine dose, si nécessaire ;
- g. la date de la ou des précédentes doses, le cas échéant.

29. Rendez la carte de vaccination que vous avez mise à jour à la jeune fille, montrez-lui où vous avez inscrit le rendez-vous pour la prochaine dose et demandez-lui de ramener la carte à ce moment-là.

30. Gardez la jeune fille sous observation pendant 15 minutes après l'administration du vaccin, dans le cas où elle s'évanouirait.

31. Prenez en charge et consignez par écrit toute manifestation indésirable qui se produirait.

## FP 4.3

## Fiche pratique 4.4. Sécurité des injections

## FP 4.4

L'OMS définit une injection sûre (sans risque) comme une injection :

- ne faisant aucun mal au destinataire ;
- n'exposant l'agent de santé à aucun risque évitable ;
- ne donnant pas lieu à des déchets dangereux pour la communauté.

La sécurité des injections peut être améliorée en observant les pratiques suivantes :

1. toujours respecter les recommandations du fabricant en matière d'utilisation, de conservation et de manipulation ;
2. se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher en les égouttant ;
3. préparer les injections dans une zone propre réservée à cet effet, où l'exposition au sang et aux liquides corporels est peu probable ;
4. préparer chaque dose juste avant l'administration – ne pas préparer plusieurs seringues à l'avance ;
5. afin de réduire le risque de blessure au minimum, préparer la zone de travail de sorte que :
  - a. la personne qui administre le vaccin soit positionnée entre la jeune fille et les aiguilles et tout autre objet tranchant ou pointu,
  - b. les outils de suivi et les conteneurs de sécurité soient facilement accessibles,
  - c. chaque vaccinateur dispose de son propre conteneur de sécurité et puisse voir l'orifice d'entrée lorsqu'il jette les aiguilles ;
6. vérifier l'état du flacon et sa date de péremption, ainsi que la pastille de contrôle du vaccin (PCV) ;
7. ne pas utiliser le vaccin si l'emballage est percé, déchiré ou endommagé, si le flacon contient des particules, ou si la suspension présente un changement de couleur (voir la Fiche pratique 4.2) ;
8. utiliser une nouvelle seringue autobloquante pour chaque jeune fille ;
9. ne toucher aucune partie de l'aiguille ;
10. ne jamais laisser l'aiguille sur le haut du flacon de vaccin ;
11. nettoyer le point d'injection et injecter la totalité du contenu de la seringue dans le muscle deltoïde, situé dans la partie haute du bras, selon un angle de 90 degrés (perpendiculairement) ;
12. ne pas remettre le capuchon sur l'aiguille après utilisation ;



Vaccin anti-VPH

13. jeter la seringue et l'aiguille dans un conteneur de sécurité tout de suite après l'administration du vaccin (un conteneur de sécurité est un récipient imperméable à fermeture inviolable qui est parfaitement fermé et ne présente qu'un petit orifice sur le dessus, suffisamment large pour y faire passer des seringues et des aiguilles) ;
14. ne pas trop remplir le conteneur de sécurité. Fermer le conteneur et en sceller l'orifice lorsqu'il est plein aux trois-quarts. Ne pas essayer de tasser le contenu en poussant à travers l'ouverture du conteneur ;
15. garder les conteneurs de sécurité dans un endroit sec et sûr jusqu'à ce qu'ils soient éliminés en toute sécurité conformément à ce qui est demandé dans l'établissement concerné ;
16. ne jamais jeter des seringues et aiguilles usagées dans un récipient ou un conteneur ouvert.

## Fiche pratique 4.5. Suivi et évaluation des programmes de vaccination – collecte des données et documentation

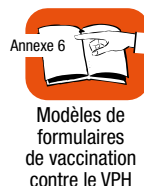
## FP 4.5

Il s'avère nécessaire d'évaluer la couverture vaccinale contre le VPH pour suivre la réalisation d'un programme de vaccination et évaluer par la suite l'impact du vaccin sur une population.

Étant donné que la vaccination contre le VPH est recommandée sous la forme d'une série de deux doses de vaccins administrées à six mois d'intervalle chez les adolescentes âgées de 9 à 13 ans, le suivi nécessitera la collecte des données relatives à la couverture par dose et par âge. Il faut au moins consigner par écrit lors de chaque administration du vaccin : la date de naissance ou l'âge de la jeune fille vaccinée, la date de la vaccination et le numéro de la dose.

Veuillez consulter les modèles de formulaires 6.1 à 6.4 dans l'Annexe 6.

Un outil pour le suivi de la couverture vaccinale contre le virus du papillome humain (VPH) est mis à disposition par l'OMS et contient des instructions pour une adaptation et une utilisation au niveau local.<sup>12</sup> Un bref résumé en est présenté ci-après.



### Outils pour la collecte des données et l'établissement de compte rendus

Pour les agents de santé qui administrent le vaccin :

- cartes personnelles de vaccination (fiches de santé des adolescentes) (Modèle de formulaire 6.1) ;
- registre destiné aux agents de santé réalisant la vaccination, un pour chaque site assurant le service de vaccination (Modèle de formulaire 6.2) ;
- feuille de comptage, une pour chaque séance de vaccination (Modèle de formulaire 6.2) ;
- feuille de notation mensuelle récapitulant les jours de vaccination, une pour chaque site assurant le service de vaccination (Modèle de formulaire 6.3) ;
- formulaire de déclaration des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) (Fiche pratique 4.6 et Modèle de formulaire 6.4).

Pour les superviseurs :

- pour chaque site assurant la vaccination, un tableau récapitulatif par mois pour chaque année calendaire.



Pour chaque bureau de santé de district :

<sup>12</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

- un tableau récapitulatif par mois pour chaque année calendaire ;
- un formulaire de compte rendu annuel.

Pour chaque bureau de santé national :

- un tableau récapitulatif par mois,
- un formulaire de compte rendu annuel.

### Procédures de recueil des données

1. Utilisez un registre pour chaque site de vaccination.
2. Enregistrez chaque jeune fille en recueillant les informations suivantes :
  - son nom ;
  - son adresse ;
  - sa date de naissance et son âge (si vous les connaissez pas, estimez approximativement l'âge de la jeune fille) ;
  - la date de la vaccination ;
  - le numéro de la dose du VPH : VPH1 ou VPH2 (ou VPH3, le cas échéant) ;
  - la date de la ou des précédentes doses, le cas échéant ;
  - l'âge au moment de la ou des précédentes doses, le cas échéant.
3. Demandez à la jeune fille, en privé, si elle est enceinte ou si elle pense pouvoir l'être ; dans l'affirmative, reportez sa vaccination et consignez ce fait dans le registre.
4. Demandez à la jeune fille de présenter sa carte personnelle de vaccination. Contrôlez le registre pour vérifier quelle dose va être administrée. Si elle n'a pas sa carte, examinez le registre en utilisant ses informations personnelles.
5. Enregistrez chaque dose administrée en faisant une coche sur un zéro dans la case appropriée (en fonction de l'âge et du numéro de la dose) sur la feuille de comptage standard (voir Annexe 6, Modèle de formulaire 6.2).
6. À la fin de la journée de vaccination, comptez le nombre de doses de vaccin contre le VPH administrées, par numéro de dose et par âge, puis notez le nombre de zéros noircis sur la feuille de comptage pour chaque numéro de dose de vaccin contre le VPH par catégorie d'âge ; si le sous-total est égal à 0, indiquez clairement le chiffre zéro avec une barre en travers (Ø) (Modèle de formulaire 6.2).
7. Les modèles de formulaire ne proposent qu'un exemple ; s'il existe des formulaires standardisés d'usage courant au niveau national ou international, utilisez ceux-ci plutôt.



Modèles de formulaires de vaccination contre le VPH

Une MAPI peut être décrite comme un évènement clinique fâcheux qui est lié sur le plan temporel à la vaccination, mais qui peut être ou ne pas être provoqué par le



vaccin ou le processus de vaccination. Les MAPI peuvent aller d'évènements bénins, comme une réaction légère au point d'injection, à des évènements mettant en jeu le pronostic vital, comme l'anaphylaxie, voire le décès. Même si une MAPI peut être provoquée par le vaccin lui-même, les MAPI qui sont déclarées sont, le plus souvent, des évènements fortuits qui se produisent par coïncidence et n'ont pas de lien avec le vaccin, et qui ont plutôt été provoqués par des erreurs programmatiques ou humaines ayant altéré la qualité du vaccin. Il s'avère particulièrement important de surveiller l'innocuité du vaccin contre le VPH et de notifier les incidents qui surviennent avec beaucoup de détails car il s'agit d'un vaccin relativement nouveau et qu'il est administré à une tranche d'âge qui n'était pas concernée par la vaccination jusque-là. Une manifestation indésirable peut détruire la confiance que les parents et les communautés ont placée dans le vaccin et dans le programme de vaccination et le personnel impliqué.

## FP 4.6

**Fiche pratique 4.6. En cas de manifestation postvaccinale indésirable (MAPI)**

Une MAPI peut être décrite comme un événement clinique fâcheux qui est lié sur le plan temporel à la vaccination, mais qui peut être ou ne pas être provoqué par le vaccin ou le processus de vaccination. Les MAPI peuvent aller d'événements bénins, comme une réaction légère au point d'injection, à des événements mettant en jeu le pronostic vital, comme l'anaphylaxie, voire le décès. Même si une MAPI peut être provoquée par le vaccin lui-même, les MAPI qui sont déclarées sont, le plus souvent, des événements fortuits qui se produisent par coïncidence et n'ont pas de lien avec le vaccin, et qui ont plutôt été provoqués par des erreurs programmatiques ou humaines ayant altéré la qualité du vaccin. Il s'avère particulièrement important de surveiller l'innocuité du vaccin contre le VPH et de notifier les incidents qui surviennent avec beaucoup de détails car il s'agit d'un vaccin relativement nouveau et qu'il est administré à une tranche d'âge qui n'était pas concernée par la vaccination jusque-là. Une manifestation indésirable peut détruire la confiance que les parents et les communautés ont placée dans le vaccin et dans le programme de vaccination et le personnel impliqué.

Les MAPI peuvent être classées en cinq catégories :<sup>13</sup>

1. réaction liée au vaccin : MAPI provoquée ou précipitée par un vaccin en raison d'une ou plusieurs propriétés inhérentes au produit (p. ex. tuméfaction importante du membre suite à la vaccination DTC) ;
2. réaction liée à un défaut de qualité du vaccin : MAPI provoquée ou précipitée par un vaccin due à un ou plusieurs défauts de qualité du produit, y compris le dispositif d'administration fourni par le fabricant (p. ex. si un lot de vaccin antipoliomyélique n'est pas totalement inactivé par le fabricant, cela entraîne des cas de poliomyélite paralytique) ;
3. réaction liée à une erreur de vaccination : MAPI provoquée par une mauvaise manipulation, prescription ou administration du vaccin et qui est donc par nature évitable (p. ex. transmission d'une infection par un flacon multidoses contaminé) ;
4. réaction liée à l'anxiété face à la vaccination : MAPI due à l'anxiété suscitée par la vaccination (p. ex. évanouissement d'un adolescent pendant/après la vaccination) ;
5. événement fortuit (coïncidence) : MAPI ayant une cause autre que le vaccin, l'erreur de vaccination ou l'anxiété face à la vaccination (p. ex. une fièvre survient au moment de la vaccination, mais en fait elle est due au paludisme).

---

<sup>1</sup> De plus amples informations sur la classification des MAPI élaborée par l'OMS sont disponibles à l'adresse suivante : <http://fr.vaccine-safety-training.org/classification-des-mapi.html>

## Réactions au vaccin contre le VPH

### *Réactions courantes au vaccin contre le VPH*

Le plus souvent, ces réactions se résolvent spontanément et ne nécessitent que rarement un traitement :

- rougeur, douleur, tuméfaction ou induration au point d'injection ;
- fièvre ;
- maux de tête, douleurs musculaires, douleurs osseuses ;
- nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales ;
- évanouissement.

### *Réactions rares au vaccin contre le VPH*

Les manifestations indésirables graves sont extrêmement rares et nécessitent un traitement immédiat. Il peut exister un lien de causalité entre la survenue éventuelle d'une anaphylaxie et la vaccination contre le VPH, et des précautions doivent donc être prises afin d'éviter de vacciner les jeunes filles ayant déjà présenté des réactions allergiques aux composants du vaccin. En cas de suspicion d'anaphylaxie, la jeune fille doit être traitée immédiatement de manière appropriée. Par la suite, les jeunes filles concernées ne doivent pas recevoir les doses suivantes du vaccin contre le VPH, ni d'autres vaccins contenant des composants similaires.

### *Notification des MAPI*

Un système doit être instauré pour faciliter la notification et l'investigation rapides des MAPI. Les autorités nationales de réglementation et les groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination (GTCV) doivent exercer un rôle proactif dans l'étude des rapports de MAPI graves afin de vérifier s'il existe ou non un lien avec le vaccin contre le VPH et d'élaborer des messages à diffuser pour faire taire les rumeurs.

Toutes les suspicions de MAPI doivent être immédiatement déclarées aux autorités sanitaires à l'aide d'un formulaire de notification des MAPI standard (voir, par exemple, le Modèle de formulaire 6.4 dans l'Annexe 6). Les manifestations graves, telles que le décès, l'hospitalisation ou la concentration géographique de MAPI, doivent rapidement faire l'objet d'investigations (dans les 48 heures).



Annexe 6

Modèles de formulaires de vaccination contre le VPH

***Faire face aux rumeurs***

Les groupes qui sont opposés aux vaccins pour quelque raison que ce soit peuvent lancer ou entretenir des rumeurs sur les risques associés aux vaccins et sur de fausses associations avec des manifestations indésirables concomitantes dans le but de freiner la vaccination contre le VPH dans la population. Étant donné que des informations erronées peuvent porter préjudice à l'acceptabilité du vaccin et aux efforts de vaccination, il est essentiel de disposer d'une infrastructure solide pour le suivi des MAPI, laquelle servira de base pour faire taire les rumeurs et démontrer l'innocuité constante des vaccins contre le VPH. Avoir une stratégie en place pour mettre en avant l'innocuité du vaccin contre le VPH et couper court aux rumeurs est une composante essentielle pour qu'un programme de vaccination contre le VPH soit performant.

**FP 4.6**

## Fiche pratique 4.7. Parler de la vaccination contre le VPH avec les enseignants et les responsables des écoles

## FP 4.7

Quelques jours (ou semaines) avant une séance de vaccination prévue pour des jeunes filles scolarisées, une réunion doit être tenue dans l'objectif de mener une action éducative auprès du personnel scolaire à propos du vaccin contre le VPH. Il peut leur être suggéré d'ajuster certains aspects de ce qui est évoqué, en adaptant leurs propos, lorsqu'ils discutent avec leurs élèves (garçons et filles) avant la première séance de vaccination. Fixez rendez-vous avec l'administration scolaire pour cette réunion et suggérez d'y convier l'ensemble des enseignants. Les propositions suivantes peuvent être utiles pour préparer et animer la réunion, et en assurer le suivi.

### ***Que devez-vous amener ?***

- Du matériel d'information et des supports pédagogiques.
- Des exemplaires des questions fréquemment posées (FAQ) et des réponses correspondantes pour les distribuer (voir les Fiches pratiques 3.2 et 4.1).

### ***Sujets à aborder et activités à réaliser durant la réunion***

- Après les présentations, divisez l'assistance en sous-groupes de 4 à 6 personnes ; dans la mesure du possible, faites en sorte qu'un représentant du personnel administratif de l'école soit présent dans chaque groupe.
  - Distribuez l'une des fiches de FAQ, ou les deux, à chaque groupe et, dans chaque groupe, demandez à un volontaire de mener une discussion sur les thèmes abordés.
  - Un volontaire de chaque groupe peut ensuite résumer ce qui n'a pas été compris dans son groupe.
  - Répondez à ces questions en apportant les informations correspondantes.
  - Si tout a été bien compris, demandez s'il n'y a pas d'autres questions et discutez-en.
  - Poursuivez avec le point A ou le point B (ci-après), selon ce qui conviendra.
- A. Si l'établissement scolaire n'est pas destiné à devenir un site de vaccination, avant de remercier les personnes présentes et de clore la réunion, indiquez le lieu et la date/l'heure auxquels auront lieu les vaccinations et qui est concerné (les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans, avec le consentement d'un parent/tuteur).
- B. Si l'établissement scolaire est un site de vaccination futur (et l'on suppose que cet aspect a, au préalable, fait l'objet de discussions et d'un accord entre le personnel administratif de l'école et les représentants des services de santé), ajoutez les points suivants à la réunion :
- menez une discussion interactive/participative sur :

## FP 4.7

- les dates des séances de vaccination (c.-à-d. les dates des deux séances, ainsi que celles des campagnes de rattrapage après chacune des séances principales, si possible),
  - les agents de santé qui viendront assurer le service de vaccination,
  - les personnes qui prêteront une assistance durant les séances (p. ex. un ou deux volontaires parmi le personnel de l'école), et
  - l'endroit où la séance de vaccination doit avoir lieu au sein de l'établissement scolaire (dont les conditions à satisfaire en matière d'espace et de mobilier) ;
- dans certains établissements, les enseignants peuvent être formés pour aider à enregistrer les jeunes filles et à vérifier qu'elles satisfont les critères d'éligibilité, qu'elles disposent du consentement parental et qu'elles acceptent d'être vaccinées ;
  - laissez un exemplaire des fiches pratiques abordant ce qui doit être en place avant la séance de vaccination (Fiches pratiques 4.3, 4.4 et 4.5) ;
  - avant de remercier les personnes présentes et de partir, informez-les que vous aimeriez pouvoir venir le jour précédant la séance pour rencontrer l'un des volontaires de l'établissement et visiter le site et vous assurer que tout est bien en place.



Séance de vaccination



Sécurité des injections



S &amp; E

L'OMS met à disposition un outil d'évaluation de l'état de préparation à la vaccination en milieu scolaire afin d'aider les planificateurs ayant recours à une stratégie de vaccination à l'école.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90568/1/WHO\\_IVB\\_13.02\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90568/1/WHO_IVB_13.02_fre.pdf?ua=1)

## Fiche pratique 5.1. Obtention d'un consentement éclairé chez une femme adulte

FP 5.1

### *Qu'est-ce qu'un consentement éclairé ?*

Avant d'effectuer une procédure quelle qu'elle soit (par exemple une procédure pour un test, un diagnostic ou un traitement), la femme (et, si elle le souhaite, sa famille) doit recevoir suffisamment d'informations sur la procédure qui lui a été proposée et doit donner son accord ou accepter cette procédure (voir les Fiches pratiques 3.4 et 3.5 sur



Conseil

le conseil). Ces informations doivent comporter une description de la procédure, les raisons pour lesquelles elle est nécessaire chez cette femme, une indication du temps qu'il faut pour la réaliser et du niveau d'inconfort ou de douleur qui l'accompagne, ainsi qu'une description de toutes les complications qui pourraient survenir. Ces informations doivent aussi comprendre une discussion sur la signification et les implications d'un résultat positif (dans le cas d'une procédure pour un test de dépistage ou pour poser un diagnostic), une présentation des autres procédures disponibles et des explications sur les conséquences possibles si la femme refuse cette procédure.

Après avoir reçu les informations nécessaires, la femme sera en mesure de prendre une **décision éclairée** pour accepter ou refuser la procédure proposée. Si elle accepte, elle doit fournir un **consentement éclairé** explicite. Pour les procédures de dépistage, de diagnostic et de traitement, le consentement est généralement donné par voie orale, sauf pour la conisation à froid pour laquelle les directives de l'hôpital exigent habituellement un consentement par écrit.

Si la femme doit éventuellement être contactée à la maison ou au travail (par exemple pour lui donner le résultat du test ou pour lui rappeler de venir à un rendez-vous), l'agent de santé doit obtenir un consentement pour ce faire. Les informations collectées doivent comprendre les coordonnées de la femme (par exemple pour une visite à domicile par un agent communautaire ou pour un contact par email ou par téléphone) ainsi que les jours et les plages horaires qui conviennent le mieux pour la contacter.

### *Principes du consentement éclairé*

D'un point de vue éthique, un consentement éclairé ne peut pas être demandé de façon rétroactive, c'est-à-dire après avoir réalisé la procédure.

Lors de la demande d'un consentement éclairé, il faut garder à l'esprit les éléments figurant ci-dessous.

- Il est essentiel de protéger la vie privée de la patiente.
- Il faut être clair et direct, et éviter les mots que la femme ne sera pas en mesure de comprendre ou trop vagues, par exemple « grosseur » ou « néoplasie ».
- Les explications peuvent être illustrées par un dessin ou des images.

- Toutes les questions importantes doivent être passées en revue.
- Un peu de temps doit être prévu pour que la femme assimile ce qui lui a été expliqué, puis elle doit pouvoir poser des questions.
- Toutes les idées fausses qu'elle peut avoir doivent être clarifiées et corrigées.
- Son consentement officiel doit être demandé après avoir répondu à toutes ses questions et avoir levé toutes ses inquiétudes.
- Il peut être important sur le plan culturel d'inclure d'autres personnes dans le processus de prise de décision, par exemple le partenaire de la femme ; il faut cependant s'assurer que les propres souhaits de la femme sont bien respectés.

### ***Expliquer aux femmes en quoi consistent les tests et les procédures***

Des explications à donner aux femmes se trouvent dans chaque chapitre et dans les différentes fiches pratiques de ce guide. Elles peuvent être adaptées aux situations rencontrées sur le terrain pour aider à expliquer en quoi consistent les procédures en utilisant des termes que la femme et sa famille comprendront facilement.



## Fiche pratique 5.2. Recueil des antécédents et réalisation d'un examen gynécologique<sup>15</sup>

### Recueil des antécédents

Lors du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus, des informations sur les antécédents de la femme doivent être collectées afin d'évaluer si elle présente des facteurs de risque particuliers ou des symptômes évocateurs. Certaines des informations faisant partie de la liste des antécédents à recueillir peuvent s'avérer très importantes, mais aussi être difficiles à obtenir, car les patientes sont souvent mal à l'aise pour parler de questions d'ordre sexuel. Avant de poser des questions pour obtenir ces informations, les agents de santé doivent donc être préparés à utiliser pour ce faire un langage sensible et adapté aux valeurs culturelles.

### *Avant de commencer*

S'assurer que les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont disponibles :

- dossier clinique et crayon ;
- illustrations des organes de la région pelvienne (si disponibles) ;
- eau et savon pour le lavage des mains (ou gel hydro-alcoolique pour la désinfection des mains) ;
- source de lumière puissante pour examiner le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles)\* ;
- spéculums de différentes tailles soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles)\* ;
- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5 % pour décontaminer les instruments et les gants.

\* Les procédures invasives telles que la résection à l'anse diathermique (RAD) et la conisation à froid nécessitent l'utilisation de matériel stérile.

---

<sup>15</sup> *Source* : adapté des documents (1) Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA), Hesperian Foundation, 1997 ; et (2) Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43327/1/924259265X.pdf>).

**Informations de base à obtenir de la femme :**

- âge, niveau d'éducation, nombre de grossesses, d'accouchements et d'enfants vivants, date des dernières règles, caractéristiques du cycle menstruel, contraception actuelle et antérieure ;
- date et résultat des précédents tests de dépistage des anomalies du col de l'utérus ;
- antécédents médicaux, en particulier traitements en cours ou allergies à certains médicaments ;
- facteurs comportementaux susceptibles d'accroître le risque de cancer du col (par exemple le tabagisme) ;
- signes et symptômes de cancer du col et d'autres maladies ; et,
- antécédents sexuels (si la situation et le contexte culturel le permettent), notamment âge au premier rapport sexuel, âge à la première grossesse, nombre de partenaires, existence d'antécédents d'IST et tout comportement pouvant laisser supposer un risque élevé de cancer du col.

**Réalisation d'un examen gynécologique**

Après avoir recueilli les antécédents, procéder à l'examen gynécologique. Celui-ci se déroule en trois temps :

- examen des organes génitaux externes ;
- examen au spéculum ;
- examen bimanuel.

**Préparation**

1. S'assurer que les équipements et les fournitures requis sont prêts. Vérifier que le spéculum qui sera utilisé est à bonne température.
2. Quand il est prévu de faire une intervention ou un test (par exemple un dépistage avec de l'acide acétique ou un traitement d'une lésion précancéreuse par cryothérapie), expliquer à la patiente de quoi il s'agit, son intérêt et la date à laquelle elle peut espérer obtenir les résultats.
3. Demander à la patiente si elle a des questions et y répondre franchement. Si vous ne connaissez pas la réponse, lui expliquer que vous allez essayer d'obtenir la réponse avant qu'elle ne quitte le centre de santé.
4. Lui expliquer en quoi consiste l'examen gynécologique et lui montrer le spéculum.
5. Lui demander de vider sa vessie (uriner) et d'ôter ses vêtements du bas, à partir de la taille. Prendre soin de ménager sa pudeur lorsqu'elle doit enlever ses vêtements.
6. La positionner sur la table d'examen.

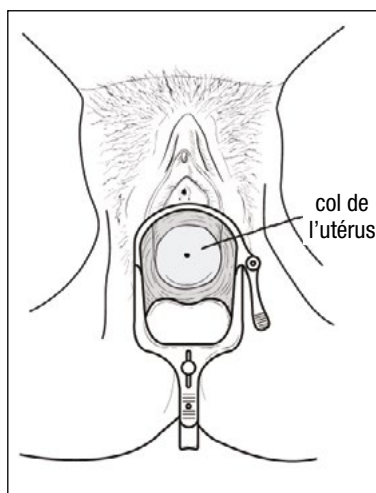
### **Examen des organes génitaux externes**

7. Mettre des gants aux deux mains. Examiner les parties génitales externes avec une main gantée à la recherche de signes d'inflammation, de grosseurs, d'un gonflement, d'un écoulement inhabituel, de lésions, de déchirures et de cicatrices autour des organes génitaux et entre les plis de la vulve. Ces signes peuvent être évocateurs d'une IST.

### **Examen au spéculum**

8. Maintenir les lames du spéculum bien serrées et les glisser à l'intérieur du vagin. Veiller à ne pas appuyer sur l'uretère ou le clitoris qui sont des zones très sensibles. Lorsque le spéculum est introduit à moitié dans le vagin, le faire pivoter de sorte que la poignée soit orientée vers le bas. Écarter délicatement les lames et observer le col. Bouger lentement et délicatement le spéculum jusqu'à ce que le col puisse être vu entièrement. Serrer la vis ou verrouiller le spéculum en position ouverte, afin qu'il reste en place.
9. Examiner le col dont l'aspect doit être rosé, rond et lisse. On observe parfois de petits kystes jaunâtres, des zones rougeâtres sur le pourtour de l'ouverture (orifice cervical) ou de la glaire cervicale translucide ; tout ceci est normal.

Figure FP5.2.1. Examen au spéculum



10. Rechercher des anomalies, comme par exemple :

- des pertes vaginales et un aspect inflammatoire des parois vaginales, signes habituels d'une vaginite (des pertes blanches et caillébotées sont en faveur d'une candidose) ;
- des ulcérations, des érosions ou des vésicules/bulles, qui peuvent être dues à une syphilis, à un chancre mou, à une infection à virus de l'herpès (cause la plus fréquente) et dans certains cas à un cancer ;
- un saignement au moindre contact lors du passage d'un écouvillon sur le col ou des pertes muco-purulentes, ces deux signes étant évocateurs d'une infection du col de l'utérus ;
- une grosseur anormale ou une tumeur, signes évocateurs d'un cancer du col et qui nécessitent habituellement la réalisation d'une biopsie (Fiche pratique 5.7).



Conseil  
Dépistage positif

11. Retirer doucement le spéculum jusqu'à ce que les lames ne se trouvent plus autour du col, fermer les lames et terminer de retirer le spéculum.

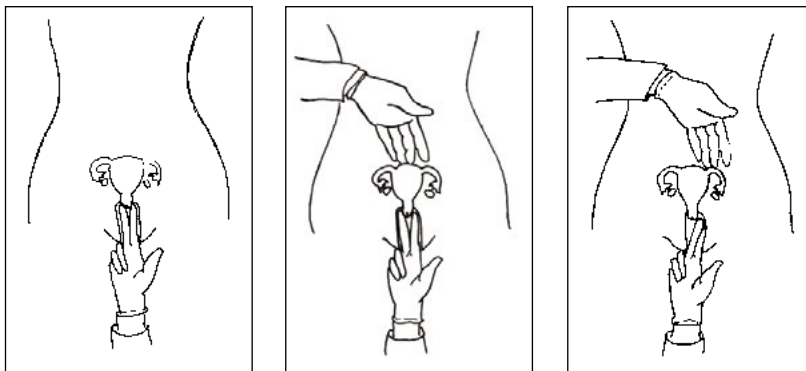
### ***Examen bimanuel***

L'examen bimanuel permet de sentir les organes reproducteurs à l'intérieur de l'abdomen.

12. Rechercher la présence d'une sensibilité à la mobilisation du col. Main gantée, pointer l'index et le majeur et les introduire dans le vagin de la femme. Tourner la paume de la main vers le haut. Palper le col pour vérifier s'il est bien ferme et rond. Puis prendre le col entre les deux doigts et le faire bouger délicatement, tout en observant l'expression du visage de la femme. Si ce geste cause une douleur (la femme fait une grimace), cela indique la présence d'une sensibilité à la mobilisation du col, signe d'une possible infection de l'utérus, des trompes ou des ovaires (c'est-à-dire d'une infection génitale haute). Si le col est mou, cela peut indiquer que la femme est enceinte.
13. Palper l'utérus en appuyant légèrement sur le bas de l'abdomen avec l'autre main, pour rapprocher l'utérus, les trompes et les ovaires des deux doigts insérés dans le vagin. L'utérus peut être incliné en avant ou en arrière. Une fois que vous le sentez, évaluer sa taille et sa forme. Il doit être ferme, lisse et plus petit qu'un citron.
- Un utérus mou et gros est très évocateur d'une grossesse.
  - Un utérus irrégulier et dur est évocateur d'un fibrome ou d'un autre type de grosseur.
  - Un utérus douloureux au toucher ou à la mobilisation est évocateur d'une infection.

- Un utérus qui ne bouge pas librement est évocateur de cicatrices d'une infection ancienne.

Figure FP5.2.2. Examen bimanuel



14. Palper les trompes et les ovaires. En l'absence d'anomalie, ils seront difficiles à sentir. Toute grosseur plus volumineuse qu'une amande ou très douloureuse peut être le signe d'une infection ou de toute autre pathologie à traiter d'urgence. Si la femme présente une grosseur douloureuse associée à un retard de règles, il peut s'agir d'une grossesse extra-utérine (ectopique), auquel cas il faut immédiatement faire appel à un médecin.
15. Glisser les doigts le long de la paroi vaginale pour s'assurer qu'il n'y a ni grosseur inhabituelle, ni déchirure, ni érosion (le cas échéant, ces anomalies auront été probablement remarquées lors de l'examen au spéculum).
16. Demander à la femme de tousser ou de pousser comme pour aller à la selle. Regarder si quelque chose semble sortir du vagin. Si c'est le cas, il peut s'agir d'une descente d'utérus ou de vessie (prolapsus).

### **Après l'examen**

17. Placer le matériel et les gants utilisés (s'ils ne sont pas jetables) dans la solution de décontamination.
18. Se laver les mains à l'eau et au savon.
19. Noter les observations sur la fiche médicale.
20. Dire à la femme si son examen est normal ou, si vous avez constaté quelque chose d'inhabituel ou d'anormal, lui expliquer en quoi consistent les anomalies observées.

21. En cas de signes évocateurs d'IST, traiter la femme et son partenaire immédiatement conformément aux directives nationales ou à celles de l'OMS.<sup>16</sup> Leur donner des préservatifs et leur apprendre à les utiliser. Le traitement des infections du col de l'utérus et des infections génitales hautes est expliqué à l'Annexe 12.



22. En cas de pathologie qui exige un traitement d'urgence ou dont votre établissement ne peut se charger (par exemple en cas de suspicion de grossesse extra-utérine, de prolapsus ou de tumeur du col), orienter la patiente vers un niveau de soins supérieur.

23. Si un test a été réalisé lors de la visite et que des prélèvements doivent être envoyés dans un laboratoire (par exemple un test de recherche du VPH, une RAD, une biopsie ou un frottis), dire à la femme quand elle doit revenir en consultation ou quand elle doit appeler pour recevoir le résultat.

24. Fixer une date pour la visite de contrôle, si nécessaire.

<sup>16</sup> *Management of sexually transmitted infections: regional guidelines*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

## Fiche pratique 5.3. Les différentes méthodes de dépistage : remarques à l'intention des agents de santé

Les pages qui suivent comprennent trois fiches pratiques avec des informations détaillées sur les méthodes les plus couramment utilisées pour faire un test de dépistage des anomalies au niveau du col de l'utérus :

- Fiche pratique 5.4. Méthode de dépistage moléculaire - Tests de recherche de l'ADN du virus du papillome humain (VPH)
- Fiche pratique 5.5. Méthode de dépistage visuelle - Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)
- Fiche pratique 5.6. Méthodes de dépistage basées sur la cytologie - Frottis et cytologie en milieu liquide.

**Quel test utiliser ?** Dans la région où vous travaillez, il se peut que seules une ou deux de ces méthodes soient disponibles. Le test ou les tests à utiliser sont déterminés au niveau central en se basant sur différents éléments : caractéristiques des différents tests, notamment leur efficacité ; besoins en termes d'équipement et de formation ; coûts ; pérennité de la mise en œuvre d'un programme de dépistage en utilisant chacun de ces tests ou une combinaison de ces tests. Il arrive parfois que des tests différents soient choisis pour être utilisés en milieu à prédominance urbaine et en milieu à prédominance rurale. Les diagrammes OMS basés sur des données factuelles relatifs à la stratégie « dépistage et traitement » des lésions précancéreuses se trouvent aux Annexes 7 à 9.

### Éléments à prendre en considération concernant la formation.

Quel que soit le test que vous allez utiliser dans la région où vous travaillez, la procédure doit être réalisée par des agents de santé formés de manière adéquate pour mettre en œuvre la version la plus récente des directives nationales sur le sujet. Les agents de santé qui n'ont pas encore bénéficié de cette formation doivent demander à recevoir une formation actualisée comprenant également des séances d'observation pratique. Ils doivent aussi bien connaître le système existant pour orienter les patientes vers des services de soins spécialisés ainsi que les procédures officielles pour enregistrer les données sur les activités de dépistage.

**Âge et fréquence de réalisation du dépistage.** Les recommandations de l'OMS relatives à l'âge et à la fréquence de réalisation du dépistage des anomalies au niveau du col de l'utérus, y compris pour les femmes vivant avec le VIH, se trouvent à la Section 5.2.5 du Chapitre 5 de ce guide.



Annexe 7

Diagramme d'aide à la décision



Annexe 8

« Dépistage et traitement » VIH -



Annexe 9

Stratégies « dépistage et traitement » : VIH+

**Enfin, n'oubliez-pas que** votre tâche ne sera terminée que lorsque les patientes (au moins celles pour qui le résultat du dépistage est anormal) auront reçu le résultat de leur test et un conseil sur la signification de ce résultat ainsi que sur les prochaines étapes à suivre, y compris sur la nécessité d'un traitement en cas de résultat anormal chez une femme âgée de 30 à 49 ans.

## FP 5.3



## Fiche pratique 5.4. Méthode de dépistage moléculaire - Tests de recherche de l'ADN du virus du papillome humain

FP 5.4

Pour réaliser un test de recherche de l'ADN du virus du papillome humain (VPH), des sécrétions doivent être prélevées au niveau du col de l'utérus ou du vagin à l'aide d'un écouvillon ou d'une petite brosse, qui fait souvent partie du kit de test (se référer aux instructions du fabricant). Cet échantillon est placé dans un flacon qui contient un liquide spécial. Le flacon est ensuite envoyé au laboratoire où l'échantillon sera analysé pour rechercher la présence d'ADN du VPH. Dans le futur, les tests VPH pourraient être réalisés directement dans la structure de soins où les échantillons sont prélevés, en utilisant un équipement moins sophistiqué ; un test est en effet actuellement en cours d'évaluation et sera peut-être bientôt disponible.

Un résultat négatif indique qu'aucune infection à VPH n'a été trouvée, alors qu'un résultat positif indique la présence d'une infection avec un ou plusieurs types de VPH à haut risque.<sup>17</sup> Une femme âgée de plus de 30 ans chez qui le test VPH s'avère positif doit bénéficier d'un suivi conformément aux directives nationales.

**Important** : ce test ne permet pas de poser le diagnostic de lésions précancéreuses ou de cancer du col de l'utérus ; lorsqu'ils expliquent à leurs clientes en quoi il consiste, les agents de santé ne doivent donc pas dire que ce test permet de diagnostiquer ces pathologies.

Les étapes du conseil spécifiques pour le test VPH sont expliquées dans la procédure décrite dans cette fiche pratique. Des suggestions pour fournir aux femmes un conseil sur le cancer du col de l'utérus et sur le conseil avant de réaliser un examen se trouvent dans les Fiches pratiques 3.4 et 3.5 ; des suggestions pour le conseil pour les femmes vivant avec le VIH se trouvent dans la Fiche pratique 3.6.



Conseil



Étapes du conseil

Conseil  
Infection à VIH

### Prélèvement d'un échantillon pour un test VPH

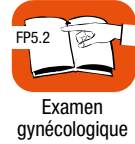
L'échantillon peut être prélevé avec ou sans examen au spéculum, et par un professionnel de la santé ou par la femme elle-même.

S'il ne s'aide pas d'un spéculum mis en place dans le vagin, l'agent de santé peut prélever l'échantillon en insérant un long écouvillon jusqu'au fond du vagin, puis en le faisant tourner quand il est en place avant de le retirer et de le placer dans la solution appropriée. L'échantillon

<sup>17</sup> Parmi l'ensemble des cas de cancer du col signalés dans le monde, 7 sur 10 (70 %) ont été causés par seulement deux types de VPH : le type 16 et le type 18. Quatre autres types de VPH à haut risque (les types 31, 33, 45 et 58) sont moins fréquemment associés à la survenue d'un cancer du col (Section 1.3.4 du Chapitre 1). Les tests VPH peuvent détecter l'ensemble des types de VPH à haut risque.

peut également être prélevé par la femme elle-même, après qu'elle ait reçu les explications et le matériel nécessaires : un long écouvillon et un flacon contenant la solution.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour prélever un échantillon au cours d'un examen gynécologique (Fiche pratique 5.2) :



- savon et eau pour le lavage des mains ;
- source de lumière pour examiner le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- petite brosse ou écouvillon souple ;
- petit flacon contenant du liquide fixateur ;
- formulaire de demande d'examen ;
- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5 % pour décontaminer les instruments et les gants.

**Remarque :** le prélèvement doit être réalisé de préférence en dehors de la période des règles, mais peut être réalisé en cas de saignement vaginal peu abondant.

### **Préparation**

1. Expliquer à la femme en quoi consiste le test VPH et ce que signifie un résultat positif. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.

### **Prélèvement de l'échantillon**

2. Pour obtenir un prélèvement, procéder comme indiqué ci-dessous.

Lorsque l'échantillon est prélevé **par un agent de santé**, avec ou sans l'aide d'un spéculum mis en place dans le vagin :

- a) à l'aide d'une brosse ou d'un écouvillon, prélever un échantillon de sécrétion et de cellules au fond du vagin ;
- b) placer la brosse ou l'écouvillon dans un flacon spécial contenant une solution de conservation.

Lorsque l'échantillon est prélevé **par la femme elle-même** :

- a) expliquer à la femme comment effectuer elle-même le prélèvement, en respectant les instructions du fabricant du test ;
- b) lui donner des écouvillons et un flacon contenant de la solution de conservation (noter sur le flacon le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date) ;
- c) décider de l'endroit où l'échantillon sera prélevé :

- si l'on dispose d'un endroit isolé dans le service de consultations, la femme peut prélever elle-même l'échantillon directement sur place ;
  - la femme peut aussi prélever elle-même l'échantillon à son domicile, et devra alors ramener l'échantillon au service de consultations sans dépasser le délai indiqué par le fabricant du kit de test.
- d) Informer la femme de la date à laquelle elle devra revenir pour recevoir le résultat du test.

**Après le prélèvement de l'échantillon (prélèvement au centre de santé)**

3. Si un spéculum a été utilisé, le fermer doucement, le retirer et le placer dans une solution de décontamination.
4. Noter sur le flacon le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date.
5. Informer la femme si vous constatez quoi que ce soit d'anormal, en particulier si l'échantillon a été prélevé à l'aide d'un spéculum. Si vous constatez quoi que ce soit d'anormal pour lequel vous préférez orienter la femme sur un niveau de soins supérieur, lui expliquer pourquoi, où elle doit aller, quand et qui elle doit consulter. Insister sur l'importance de bien se rendre à cette consultation.
6. Noter la date de prélèvement de l'échantillon et toutes les observations dans le dossier de la femme.
7. Expliquer à la femme quand revenir pour recevoir le résultat de son test.

**Suivi : rendu des résultats du test au cours de la visite suivante**

- En rendant les résultats du test à la femme, lui expliquer ce qu'ils signifient et, le cas échéant, la prévenir qu'elle devra peut-être faire des examens complémentaires ou recevoir un traitement.
- Si le test a été utilisé principalement comme un outil de dépistage et qu'il s'est avéré positif, expliquer à la femme en quoi consisteront les étapes suivantes, conformément aux directives nationales.
- Être prêt à répondre aux questions concernant les implications d'un test VPH positif.

Se référer à la Fiche pratique 5.7 intitulée « Conseil pour une femme chez qui le test de dépistage s'avère positif ».



Conseil  
Dépistage positif

## FP 5.5

## Fiche pratique 5.5. Méthode de dépistage visuelle - Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA).

Lors d'un test par IVA, l'agent de santé badigeonne le col de l'utérus avec de l'acide acétique (3 à 5 %) et regarde si une coloration apparaît après avoir attendu 1 à 2 minutes. Un test par IVA est positif si l'application d'acide acétique sur le col fait apparaître des plaques blanchâtres épaisses aux bords surélevés (régions épithéliales acidophiles) qui persistent pendant plus d'une minute, habituellement à proximité de la jonction pavimonto-cylindrique (JPC). En revanche, l'IVA sera négative si la couche épithéliale qui tapisse le col ne présente aucun changement.

L'agent de santé doit suspecter l'existence d'un cancer si une tumeur bourgeonnante semblable à un chou-fleur ou si une ulcération est observée sur le col. Dans un tel cas, l'IVA ne doit pas être réalisée et la patiente doit être orientée directement vers une structure de soins du niveau supérieur.

Des suggestions pour fournir un conseil aux femmes sur le cancer du col de l'utérus et aussi avant d'effectuer un examen, un test de dépistage ou une procédure se trouvent dans les Fiches Pratiques 3.4 et 3.5. Des suggestions pour fournir un conseil aux femmes vivant avec le VIH se trouvent dans la Fiche pratique 3.6.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour pratiquer une IVA :

- eau et savon pour le lavage des mains (ou gel hydro-alcoolique pour la désinfection des mains) ;
- source de lumière puissante pour examiner le col ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- écouvillons en coton ;
- solution d'acide acétique diluée (3 à 5 %) ou de vinaigre blanc ;
- formulaire de demande d'examen et crayon ;
- matériel pour la prévention des infections :
  - solution de chlore à 0,5 % pour décontaminer les instruments,
  - sacs pour les fournitures jetables contaminées.

Remarque : il n'est pas conseillé d'utiliser ces méthodes visuelles chez les femmes ménopausées lorsque la zone de remaniement n'est pas entièrement visible lors de l'examen au spéculum.



FP3.4

Conseil



FP3.5

Étapes du conseil



FP3.6

Conseil  
Infection à VIH

### **Préparation**

1. Avant de commencer, évaluer ce que la femme connaît à propos de l'IVA ; en fonction des besoins, faire les corrections nécessaires ou fournir des informations complémentaires ; demander à la femme si elle a des questions. Lui expliquer en quoi consiste la procédure, son déroulement et ce que signifie un résultat positif. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Faire un examen au spéculum comme décrit dans la Fiche pratique 5.2, et laisser le spéculum en place pour effectuer le test d'IVA.



Examen gynécologique

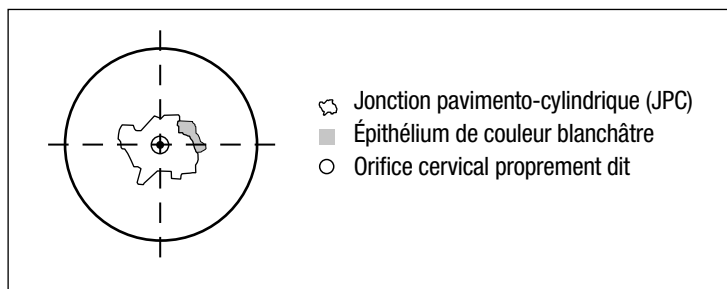
### **Réalisation du test de dépistage**

3. Positionner la source de lumière de façon à avoir la meilleure vision possible du col.
4. À l'aide d'un écouvillon en coton, ôter du col toute trace de sang, d'écoulement ou de mucus.
5. S'assurer que la zone de remaniement est entièrement visible et repérer la JPC.
6. Badigeonner le col d'acide acétique.
7. Important : attendre une à deux minutes, le temps que des changements de coloration apparaissent.
8. Examiner soigneusement la JPC et vérifier qu'elle est entièrement visible. Rechercher la présence de plaques blanchâtres, épaisses, aux bords surélevés (régions épithéliales acidophiles) en faisant particulièrement attention à la zone de remaniement.
9. Utiliser un nouvel écouvillon en coton pour ôter l'excès d'acide acétique dans le vagin et sur le col.
10. Fermer et retirer délicatement le spéculum, puis le placer dans une solution de décontamination.

### **Après l'inspection visuelle**

11. Noter vos observations et le résultat du test dans le dossier ou sur le formulaire de la patiente. Les accompagner d'un dessin légendé des anomalies observées (Figure FP5.5.1).

Figure FP5.5.1. Dessin légendé des observations faites au cours de l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)



12. Donner et expliquer à la femme les résultats de son test de dépistage.

- Si le test est négatif (normal), demander à la femme de revenir faire un nouveau dépistage après 3 à 5 ans, ou selon les recommandations des directives nationales.
- Si le test est positif (anormal), expliquer à la femme qu'elle doit être traitée et parler du sujet avec elle ; insister sur le fait que le test ne permet pas de prévenir ou de traiter le cancer ou les lésions précancéreuses du col de l'utérus, et que le traitement des lésions précancéreuses est capital pour la prévention d'un cancer lorsque le test est positif (Fiche pratique 5.7 « Conseil pour une femme chez qui le test de dépistage s'avère positif »).
- En cas de suspicion de cancer du col, expliquer à la femme quelles sont les prochaines étapes recommandées. Elle doit être orientée vers un niveau supérieur de soins pour être prise en charge (autres tests et traitement). Avant qu'elle ne parte, prendre des dispositions en conséquence et lui fournir tous les formulaires et toutes les instructions nécessaires. Si possible, prendre un rendez-vous immédiatement.



Conseil  
Dépistage positif

## Fiche pratique 5.6. Méthodes de dépistage basées sur la cytologie – Frottis et cytologie en milieu liquide

## FP 5.6

Il existe deux méthodes de dépistage basées sur la cytologie pour rechercher des anomalies au niveau du col de l'utérus : le frottis conventionnel et la cytologie en milieu liquide. Ces deux méthodes utilisent un échantillon de cellules prélevées sur le col de l'utérus lors d'un examen gynécologique réalisé à l'aide d'un spéculum. Pour réaliser un frottis, l'échantillon est étalé sur une lame, fixé, puis examiné au microscope. Pour la cytologie en milieu liquide, l'échantillon est transféré dans une solution de conservation spéciale et transporté au laboratoire pour être analysé.

Lorsque la cytologie révèle la présence de cellules épithéliales anormales, le résultat est rendu comme étant positif. Dans la plupart des cas, un résultat positif ne signifie cependant pas qu'il y a un cancer ; il signifie le plus souvent qu'il existe des anomalies pouvant être de différentes natures, par exemple des signes d'inflammation secondaire à une infection du col de l'utérus ou du vagin ou des lésions précancéreuses ; en fonction de leur gravité, ces lésions précancéreuses sont classées des lésions de bas ou haut grade (voir l'Annexe 5 intitulée « Le système de Bethesda 2001 »).



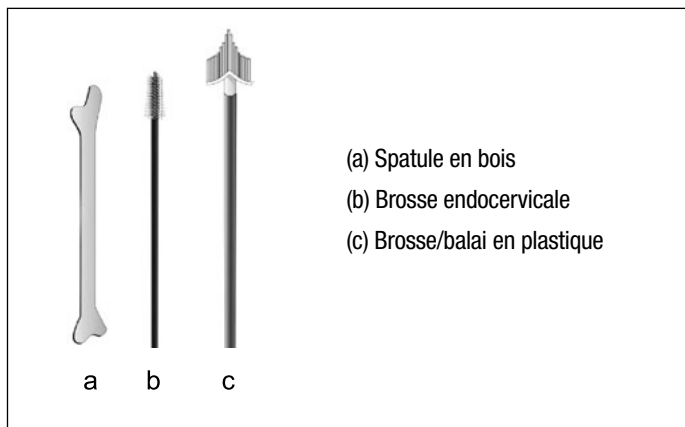
Par conséquent, la plupart des femmes pour lesquelles le résultat du dépistage basé sur la cytologie s'avère positif doivent faire d'autres tests pour confirmer le diagnostic (principalement un frottis de confirmation, une IVA, une colposcopie, une biopsie et/ou un curetage endocervical) et pour déterminer si un traitement est nécessaire.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour prélever un échantillon en vue de réaliser un examen cytologique du col de l'utérus :

- eau et savon pour le lavage des mains (ou gel hydro-alcoolique pour la désinfection des mains) ;
- source de lumière puissante pour examiner le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- spatule en bois ou en plastique ou brosse montée sur un long bâtonnet pour faire le prélèvement (Figure FP5.6.1) ;
- pour un frottis, lame de verre à bord dépoli, et liquide ou spray fixateur ;
- pour une cytologie en milieu liquide, tube contenant une solution de conservation spéciale ;
- formulaire de demande d'examen et crayon ;

- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5 % pour décontaminer les instruments et les gants.

Figure FP5.6.1. Instruments pour prélever un échantillon en vue de réaliser un dépistage basé sur la cytologie



### Remarques

- Le prélèvement doit être réalisé de préférence en dehors de la période des règles et de tout épisode infectieux aigu ; il peut être fait en cas de saignement vaginal peu abondant.
- La grossesse n'est pas le moment idéal pour prélever un échantillon en vue de réaliser un dépistage basé sur la cytologie, parce qu'elle donne souvent lieu à des résultats erronés. Cependant, si la femme appartient à la tranche d'âge cible et qu'il y a peu de chance qu'elle revienne consulter après l'accouchement, il est préférable de faire le frottis.

Les étapes du conseil spécifiques pour prélever un échantillon en vue de réaliser un dépistage basé sur la cytologie sont expliquées dans la procédure décrite dans cette fiche pratique. Des suggestions pour fournir aux femmes un conseil sur le cancer du col de l'utérus et sur le conseil avant de réaliser un examen, un test ou une procédure se trouvent dans les Fiches pratiques 3.4 et 3.5 ; des suggestions pour le conseil pour les femmes vivant avec le VIH se trouvent dans la Fiche pratique 3.6.



Conseil



Étapes du conseil



Conseil  
Infection à VIH



## Frottis conventionnel

### Préparation

1. Expliquer à la femme le déroulement de la procédure, ce que signifie un résultat positif et un résultat négatif et pourquoi il est important qu'elle revienne chercher les résultats et fasse ce qu'il faut. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Procéder à l'examen au spéculum selon les indications données dans la Fiche pratique 5.2.

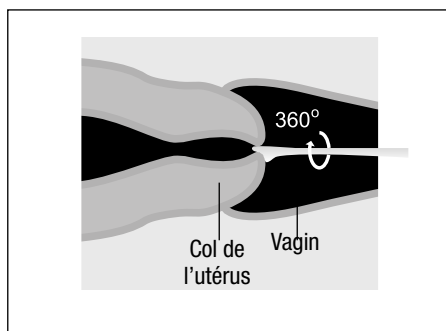


Examen gynécologique

### Prélèvement de l'échantillon

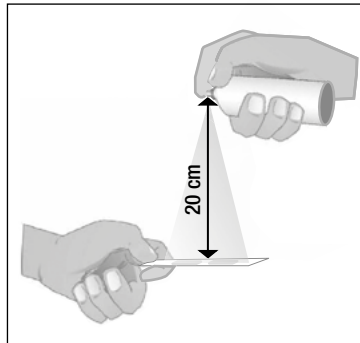
3. Insérer l'embout allongé de la spatule ou la brosse dans l'orifice cervical et effectuer un tour complet (360 degrés) (Figure FP5.6.2).

Figure FP5.6.2. Prélèvement d'un échantillon de cellules cervicales à l'aide d'une spatule en bois



4. Étaler uniformément et délicatement les deux côtés de la spatule (ou faire tourner la brosse) sur une lame de verre. Si vous constatez des anomalies en dehors de la zone de prélèvement, prélever un échantillon séparé et l'étaler sur une autre lame.
5. Fixer immédiatement chaque lame avant même d'avoir retiré le spéculum du vagin (cela ne prend que quelques secondes). Cette fixation peut se faire en vaporisant un spray fixateur à angle droit, à 20 cm de distance de la lame (Figure FP6.3), ou en immergeant la lame pendant au moins 5 minutes dans un récipient contenant de l'éthanol à 95° (pendant que vous procédez aux étapes suivantes).
6. Fermer et retirer délicatement le spéculum.

Figure FP5.6.3. Fixation d'un frottis conventionnel à l'aide d'un spray fixateur



**Remarque :** si la lame n'est pas immédiatement fixée, les cellules vont se dessécher et perdre leurs caractéristiques morphologiques, empêchant ainsi toute lecture précise du frottis au laboratoire.

### ***Après le prélèvement de l'échantillon et la préparation de la lame***

7. Immerger tous les instruments utilisés dans la solution de décontamination.
8. Noter soigneusement sur le bord dépoli de chaque lame, le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date.
9. Noter dans le dossier médical toutes vos observations en les accompagnant de dessins : visibilité de la zone de remaniement, zones inflammatoires, ulcérations ou toute autre lésion, écoulement anormal. Préciser si d'autres prélèvements ont été effectués (par exemple un frottis préparé à partir d'autres régions du col et ou des prélèvements pour la recherche d'IST) et, si la patiente a été orientée vers un autre service, vers quel service et quand elle devra s'y rendre.
10. Demander à la femme si elle a des questions et y répondre de façon claire.
11. Lui préciser quand et comment elle recevra le résultat du frottis et souligner combien il est important qu'elle revienne les chercher. La structure de soins doit si possible recevoir les résultats 2 à 3 semaines après l'envoi du prélèvement. Il n'est pas acceptable qu'un laboratoire mette plus d'un mois pour rendre le résultat des tests.
12. Si vous constatez quoi que ce soit d'anormal pour lequel vous préférez orienter la femme vers un niveau de soins supérieur, lui expliquer pourquoi, où elle doit aller, quand et qui elle doit consulter. Insister sur l'importance de bien se rendre à cette consultation.

## Cytologie en milieu liquide

Cette méthode représente un perfectionnement du frottis conventionnel. Certaines étapes à suivre sont différentes, notamment au moment du prélèvement et de la préparation de l'échantillon. Comme pour le frottis, les échantillons sont envoyés au laboratoire pour être analysés, et le rendu des résultats est similaire.

### Préparation

1. Expliquer à la femme le déroulement de la procédure, ce que signifient un résultat positif et un résultat négatif et pourquoi il est important qu'elle revienne chercher les résultats et fasse ce qu'il faut. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Procéder à l'examen au spéculum selon les indications de la Fiche pratique 5.2.



Examen gynécologique

### Prélèvement de l'échantillon

3. Insérer l'embout allongé de la spatule ou la brosse dans l'orifice cervical et effectuer un tour complet (360 degrés).
4. Transférer l'échantillon de la brosse ou de la spatule dans un flacon contenant de la solution de conservation spéciale.
5. Fermer et retirer délicatement le spéculum.

### Après le prélèvement de l'échantillon

6. Immerger tous les instruments utilisés dans la solution de décontamination.
7. Noter soigneusement sur le flacon le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date.
8. Noter dans le dossier médical toutes vos observations en les accompagnant de dessins : visibilité de la zone de remaniement, zones inflammatoires, ulcérations ou toute autre lésion, écoulement anormal. Préciser si d'autres prélèvements ont été effectués (par exemple un frottis préparé à partir d'autres régions du col et ou des prélèvements pour la recherche d'IST) et, si la patiente a été orientée vers un autre service, vers quel service et quand elle devra s'y rendre.
9. Demander à la femme si elle a des questions et y répondre de façon claire.
10. Lui préciser quand et comment elle recevra le résultat du frottis et souligner combien il est important qu'elle revienne les chercher. La structure de soins doit si possible recevoir les résultats 2 à 3 semaines après l'envoi du prélèvement. Il n'est pas acceptable qu'un laboratoire mette plus d'un mois pour rendre le résultat des tests.
11. Si vous constatez quoi que ce soit d'anormal pour lequel vous préférez orienter la femme vers un niveau de soins supérieur, expliquer lui pourquoi, où elle doit aller, quand et qui elle doit consulter. Insister sur l'importance de bien se rendre à cette consultation.

## FP 5.6

### ***Suivi : rendu du résultat du test de cytologie au cours de la visite suivante***

- Lorsque la femme revient au centre de santé, lui rendre les résultats de son test, lui expliquer ce qu'ils signifient, et en quoi consisteront les étapes suivantes.
  - Si le test est négatif (normal), demander à la femme de revenir faire un nouveau dépistage après 3 à 5 ans, ou selon les recommandations des directives nationales.
  - En cas de test positif (anormal), utiliser les diagrammes des Annexes 8 et 9 pour expliquer à la femme ce qui devra être fait.
- Si la femme ne revient pas pour recevoir ses résultats et que son prélèvement montrait la présence d'anomalies ou ne pouvait pas être interprété, essayer de la contacter.

## Fiche pratique 5.7. Conseil pour une femme chez qui le test de dépistage s'avère positif

Des suggestions sur la façon de fournir un conseil se trouvent dans les Fiches pratiques 3.4 et 3.5.



Conseil



Étapes du conseil

### Conseil aux femmes chez qui le test de dépistage s'avère positif SANS SUSPICION DE CANCER

Pour expliquer à une femme que son test de dépistage s'avère positif mais qu'il n'y a PAS DE SUSPICION DE CANCER, lui donner les informations ci-dessous en utilisant un langage clair et simple.

- La féliciter de prendre soin de sa santé et lui expliquer que ce test aide à PRÉVENIR la survenue d'un cancer du col de l'utérus.
- Lui dire que son test était positif et lui expliquer ce que cela signifie, tout en la rassurant en lui disant que cela NE SIGNIFIE PAS qu'elle a un cancer du col de l'utérus.

Dans le cas d'un **test positif basé sur l'IVA ou sur la cytologie** :

- expliquer que le test recherche des modifications précoces, appelées lésions précancéreuses, qui pourraient devenir un jour un cancer si elles ne sont pas traitées ;
- expliquer qu'il existe un traitement simple pour faire disparaître ces modifications précoces (lésions précancéreuses), et que ce traitement est très efficace pour guérir ces modifications.

Dans le cas d'un **test VPH positif** :

- expliquer à la femme que le test VPH positif signifie qu'il y a une infection par le VPH et que ce virus est présent dans son col de l'utérus. Rassurer la en lui expliquant que la majorité des femmes qui présentent une infection à VPH ne développent pas de cancer du col de l'utérus ;
  - si le test VPH est positif et que le test par IVA ou le test de cytologie est négatif, expliquer que cela signifie qu'elle a une infection à VPH persistante, mais que le VPH n'a pas encore entraîné de modifications cellulaires.
- Expliquer en quoi consiste le traitement (le cas échéant), combien de temps il prendra, et ce à quoi elle doit s'attendre.
  - Insister sur le fait que si elle ne bénéficie pas d'un traitement (ou d'un suivi rapproché en cas de test VPH positif associé à un test de dépistage basé sur l'IVA négatif ou à un test de dépistage basé sur la cytologie négatif), il est possible qu'elle développe un cancer du col de l'utérus après plusieurs années.

- e. Expliquer que si elle le souhaite, elle peut être traitée aujourd'hui (le même jour), ou dès que possible, ou elle peut être orientée sur un autre service pour bénéficier d'un traitement. Prendre un rendez-vous si nécessaire.

### **Informations supplémentaires en cas de test VPH positif**

Même si un résultat positif au test VPH ne signifie pas qu'elle va développer un cancer du col de l'utérus, ou qu'elle aura des problèmes dans le futur, ou qu'elle présente des lésions précancéreuses, la femme peut cependant être inquiète à l'idée de savoir qu'elle présente cette infection. Répondre à toutes les questions qu'elle peut avoir sur le sujet et lui fournir les informations générales ci-dessous.

- Le VPH est transmis pendant l'activité sexuelle, mais il est n'est pas possible de savoir quand vous avez été infectée et qui vous a infecté (sauf si vous n'avez eu des contacts sexuels qu'avec un seul partenaire dans votre vie).
- L'infection à VPH n'est pas un signe de promiscuité ou d'infidélité.
- En dehors de la vaccination contre le VPH, l'infection à VPH est très difficile à prévenir. Bien que les préservatifs protègent contre le VIH et les grossesses non désirées, ils ne protègent pas toujours contre le VPH.
- La présence d'une infection à VPH et le traitement administré en cas d'infection à VPH ne changent pas les chances de tomber enceinte ou d'avoir un bébé en bonne santé.
- Bien que les noms soient similaires, il n'existe aucun lien entre le VPH et le VIH.

Des suggestions pour fournir aux femmes un conseil sur le cancer du col de l'utérus et sur le conseil avant, pendant et après la réalisation d'un examen se trouvent dans les Fiches pratiques 3.4 et 3.5. Des réponses aux questions couramment posées sur le VPH se trouvent dans la Fiche pratique 3.2.



Conseil



Étapes du conseil



FAQ

### **Conseil aux femmes chez qui le test de dépistage s'avère positif AVEC SUSPICION DE CANCER**

1. Expliquer à la femme que son test de dépistage était positif, qu'il a montré l'existence de modifications au niveau de son col de l'utérus et qu'il faut faire des tests supplémentaires pour en savoir plus sur ces modifications.
2. NE PAS lui dire que vous pensez qu'elle a un cancer ; ce diagnostic doit être posé par une biopsie.
3. Demander à la femme si elle est venue aujourd'hui à la consultation avec quelqu'un et, si c'est le cas, si elle souhaite que cette personne vienne pour recevoir également les informations que vous allez lui donner sur les prochaines étapes.

4. La reconforter en lui expliquant que certaines nouvelles sont peut-être inquiétantes, mais que le plus important est qu'elle soit venue faire un dépistage et qu'il est maintenant possible de l'aider.
5. Lui expliquer qu'elle a de grandes chances de pouvoir être guérie par un traitement, et que c'est sur cela qu'elle doit se concentrer.
6. Lui donner des informations pour un rendez-vous dans un service spécialisé et s'assurer que vous avez bien toutes ses coordonnées au cas où vous auriez besoin de la contacter.
7. Lui demander si quelque chose pourrait l'empêcher de se rendre au rendez-vous dans le service spécialisé ; si c'est le cas, discutez avec elle des solutions possibles et aidez-la à préparer un plan pour obtenir les services dont elle a besoin.
8. Fixer une date pour un rendez-vous de suivi afin de vous assurer qu'elle a reçu les soins nécessaires.

Les agents de santé jouent un rôle important en veillant à ce que les femmes chez qui le test de dépistage fait suspecter la présence d'un cancer reçoivent bien les soins de suivi dont elles ont besoin. Les agents de santé doivent :

- réfléchir à la manière de créer un système de suivi de l'ensemble des femmes orientées vers un service spécialisé afin de s'assurer qu'elles ont bien bénéficié des tests supplémentaires et des soins nécessaires ;
- s'assurer que les femmes et les membres de leur famille ont bien compris l'importance de se rendre à tous les rendez-vous et de suivre les instructions fournies par tous les agents de santé impliqués dans les soins ;
- faire un suivi des femmes et de leur famille pour s'assurer qu'ils ont bien compris les résultats de ces tests supplémentaires et de ce traitement.

## Fiche pratique 5.8. Coloscopie

### Qu'est-ce qu'une coloscopie et dans quels cas est-elle nécessaire ?

La coloscopie consiste à examiner la vulve, le vagin et le col de l'utérus avec un colposcope (instrument équipé d'une lentille grossissante et d'une puissante source de lumière).

La coloscopie est rarement réalisée parce qu'elle constitue une étape supplémentaire pour la patiente, qu'elle n'est parfois disponible que dans un établissement éloigné et qu'elle implique un coût supplémentaire, ce qui augmente le risque que la femme soit perdue de vue.

Les raisons pour demander la réalisation d'une coloscopie sont les suivantes :

- pour faciliter la réalisation d'un traitement par cryothérapie ou par RAD en permettant de réaliser une cartographie des lésions précancéreuses et en apportant des informations sur la taille et sur l'emplacement de ces lésions ;
- pour guider la réalisation des biopsies des zones paraissant anormales et pouvant correspondre à un cancer.

**Important :** lorsqu'il donne des explications à sa patiente, l'agent de santé ne doit pas mentionner l'existence d'un cancer, car le diagnostic ne sera connu qu'une fois les résultats de l'examen microscopique obtenus.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour la réalisation d'une coloscopie :

- spéculum vaginal soumis à une désinfection de haut niveau ;
- colposcope ;
- ensemble des fournitures nécessaires pour la prévention des infections ;
- sérum physiologique.

Des biopsies et/ou un curetage endocervical étant généralement effectués au cours de la coloscopie, les équipements et les fournitures suivants peuvent également être nécessaires :

- acide acétique (3 à 5 %) ;
- solution de Monsel (Annexe 13) ;
- pince à biopsie du col de l'utérus ;
- curette endocervicale ;
- pince à anneau ;
- tampons de coton ;
- flacons à échantillon contenant du formol à 10 % ;
- crayon et étiquettes.





### Préparation

1. Expliquer à la patiente le déroulement de la procédure, ce que les résultats peuvent montrer et pourquoi il est important qu'elle revienne comme prévu pour la suite de la prise en charge. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Montrer le colposcope et expliquer la façon dont vous allez vous en servir.
3. Inviter la patiente à s'allonger en position gynécologique (Fiche Pratique 5.2).

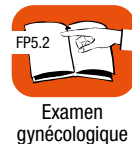
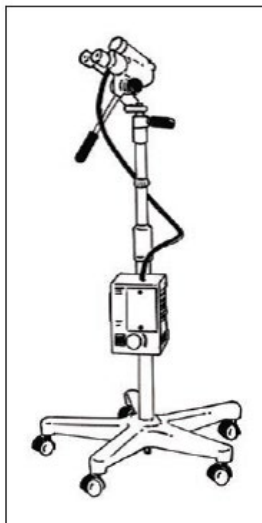


Figure FP5.8.1. Colposcope



### Procédure

Expliquer à la patiente ce que vous faites à chaque étape et la prévenir avant de faire quoi que ce soit qui puisse provoquer des douleurs ou des crampes.

4. Mettre en place le spéculum et s'assurer que le cul de sac vaginal postérieur (espace vaginal entourant l'exocol) est bien sec.
5. Inspecter le col sous un faible grossissement (5x à 10x), à la recherche d'anomalies manifestes, notamment d'ulcérations, de grosseurs pouvant faire suspecter la présence d'un cancer, de kystes ou de verrues (condylomes). Repérer la zone de remaniement et les jonctions pavimento-cylindrique (JPC) originelle et nouvelle. Si indiqué, ou si la JPC n'est pas visible dans sa totalité, examiner le canal endocervical à l'aide d'un spéculum endocervical. Si la JPC n'est toujours pas visible dans sa

totalité, la coloscopie est dite inadéquate ou non satisfaisante. Il faut alors procéder à un curetage endocervical (Fiche pratique 5.9).

6. Badigeonner le col de l'utérus avec du sérum physiologique. Utiliser un grossissement 15x et un filtre vert pour examiner le col, à la recherche d'un aspect anormal du réseau vasculaire.
7. Après avoir prévenu la patiente qu'elle risque de ressentir une légère sensation de picotement, badigeonner le col avec la solution d'acide acétique.
8. Attendre une ou deux minutes, le temps que les changements de coloration apparaissent. Observer les modifications d'aspect du col. Faire particulièrement attention aux anomalies proches et à l'intérieur de la JPC.
9. Établir le diagnostic coloscopique d'après vos observations suite à l'application de sérum physiologique, puis d'acide acétique.
10. Si des biopsies du col doivent être prélevées, prévenir la patiente que vous allez faire ces biopsies, ce qui peut provoquer des crampes et d'autres symptômes liés à la procédure (voir le détail des symptômes dans la fiche FP5.9).
11. Effectuer les biopsies cervicales et/ou un curetage endocervical comme décrit dans la Fiche pratique 5.9.
12. En cas de saignement abondant, comprimer la zone hémorragique à l'aide d'un tampon de coton ; si les saignements continuent, appliquer de la solution de Monsel (voir l'Annexe 13 pour la préparation de la solution de Monsel).
13. Écarter le colposcope puis refermer et retirer délicatement le spéculum.
14. Attendre quelques minutes et demander à la patiente de se lever lentement. Rechercher l'apparition d'éventuels symptômes de malaise vagal (vertiges, sueurs, évanouissements). Si ces symptômes apparaissent, allonger à nouveau la patiente et lui surélever les jambes jusqu'à ce que le malaise ait disparu.



Biopsie et curetage endocervical

### **Après la procédure**

15. Expliquer à la patiente ce que vous avez vu. Si vous avez prélevé des biopsies ou fait un curetage endocervical, expliquer les différents résultats possibles.
16. Informer la patiente des précautions à prendre de retour chez elle :
  - s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à totale disparition des pertes vaginales ou des saignements (ce qui prend en général entre 2 et 4 jours) ; si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir ;
  - ne rien insérer dans le vagin pendant 3 ou 4 jours ;
  - lui expliquer quels sont les signes ou symptômes de complications : saignements abondants, crampes ou douleurs intenses dans le bas de l'abdomen, pertes

vaginales purulentes, et fièvre ; lui expliquer aussi que si elle présente l'un de ces signes, elle doit revenir au centre de santé ou aller à l'hôpital.

17. Lui expliquer qu'il est important de revenir au centre de santé pour recevoir les résultats de l'examen ; lui donner une date pour sa visite de suivi. Le laboratoire doit envoyer les résultats après 2 à 3 semaines ; une visite de suivi doit donc être prévue 2 à 3 semaines après la colposcopie.
18. Utiliser le formulaire approprié pour consigner les observations faites lors de l'examen colposcopique.
19. Après avoir noté les informations nécessaires sur les flacons, envoyer au laboratoire les biopsies et/ou les fragments de tissu obtenus par curetage.
20. Si quelque chose d'anormal est constaté qui ne peut pas être pris en charge sur place, orienter immédiatement la patiente vers un établissement du niveau supérieur pour un examen ou des tests supplémentaires.

### ***Suivi (2 à 3 semaines après la colposcopie)***

21. Expliquer les résultats figurant dans le compte-rendu du laboratoire.
22. Informer la patiente du suivi dont elle a besoin, en fonction des résultats. Pour lui donner les informations nécessaires et établir un plan de traitement recommandé en fonction du diagnostic, utiliser les directives nationales ; s'il n'existe pas de directives nationales, utiliser les diagrammes figurant aux Annexes 8 et 9 ainsi que le tableau de l'Annexe 10.
23. Effectuer un examen gynécologique et vérifier la cicatrisation du col de l'utérus.
24. Orienter la patiente sur le service approprié pour qu'elle reçoive le traitement dont elle a besoin ou convenir d'un rendez-vous pour la prochaine visite.



Annexe 8

Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH-



Annexe 9

Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH+



Annexe 10

Traitement /  
stade FIGO

**Remarque : votre tâche ne sera terminée que lorsque vous aurez discuté avec votre patiente des résultats du compte-rendu d'histopathologie et mis en place un protocole de traitement.**

## Fiche pratique 5.9. Biopsie et curetage endocervical

### Biopsie

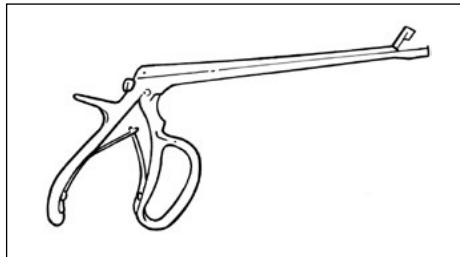
#### En quoi consiste une biopsie et dans quels cas est-elle nécessaire ?

La biopsie du col de l'utérus consiste à prélever de petits échantillons du col à l'aide d'une pince à biopsie spéciale (Figure FP5.9.1) dans le but d'établir à quel diagnostic correspondent les anomalies observées au cours d'un examen du col sans grossissement (par exemple lors d'un examen gynécologique au cours d'une procédure de dépistage des anomalies du col) ou les anomalies observées lors d'un examen au colposcope. Les échantillons obtenus par biopsie doivent être placés rapidement dans un flacon sur lequel sont notées les informations d'identification de ce prélèvement et contenant un liquide fixateur permettant de préserver les tissus et leurs structures cellulaires comme s'ils étaient conservés dans un liquide. Le flacon est ensuite envoyé dans un laboratoire. Les prélèvements sont alors coupés en très fines tranches qui sont colorées à l'aide de colorations spéciales et examinées au microscope en suivant un processus d'analyse appelé histopathologie.

Si les morceaux de tissu sont de taille suffisante et bien conservés, les résultats de l'histopathologie permettent de faire la différence entre des lésions précancéreuses, des lésions de cancer invasif et des lésions non cancéreuses du col de l'utérus [par exemple des verrues (ou condylomes), un herpès, d'autres infections, des kystes bénins ou des polypes].

La réalisation d'une biopsie peut être légèrement douloureuse ou provoquer des crampes. Il n'est habituellement pas nécessaire de faire une anesthésie. Les saignements sont généralement minimes et peuvent être arrêtés en comprimant la zone où ont été réalisées les biopsies à l'aide d'un tampon de coton.

Figure FP5.9.1. Pince à biopsie du col de l'utérus



Une biopsie doit être effectuée par un agent de santé formé et dans un établissement qui dispose de l'équipement et des fournitures nécessaires.

**Important :** lorsqu'il donne des explications à sa patiente, l'agent de santé ne doit pas mentionner l'existence d'un cancer, car le diagnostic ne sera connu qu'une fois les résultats de l'examen microscopique obtenus.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour réaliser une biopsie :

- spéculum vaginal soumis à une désinfection de haut niveau ;
- colposcope (si nécessaire pour voir la lésion) ;
- ensemble des fournitures nécessaires pour la prévention des infections ;
- acide acétique (3 à 5 %) ;
- solution de Monsel (Annexe 13) ;
- pince à biopsie du col de l'utérus ;
- tampons de coton ;
- flacons à échantillon contenant du formol à 10 % ;
- crayon et étiquettes.

### **Préparation**

1. Se présenter, expliquer à la patiente le déroulement de la procédure, ce que les résultats peuvent montrer et pourquoi il est important qu'elle revienne comme prévu pour la suite de la prise en charge.
2. Vérifier qu'elle a bien compris.
3. Lui demander son consentement éclairé.
4. Montrer la pince à biopsie et expliquer la façon dont vous allez vous en servir.
5. Si la patiente est orientée vers un service spécialisé pour la réalisation d'une biopsie, lui expliquer où elle doit se rendre.
6. Informer la patiente de la date prévue pour le retour des résultats (ils doivent être disponibles dans les 2 à 3 semaines) et où elle devra se rendre pour les recevoir et pour les étapes suivantes.
7. Lui demander son autorisation pour savoir si vous ou un autre agent de santé peut la contacter, et se mettre d'accord sur la manière de communiquer avec elle (par exemple par un appel téléphonique, par une visite à domicile, par l'envoi d'une note sous enveloppe cachetée apportée à son domicile par un agent communautaire) et pour savoir s'il y a des moments particuliers où il ne faut pas essayer de la contacter.

### Procédure

8. Expliquer à la patiente que vous l'informerez à chaque étape de ce que vous allez faire et que vous la préviendrez avant de faire quoi que ce soit qui puisse provoquer des douleurs ou des crampes. Inviter la patiente à s'allonger en position gynécologique (Fiche Pratique 5.2).
9. Mettre en place le spéculum et examiner le col à la recherche d'éventuelles anomalies manifestes.
10. Après avoir prévenu la patiente qu'elle risque de ressentir une légère sensation de picotement, badigeonner le col avec de la solution d'acide acétique. Attendre une ou deux minutes, le temps que les changements de coloration apparaissent.
11. Observer les modifications d'aspect du col. Faire particulièrement attention aux anomalies proches et à l'intérieur de la jonction pavimonto-cylindrique (JPC).
12. Prévenir la patiente que vous allez faire des biopsies du col et qu'il se peut que cela provoque des crampes.
13. Prélever des biopsies dans les régions du col qui présentent le plus d'anomalies et les placer dans des flacons séparés contenant du formol et sur lesquels ont été soigneusement notées toutes les informations nécessaires.
14. En cas de saignement abondant, comprimer la zone hémorragique à l'aide d'un tampon de coton pendant quelques minutes ; si les saignements continuent, appliquer de la solution de Monsel et retirer délicatement le spéculum (voir l'Annexe 13 pour la préparation de la solution de Monsel).



Examen gynécologique

### Curetage endocervical

#### En quoi consiste un curetage endocervical et dans quels cas est-il nécessaire ?

Le curetage endocervical est réalisé à l'aide d'un instrument spécial très fin qui permet de prélever des fragments de tissus dans le canal endocervical pour qu'ils soient examinés au microscope. Il est utilisé dans les cas suivants :

- en cas de test de dépistage basé sur la cytologie positif mais que l'on ne voit aucune anomalie lors de l'examen au colposcope (Fiche pratique 5.8), des lésions précancéreuses ou cancéreuses pouvant être cachées à l'intérieur du canal endocervical ;
- en cas d'observation de cellules glandulaires anormales lors du test de dépistage basé sur la cytologie ;
- en cas d'observation d'anomalies pouvant provenir de l'intérieur du canal endocervical lors d'un examen colposcopique ;
- lorsqu'il n'est pas possible de voir la totalité de la JPC lors de l'examen colposcopique (colposcopie alors dite non satisfaisante).



Colposcopie

**Important** : lorsqu'il donne des explications à sa patiente, l'agent de santé ne doit pas mentionner l'existence d'un cancer, car le diagnostic ne sera connu qu'une fois les résultats de l'examen microscopique obtenus.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour réaliser un curetage endocervical :

- spéculum vaginal soumis à une désinfection de haut niveau ;
- ensemble des fournitures nécessaires pour la prévention des infections ;
- solution de Monsel (Annexe 13) ;
- curette endocervicale ;
- tampons de coton ;
- flacons à échantillon contenant du formol à 10 % ;
- crayon et étiquettes ;
- gaze ou papier kraft.

### **Préparation**

1. Se présenter et expliquer à la patiente que vous recommandez la réalisation d'un curetage endocervical, car vous devez être certain qu'il n'y a pas d'anomalies à l'intérieur du canal endocervical.
2. Expliquer à la patiente le déroulement de la procédure, combien de temps elle prendra et les sensations désagréables qu'elle ressentira peut-être (à savoir des crampes et parfois une chute de la tension artérielle, ce qui peut provoquer l'apparition de sueurs, d'un étourdissement et d'un évanouissement).
3. Vérifier qu'elle a bien compris.
4. Lui demander son consentement éclairé.
5. Montrer la curette endocervicale et expliquer la façon dont vous allez vous en servir.
6. Si la patiente est orientée vers un service spécialisé pour la réalisation d'un curetage endocervical, lui expliquer où elle doit se rendre.
7. Informer la patiente de la date prévue pour le retour des résultats (ils doivent être disponibles dans les 2 à 3 semaines) et où elle devra se rendre pour les recevoir et pour les étapes suivantes.
8. Lui demander son autorisation pour savoir si vous ou un autre agent de santé peut la contacter, et se mettre d'accord sur la manière de communiquer avec elle (par exemple par un appel téléphonique, par une visite à domicile, par l'envoi d'une note sous enveloppe cachetée apportée à son domicile par un agent communautaire) et pour savoir s'il y a des moments particuliers où il ne faut pas essayer de la contacter.

### **Procédure**

9. Insérer la curette dans le canal endocervical en la tenant comme un stylo, et gratter le canal sur toute sa longueur et sur tout son pourtour avec de petits mouvements fermes, en prenant soin de toujours laisser la curette à l'intérieur du canal pendant les prélèvements.
10. Une fois les prélèvements terminés, retirer la curette, transférer les fragments de tissus ainsi obtenus sur un morceau de gaze ou de papier kraft et les plonger immédiatement dans une solution de formol à 10 %.
11. En cas de saignement abondant, comprimer la zone hémorragique à l'aide d'un tampon de coton pendant quelques minutes ; si les saignements continuent, appliquer de la solution de Monsel et retirer délicatement le spéculum (voir l'Annexe 13 pour la préparation de la solution de Monsel).

### **Après la biopsie et/ou après le curetage endocervical**

1. Attendre quelques minutes et demander à la patiente de se lever lentement. Rechercher l'apparition d'éventuels symptômes de malaise vagal (vertiges, sueurs, évanouissements). Si ces symptômes apparaissent, allonger à nouveau la patiente et lui surélever les jambes jusqu'à ce que le malaise ait disparu.
2. Expliquer à la patiente ce que vous avez vu et ce que les biopsies ou les prélèvements obtenus par curetage endocervical peuvent montrer.
3. L'informer des précautions à prendre de retour chez elle :
  - s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à totale disparition des pertes vaginales ou des saignements (ce qui prend en général entre 2 et 4 jours) ; si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir ;
  - ne rien insérer dans le vagin pendant 3 ou 4 jours ;
  - lui expliquer quels sont les signes ou symptômes de complications : saignements abondants, crampes ou douleurs intenses dans le bas de l'abdomen, pertes vaginales purulentes, et fièvre. Lui expliquer que si elle présente l'un de ces signes, elle doit revenir au centre de santé ou aller à l'hôpital.
4. Lui expliquer qu'il est important de revenir au centre de santé pour recevoir les résultats de l'examen, et lui donner une date pour sa visite de suivi. Le laboratoire doit envoyer les résultats après 2 à 3 semaines ; une visite de suivi doit donc être prévue 2 à 3 semaines après la procédure.
5. Utiliser le formulaire approprié pour consigner les observations faites lors de la procédure.
6. Après avoir noté les informations nécessaires sur les flacons, envoyer au laboratoire les biopsies et/ou les fragments de tissu obtenus par curetage.



7. Si quelque chose d'anormal est constaté qui ne peut pas être pris en charge sur place, orienter immédiatement la patiente vers un établissement du niveau supérieur pour un examen ou des tests supplémentaires.

**Remarque : votre tâche ne sera terminée que lorsque vous aurez discuté avec votre patiente des résultats du compte-rendu d'histopathologie et mis en place un protocole de traitement**

## Fiche pratique 5.10. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : cryothérapie

La cryothérapie est la congélation des zones du col de l'utérus qui présentent des anomalies en appliquant à leur surface un disque de métal porté à très basse température (sonde cryogénique). Cette procédure dure quelques minutes et ne provoque généralement que quelques crampes.

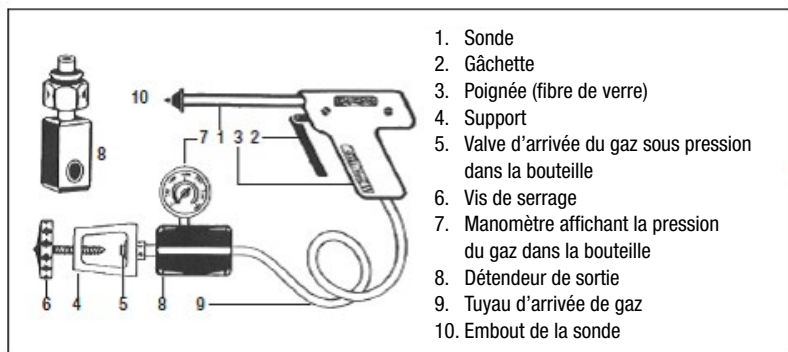
Tableau FP5.10.1. Critères à remplir et critères d'exclusion pour la cryothérapie

Critères à remplir (tous doivent être remplis)	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de dépistage positif évoquant la présence de lésions précancéreuses du col</li> <li>• Lésion suffisamment petite pour être recouverte par la sonde cryogénique</li> <li>• Lésion entièrement visible (avec tous ses bords), sans extension à l'endocol ou aux parois vaginales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation ou suspicion d'une lésion invasive</li> <li>• Lésion dépassant les bords de la sonde cryogénique</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Infection génitale haute (jusqu'à ce qu'elle soit traitée)</li> <li>• Période de règles</li> </ul>

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour réaliser une cryothérapie :

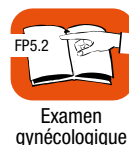
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas indispensable qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- tampons de coton pour essuyer le col ;
- sérum physiologique ;
- colposcope, s'il est utilisé dans le lieu où est réalisée la cryothérapie ;
- unité de cryochirurgie (Figure FP5.10.1) avec approvisionnement en gaz adéquat (neige carbonique ou azote liquide).

Figure FP5.10.1. Éléments d'un équipement de cryothérapie



Source : reproduit avec l'autorisation de Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Coloscopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales ; manuel à l'usage des débutants*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>).

Le matériel de base utilisé pour effectuer un examen gynécologique est décrit dans la Fiche pratique 5.2. Des orientations détaillées de l'OMS sur le matériel nécessaire pour réaliser la cryothérapie se trouvent dans le document WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer (2012).<sup>18</sup> Des orientations détaillées de l'OMS sur l'utilisation de la cryothérapie se trouvent dans le document Lignes directrices de l'OMS : utilisation de la cryothérapie pour le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale (2011).<sup>19</sup>



### Préparation

1. Expliquer le principe de l'intervention à la patiente et l'importance des visites de contrôle pour la suite de la prise en charge, le cas échéant.
2. Après s'être assuré qu'elle a bien compris, obtenir son consentement éclairé.
3. Lui montrer l'appareil à cryothérapie et lui expliquer la façon dont vous allez vous en servir pour congeler les régions anormales du col.

<sup>18</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>.

<sup>19</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148822/1/9789242502855_fre.pdf?ua=1).

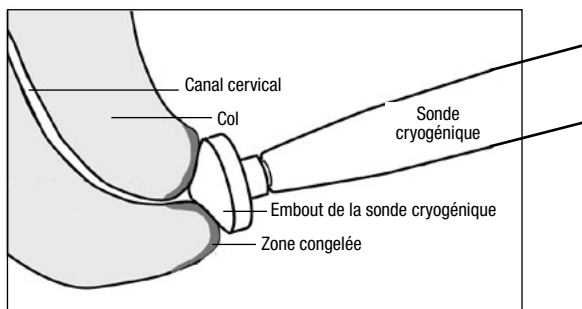
4. Inviter la femme à s'allonger en position gynécologique et faire un examen au spéculum.
5. S'il n'y a aucun signe d'infection, procéder à la cryothérapie.
6. En cas d'infection au niveau du col, prescrire un traitement (Annexe 12) et demander à la patiente de prendre la première dose pendant qu'elle est avec vous. Suivant les cas, soit la cryothérapie pourra être pratiquée, soit il faudra donner à la patiente un nouveau rendez-vous, une fois l'infection guérie.

### **Procédure**

7. Essuyer le col à l'aide d'un tampon de coton imbibé de sérum physiologique et attendre quelques minutes.
8. Après avoir prévenu la patiente qu'elle risque de ressentir une légère sensation de picotement, badigeonner le col avec de l'acide acétique pour bien délimiter l'anomalie et attendre de nouveau quelques minutes pour que les zones blanchâtres soient entièrement apparues.<sup>20</sup>
9. Prévenir la patiente qu'elle risque d'avoir une sensation désagréable ou des crampes pendant l'intervention.
10. Essuyer la surface de la sonde cryogénique avec du sérum physiologique pour une efficacité optimale.
11. Placer l'embout de la sonde cryogénique au centre de l'orifice cervical et vérifier qu'il couvre correctement la lésion. Si celui-ci ne couvre pas entièrement la zone anormale, abandonner l'intervention. Expliquer à la patiente pourquoi le traitement a été arrêté. Utiliser les instructions figurant à la note de bas de page et fournir à la patiente un conseil sur les prochaines étapes.
12. Si la sonde cryogénique couvre une surface suffisante du col, s'assurer avant la procédure que la sonde cryogénique n'entre pas en contact avec la paroi vaginale sur laquelle la sonde pourrait causer des lésions par congélation.
13. Régler la minuterie et relâcher la gâchette du pistolet cryogénique qui permet le refroidissement de la sonde.
14. De la glace se forme alors sur l'embout de la sonde et sur le col (Figure FP5.10.2). La congélation est satisfaisante quand la glace dépasse de 4 à 5 mm les bords externes de l'embout.

<sup>20</sup> Si les zones blanchâtres s'étendent sur plus des trois quarts de la surface du col de l'utérus ou si elles pénètrent à l'intérieur du canal endocervical, elles ne remplissent pas les critères pour être traitées par cryothérapie. Retirer le spéculum et demander à la patiente de se rhabiller. Lui expliquer ensuite pourquoi il n'a pas été possible de faire le traitement par cryothérapie et la rassurer en lui disant que ce n'est pas parce qu'elle a un cancer. L'informer que la meilleure option est maintenant un traitement par RAD, lui expliquer en quelques mots en quoi consiste cette procédure et l'aider à prendre un rendez-vous dans un hôpital du niveau secondaire pour qu'elle bénéficie de ce traitement.

Figure FP5.10.2. Position de la sonde cryogénique sur le col et formation de la glace



15. Faire deux cycles de congélation-décongélation : congélation de 3 minutes suivie d'une décongélation de 5 minutes, puis d'une nouvelle congélation de 3 minutes.
16. Une fois que la seconde congélation est achevée, attendre un temps suffisant pour la décongélation avant de retirer la sonde du col, pour ne pas risquer d'arracher les tissus.
17. Retirer la sonde en la faisant délicatement pivoter sur le col. La zone congelée est devenue blanche.
18. Examiner le col en recherchant la présence de saignements. Si c'est le cas, appliquer de la solution de Monsel (Annexe 13).
19. Ne pas mettre de tampon de gaze ou de coton dans le vagin.
20. Retirer le spéculum.

### **Après l'intervention**

21. Fournir à la patiente une serviette hygiénique.
22. La patiente doit être avertie qu'elle peut présenter des pertes aqueuses abondantes à la suite de l'intervention.
23. Elle doit être informée (et également son mari dans la mesure du possible) qu'elle ne doit pas utiliser de tampons ni avoir de rapport sexuel, ou bien qu'elle doit utiliser systématiquement des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, pendant 4 semaines, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus du tout de pertes vaginales, ceci afin d'éviter tout risque d'infection.
24. Si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir.
25. Informer la patiente des complications possibles et lui demander de revenir immédiatement en cas de :
  - fièvre avec température supérieure à 38°C ou frissons
  - fortes douleurs dans le bas de l'abdomen

- pertes nauséabondes ou purulentes
- saignements abondants pendant plus de deux jours ou avec présence de caillots.

26. Inviter la patiente à revenir après 12 mois pour refaire un test de dépistage, ou plus tôt si elle en ressent le besoin.

### ***Traitement du matériel utilisé (après que la patiente a quitté les lieux)***

Nettoyer et désinfecter la sonde cryogénique ; décontaminer le pistolet cryogénique, la tubulure, le manomètre et la bouteille de gaz comme indiqué ci-dessous.<sup>21</sup>

1. Décontaminer l'appareil de cryothérapie, le tuyau et le régulateur en les essuyant avec de l'alcool.
2. Laver la sonde cryogénique et la protection en plastique à l'eau et au savon jusqu'à ce qu'elle soit bien propre.
3. Rincer l'embout de la sonde et la protection en plastique à l'eau claire.
4. Procéder à une désinfection de haut niveau de l'embout et de la protection en plastique par l'une ou l'autre des méthodes ci-dessous :
  - immersion dans de l'eau bouillante pendant 20 minutes ; ou
  - autoclavage pendant 20 minutes ; ou
  - bain de désinfectant chimique (eau de javel à 0,1 % ou glutaraldéhyde avec dilution allant de 2 à 4 %) pendant 20 minutes, suivi d'un rinçage à l'eau bouillie.
5. L'embout de la sonde cryogénique doit être parfaitement sec au moment de l'utilisation suivante, sinon l'eau gèlera, la sonde risquant alors de se fendre ou le traitement de ne pas être efficace. Utiliser un capuchon en caoutchouc pour boucher la partie creuse de la sonde pendant la décontamination ou bien sécher la sonde avant de la réutiliser.
6. Si aucune des options de désinfection de haut niveau ne sont disponibles, la sonde cryogénique et la protection en plastique peuvent être désinfectées en les faisant tremper pendant 20 minutes dans de l'éthanol dilué de 70 à 90 % ou dans de l'isopropanol. Laisser sécher à l'air puis remonter le matériel.

---

<sup>21</sup> La glace peut parfois bloquer certains pistolets cryogéniques. Pour éviter ce désagrément, il suffit d'appuyer régulièrement toutes les 20 secondes sur le bouton de décongélation pour désobstruer le tuyau.

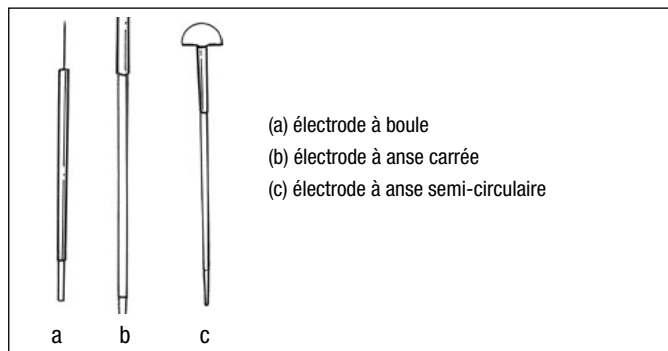
## Fiche pratique 5.11. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : résection à l'anse diathermique

La résection à l'anse diathermique (RAD) consiste à retirer les zones anormales du col de l'utérus à l'aide d'une fine anse métallique chauffée sous l'effet d'un courant électrique. Cette technique permet de soigner avec succès les lésions précancéreuses du col chez 9 femmes sur 10.

Les équipements et les fournitures dont la liste figure ci-dessous sont nécessaires pour réaliser une RAD :

- alimentation électrique fiable ;
- générateur électrochirurgical et porte-électrode ;
- colposcope ;
- spéculum non conducteur d'électricité, de préférence avec des rétracteurs latéraux ;
- électrode neutre ;
- électrodes à anse de différentes tailles (Figure FP5.11.1) ;
- électrode à boule/électrode de coagulation ;
- aspirateur de fumée ;
- pinces ;
- anesthésique local : lidocaïne à 1 % ou 2 %, avec ou sans épinéphrine (1:100 000) ;
- seringues de 5 ml avec aiguilles 27 G ;
- sérum physiologique et acide acétique à 5 % ;
- solution de Monsel (Annexe 13) ;
- écouvillons longs ;
- aiguilles et matériel de suture ;
- flacons pour échantillon contenant du formol à 10 %.

Figure FP5.11.1. Les différents types et tailles d'électrodes



Le matériel de base utilisé pour effectuer un examen gynécologique est décrit dans la Fiche pratique 5.2.



Examen gynécologique

### Préparation

1. Expliquer à la patiente le déroulement de la procédure et pourquoi il est important qu'elle revienne comme prévu pour la suite de la prise en charge. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Inviter la patiente à s'allonger en position gynécologique (Fiche pratique 5.2).
3. Fixer l'électrode neutre sur l'intérieur de sa cuisse.
4. Insérer dans le vagin un spéculum non conducteur d'électricité ou recouvert d'un préservatif en latex.
5. Examiner le col de l'utérus à la recherche d'anomalies (écoulement provenant de l'orifice cervical, inflammation, saignement ou lésions). Noter vos observations.
6. S'il n'y a aucun signe d'infection, procéder à la RAD. S'il y a des signes d'infection, remettre l'intervention à plus tard, prescrire un traitement à la patiente et à son partenaire (Annexe 12) et attendre qu'ils soient guéris avant de faire un nouvel essai.



Traitement des infections

### Procédure

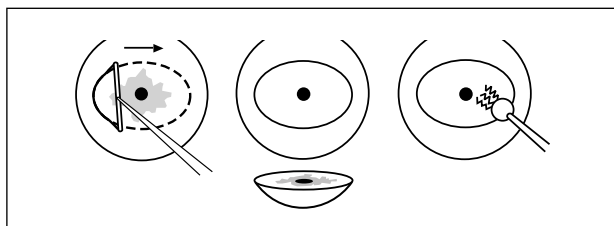
7. Avant chaque étape, expliquer à la patiente ce que vous allez faire et ce qu'elle risque de ressentir.
8. Essuyer le col à l'aide d'un tampon de coton imbibé de sérum physiologique.
9. Après avoir prévenu la patiente qu'elle risque de ressentir une légère sensation de picotement, badigeonner le col avec de la solution d'acide acétique à 5 %. Attendre une ou deux minutes, le temps que les changements de coloration apparaissent et examiner le col avec le colposcope pour localiser la lésion et déterminer son étendue.
10. Injecter 3 à 5 ml d'anesthésique local [lidocaïne à 1 % ou 2 %, avec épinéphrine (1:100 000) pour limiter les saignements], à l'aide d'une aiguille de 27 G, juste sous l'épithélium cervical, à 12, 3, 6 et 9 heures (chez les patientes qui souffrent de problèmes cardiaques, utiliser la lidocaïne sans épinéphrine).
11. Choisir l'électrode appropriée pour enlever la totalité de la lésion en un seul passage : pour de petites lésions de bas grade, chez les femmes nullipares, utiliser une électrode de 1,5 cm de large sur 0,5 cm de haut ; pour les lésions plus étendues et chez les femmes multipares, utiliser une électrode de 2,0 cm de large sur 0,8 cm de haut.
12. Mettre en route le système d'aspiration de la fumée et activer le générateur électrochirurgical.



13. Exciser la lésion : enfoncer perpendiculairement l'électrode dans le tissu jusqu'à une profondeur de 4 à 5 mm et la tirer latéralement en travers du col, jusqu'au bord opposé de la lésion. On obtient ainsi un morceau de tissu en forme de dôme, avec le canal endocervical au centre (Figure FP5.11.2). En positions 3 et 9 heures, prendre soin de NE PAS enfoncer l'électrode au-delà de 5 mm dans le tissu, sous peine d'endommager les branches cervicales des artères utérines.

**Remarque :** il arrive parfois que la patiente fasse une réaction vasovagale, avec évanouissement et chute de tension. Dans ce cas, arrêter immédiatement l'intervention et relever lui les jambes le plus haut possible.

**Figure FP5.11.2.** Résection à l'anse diathermique d'une lésion de l'exocol en un seul passage : exérèse de la lésion à l'aide d'une électrode métallique et hémostase à l'aide d'une électrode à boule.



14. Il est possible d'effectuer plusieurs passages avec l'anse pour retirer les tissus résiduels.
15. Récupérer à l'aide d'une pince tous les fragments de tissu excisés et les placer dans un flacon de formol (sur lequel sont notées toutes les informations nécessaires), que l'on enverra au laboratoire d'histopathologie.
16. Faire un curetage endocervical et placer les échantillons de tissus ainsi obtenus dans un autre flacon de formol (Fiche pratique 5.9).
17. À l'aide d'une électrode à boule et en utilisant une tension électrique de coagulation, assurer l'hémostase des tissus qui saignent à la base du cratère.
18. Appliquer de la solution de Monsel à la base du cratère pour prévenir de nouveaux saignements, et retirer le spéculum.



Biopsie et curetage  
endocervical

### **Après la procédure**

19. Fournir une serviette hygiénique à la patiente.
20. La patiente doit être avertie qu'après l'intervention, elle pourra ressentir de légères crampes pendant quelques jours et présenter des pertes vaginales pendant un mois au maximum.

## FP 5.11

21. Ces pertes pourront s'accompagner de saignements pendant 7 à 10 jours, puis prendre une couleur jaunâtre. Le tissu cervical prend environ un mois pour se régénérer.
22. La patiente doit donc aussi être avertie qu'elle doit éviter d'avoir des rapports sexuels ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, pendant cette période (au moins 4 semaines), jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de trace de sang dans les pertes vaginales, ceci pour éviter tout risque d'infection et d'hémorragie.
23. Si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir.
24. Prévenir la patiente qu'elle risque d'avoir un peu mal pendant deux trois jours et qu'elle peut alors prendre de l'ibuprofène ou du paracétamol.
25. Lui dire aussi de ne pas s'inquiéter si elle perd un peu de sang ou si ses pertes vaginales sont teintées de sang pendant plus d'un mois. Elle peut utiliser des serviettes hygiéniques, mais surtout pas de tampons.
26. L'informer des précautions à prendre de retour chez elle :
  - se reposer et éviter les travaux pénibles pendant plusieurs jours ;
  - ne rien mettre dans le vagin.
27. L'informer des complications possibles et lui demander de revenir immédiatement en cas de :
  - fièvre avec température supérieure à 38°C ou frissons
  - douleurs intenses dans le bas de l'abdomen
  - pertes vaginales nauséabondes ou purulentes
  - saignements abondants pendant plus de deux jours ou avec présence de caillots.
28. Répondre à ses questions.
29. Lui demander de revenir au centre de santé après 2 à 6 semaines pour faire vérifier la cicatrisation de son col et recevoir les résultats de laboratoire.
30. Convenir d'une date pour la visite de contrôle.

**Visite de contrôle (2 à 6 semaines après la procédure)**

31. Demander à la patiente comment elle se sent et si elle a eu le moindre problème depuis la réalisation de la RAD.
32. Passer en revue avec elle le compte-rendu d'anatomopathologie et, en fonction des résultats, lui préciser les prochaines étapes recommandées pour le suivi.
33. Vérifier la cicatrisation du col.

34. Lui demander de revenir pour un nouveau dépistage afin de rechercher des anomalies au niveau du col 12 mois après la RAD. Le suivi à assurer est décrit dans les diagrammes des Annexes 8 et 9.



Annexe 8

Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH-



Annexe 9

Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH+

### **Prise en charge des complications de la résection à l'anse diathermique**

**Tableau FP5.11.1. Prise en charge des complications de la résection à l'anse diathermique**

Problème	Traitement
Saignements pendant la procédure : saignements diffus, ou saignements artériels	Saignement diffus : combiner la compression et l'hémostase à l'aide d'une électrode à boule. Saignement artériel : placer l'électrode à boule au contact de la zone hémorragique et appliquer une tension électrique de coagulation.
Saignements après la procédure (ils surviennent dans moins de 2 % des cas)	Éliminer les caillots de sang, nettoyer avec une solution d'acide acétique à 5 %, identifier l'origine des saignements, faire une anesthésie avec un mélange lidocaïne-épinéphrine. Si l'hémorragie n'est pas très importante, appliquer de la solution de Monsel. Si elle est importante, assurer l'hémostase à l'aide d'une électrode à boule de 5 mm ou d'une électrode à aiguille, sous une tension électrique de coagulation.
Infection post-opératoire : pertes vaginales purulentes, douleurs, fièvre	Traitement antibiotique en fonction des protocoles nationaux Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• céfixime (400 mg) par voie orale, en dose unique ; plus</li> <li>• doxycycline (100 mg) par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours ; plus</li> <li>• métronidazole (400 ou 500 mg) par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours.</li> </ul>

## Fiche pratique 5.12. Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : conisation à froid

La conisation à froid consiste à retirer du col de l'utérus une région en forme de cône, y compris une partie de sa portion externe (exocol) et de sa portion interne (endocol). La quantité de tissu prélevée dépendra de la taille de la lésion et de la probabilité de trouver un cancer invasif. Le tissu prélevé est envoyé au laboratoire d'anatomopathologie pour obtenir un diagnostic et une analyse histologique afin de s'assurer que la totalité du tissu anormal a bien été retirée. La conisation à froid est habituellement réalisée dans un hôpital.

### Expliquer l'intervention

Donner à la patiente le plus d'information possible à l'avance sur la procédure elle-même, sur l'anesthésie, sur les effets secondaires et sur les éventuelles complications. La description ci-dessous permet d'aider à répondre à ses questions sur l'intervention qui sera réalisée à l'hôpital.

### Préparation

1. Le personnel de l'hôpital donnera à la patiente des informations sur la procédure, l'heure à laquelle elle commencera, la durée, les effets secondaires et les complications possibles ainsi que les précautions à prendre quand elle rentrera chez elle.
2. Il lui donnera aussi des instructions sur la façon dont elle doit se préparer juste avant l'opération (par exemple quels vêtements porter et quels médicaments prendre à l'avance, le cas échéant). Il lui expliquera qu'elle devra rester sans manger ni boire pendant huit heures avant l'opération, et se laver entièrement avant de venir à l'hôpital.
3. Une fois que l'on aura répondu à ses questions, on demandera à la patiente de signer un consentement éclairé, ce qui est une formalité requise par l'hôpital.

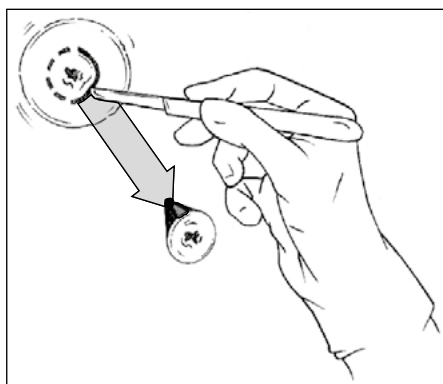
### L'opération

4. Une anesthésie générale ou une rachianesthésie sera réalisée afin que la patiente ne sente rien pendant l'opération.
5. Le chirurgien mettra en place un spéculum dans le vagin pour bien voir le col de l'utérus.
6. Il appliquera une solution iodée sur le col pour mettre en évidence les régions anormales et il examinera le col.
7. Il injectera un produit dans le col pour limiter le risque d'hémorragie. Dans

certains cas, il fera également une suture des petites artères qui alimentent la région du col à enlever.

8. À l'aide d'un couteau spécial, il retirera une partie du col en forme de cône, englobant le canal endocervical (Figure FP5.12.1). Les tissus ainsi retirés seront placés dans un flacon contenant du formol et envoyés au laboratoire. Souvent, un point de suture est placé sur l'échantillon en forme de cône afin d'indiquer l'orientation de la zone prélevée, ce qui sera une indication utile pour l'examen anatomopathologique ; l'orientation correspondant à l'emplacement de ce point doit être notée sur le formulaire d'histologie accompagnant le flacon de prélèvement (par exemple : point de suture en position 12 heures).

Figure FP5.12.1. Retrait d'une zone en forme de cône du col de l'utérus



9. Une fois le cône retiré, l'hémostase de la base du cratère (la zone du col après l'exérèse) sera assurée à l'aide d'une électrode à boule.
10. En cas de saignement important, le chirurgien fera une compression de la zone hémorragique avec des tampons de coton et appliquera de la solution de Monsel (Annexe 13), ou assurera l'hémostase à l'aide d'une électrode à boule.
11. S'il n'a pas utilisé de solution de Monsel, le chirurgien placera dans le vagin un tampon de gaze pour exercer une pression et empêcher les saignements.



### ***Juste après l'intervention***

12. Après l'intervention, la patiente restera un petit moment sous surveillance médicale en salle de réveil, avant de regagner un lit normal, le temps de se remettre totalement de l'anesthésie.
13. Si elle se sent bien, qu'elle ne présente pas de saignements importants et qu'elle habite à proximité de l'hôpital, elle pourra sortir le jour même, au bout de quelques

heures. Si elle ne peut pas rentrer chez elle le jour même, elle sortira le lendemain, sous réserve qu'il n'y ait pas de complications.

14. Avant qu'elle ne quitte l'hôpital, on expliquera à la patiente qu'elle présente maintenant une plaie cachée sur le col de l'utérus, et que cette plaie prendra au moins 4 à 6 semaines pour guérir.
15. Pour prévenir les infections et permettre une bonne cicatrisation de la zone du col de l'utérus qui a été opérée, la patiente ne doit rien mettre dans le vagin pendant six semaines (ni doigts, ni tampons), ne pas utiliser de douches vaginales et s'abstenir de tout rapport sexuel. Si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle pendant six semaines, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir (et apprendre à son partenaire).
16. La patiente recevra un conseil sur les précautions à prendre quand elle rentrera à la maison et des informations sur les symptômes ou les complications qu'elle devra rechercher (Tableau FP5.12.1), ainsi que des instructions pour se rendre immédiatement au centre de santé ou à l'hôpital si l'un de ces symptômes ou l'une de ces complications venaient à survenir.
17. On lui donnera un rendez-vous pour sa première visite de suivi 2 à 6 semaines après l'opération.

### ***Prise en charge des complications possibles de la conisation à froid***

**Tableau FP5.12.1. Prise en charge des complications possibles de la conisation à froid**

Complication	Symptômes	Traitement
Infection	Douleurs dans le bas de l'abdomen Pertes vaginales nauséabondes, jaunâtres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrire un traitement pour les infections génitales hautes</li> </ul>
Hémorragie	Saignement vaginal abondant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un examen au spéculum, retirer les caillots de sang, identifier les régions qui saignent</li> <li>• Assurer l'hémostase de la région qui saigne à l'aide d'une électrode à boule</li> <li>• Appliquer de la solution de Monsel ou placer un tampon de gaze dans le vagin</li> </ul>

### **Suivi à domicile**

Les instructions figurant ci-dessous sont destinées à l'agent de santé qui fournira les soins à domicile.

18. Avant de quitter l'hôpital, la patiente recevra toute une série de conseils pour faciliter son rétablissement ainsi que des informations sur les symptômes ou les complications qu'elle devra rechercher (voir les points 15 et 16 de la liste précédente). Vous pouvez l'aider en renforçant et en répétant ce conseil.
19. Si un tampon de gaze a été placé dans le vagin, il devra être retiré dans les 6 à 12 heures suivant l'intervention, afin d'éviter tout risque d'infection. Vous (ou un autre agent de santé qui sait comment le faire) pourrez aider la patiente à le retirer.
20. On conseillera à la patiente de se reposer quelques jours et d'éviter tout travail pénible pendant les trois premières semaines. Elle pourra cependant effectuer des tâches quotidiennes, comme faire un peu de ménage, se laver, se doucher et manger.
21. En cas de sensations désagréables (mais pas en cas de douleurs intenses), elle peut prendre du paracétamol.
22. Avant de quitter l'hôpital, la patiente doit avoir un rendez-vous pour la visite de contrôle, 2 à 6 semaines après l'opération pour recevoir les résultats de l'examen au laboratoire des tissus qui ont été retirés et pour être examinée par le chirurgien. Elle doit être encouragée à se rendre à ce rendez-vous.

### **Visite de suivi (2 à 6 semaines après l'intervention)**

23. Demander à la patiente comment elle se sent et si elle a eu des problèmes imprévus depuis l'opération.
24. Passer en revue le rapport de l'examen anatomopathologique avec la patiente et lui indiquer quelles sont les prochaines étapes recommandées.
25. Examiner la patiente pour s'assurer de la bonne cicatrisation.
26. Demander à la patiente de revenir pour un nouveau dépistage des anomalies du col 12 mois après l'opération. Le suivi à assurer est décrit dans les diagrammes des Annexes 8 et 9.



Annexe 8  
Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH-



Annexe 9  
Stratégies  
« dépistage et  
traitement » : VIH+

## Fiches pratiques associées au Chapitre 6

Ces fiches pratiques sont destinées à aider les agents de santé des niveaux primaire et secondaire lorsqu'ils s'entretiennent avec des patientes présentant des symptômes qui pourraient être dus à un cancer du col de l'utérus ou avec des patientes à qui l'on a diagnostiqué un cancer du col. Les informations présentées ici devraient permettre à ces prestataires de répondre aux questions relatives aux examens et aux traitements qui auront lieu à l'hôpital, de compléter les connaissances de la patiente ou de sa famille, et de fournir tout autre soutien nécessaire avant que la patiente ne soit hospitalisée pour ses soins ou pendant son hospitalisation.

Seule la Fiche pratique 6.4 est destinée aux agents de santé du niveau tertiaire, leur fournissant des propositions pour discuter avec les patientes atteintes d'un cancer du col avant et après les tests de classification de l'évolution du cancer, et lorsque l'on met fin au traitement contre le cancer.



## Fiche pratique 6.1. Lorsqu'une patiente vous consulte parce qu'elle présente des symptômes qui pourraient être dus à un cancer du col de l'utérus

**Important** : seul l'examen au microscope du tissu prélevé au niveau d'une lésion permet de poser le diagnostic de cancer du col.

Lorsqu'une femme consulte un agent de santé du niveau primaire ou secondaire avec l'un ou plusieurs des symptômes mentionnés dans cette fiche pratique, il faut avoir en tête que l'une des causes possibles peut être un cancer du col. Il est très important, si une femme se plaint de l'un ou de plusieurs des symptômes présents dans la liste, que vous ne mentionniez pas tout de suite le cancer du col ; cela pourrait l'affoler inutilement. Au lieu de cela, vous devez lui expliquer qu'elle doit être examinée et peut-être passer certains tests afin de comprendre ce qui provoque les symptômes, de sorte qu'un traitement approprié puisse lui être dispensé.

Les symptômes du cancer invasif du col à un stade précoce peuvent comprendre :

- des pertes vaginales non résolues par les traitements courants, parfois nauséabondes ;
- des saignements irréguliers chez les femmes âgées de 35 ans et plus ;
- des saignements après un rapport sexuel quel que soit l'âge.

Les symptômes du cancer à un stade plus avancé peuvent comprendre l'ensemble des symptômes susmentionnés, ainsi que les suivants :

- de fréquentes et urgentes envies d'uriner, ou une diminution des mictions ;
- une incontinence urinaire ou fécale par le vagin ;
- de fortes douleurs dorsales et abdominales basses ;
- un gonflement important de l'une ou des deux jambes et des pieds.

Si un agent de santé du niveau primaire n'a pas une formation appropriée ou ne dispose pas de l'équipement nécessaire pour réaliser un examen gynécologique complet, il doit orienter la patiente vers un gynécologue de l'hôpital de niveau secondaire.

Si vous avez été formé et disposez de l'équipement et des fournitures nécessaires, vous pouvez effectuer un examen gynécologique sur une femme qui présente un ou plusieurs des symptômes mentionnés (voir la Fiche pratique 5.2 qui présente en détail la réalisation d'un examen gynécologique). Si vous remarquez une grosseur ou une ulcération à la surface du col de l'utérus, une biopsie doit être effectuée et le prélèvement doit être envoyé au laboratoire pour être analysé au microscope afin de poser un diagnostic de certitude (définitif).

Pendant que vous examinez la patiente, pensez à discuter avec elle et à lui expliquer ce que vous faites à chaque étape et ce que vous observez.

Si vous êtes à même d'effectuer une biopsie, nous vous recommandons fortement de relire, dans un premier temps, la Fiche pratique 5.9 et de suivre les étapes qui y sont décrites.

Si votre laboratoire ne peut pas fournir les résultats de la biopsie sous 2 à 3 semaines, il est préférable d'envoyer la femme consulter un gynécologue dans l'établissement le plus proche dont le laboratoire sera en mesure de le faire.



Biopsie et curetage endocervical

Si la biopsie révèle un cancer invasif du col, la patiente doit en être informée et orientée vers un établissement de soins tertiaires. Voir la Fiche Pratique 6.2 pour des propositions sur la manière de mener cette conversation difficile.



Conseil : diagnostic de cancer

**N'oubliez pas : dans le cas du cancer du col, une détection précoce est l'élément déterminant pour bénéficier d'un traitement curatif. Les agents de santé doivent prêter attention aux symptômes pouvant être évocateurs d'un cancer du col chez les femmes de plus de 35 ans et faire en sorte qu'elles soient examinées et fassent des analyses dans les meilleurs délais.**

## FP 6.1

Fiche pratique 6.1. Lorsqu'une patiente vous consulte parce qu'elle présente des symptômes qui pourraient être dus à un cancer du col de l'utérus

## Fiche pratique 6.2. Annoncer un diagnostic de cancer du col de l'utérus à une patiente et en discuter avec elle et son cercle de soutien

**Pour l'agent de santé :** veuillez lire le contenu de cette fiche pratique et y réfléchir AVANT de vous entretenir avec une femme à qui l'on a diagnostiqué un cancer invasif du col et son cercle de soutien. Cela vous aidera à vous préparer pour cette tâche difficile.

Gardez toujours à l'esprit les aspects culturels de la famille et de la communauté de la patiente lors de vos conversations à propos du cancer du col et d'autres maladies potentiellement fatales.

Soyez conscient que les réactions de déni, de colère et de résignation sont fréquentes après que la patiente a été informée du diagnostic de cancer du col. Il est important pour elle de savoir que vous êtes disponible pour poursuivre la conversation, lui permettre d'exprimer ses sentiments et ses réactions, et l'aider à faire face sereinement aux résultats et aux traitements proposés.

### **Préparation**

- Respectez les traditions culturelles, les principes et les coutumes de la patiente et de sa communauté ; par exemple, il peut être inconvenant d'annoncer de mauvaises nouvelles directement à la patiente. Toutefois, il est important qu'elle comprenne ce qui se passe de manière qu'elle puisse participer au processus de décision concernant ses soins.
- Pour donner des informations à une femme et à sa famille à propos du cancer du col, il est important d'être éloignés des autres personnes et de le faire dans un espace plus privé qui permettra à la femme et à sa famille de poser des questions librement. Assurez-vous que vous pouvez disposer d'un tel espace.
- Un diagnostic de cancer est souvent inattendu ; donner des informations qui soient les plus précises possibles sur sa maladie permet à la patiente et à sa famille de commencer à comprendre le diagnostic et à penser au traitement. Veillez à disposer de toutes les informations nécessaires.
- Réfléchissez aux données personnelles qui vous seraient utiles de savoir à propos de la patiente et à la manière dont vous pourriez les obtenir durant la conversation. Par exemple, aura-t-elle besoin d'aide pour se rendre à l'établissement de soins tertiaires ? Elle peut rencontrer des problèmes dont des ressources financières limitées ou une absence de transport, des difficultés à s'absenter de son travail ou à trouver des personnes pour s'occuper de ses enfants, ou avoir des personnes âgées ou malades à sa charge. Dans ce cas, vous pouvez mobiliser sa famille et ses amis pour lui apporter une assistance, et demander de l'aide au sein de sa communauté.

**Discussion avec la patiente (et sa famille, si elle le souhaite)**

- N'oubliez jamais que votre capacité à écouter votre patiente et à comprendre sa vision de choses représente l'un des outils thérapeutiques les plus puissants.
- Demandez-lui la permission de discuter de la situation avant de parler.
- Soyez clair et direct lorsque vous expliquez le diagnostic ; utilisez des mots que l'on comprend dans le langage courant. N'utilisez pas de mots techniques que la patiente ne comprendra pas, ou de mots trop vagues, du style « grosseur » ou « néoplasme ».
- Laissez le temps aux personnes présentes de réaliser ce que vous venez de leur dire, puis de poser des questions.
- Pensez à leur dire que toutes les femmes peuvent être traitées pour un cancer du col : grâce au traitement, beaucoup d'entre elles en guériront et les autres verront leur qualité de vie améliorée.
- Si l'on considère que les gens sont souvent sous le choc lorsqu'ils apprennent des mauvaises nouvelles auxquelles ils ne s'attendent pas, il est possible qu'ils n'entendent pas ou ne comprennent pas tout ce qui a été dit. Parfois, cela aide de montrer des images ou de dessiner des schémas et/ou de donner des informations simples par écrit, afin qu'ils puissent se rappeler ce qui a été évoqué, ce qui peut les amener à avoir d'autres questions. Il se peut que vous deviez discuter avec eux sur une période de plusieurs jours pour qu'ils puissent intégrer ces nouvelles informations et réflexions, et poser de nouvelles questions.

**Autres aspects à étudier**

- Si la patiente envisage d'accepter le traitement conventionnel, examinez avec elle si elle a également l'intention de faire appel à des guérisseurs traditionnels.
- Il est important de ne pas porter de jugement de valeur et de permettre à la patiente d'exprimer ce qu'elle ressent ; aidez-la à comprendre que les agents de santé des différents niveaux de soins peuvent conjuguer leurs efforts de manière complémentaire afin de pouvoir obtenir la meilleure issue possible pour elle.
- Évaluez ce que la patiente comprend à propos du cancer, comment elle appréhende le diagnostic de cancer, quelles sont ses craintes et ses attentes, et ce qu'elle connaît des traitements disponibles.
- Soyez préparé à expliquer qu'en l'absence de traitement, le cancer du col progressera et finira par provoquer le décès.
- Évaluez le soutien psychologique/émotionnel, économique et spirituel que la patiente et sa famille peuvent mobiliser car cela peut être très important. Si son réseau de soutien n'est pas suffisant, examinez quelle autre aide sera nécessaire.

**Remarque :** il peut s'avérer de nécessaire de mener ces conversations en plusieurs fois.

## Fiche pratique 6.3. Renseigner à l'avance les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus sur ce qui les attend à l'hôpital

## FP6.3

Après avoir pris rendez-vous pour la patiente à l'hôpital, expliquez-lui à quoi elle peut s'attendre une fois là-bas.

Dites à la patiente qu'à l'hôpital, elle sera examinée par un spécialiste qui lui précisera les tests et analyses qui pourront s'avérer nécessaires pour permettre de définir le meilleur traitement pour elle. Il est possible que la plupart des examens et traitements se fassent en ambulatoire. Mais si l'hôpital est trop loin de son domicile pour qu'elle puisse y aller et revenir tous les jours, elle et sa famille doivent savoir qu'elle pourra avoir besoin de trouver une chambre près de l'hôpital où elle pourra rester durant les examens et/ou le traitement.

À l'hôpital :

- la patiente fera l'objet d'un examen clinique complet et de plusieurs tests pour évaluer l'étendue du cancer. Ces tests peuvent comprendre des analyses de sang et d'urine, des examens pour regarder si le cancer a atteint le rectum (proctoscopie) ou l'appareil urinaire (cystoscopie), ainsi qu'une tomodensitométrie ou une IRM afin de déterminer si la maladie touche également d'autres parties de son corps.
- Dès que les résultats seront connus, les spécialistes discuteront avec la patiente et lui présenteront la ou les meilleures options de traitement disponibles, en lui donnant notamment des informations sur la durée de chaque traitement, comment elle se sentira, les effets secondaires susceptibles de survenir et le coût, le cas échéant.
- Les spécialistes demanderont à la patiente quand, selon elle, elle pourra avoir réglé ses affaires personnelles et être prête pour les procédures ou traitements qui nécessitent l'hospitalisation des patients.
- Lorsque la patiente sera hospitalisée, les spécialistes lui expliqueront à nouveau le plan de traitement et lui parleront du consentement éclairé dont l'hôpital a besoin ; il lui sera demandé de lire le formulaire de consentement et de le signer après qu'on aura répondu à l'ensemble de ses questions.
- Il est important qu'elle comprenne que, même après avoir signé le formulaire de consentement éclairé, elle sera en droit de changer d'avis (c.-à-d. qu'elle ne sera pas obligée d'accepter tous les tests, procédures ou traitements qui lui seront proposés).

## FP 6.4

## Fiche pratique 6.4. Parler à une patiente de son cancer et de son traitement : suggestions pour les agents de santé du niveau tertiaire (spécialistes du cancer)

### Rencontrer la patiente avant que les tests permettant d'évaluer le stade du cancer soient réalisés

- Lorsque vous vous rencontrez pour la première fois, présentez-vous et expliquez à la patiente quel est votre rôle dans le cadre de ses soins.
- Rassurez-la sur le fait que vous et votre équipe ferez tout votre possible pour lui prodiguer le meilleur traitement disponible, avec l'objectif de guérir son cancer ou, à tout le moins, de réduire ses souffrances et de prolonger et d'améliorer sa vie lorsqu'elle sortira de l'hôpital.
- Incitez la patiente et sa famille à tenir les agents de santé qui s'occupent d'elle informés de tout changement qu'elle pourrait remarquer et des effets secondaires qu'elle pourrait ressentir lorsque le traitement aura commencé.
- En utilisant un langage clair et des termes non techniques, énumérez tous les tests qui sont programmés pour le moment afin de déterminer l'étendue ou le stade de son cancer, et expliquez-lui que cette information est nécessaire pour choisir le traitement qui devrait donner le meilleur résultat. Dites-lui que vous l'informerez à l'avance de toute nouvelle procédure qui pourra être planifiée et que vous serez disposé à répondre à toutes ses questions.

### Rencontrer la patiente pour discuter du traitement après que le stade de son cancer a été défini

- Expliquez les résultats des examens à la patiente, notamment en ce qui concerne l'étendue du cancer et sa gravité, et présentez-lui succinctement les traitements disponibles pour le stade de son cancer.
- À ce moment, la patiente et les personnes qui l'accompagnent auront probablement beaucoup de questions à propos des traitements proposés, de son espérance de vie envisageable et de ce qui se passerait si elle refusait le traitement recommandé. Prenez le temps nécessaire pour répondre aux questions et discuter de tous ces aspects avec eux.
- Lorsque vous évoquez le ou les meilleurs traitements disponibles recommandés pour le stade du cancer de la patiente, veillez à aborder les éléments suivants :
  - quel est/sont le ou les traitements proposés ?
  - où/comment seront-ils prodigués (p. ex. dans le cadre d'une hospitalisation ou en ambulatoire) ?
  - combien de temps le traitement prendra-t-il ?

- quels sont les effets secondaires couramment observés ?
- quels seront les coûts directs pour la patiente ?
- quelles sont les issues possibles si elle décide de ne pas recevoir le ou les traitements ?
- Concernant le pronostic de la patiente, il est important d'être sincère, mais optimiste en décrivant les meilleures issues possibles. En fonction du stade de son cancer, renseignez-la en lui décrivant ce qui se passe habituellement pour les patientes souffrant d'un cancer similaire au sien. Veillez également à lui expliquer qu'il existe tout un éventail de résultats et que vous ne pouvez pas être complètement certain de la tournure que prendront les choses pour elle. Si le traitement est censé guérir sa maladie, dites-le lui, mais sous-entendez toujours qu'il est possible que cela ne soit pas le cas.
- Si son cancer est étendu et qu'il n'est probablement pas curable, informez la patiente et sa famille que le traitement, malgré les effets secondaires qui peuvent survenir de manière variable, peut soulager une partie de ses symptômes et faire en sorte qu'elle se sente mieux. Donnez-lui une espérance de vie approximative en mois et/ou en années d'après le pronostic dans des cas similaires et veillez à bien expliquer qu'il s'agit d'une estimation, pas d'une certitude.
- N'oubliez pas que la capacité d'écoute est l'outil thérapeutique le plus efficace. Arrêtez-vous régulièrement pour demander à la patiente si elle a des questions et y répondre.

**Quelle conversation avoir avec une patiente dont le traitement est arrêté parce qu'il n'a pas eu suffisamment d'effets bénéfiques sur sa santé ou son cancer ?**

- Lorsqu'il devient évident qu'aucun autre traitement anticancéreux ne pourra être bénéfique pour la patiente, le mieux est de conseiller la patiente et sa famille en faisant preuve d'empathie mais de manière honnête. L'idéal serait d'avoir cette conversation dans le cadre d'une relation soignant/patient(e) établie, plutôt que de l'initier avec une personne que la femme n'a jamais rencontré auparavant. L'agent de santé doit se montrer aussi calme et compréhensif que possible ; il s'agit d'une conversation particulièrement chargée en émotions et triste.
- Gardez toujours à l'esprit les aspects culturels de la communauté de la patiente susceptibles de devoir être pris en considération lors de conversations abordant la mort imminente.
- Veillez à vous trouver dans un lieu vous permettant de n'être vus ou entendus par personne, et informez les personnes présentes qu'il s'agit d'une conversation confidentielle.
- Vous pouvez tout d'abord demander à la patiente comment elle se sent, quels

sont ses symptômes actuels et quelles sont les personnes, chez elle et dans sa communauté, qui sont susceptibles de pouvoir répondre à ses besoins physiques, émotionnels et spirituels.

- Revoyez avec la patiente ce qui a été fait au cours des dernières semaines pour prendre soin de sa santé et abordez très délicatement le sujet concernant le fait qu'aucune amélioration n'a été obtenue au cours des X derniers mois ou X dernières semaines. Expliquez-lui que pour cette raison, les médecins s'occupant d'elle ont conclu qu'elle ne retirerait aucun bénéfice d'un autre traitement dirigé contre le cancer.
- Il est également très important que les patientes sachent que même si le traitement contre le cancer n'a pas permis de limiter l'aggravation de la maladie ni de réduire ses symptômes, son confort vous tient toujours à cœur et que vous restez foncièrement attaché à traiter ses symptômes, dont la douleur. N'oubliez pas de lui dire qu'elle sera avec sa famille et son cercle de soutien proche.
- Évitez de dire « on ne peut rien faire de plus » dans la mesure où les soignants PEUVENT faire un certain nombre de choses : soulager les symptômes, donner des médicaments, organiser les soins par les agents de santé des niveaux de soins inférieurs, ou tout simplement être disponibles. À la question « Combien de temps me reste-t-il ? », il faut répondre avec honnêteté, c.-à-d. dire que vous ne savez pas, mais que cela peut être une question de quelques jours/semaines/mois, selon la situation de la patiente. Cela permettra à la patiente et à sa famille de savoir à quoi s'attendre, de manière qu'ils puissent prendre les dispositions nécessaires.
- Avant de terminer cette conversation, assurez-vous que la patiente est rassurée sur le fait qu'elle recevra le suivi nécessaire et qu'elle sait qui aller voir, quand et où, et exprimez-lui votre volonté de l'aider par tous les moyens possibles.

## FP 6.4



## Fiche pratique 6.5. Traitements du cancer du col de l'utérus : l'hystérectomie

## FP 6.5

L'hystérectomie consiste à enlever l'utérus. Lors de l'hystérectomie simple, on procède à l'ablation de la totalité de l'utérus, y compris du col. Il n'est pas forcément nécessaire de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes de Fallope. Dans le cas d'une hystérectomie radicale, on procède à l'ablation de l'utérus, des tissus environnants et de la partie supérieure du vagin. Les deux interventions sont identiques dans l'ensemble, comme cela est décrit ici.

Cette fiche pratique a été élaborée pour permettre aux agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer à leurs patientes le déroulement de l'intervention avant qu'elles ne se fassent hospitaliser et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

### Expliquer les procédures de l'hôpital

Donnez aux patientes les informations de base sur l'intervention. La description ci-dessous vous aidera.

### *Avant l'hospitalisation de la patiente*

1. Le personnel hospitalier lui donnera des instructions sur la manière dont elle devra se préparer avant de se présenter pour son intervention (c.-à-d. quels vêtements emporter et les médicaments qu'elle devra prendre à l'avance). On lui demandera de ne rien boire, ni manger dans les 8 heures précédant l'intervention, et de prendre un bain avant de venir à l'hôpital.

### *À l'hôpital : préparation à l'intervention*

2. La patiente se verra expliquer les détails de l'intervention (c.-à-d. l'heure du début, la durée, les effets secondaires possibles et les complications éventuelles), ainsi que la nécessité de signer le consentement éclairé, qui est demandé par l'hôpital, lorsque l'on aura répondu à toutes ses questions. Vous devez rappeler à la patiente qu'après avoir signé, elle aura toujours la possibilité de changer d'avis jusqu'à la dernière minute.
3. Afin de prévenir les risques d'infection, les régions génitales et abdominales de la femme seront lavées à l'eau et au savon, ainsi qu'avec une solution iodée ; la région génitale est parfois rasée.
4. Une anesthésie générale sera réalisée par voie intraveineuse ou par inhalation.

### ***L'intervention***

5. Le chirurgien pratiquera une incision au niveau du bas-ventre.
6. Dans le cas de l'hystérectomie simple, l'utérus est enlevé à partir de ses points d'attache aux trompes de Fallope et au vagin. Dans le cas de l'hystérectomie radicale, le chirurgien enlève l'utérus, les tissus environnants et le col avec une petite portion de la partie haute du vagin, ainsi que quelques ganglions lymphatiques afin de regarder s'ils sont atteints par le cancer.
7. Tous les tissus excisés seront placés dans un liquide conservateur et envoyés au laboratoire pour y être examinés par un pathologiste qui déterminera si la tumeur a bien été totalement enlevée.
8. À la fin de l'intervention, un drain pourra être posé dans la cavité pelvienne ; il s'agit d'un tube en plastique placé dans l'abdomen pour évacuer le sang et les liquides dans une poche. Il pourra rester en place pendant 24 à 48 heures.
9. La plupart des chirurgiens poseront également un tube en plastique (cathéter suprapubien) allant de l'extérieur de l'abdomen jusque dans la vessie pour évacuer l'urine qui sera recueillie dans une poche. Ce cathéter restera en place pendant 5 à 7 jours, le temps que la vessie fonctionne à nouveau normalement après l'intervention.
10. L'incision abdominale sera ensuite recousue et nettoyée, avant d'être pansée.

### ***Juste après l'intervention***

11. Après l'intervention, la patiente restera un petit moment sous surveillance médicale par le personnel hospitalier, en salle de réveil. Lorsqu'elle se réveillera, elle réintégrera un lit normal pour se rétablir.
12. Au réveil, elle pourra remarquer qu'on lui aura posé un cathéter intraveineux relié à une poche contenant une solution limpide qui s'écoulera goutte à goutte dans une veine de l'un de ses bras.
13. Très souvent, les patientes souffrent de nausées qui ne durent pas plus de quelques heures. Dans ce cas, la patiente pourra être traitée. Les premiers jours, si besoin, elle recevra également des médicaments pour soulager la douleur qu'elle pourra ressentir dans le bas-ventre.

### ***Rétablissement à l'hôpital***

14. Pour prévenir les complications, le personnel hospitalier s'assurera que la patiente tousse de temps à autre et respire profondément afin que ses voies respiratoires restent dégagées, qu'elle s'assoit, fait travailler ses muscles et marche dès qu'elle le peut.

15. Le mouvement des tissus et des organes dans le pelvis durant l'intervention peut entraîner une « paresse » des nerfs qui entourent la vessie et le rectum, si bien que la patiente éprouvera des difficultés à uriner ou à aller à la selle. Elle gardera le cathéter au niveau la vessie pendant 5 à 7 jours jusqu'à ce qu'elle puisse uriner à nouveau normalement. Dans la plupart des cas, elle sera capable d'uriner et d'aller à la selle au moment de sa sortie de l'hôpital, même si elle pourra éprouver certaines difficultés et qu'elle devra prendre des médicaments lorsqu'elle sera chez elle. Les fonctions du rectum et de la vessie devraient être parfaitement revenues à la normale en l'espace de 3 à 4 mois.

### Rétablissement à domicile

Dans la plupart des hôpitaux, la patiente pourra rentrer chez elle 7 à 10 jours après l'hystérectomie, selon la vitesse à laquelle elle récupère et les soins dont elle peut bénéficier chez elle. Il faut compter entre 6 et 12 semaines de convalescence après une hystérectomie radicale.

1. Avant de quitter l'hôpital, la patiente recevra des conseils sur la manière de prendre soin d'elle chez elle et dont sa famille peut l'aider. Elle sera notamment informée des symptômes ou des complications à surveiller. Vous, agent de santé du niveau de soins primaires ou secondaires, pouvez l'aider en réitérant ces conseils.
2. L'hôpital donnera à la patiente les fournitures dont elle aura besoin chez elle, ou bien une ordonnance pour se les procurer plus tard, si besoin. Ces fournitures comprennent :
  - du paracétamol pour les douleurs légères (le cas échéant) ;
  - un laxatif (p. ex. bisacodyl) ;
  - des sondes urinaires ;
  - des bandes de gaze et un désinfectant pour la plaie.
3. Pour aider la patiente à se rétablir de l'intervention, les autres membres de la famille devront assurer les tâches domestiques à sa place pendant les six premières semaines, puis l'encourager petit à petit à en faire un peu plus, en commençant par les tâches qui nécessitent le moins d'effort, jusqu'à ce qu'elle reprenne des forces. Vous devrez indiquer à la patiente et à sa famille qu'elle devra éviter de faire les gros travaux domestiques, de marcher trop longtemps, de porter des choses lourdes et de faire toute activité physique intense. Durant les premiers jours à la maison, la patiente devrait être en mesure de prendre un bain/se doucher, manger et faire de petites promenades. Au bout de quelques jours, elle devra commencer à intensifier la marche (p. ex. faire deux petites promenades par jour), mais continuer à éviter de faire de gros efforts et de porter des choses lourdes. Sa famille devra l'inciter à se reposer dès qu'elle paraît fatiguée et faire en sorte qu'elle s'alimente correctement.

4. La patiente aura une plaie dissimulée dans le vagin et il faudra au moins 6 semaines jusqu'à complète cicatrisation. Pendant tout ce temps, elle ne devra rien mettre dans le vagin (ni doigt, ni tampon, notamment), ne pas faire de douche vaginale et ne pas avoir de rapports sexuels afin d'éviter tout risque d'infection et permettre une bonne cicatrisation. Le soutien de son compagnon sera important.
5. Assurez-vous que la patiente et sa famille connaissent les symptômes courants susceptibles de survenir dans les semaines qui suivent l'intervention et que la patiente sait ce qu'il faut faire, le cas échéant (voir le Tableau FP6.5.1).

**Tableau FP6.5.1. Symptômes courants pouvant survenir après une hystérectomie – ce que la patiente peut faire**

Symptôme	Cause	Ce qu'il faut faire
Dépression	Douleur, fatigue, inquiétude	Patience. Il est fréquent de se sentir triste après une grosse intervention chirurgicale. Cela ne devrait pas durer plus de 2 semaines environ.
Maux de ventre	Douleur due à l'incision qui a été pratiquée	C'est normal. La patiente doit consommer des aliments riches en fibres, boire beaucoup, prendre des laxatifs (bisacodyl) ; ces symptômes devraient disparaître en l'espace de 6 mois.
Difficulté à uriner et miction lente ; incapacité à vider totalement la vessie	Lésion d'un nerf au cours de l'intervention, « paresse » de la vessie	« Double miction » : uriner normalement, puis se lever, marcher quelques minutes et uriner à nouveau. Si ça ne suffit pas, la patiente pourra être amenée à poser elle-même une sonde urinaire. L'hôpital lui montrera comment faire et lui donnera le matériel nécessaire. Le problème devrait disparaître au bout de 3 à 6 mois.
Fatigue	Le corps récupère et cela exige du repos.	C'est normal. La patiente doit s'allonger pour se reposer pendant la journée aussi souvent qu'il le faut.

6. Assurez-vous que la patiente et sa famille connaissent les signes et les symptômes qui sont associés aux complications susceptibles de survenir après une hystérectomie et dites-lui de se rendre au dispensaire ou à l'hôpital au moindre symptôme (voir le Tableau FP6.5.2).

**Tableau FP6.5.2. Complications pouvant survenir après une hystérectomie – comment les reconnaître**

Complication	Signes et symptômes*
Infection de la plaie abdominale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur, rougeur et pus au niveau de la zone d'incision sur l'abdomen</li> </ul>
Infection pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur (pas une simple gêne) dans le bas de l'abdomen, souvent accompagnée de fièvre</li> <li>• Pertes vaginales nauséabondes ou saignements</li> </ul>
Lymphocyste – provoqué par l'accumulation de liquide lymphatique après l'ablation des ganglions lymphatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonflement ou douleur dans le bas de l'abdomen 2 à 3 mois après l'intervention</li> </ul>
Infection urinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensation de brûlure à la miction</li> <li>• Fréquente envie d'uriner</li> </ul>
Caillot de sang dans une jambe (thrombose)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeur, douleur et œdème au niveau d'une jambe</li> </ul>

\* Si la patiente montre l'un de ces signes et symptômes, elle doit consulter l'agent de santé qui la suit.

### Visite de contrôle (6 semaines après l'intervention)

Il est probable que la patiente choisira de se rendre à l'hôpital de niveau secondaire pour y voir un gynécologue. En effet, il peut s'avérer plus difficile pour elle de retourner à l'hôpital du niveau de soins tertiaires où elle a subi l'intervention chirurgicale s'il est localisé plus loin de son domicile, car cela demanderait plus de temps et engendrerait des frais supplémentaires.

1. Le gynécologue expliquera à la patiente les résultats de l'analyse microscopique des tissus enlevés durant l'intervention et il l'examinera soigneusement afin de s'assurer qu'elle se rétablit normalement. Le moindre problème sera pris en charge.
2. Un examen au spéculum permettra de vérifier si la plaie au niveau du vagin a bien cicatrisé.
3. Le gynécologue discutera avec la patiente de l'étendue du cancer d'après les résultats du compte-rendu de laboratoire et de l'examen au spéculum. Il parlera également d'un éventuel traitement complémentaire et des risques de récurrence du cancer.
4. Si le gynécologue estime que la patiente ne se rétablit pas normalement et qu'il ne peut pas assurer la prise en charge des problèmes qui ont été remarqués, la patiente sera invitée instamment à retourner voir le(s) spécialiste(s) de l'hôpital de niveau tertiaire. Vous, agent de santé du niveau de soins primaires ou secondaires, pouvez aider la patiente pour ce faire.
5. Le gynécologue doit informer la patiente qu'il contactera directement les spécialistes, si possible, pour leur expliquer ses observations et continuer à suivre son cas à distance.

## Fiche pratique 6.6. Traitements du cancer du col de l'utérus : la téléthérapie pelvienne

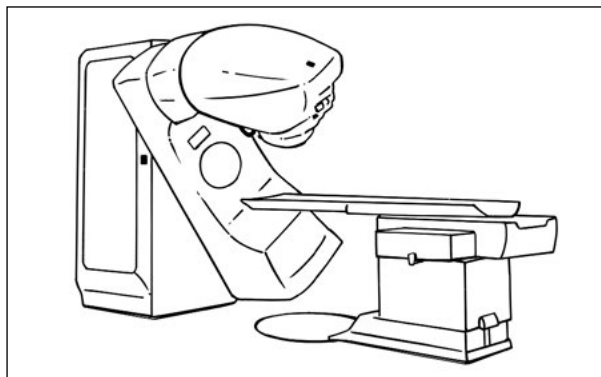
La téléthérapie pelvienne est une sorte de radiothérapie qui consiste à irradier la région pelvienne à distance (irradiation externe), à l'aide d'un appareil spécial.

Cette fiche pratique a été élaborée pour permettre aux agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer aux patientes la procédure du traitement avant qu'elles n'aillent à l'hôpital et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

### Expliquer la procédure de téléthérapie

1. Présentez-vous et expliquez à la patiente pourquoi elle reçoit ces traitements.
2. Expliquez-lui les traitements par téléthérapie qui lui ont été prescrits, en précisant en quoi cela consiste (voir la description plus loin dans cette fiche pratique).
3. Informez la patiente que des examens spécifiques pourront être réalisés avant le début du traitement, afin de repérer la région de son bas-ventre qui sera irradiée.
4. Dites-lui que, durant le traitement, elle sera allongée sur une surface plane qui fait partie de l'appareil. Vous pouvez montrer à la patiente la Figure FP6.6.1 qui représente le type d'équipement utilisé pour la téléthérapie.
5. Expliquez-lui qu'un ordinateur ou une autre technique de cartographie est utilisé pour programmer le traitement afin d'augmenter autant que possible l'effet sur la tumeur et de limiter autant que possible les effets sur les tissus ou organes sains (non cancéreux).
6. Indiquez-lui que le faisceau d'irradiation proviendra de l'appareil situé au-dessus d'elle, spécifiquement sur la zone pelvienne atteinte par le cancer.
7. Renseignez la femme sur les effets secondaires possibles (voir le Tableau FP6.6.1) et soulignez le fait qu'il sera très important qu'elle informe le personnel soignant si elle présente des symptômes durant les séances de traitement car ces effets secondaires peuvent se traiter.
8. Expliquez à la patiente que les traitements prendront la forme de séances journalières de quelques minutes pendant 5 à 6 semaines. Rassurez-la sur le fait qu'elle ne sentira rien pendant le traitement et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une anesthésie.
9. Dites-lui qu'à l'hôpital, ils lui donneront plus de détails sur le traitement et annoncez-lui qui sera chargé de son traitement là-bas.

Figure FP6.6.1. Appareil de téléthérapie



La description ci-dessous vous aidera à expliquer à la patiente en quoi consistent la téléthérapie et les différentes étapes du traitement.

### ***Préparation : dans les jours qui précèdent le début du traitement***

1. Le personnel hospitalier donnera des instructions à la patiente sur la manière dont elle devra se préparer avant de venir pour le traitement (c.-à-d. les vêtements qu'elle doit emporter et les médicaments à prendre avant).
2. La patiente sera informée des détails du traitement, des complications possibles et des différentes options, et devra donner son consentement éclairé.
3. La patiente recevra une date de rendez-vous pour planifier ses séances de téléthérapie.
4. Lorsqu'elle se rendra à ce rendez-vous, on lui demandera de se déshabiller et de s'allonger sur une table spéciale. Elle subira peut-être un examen gynécologique et passera une radio. À partir des informations obtenues grâce aux radiographies, on délimitera la région abdominale et pelvienne à irradier à l'aide d'un marqueur indélébile et parfois aussi à l'aide de tout petits points ou tatouages permanents. Cela aidera l'opérateur à limiter l'irradiation aux tissus atteints par le cancer ; elle ne doit pas effacer ces marques. Elle recevra alors le programme pour son traitement et on lui dira quand revenir pour sa première séance.

### **Conseil et information : juste avant la première séance de traitement**

5. La patiente recevra les informations et conseils suivants dont elle devra tenir compte durant toute la période de son traitement :
  - porter des vêtements amples afin d'éviter les irritations cutanées ;
  - prendre un bain ou une douche avec de l'eau tiède. Ne pas frotter, ni gratter la zone à traiter. Éviter les savons détersifs. Sécher la peau de la zone atteinte en tapotant doucement avec une serviette ;

- ne rien mettre dans le vagin (comme des tampons) et ne pas avoir de relations sexuelles durant tout le traitement ;
- éviter les crèmes pour la peau vendues dans le commerce ; utiliser une crème aqueuse ou de la vaseline si la peau devient sèche ;
- ne pas effectuer de travaux pénibles, ne pas travailler dans un environnement chaud et humide ;
- il est possible de continuer à assurer les tâches domestiques quotidiennes ou un travail de bureau modéré ;
- en fin de traitement, limiter les activités en fonction de la fatigue ressentie ;
- la répétitivité des séances quotidiennes deviendra lassante : la patiente devra garder en tête que ses chances de guérison diminuent si elle manque des séances ou interrompt le programme, ce qui retarde l'échéance du traitement.

### ***Séances de traitement***

6. Lors de la première séance, le technicien en radiothérapie reconfirmera l'identité de la patiente, le programme de traitement et le consentement éclairé de la patiente. Il lui expliquera la procédure et lui montrera l'appareil d'irradiation dans la pièce spécifique.
7. La patiente sera installée sur la table de radiothérapie et devra rester dans la position demandée. Tout le personnel quittera la pièce.
8. La patiente restera seule dans la pièce de traitement, mais elle pourra communiquer avec les techniciens et les voir sur un écran.
9. Pendant le traitement, l'appareil de radiothérapie se déplacera plusieurs fois, soit sous pilotage automatique, soit c'est le technicien entrera dans la pièce pour le positionner manuellement.
10. La patiente ne sentira rien pendant le traitement qui ne dure que quelques minutes.
11. Toutes les séances de traitement se dérouleront de manière identique. Il y aura un traitement par jour, généralement pendant 5 jours par semaine, mais cela peut être variable. La période totale de traitement est d'ordinaire de 5 à 6 semaines.
12. La patiente sera incitée à signaler tout problème au technicien. Si l'on estime qu'elle a besoin d'une réponse plus spécialisée, elle sera orientée vers le radiologue oncologue.
13. Le radiologue oncologue verra la patiente une fois par semaine pour une « vérification du traitement ». Il l'interrogera sur les signes et les symptômes qu'elle ressent et évaluera comment elle supporte le traitement.
14. La patiente sera informée des effets secondaires courants qui sont susceptibles d'apparaître durant les cinq semaines de traitement et des mesures à prendre dans ce cas-là (voir le Tableau FP6.6.1). Ces effets se résorbent généralement d'eux-mêmes, une fois le traitement terminé.



**Tableau FP6.6.1. Effets secondaires pouvant survenir durant la téléthérapie – comment les repérer et que peut faire la patiente ?**

Effet secondaire	Signes et symptômes	Ce qu'il faut faire
Réaction cutanée à l'irradiation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeur commençant après environ 3 semaines de traitement et s'amplifiant au fur et à mesure des séances</li> <li>• Éventuellement sécheresse cutanée, puis desquamation, en particulier dans le pli fessier</li> </ul>	<p>La patiente ne doit laver la région touchée de temps en temps seulement et délicatement, sans frotter. Si c'est douloureux, elle peut prendre un léger antalgique.</p> <p>Si la réaction est sévère (généralement à cause de lavages trop fréquents), le radiologue oncologue pourra différer la suite du traitement (ce qui peut compromettre la guérison).</p>
Troubles intestinaux  (Le rectum et la partie terminale du colon, qui assurent la réabsorption hydrique du contenu intestinal, sont situés dans la région pelvienne. L'irradiation peut affecter cette fonction de réabsorption.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selles molles ou diarrhées</li> </ul>	<p>Le radiologue oncologue prescrira des médicaments si nécessaire. Il ne faut pas prendre les remèdes communément utilisés.</p>
Troubles urinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentes et urgentes envies d'uriner</li> <li>• Sensation de brûlure à la miction</li> <li>• Présence de sang dans les urines (c'est rare)</li> </ul>	<p>La patiente doit retourner à l'hôpital pour être examinée et recevoir un traitement.</p>

### Suivi

15. La patiente recevra un rendez-vous entre 6 semaines et 3 mois après la fin de la téléthérapie. Lors de cette consultation, le médecin l'examinera et vérifiera si son vagin a bien cicatrisé.
16. L'équipe de spécialistes du cancer, dont le radiologue oncologue et le gynécologue, sont les mieux à même d'évaluer les symptômes au niveau du vagin, de l'intestin et de la vessie. Il faut donc leur signaler tout symptôme ou tout signe qui semble grave ou inhabituel.

## FP 6.6

**Ce que vous, agent de santé de quelque niveau de soins que ce soit, pouvez faire pour la patiente pendant et après la téléthérapie**

1. Aider la patiente à rester positive.
2. Lui conseiller, ainsi qu'à son époux (ou son compagnon), de ne pas avoir de relation sexuelle vaginale ou anale pendant toute la durée de la radiothérapie et les deux semaines qui suivent, afin de permettre à la peau du vagin de cicatriser. Mais leur dire que les autres formes d'activité sexuelle sont permises.
3. Si la patiente n'est pas ménopausée, l'informer que son traitement déclenchera immédiatement une ménopause et qu'elle ne pourra plus tomber enceinte.
4. Demander à la patiente de bien respecter ses visites régulières de contrôle avec le radiologue oncologue et le gynécologue. Lui dire de ne pas hésiter à avancer un rendez-vous prévu en cas de symptômes graves ou inhabituels.
5. Si la patiente le souhaite, sa famille peut intervenir de manière très importante pour la soutenir. Vous pouvez leur expliquer comment l'aider à se rétablir du traitement et obtenir un meilleur résultat, par exemple, en assumant les tâches domestiques à sa place, jusqu'à ce qu'elle ait repris des forces.
6. Informer la femme et son cercle de soutien proche des complications tardives. Insister sur le fait qu'elles peuvent toutes être prises en charge et atténuées avec l'aide des conseils de professionnels et des traitements (voir le Tableau FP6.6.2).

**Tableau FP6.6.2. Complications tardives pouvant survenir après la téléthérapie – comment les repérer et que faut-il faire ?**

Complication	Signes et symptômes	Ce qu'il faut faire
Apparition de la ménopause  (L'irradiation déclenchera une ménopause précoce chez les femmes non ménopausées.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de règles</li> <li>• Bouffées de chaleur</li> <li>• Sécheresse vaginale</li> </ul>	La patiente doit être informée que cela peut se produire.
Fibrose et sténose vaginale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplification des symptômes vaginaux de la ménopause ; les relations sexuelles peuvent devenir désagréables, voire impossibles</li> </ul>	Il convient de prescrire des lubrifiants vaginaux et des dilatateurs pour éviter la formation d'adhérences. Il est important de garder le vagin ouvert pour permettre l'examen du col. Il faut encourager la femme à poursuivre une activité sexuelle.

<b>Complication</b>	<b>Signes et symptômes</b>	<b>Ce qu'il faut faire</b>
Effets cutanés  (Six mois après le traitement, la peau qui a été exposée à l'irradiation peut commencer à présenter des effets.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones de pigmentation, de dépigmentation ou de sclérose</li> </ul>	La patiente doit être informée que cela peut se produire.
La vessie peut se scléroser et diminuer de volume.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentes envies d'uriner</li> <li>• Infections urinaires plus fréquentes</li> </ul>	La patiente doit être informée que cela peut se produire.
Sténose rectale d'apparition tardive (rare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très invalidant</li> </ul>	La patiente doit être informée que cela peut se produire.
Fistule recto-vaginale ou communication entre le vagin et le rectum (rare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très invalidant</li> </ul>	La patiente doit être informée que cela peut se produire.
Fistule vésico-vaginale ou communication entre le vagin et la vessie (rare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinence urinaire par le vagin</li> </ul>	Cela peut nécessiter une chirurgie réparatrice.

## Fiche pratique 6.7. Traitements du cancer du col de l'utérus : la curiethérapie

La curiethérapie est une sorte de radiothérapie qui consiste à irradier la tumeur en plaçant une source radioactive à proximité, c.-à-d. à l'intérieur de l'utérus et dans la cavité vaginale.

Cette fiche pratique a été élaborée pour permettre aux agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer aux patientes la procédure du traitement avant qu'elles n'aillent à l'hôpital et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

### Expliquer les procédures de curiethérapie

Donnez à la patiente le plus d'information possible sur la procédure, l'anesthésie et les effets secondaires et complications possibles du traitement. Les informations et les conseils à donner à la patiente sont similaires à ce qui est indiqué dans le cas de la téléthérapie pelvienne (voir la Fiche pratique 6.6). Informez la patiente de l'anesthésie ou de la sédation qu'elle recevra pour être plus détendue. La description ci-dessous vous aidera à répondre à toutes les questions qu'elle pourrait avoir à propos de la curiethérapie.



Téléthérapie pelvienne

Il existe deux sortes de curiethérapie : la curiethérapie à faible débit de dose et la curiethérapie à haut débit de dose.

### Curiethérapie à faible débit de dose

#### Préparation

1. Le personnel hospitalier donnera des instructions à la patiente sur la manière dont elle devra se préparer avant de venir pour le traitement (c.-à-d. les vêtements qu'elle doit emporter et les médicaments à prendre avant).
2. La patiente sera informée des détails du traitement et de ses complications possibles, et devra donner son consentement éclairé. Elle recevra une date de rendez-vous pour son hospitalisation.

#### Intervention

3. Le jour de l'intervention, la patiente sera emmenée au bloc opératoire et placée sous anesthésie générale ; elle ne sentira rien durant tout le temps qu'elle sera au bloc opératoire.
4. Un tube (cathéter) sera placé dans sa vessie pour évacuer l'urine. Le cathéter sera relié à une poche qu'elle gardera durant le traitement.

5. Un examen gynécologique sera pratiqué.
  6. À l'aide d'un spéculum vaginal, le cathéter pour la curiethérapie, qui contiendra la substance radioactive, sera placé dans le canal cervical et tout autour, dans le vagin. Une gaze stérile sera placée autour pour le maintenir en place.
  7. Une radiographie permettra de vérifier que l'ensemble est bien positionné.
  8. À son réveil, la patiente sera installée dans une pièce isolée (chambre blindée, munie de protections en plomb).
  9. On lui dira de rester allongée sur le dos pendant toute la durée du traitement (1 à 2 jours), même si elle pourra être très légèrement mise sur le côté avec l'aide du personnel infirmier.
  10. Le personnel hospitalier quittera la chambre et les sources radioactives seront chargées de façon automatisées dans les applicateurs métalliques préalablement insérés à proximité de la tumeur.
  11. La patiente ne ressentira absolument aucune douleur pendant le traitement.
  12. Pendant toute la durée de la curiethérapie, la porte de la chambre restera fermée. Le personnel infirmier viendra pour de courtes durées pour vérifier que la patiente va bien ou lui apporter ses repas (qui seront tous pris au lit). La patiente devra utiliser un bassin pour aller à la selle. Elle pourra passer le temps en lisant, en écoutant la radio ou en regardant la télévision. Mais elle devra rester tout le temps au lit. Les autorisations de visite seront extrêmement limitées.
  13. Une fois le traitement fini, la patiente recevra un léger sédatif et les applicateurs contenant les sources radioactives seront retirés.
  14. Lorsque la sédation ne fera plus effet, la patiente pourra sortir de l'hôpital.
- Dans certains hôpitaux, deux traitements de ce type sont administrés à une semaine d'intervalle.

### **Curiethérapie à haut débit de dose**

La préparation et l'intervention sont similaires à celles de la curiethérapie à faible dose, à quelques différences près indiquées ci-dessous :

1. il y aura plusieurs séances de traitement, chacune d'une durée de quelques minutes mais l'ensemble de l'intervention prendra environ une heure à chaque fois ;
2. la curiethérapie à haut débit de dose débute généralement au cours de la 3<sup>e</sup> semaine de téléthérapie et est réalisé en ambulatoire ;
3. elle peut être réalisée sous légère analgésie, rarement sous anesthésie.

### ***Intervention***

1. Un cathéter sera placé dans la vessie de la patiente pour évacuer l'urine.
2. Après la pose du cathéter, la patiente subira plusieurs examens bimanuels et au spéculum, et des écarteurs des parois vaginales et un spéculum seront insérés dans son vagin.
3. Un cathéter de curiethérapie métallique est introduit dans l'utérus et relié à l'unité externe de curiethérapie à haut débit de dose qui contient la source radioactive.
4. La patiente aura pour instruction de rester en position et le personnel hospitalier quittera la pièce. Elle ne devra pas bouger pendant tout le temps de l'irradiation, ce qui prend quelques minutes.
5. La patiente pourra rentrer chez elle lorsque la séance sera terminée.
6. Le nombre de séance varie de 2 à 8, mais est généralement de 4. L'intervalle entre les séances peut aller d'un jour à une semaine.
7. Après la première séance, la patiente recevra une liste de rendez-vous pour le reste de ses séances.

### **Effets secondaires et complications possibles de la curiethérapie gynécologique**

Les effets secondaires de la curiethérapie sont les mêmes que ceux de la téléthérapie pelvienne (voir la Fiche pratique 6.6 et le Tableau FP6.6.1). La curiethérapie contribue notablement aux symptômes vaginaux suivants : fibrose locale, atrophie de la muqueuse et formation de vaisseaux sanguins fragiles au niveau de la peau du vagin, prédisposant la zone à des saignements localisés. Elle provoque également des complications tardives au niveau du rectum et de la vessie.

## Fiche pratique 7.1. Évaluation et traitement de la douleur<sup>22</sup>

### FP 7.1

La prise en charge optimale de la douleur commence par une évaluation précise et exhaustive de la douleur. L'évaluation de la douleur permet aux agents de santé de traiter la douleur et de soulager les souffrances inutiles. Elle doit être réalisée à intervalles réguliers car le processus pathologique et les facteurs qui influent sur elle peuvent varier au fil du temps. En outre, une évaluation régulière permet de mesurer l'efficacité des différentes stratégies de traitement mises en œuvre pour soulager la douleur.

Une approche exhaustive d'évaluation de la douleur doit être intégrée à tous les soins cliniques. La manière dont une patiente perçoit la douleur résulte de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Une patiente qui se plaint de douleurs doit toujours être prise au sérieux, et on doit toujours lutter contre les douleurs modérées et sévères.

Résumé des étapes pour évaluer et traiter la douleur :

1. évaluez la douleur tel que cela est décrit dans cette fiche pratique ;
2. notez vos observations sur la fiche médicale de la patiente et dans votre propre dossier ;
3. si vous trouvez l'origine de la douleur, traitez la cause si possible (p. ex. douleur osseuse, contracture musculaire, douleur gastro-intestinale due à la constipation, gonflement autour de la tumeur) ;
4. utilisez des analgésiques en suivant les recommandations indiquées dans le Chapitre 7 : Soins palliatifs ;
5. il est également possible d'utiliser une approche non médicale, du moment qu'elle est appropriée et parfaitement inoffensive. Ces méthodes non médicales ne doivent pas se substituer à la prise en charge médicale ;
6. réévaluez la douleur fréquemment et ajustez le traitement en conséquence si la douleur n'est pas complètement contrôlée. Au début, l'évaluation de la douleur doit avoir lieu plusieurs fois par jour. Si la douleur se stabilise, elle peut être évaluée une fois par jour, puis selon les besoins (cela peut être plusieurs fois par semaine).

### Évaluation initiale de la douleur

L'évaluation initiale de la douleur comprend le recueil détaillé de l'historique de la douleur, un examen clinique, le diagnostic des causes et l'évaluation de l'intensité de la douleur à l'aide d'un outil d'évaluation. L'évaluation de la douleur nécessite d'obtenir des informations sur sa localisation, sa durée et ses caractéristiques,

---

<sup>22</sup> Adapté d'après les lignes directrices *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120\\_Guidelines.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf)).

## FP 7.1

ainsi que sur l'impact de sa persistance sur divers aspects de la vie de la patiente, comme le sommeil, l'état émotionnel, les relations avec les autres et les capacités fonctionnelles physiques (1) (voir l'Encadré FP7.1.1). L'agent de santé doit essayer d'examiner les facteurs qui sont associés au déclenchement de la douleur en questionnant la patiente à propos des éléments qui entraînent une aggravation de la douleur et ceux qui entraînent un soulagement. L'agent de santé doit demander quels traitements ont été utilisés jusque-là et quelle était leur efficacité.

Un examen clinique approfondi est essentiel et chaque site douloureux doit être évalué consciencieusement. Au cours de l'examen, l'agent de santé doit être attentif aux réactions de la patiente, en ce sens que des grimaces, une rigidité au niveau de l'abdomen, un mouvement involontaire et des signes verbaux peuvent indiquer une douleur. Toute modification, due à la douleur, des capacités fonctionnelles physiques normales doit être évaluée.

Les informations recueillies à partir des antécédents et de l'examen clinique aideront à établir le diagnostic différentiel de la ou des causes de la douleur, et peuvent orienter le choix des analyses biologiques et des examens radiologiques à effectuer afin de confirmer le diagnostic, s'il n'a pas encore été posé.

### Encadré FP7.1.1. Questions à poser par l'agent de santé durant l'évaluation clinique

- Où est localisée la douleur et quelles en sont ses caractéristiques (site, intensité, nature de la douleur telle décrite par la patiente [p. ex. sensation de brûlure, douleur aiguë/vive, continue, en coup de poignard, lancinante, pulsatile]) ?
- Quel chiffre sur une échelle de 1 à 10 donneriez-vous à votre douleur tout de suite ? Quel chiffre attribueriez-vous à votre douleur lorsqu'elle est à son paroxysme ? Et à son niveau le plus faible ? Quel chiffre définit une douleur acceptable, selon vous ? Utilisez une échelle allant de 0 à 10 où « 0 » = absence de douleur et « 10 » = douleur la plus atroce qui soit.
  - *Si la patiente n'est pas en mesure d'utiliser des chiffres, utilisez une échelle visuelle analogique basée sur des mots, les doigts ou des visages.*
- Qu'est-ce qui soulage cette douleur ou la fait empirer ? Est-ce mieux ou pire lorsque vous bougez ou selon les moments de la journée ? Comment évolue la douleur avec le temps ?
- Depuis combien de temps la douleur est-elle présente (durée depuis son apparition) ? Comment la douleur actuelle a-t-elle commencé (a-t-elle été soudaine/progressive) ?

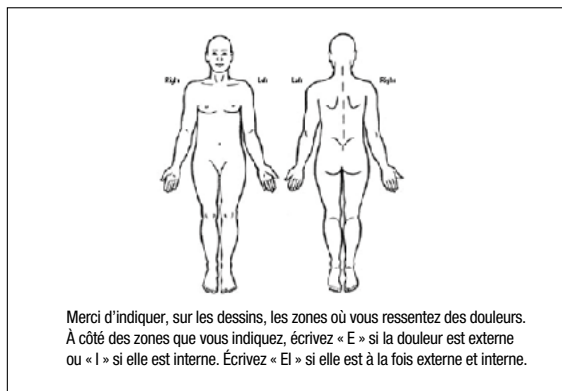


- Y a-t-il un problème psychologique ou spirituel qui vient s'ajouter aux maux physiques dus au cancer ? Êtes-vous inquiète, effrayée, dépressive ou triste ?
- Que prenez vous pour calmer la douleur ? Qu'est-ce qui fonctionne le mieux pour soulager la douleur ?
  - *Lorsque des médicaments ont été prescrits, vérifiez souvent que la patiente reçoit les bonnes doses des bons médicaments aux moments prévus.*
- La douleur perturbe-t-elle votre sommeil/état émotionnel ?
- La douleur limite-t-elle votre activité physique normale (rester assise, se lever/être debout, marcher, courir) ? La douleur limite-t-elle votre capacité à interagir avec les autres ?

### Documentation de la douleur : utilisation des outils d'évaluation de la douleur

Les agents de santé doivent percevoir, évaluer, mesurer et surveiller la douleur, et avoir recours à des stratégies de contrôle de la douleur, en utilisant les outils appropriés. Il existe divers outils d'évaluation de la douleur (2). Les plus simples et les plus faciles à utiliser sont les diagrammes corporels, les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur et les échelles des visages. Les schémas corporels sont utilisés pour indiquer le ou les sites douloureux : les patientes indiquent le ou les sites où elles souffrent sur les schémas (voir la Figure FP7.1.1). Outre l'évaluation de l'intensité de la douleur et l'indication de sa localisation, il est important de consigner des renseignements sur les caractéristiques, l'apparition et la durée. En effet, dans certains cas, non seulement l'intensité de la douleur varie au fil du temps, mais également sa localisation et ses caractéristiques.

Figure FP7.1.1. Schéma corporel

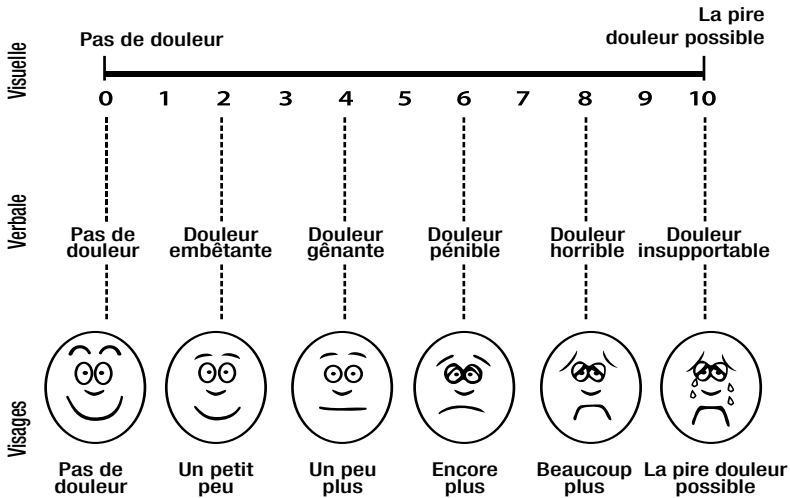


Source : Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1:277-99 (avec l'autorisation de l'International Association for the Study of Pain).

Les outils d'évaluation de la douleur les plus couramment utilisés sont les échelles d'intensité qui impliquent d'être capable de quantifier la douleur. Elles reposent souvent sur le concept de numération. Les outils pratiques basés sur la quantification et le dénombrement conviennent à toutes les cultures. Chez la plupart des patients adultes, une échelle d'évaluation numérique sera adaptée et pourra être administrée verbalement ou en utilisant les doigts, sans aucun document imprimé (3). Parmi les autres possibilités, citons l'échelle visuelle analogique qui utilise des chiffres, des mots ou des dessins de visage (voir la Figure FP7.1.2). À cette fin, l'échelle de visages de Wong-Baker (*Wong-Baker Faces Pains Scale*, incluse dans la Figure FP7.1.2) et l'échelle des visages révisée (*Faces Pain Scale – Revised* ; voir la Figure FP7.1.3) sont couramment utilisées.

**Figure FP7.1.2. Exemples d'échelles d'évaluation de la douleur**

Du haut vers le bas : échelle d'évaluation numérique, échelle verbale simple, échelle des visages de Wong-Baker.



Source : échelle de visages de Wong-Baker tirée de Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML. *Wong's essentials of pediatric nursing*, 6th edition. St. Louis (MO) : C.V. Mosby; 2001:1301 (avec l'autorisation de l'*International Association for the Study of Pain*).

Figure FP7.1.3. Échelle des visages révisée



Source : Faces Pain Scale – Revised, ©2001, International Association for the Study of Pain ([www.iasp-pain.org/FPSR](http://www.iasp-pain.org/FPSR)).

### Plan de prise en charge de la douleur et évaluation régulière de la douleur

À la suite de l'évaluation initiale de la douleur, un plan de prise en charge de la douleur détaillé – incluant les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques – peut être élaboré et mis en œuvre en concertation avec la patiente et son principal soignant.

La douleur doit être évaluée à intervalles réguliers au cours de la mise en œuvre du plan de prise en charge de la douleur. Cela permet d'apprécier les variations de l'intensité de la douleur dans le temps et d'évaluer la pertinence et l'efficacité du traitement choisi, et ainsi de déterminer les ajustements à faire, le cas échéant.

Après l'évaluation de la douleur initiale de la patiente, sa réponse aux interventions doit être évaluée régulièrement et dès que se manifestent : un changement dans son état clinique, de nouvelles informations faisant état d'une douleur ou une accentuation de l'intensité de la douleur. Les traitements antidouleur doivent être ajustés en conséquence. Chez les patientes présentant une douleur persistante stable, la douleur doit aussi être évaluée régulièrement, à des intervalles plus rapprochés. Les évaluations doivent être consignées au fur et à mesure dans la fiche médicale de la patiente ou dans un journal par la patiente ou ses soignants. La douleur doit être évaluée par la patiente elle-même chaque fois que cela est possible (4). L'auto-évaluation de la douleur est également faisable chez les personnes présentant des troubles cognitifs légers à modérés, et elle doit être systématiquement tentée dans un premier temps (5).

## FP 7.1

**Encadré FP7.1.2. Guide pas à pas pour l'administration et l'interprétation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur**

- Si possible, présentez l'échelle de la douleur à la patiente lorsqu'elle ne souffre pas, en ce sens que la douleur affectera sa concentration.
- Expliquez-lui que l'évaluation concerne l'intensité de sa douleur, et non son angoisse ou sa crainte de la douleur.
- Donnez-lui l'occasion de s'entraîner à utiliser l'échelle avec des situations hypothétiques générant des niveaux de douleur nul, faible et élevé.
- Lorsque cela est possible, demandez des évaluations régulières de la douleur et notez l'effet des interventions visant à soulager la douleur, ainsi que celui des interventions cliniques connues pour accroître la douleur, comme les injections.
- Tenez compte des scores de douleur obtenus lorsque vous planifiez le traitement.
- Évitez de demander à la patiente de noter une douleur qu'elle a ressentie il y a longtemps, en ce sens que les scores de douleur indiqués de mémoire risquent de ne pas être précis.
- Les scores de douleur ne doivent pas remplacer la discussion avec la patiente et il faut toujours recueillir son récit.
- Les disparités observées entre les scores de douleur obtenus via la patiente et ceux obtenus via le clinicien peuvent souvent être résolues grâce à une discussion.

Source : adapté d'après von Bayer CL. Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manag.* 2006;11:157-62

Les agents de santé peuvent considérer l'évaluation d'une douleur persistante comme un processus laborieux. De ce fait, il s'avère nécessaire de les sensibiliser à l'importance de l'évaluation de la douleur pour pouvoir dispenser un traitement de qualité. L'évaluation fait partie intégrante de la prise en charge de la douleur, rejoignant le rôle de la mesure des signes vitaux pour la prise en charge des troubles affectant les grandes fonctions du corps humain. Les agents de santé doivent être formés aux techniques d'évaluation et de graduation de la douleur avec des outils faciles à utiliser. Ils doivent également posséder des compétences en matière d'entretien avec les patientes et des connaissances sur la manière de travailler malgré les barrières culturelles et linguistiques qu'ils sont susceptibles de rencontrer.

### Références bibliographiques

1. Palermo TM. Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. *Pain Res Manag.* 2009;14:21–6.
2. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *J Am Assoc Nurse Anesth.* 1996;64(2):133–40.
3. von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC, Choo E, Neville K, Connelly MA. Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS–11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain.* 2009;143:223–7. doi:10.1016/j.pain.2009.03.002.
4. To TH, Ong WY, Rawlings D, Greene A, Currow DC. The disparity between patient and nurse symptom rating in a hospice population. *J Palliat Med.* 2012;15(5):542–7. doi:10.1089/jpm.2011.0291.
5. Ni Thuathail A, Welford C. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nurs Stand.* 2011;26(6):39–46.

## FP 7.2

## Fiche pratique 7.2. Prise en charge à domicile des pertes vaginales, des fistules et des saignements.

Cette fiche pratique a été élaborée pour aider les prestataires de soins primaires, les agents de santé communautaires et les soignants à domicile à assurer les soins et le confort des femmes présentant un cancer du col à un stade avancé qui vivent chez elles (ou dans un autre endroit qui n'est pas un établissement de soins). Elle contient des conseils sur la manière de réduire les douleurs, les souffrances et la honte que ces femmes ressentent à cause des pertes vaginales, qui peuvent parfois être particulièrement nauséabondes, des fistules et des saignements. Ces symptômes peuvent être provoqués par la maladie elle-même et/ou dus aux complications du traitement reçu à l'hôpital. La majeure partie des suggestions faites dans cette fiche pratique pour aider les patientes peuvent être appliquées en utilisant du matériel que l'on trouve dans la plupart des maisons.

Ces conseils ne visent pas à remplacer les autres efforts entrepris pour soulager la douleur et l'inconfort des patientes ; la prise en charge de la douleur est essentielle pour les patientes gravement malades et la douleur doit être fréquemment surveillée, évaluée et traitée comme il se doit (voir le Chapitre 7 et la Fiche pratique 7.1). En plus de la prise en charge de la douleur et des conseils spécifiques figurant dans cette fiche pratique, le soutien affectif et d'autres mesures non médicales peut aussi s'avérer très efficaces.

Matériel nécessaire à la prise en charge à domicile des problèmes vaginaux :

- approvisionnement permanent en eau propre, bouillie ;
- savon, pour se laver les mains et faire la lessive ;
- serviettes de toilette propres ;
- gants de latex, si possible (inutile qu'ils soient stériles) ;
- alèse en plastique ou journaux ;
- sacs pour l'élimination des déchets contaminés ;
- eau chlorée (une tasse d'eau de javel dans 6 tasses d'eau) pour faire tremper les gants, essuyer le mobilier et l'alèse plastique, etc. ;
- cuvette pour les bains de siège ;
- bouteille plastique et tuyau pour la douche ;
- linges propres, coton ou serviettes hygiéniques, si possible (faire bouillir les linges s'ils doivent être utilisés comme tampons vaginaux) ;
- bicarbonate de sodium (bicarbonate de soude) ;
- vinaigre ;
- pommade à l'oxyde de zinc ou vaseline ;
- antibiotiques et autres médicaments prescrits par le médecin (p. ex. métronidazole, doxycycline, amoxicilline).

## Prévention des infections

Pour éviter que la patiente ne développe une infection bactérienne vaginale supplémentaire et que les soignants ne contractent d'infections par l'intermédiaire de toute lésion cutanée sur leurs mains, le soignant ne doit pas oublier de se laver les mains et de se curer les ongles avec du savon et de l'eau, ou avec une solution antiseptique fournie par un établissement de soins. Encore mieux, si vous disposez de gants jetables, mettez-en un sur chaque main.

En outre, tout le matériel non réutilisable doit être éliminé conformément aux réglementations en vigueur dans votre communauté et tout le matériel réutilisable souillé (p. ex. chiffons, protections, literie, nécessaire pour la douche vaginale) doit être nettoyé en réalisant dans un premier temps un trempage de 10 minutes dans de l'eau propre avec un peu d'eau de javel, puis en le lavant comme d'habitude.

## Prise en charge des pertes vaginales

Les femmes atteintes d'un cancer du col souffrent parfois de pertes vaginales liquides, sanguinolentes et nauséabondes, conséquence des tissus gravement malades de l'appareil génital ; on pense que l'odeur est principalement causée par une prolifération bactérienne. Il n'est pas possible d'éliminer totalement cette prolifération bactérienne, mais on peut momentanément en atténuer les symptômes grâce aux mesures suivantes :

- prendre des bains de siège à l'eau tiède pour se laver délicatement ;
- couvrir le matelas avec une alèse en plastique ou des journaux, que l'on changera et/ou nettoiera avec de l'eau chlorée fréquemment ;
- protéger la peau autour du vagin et de l'anus en séchant bien ces zones après le bain et en y appliquant de la pommade à l'oxyde de zinc ou de la vaseline. Ces mesures peuvent être utilisées de manière préventive, avant que l'irritation se manifeste ;
- aérer la pièce ou faire brûler de l'encens ou des herbes, si cela est acceptable ;
- absorber les pertes avec des linges propres, du coton ou des serviettes hygiéniques placés dans le slip, et les changer fréquemment ;
- faire régulièrement, et avec soin, des douches vaginales (rincer le vagin à l'aide d'un tuyau relié à une bouteille en plastique propre ou à une seringue) au moyen de l'une des solutions suivantes, faites maison avec de l'eau chaude bouillie :
  - 1 cuillère à soupe de bicarbonate de sodium (bicarbonate de soude) dans 2 tasses d'eau, ou
  - ½ tasse de vinaigre dans 2 tasses d'eau, ou
  - 5 à 10 comprimés de métronidazole (pouvant être obtenus auprès du centre de soins primaires le plus proche) écrasés et dissous dans 2 tasses d'eau ;
- deux fois par jour, placer délicatement dans le vagin des linges propres imprégnés de l'une des solutions précédentes. Ne pas laisser ces linges dans le vagin plus de quelques heures ;

- un médecin pourra également prescrire des antibiotiques à large spectre, à utiliser avec prudence dans la mesure où ils sont efficaces au mieux de façon temporaire. Par ailleurs, ils risquent de provoquer une candidose dans le vagin susceptible d'aggraver les symptômes ;
- les antibiotiques suivants peuvent être donnés par voie orale pendant 7 jours minimum : doxycycline, 100 mg deux fois par jour ; ou amoxicilline, 500 mg trois fois par jour, plus métronidazole, 400 à 500 mg deux fois par jour ;
- si un antibiotique est prescrit, il est important que la patiente termine le traitement commencé, sous peine de voir les symptômes empirer.

### Prise en charge des fistules

Une fistule correspond à une communication anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum. Chez les patientes atteintes d'un cancer du col, elle est provoquée soit par l'extension du cancer à ces organes, soit par la radiothérapie (complication). Il s'agit d'un symptôme extrêmement pénible, aussi bien physiquement que psychologiquement, car l'urine ou les selles passent directement dans le vagin, entraînant des pertes nauséabondes et irritantes. Les conseils donnés pour la prise en charge des pertes vaginales peuvent être appliqués aux femmes souffrant d'une fistule et à toutes les femmes présentant un cancer du col à un stade avancé. Il n'est pas possible de remédier à la fistule elle-même, mais il est possible de rendre le problème plus supportable pour la patiente en ayant recours aux méthodes expliquées ci-dessus, à l'exception des douches vaginales et de la pose de linges dans le vagin qui doivent être évitées dans ce cas.

### Prise en charge des saignements vaginaux

Parfois alarmants, les saignements vaginaux ne sont pas rares chez les femmes atteintes d'un cancer du col avancé. Ils peuvent être déclenchés par l'insertion de quelque chose dans le vagin : il convient de faire attention lors des douches vaginales et lorsque l'on place des protections dans le vagin, et il faut également conseiller aux compagnons de trouver d'autres activités sexuelles susceptibles d'être source de plaisir pour remplacer les rapports sexuels. Les saignements vaginaux peuvent également survenir spontanément, sans raison apparente.

- En cas de léger saignement, on conseillera à la patiente de s'aliter et de bien faire sa toilette intime jusqu'à ce que ça cesse.
- En cas de saignement modéré, il suffit très souvent que la patiente reste alitée pour que le saignement se résorbe. Si nécessaire, un linge propre humide sera placé délicatement dans le vagin pendant quelques heures.
- En cas de saignement abondant, transférer la patiente à l'hôpital ou au dispensaire pour une éventuelle transfusion de sang.



## Fiche pratique 7.3. Discuter avec une patiente qui rentre chez elle pour recevoir des soins palliatifs

### FP 7.3

#### Ce qu'il faut dire à une patiente qui rentre chez elle

- Lorsque vous avez une conversation à propos des soins palliatifs, gardez toujours à l'esprit les aspects culturels de la communauté de la patiente.
- Demandez : « Comment vous sentez-vous ? », « Souffrez-vous de problèmes ou de symptômes désagréables en ce moment ? » et « Dans quelle mesure ces problèmes envahissent-ils votre vie ? »
- Expliquez-lui pourquoi elle est sortie de l'hôpital. Par exemple : « Les médecins ont estimé que vous seriez mieux soutenue et traitée chez vous, entourée de votre famille et de vos amis proches qui sont les personnes les plus à même de vous apporter du réconfort et la paix ».
- Maintenant qu'elle est chez elle, demandez à la patiente quelles sont les personnes situées à proximité qui sont susceptibles de l'aider physiquement et de lui apporter un soutien affectif et spirituel.
- Proposez-lui de l'accompagner voir les personnes susceptibles de lui apporter de l'aide et d'être présent lorsque des plans spécifiques sont établis.
- Demander à la patiente si elle ressent des douleurs et leur intensité, et assurez-lui que dans pratiquement tous les cas, la douleur peut être prise en charge efficacement à domicile et que l'aide dont elle aura besoin lui sera apportée chaque fois que nécessaire.
- Expliquez-lui que les médicaments qu'elle recevra contre sa douleur n'entraînent pas de dépendance.
- Demandez-lui quels sont ses autres symptômes et rassurez-la sur le fait que vous irez voir les prestataires de tous les niveaux de soins pour qu'ils lui prescrivent le traitement nécessaire.
- Assurez-lui que maintenant, comme toujours, son bien-être est au cœur de tout ce qui est fait pour elle.
- Informez-la que l'aidant communautaire est toujours disponible et qu'elle a uniquement besoin de l'appeler au téléphone ou d'envoyer quelqu'un le chercher.

## FP 7.3

**Conseils**

- Rendez visite à la patiente aussi souvent que possible.
- Soyez toujours attentif aux plaintes de la patiente et de sa famille, et essayez de soulager les symptômes.
- Entretenez le contact avec les prestataires de soins du dispensaire et de l'hôpital, et demandez-leur conseil en cas de problèmes particuliers.
- Réconfortez la patiente en expliquant l'origine des symptômes et rassurez la famille en promettant de faire au mieux pour que la patiente se sente bien.
- Enseignez à la patiente et à sa famille les mesures de prise en charge des symptômes.
- Aidez-les à se procurer le matériel nécessaire.
- Plus important, ménagez-vous en évitant la surcharge de travail, en entretenant des relations et en cherchant du soutien auprès de vos proches (sans rompre le devoir de confidentialité).

## Annexe 1. Listes des participants et des contributeurs

### Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD)

**Irene Agurto** (*Chapitre 3*)

Consultant de l'OMS  
Santiago, Chili

**Marc Arbyn** (*Chapitre 5*)

Unit of Cancer Epidemiology  
Scientific Institute of Public Health –  
Louis Pasteur  
Bruxelles, Belgique

**Paul D. Blumenthal** (*Chapitres 1 et 5*)

Population Services  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Stanford University School of  
Medicine  
Stanford, CA, États Unis d'Amérique

**Loretta Brabin** (*Chapitre 3*)

School of Cancer and Enabling Sciences  
St Mary's Hospital  
Manchester, Royaume-Uni

**August Burns** (*Chapitre 3*)

Grounds for Health  
Waterbury, VT, États Unis d'Amérique

**Joanna Cain** (Président) (*Chapitres 5 et 6*)

International Federation of Gynecology  
and Obstetrics  
Londres, Royaume-Uni

**Michael Chirenje** (*Chapitres 5 et 6*)

Department of Obstetrics and  
Gynecology  
University of Zimbabwe Medical School  
Harare, Zimbabwe

**Swee Chong Quek** (*Chapitres 5 et 6*)

Department of Gynecological Oncology  
KK Women's and Children's Hospital  
Singapour

**Stephen Connor** (*Chapitre 7*)

Worldwide Palliative Care Alliance  
Londres, Royaume-Uni

**Lynette Denny** (*Chapitres 5 et 6*)

Department of Obstetrics and  
Gynaecology  
Groote Schuur Hospital  
Le Cap, Afrique du Sud

**Maria Fernandez** (*Chapitre 3*)

Health Education/Social Sciences  
University of Texas Health Science Center  
Houston, TX, États Unis d'Amérique

**Sara Forhan** (*Chapitre 5*)

HIV Care and Treatment Branch  
Global AIDS Program  
Centres de Lutte contre la Maladie (CDC)  
Atlanta, GA, États Unis d'Amérique

**Eduardo Franco** (*Chapitres 1 et 5*)

Division of Cancer Epidemiology  
McGill University  
Montréal, Canada

**Julia C. Gage** (*Chapitre 5*)

Clinical Genetics Branch  
Division of Cancer Epidemiology  
and Genetics  
National Cancer Institute  
Rockville, MD, États Unis d'Amérique

**Francisco Garcia** (*Chapitre 5*)

American Cancer Society  
Tucson, AZ, États Unis d'Amérique

**Susan Hariri** (*Chapitre 4*)

Division of STD Prevention  
National Center for HIV/AIDS, Viral  
Hepatitis, STD, and TB Prevention  
Centres de Lutte contre la Maladie (CDC)  
Atlanta, GA, États Unis d'Amérique

**Eline Huisman** (*Chapitre 7*)

Utrecht University  
Utrecht, Pays-Bas

**José Jerónimo** (*Chapitres 5 et 6*)

PATH  
Seattle, WA, États Unis d'Amérique

**Sharon N. Kibwana** (*Chapitres 2 et 3*)

Jhpiego  
Baltimore, MD, États Unis d'Amérique

**Nancy Kidula** (*Chapitre 3*)

ACCESS Uzima, Jhpiego  
Nairobi, Kenya

**Enriquito R. Lu** (*Chapitres 2, 3 et 5*)

Jhpiego  
Baltimore, MD, États Unis d'Amérique

**Ian Magrath** (*Chapitre 6*)

International Network for Cancer  
Treatment and Research (INCTR)  
Bruxelles, Belgique

**Valerie Mazeau-Moynar** (*Chapitre 6*)

Institut national du cancer  
Département dépistage  
Boulogne-Billancourt, France

**Daniela Mosoiu** (*Chapitres 3, 6 et 7*)

Educatie, Strategie si Dezvoltare  
Nationala  
Hospice Casa Sperantei  
Brasov, Roumanie

**Raul Murillo** (*Chapitres 2 et 4*)

Subdireccion Investigaciones  
y Salud Pública  
Instituto Nacional de Cancerología  
de Colombia  
Bogotá, Colombie

**Fidele Ngabo** (*Chapitre 4*)

Département de la santé maternelle  
et infantile  
Ministère de la Santé  
Kigali, Rwanda

**Linda O'Neal Eckert** (*Chapitres 1 à 7*)

University of Washington  
Seattle, WA, États Unis d'Amérique

**Groesbeck Parham** (*Chapitre 6*)

Center for Infectious Research in Zambia  
Lusaka, Zambie

**Silvia de Sanjosé** (*Chapitre 1*)

Catalan Institute of Oncology  
L'Hospitalet de Llobregat  
Barcelone, Espagne

**Mona Saraiya** (*Chapitres 3 et 6*)

National Center for Chronic Disease  
Prevention and Health  
Centres de Lutte contre la Maladie (CDC)  
Atlanta, GA, États Unis d'Amérique

**Judith L. Smith** (*Chapitre 3*)

Behavioral and Applied Research Team  
Division of Cancer Prevention and Control  
Centres de Lutte contre la Maladie (CDC)  
Atlanta, GA, États Unis d'Amérique

**Tshewang Tamang** (*Chapitre 4*)

Vaccine Preventable Disease Program  
Ministry of Health  
Thimphu, Bhoutan

**Vivien Tsu** (*Chapitres 2 et 5*)

PATH  
Seattle, WA, États Unis d'Amérique

**Maggie Watson** (*Chapitre 7*)

Service of Psychological Medicine  
Royal Marsden Hospital  
Surrey, Royaume-Uni

**Deborah Watson-Jones** (*Chapitre 4*)

London School of Hygiene and Tropical  
Medicine  
Londres, Royaume-Uni

**Phil Wiffen** (*Chapitre 7*)

Nuffield Department of Clinical Neurosciences  
University of Oxford  
Oxford, Royaume-Uni

**Scott Wittet** (*Chapitre 3*)

Cervical Cancer Prevention Programs  
PATH  
Seattle, WA, États Unis d'Amérique

**Groupe d'orientation de l'OMS****Rachel Baggaley**

Département VIH/sida  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Paul Bloem**

Vaccination, vaccins et produits  
biologiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Freddie Bray**

Section of Cancer Information  
Centre international de Recherche sur  
le Cancer  
Lyon, France

**Nathalie Broutet**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Meena Cabral De Mello**

Santé de la mère, du nouveau-né,  
de l'enfant et de l'adolescent  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Venkatraman Chandra-Mouli**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Jean-Marie Dangou**

Prévention et lutte contre les maladies  
Bureau régional OMS de l'Afrique  
Brazzaville, République du Congo

**Islene Araujo De Carvalho**

Viellissement et qualité de vie  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Hugo De Vuyst**

Détection précoce et prévention  
Centre international de Recherche sur  
le Cancer  
Lyon, France

**Ibtihal Fadhil**

Division of Noncommunicable Diseases  
and Mental Health  
Bureau régional OMS de la Méditerranée  
orientale  
Le Caire, Égypte

**Jane Ferguson**

Santé de la mère, du nouveau-né,  
de l'enfant et de l'adolescent  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Mario Festin**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Tracey Goodman**

Vaccination, vaccins et produits biologiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Sandra Gove**

Département VIH/sida  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Marie-Agnes Heine**

Communications  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Rolando Herrero**

Détection précoce et prévention  
Centre international de Recherche  
sur le Cancer  
Lyon, France

**Raymond Hutubessy**

Vaccination, vaccins et produits  
biologiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Regina Kulier**

Connaissances, éthique et recherche  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Gunta Lazdane**

Sexual and Reproductive Health  
Bureau régional OMS de l'Europe  
Copenhague, Danemark

**Silvana Luciani**

Chronic Diseases Prevention and Control  
Bureau régional OMS des Amériques  
Organisation panaméricaine de la Santé  
Washington, DC, États Unis d'Amérique

**Melody Maarouf**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Amolo Okero**

Département VIH/sida  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Anayda Gerarda Portela**

Santé de la mère, du nouveau-né,  
de l'enfant et de l'adolescent  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Somchai Peerapakorn**

Bureau pays de l'OMA  
Nonthaburi, Thaïlande

**Rengaswamy Sankaranarayanan**

Détection précoce et prévention  
Centre international de Recherche  
sur le Cancer  
Lyon, France

**Willem Scholten**

Médicaments essentiels et produits  
de santé  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Timo Stahl**

Prévention des maladies non  
transmissibles  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Kwok-Cho Tang**

Prévention des maladies non  
transmissibles  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Igor Toskin**

Santé et recherche génésiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Andreas Ullrich**

Prise en charge des maladies non  
transmissibles  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Andrea Vicari**

Immunitization  
Bureau régional OMS des Amériques  
Organisation panaméricaine de la Santé  
San José, Costa Rica

**Adriana Velazquez**

Médicaments essentiels et produits  
de santé  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Cherian Varghese**

Noncommunicable Diseases and Health  
Promotion  
Bureau régional OMS du Pacifique  
occidental  
Manila, Philippines

**Marco Vitoria**

Département VIH/sida  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Lawrence von Karsa**

Détection précoce et prévention  
Centre international de Recherche  
sur le Cancer  
Lyon, France

**Susan Wang**

Vaccination, vaccins et produits  
biologiques  
Siège de l'OMS  
Genève, Suisse

**Groupe sur les méthodes****Chapitre 5 :****Tahany Awad**

Department of Clinical Epidemiology  
and Biostatistics  
McMaster University  
Hamilton, Canada

**Rohan Kehar**

Michael G. DeGroot School of Medicine  
McMaster University  
Hamilton, Canada

**Reem Mustafa**

Department of Clinical Epidemiology  
and Biostatistics  
McMaster University  
Hamilton, Canada

**Nancy Santesso**

Department of Clinical Epidemiology  
and Biostatistics  
McMaster University  
Hamilton, Canada

**Holger Schunemann**

Department of Clinical Epidemiology  
and Biostatistics  
McMaster University  
Hamilton, Canada

**Groupe d'examen externe (GEE)****Elisabeth Andritsch**

Department of Internal Medicine  
Medical University of Graz  
Graz, Autriche

**Ahti Anttila**

Finnish Cancer Registry  
Helsinki, Finlande

**Partha Sarathi Basu**

Chittaranjan National Cancer Institute  
Kolkata, Inde

**John-Paul Bogers**

Faculteit Geneeskunde  
Campus Groenenborger  
Anvers, Belgique

**Xavier Bosch**

Institut Català d'Oncologia  
Barcelone, Espagne

**Rolando Camacho-Rodriguez**

International Atomic Energy Agency  
Vienne, Autriche

**James Cleary**

WHO Collaborating Center for Pain,  
Policy and Palliative Care  
Madison, WI, États Unis d'Amérique

**Anne Garnier**

Institut National du Cancer (INCa)  
Boulogne-Billancourt, France

**Martha Jacob**

Consultant de l'OMS  
Kochi, Kerala State, Inde

**Jessica Kahn**

Cincinnati Children's Hospital Medical Center  
Cincinnati, OH, États Unis d'Amérique

**Namory Keita**

Donka Teaching Hospital  
Conakry, République de Guinée

**Rajshree Jha Kumar**

Kailash Darshan  
Mumbai, Inde

**Anne Levin**

Consultant de l'OMS – Économie  
de la santé  
Bethesda, MD, États Unis d'Amérique

**Khunying Kobchitt Limpaphayom**

Faculty of Medicine  
Chulalongkorn University  
Bangkok, Thaïlande



**Emmanuel Mugisha**

PATH  
Kampala, Ouganda

**Daniel Murokora**

Uganda Women's Health Initiative  
Kampala, Ouganda

**Meg O'Brien**

American Cancer Society  
Washington, DC, États Unis d'Amérique

**Oneko Olola**

Kilimanjaro Christian Medical Center  
Moshi, Tanzanie

**Nuriye Ortayli**

UNFPA  
New York, NY, États Unis d'Amérique

**Patrick Petignat**

Hôpitaux Universitaires de Genève  
Genève, Suisse

**Ilka Rondinelli**

International Planned Parenthood  
Federation  
Londres, Royaume-Uni

**Carlos Santos**

Instituto Nacional de Enfermedades  
Neoplasicas  
Lima, Pérou

**Achim Schneider**

Charité Universitäts Medizin Berlin  
Berlin, Allemagne

**Nereo Segnan**

San Giovanni University Hospital  
Turin, Italie

**Nguyen-Toan Tran**

Consultant de l'OMS  
Genève, Suisse

**Julie Torode**

Union internationale contre la cancer  
Genève, Suisse

**Jérôme Viguier**

Institut National du Cancer (INCa)  
Boulogne-Billancourt, France

**Steven Weyers**

Ghent University Hospital  
Gand, Belgique

**Katherine Worsley**

Marie Stopes International  
Londres, Royaume-Uni

**Eduardo Zubizarreta**

International Atomic Energy Agency  
Vienne, Autriche

**Rédacteurs****August Burns**

Grounds for Health  
Waterbury, VT, États Unis d'Amérique

**Linda O'Neal Eckert**

University of Washington  
Seattle, WA, États Unis d'Amérique

**Susan Hariri**

Centres de Lutte contre la Maladie (CDC)  
Atlanta, GA, États Unis d'Amérique

**Martha Jacob**

Consultant de l'OMS  
Kochi, Kerala State, Inde

**Emma Ottolenghi**

Consultant de l'OMS

Waterbury, VT, États Unis d'Amérique

A1

Annexe 1. Listes des participants et des contributeurs

**Édition****Jane Patten**

Green Ink Publishing Services Ltd.

Royaume-Uni

[www.greenink.co.uk](http://www.greenink.co.uk)

## Annexe 2. Méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, rôles des groupes techniques et des groupes de travail, gestion des conflits d'intérêts et déclaration des intérêts

Pour décider s'il fallait mettre à jour le document *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles*, dont la première édition date de 2006, l'OMS a invité un groupe d'experts à une réunion qui s'est tenue en septembre 2010. Les principales conclusions de cette réunion ont été que les chapitres devaient être réorganisés, que de nouveaux chapitres sur l'éducation à la santé et sur la vaccination contre le VPH devaient être ajoutés, que le chapitre sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus devait être mis à jour et que le chapitre sur les soins palliatifs devait être réexaminé. Le groupe d'experts participant à cette réunion a également formulé des recommandations à l'OMS sur la composition d'un Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD). Certains de ces experts ont aussi fait partie du groupe d'examen externe (GEE). Au total, 72 experts ont participé à l'élaboration de cette nouvelle version du document : 35 dans le GELD, 29 dans le GEE, 7 dans le Groupe sur les méthodes et une personne chargée de la rédaction qui ne faisait partie d'aucun groupe. Les listes de participants de chacun des groupes se trouvent à l'Annexe 1, avec des indications sur les chapitres sur lesquels ils ont travaillé.



Participants et contributeurs

Le GELD a été divisé en sous-groupes pour travailler à la révision, la réorganisation ou l'élaboration de chaque chapitre. Ces différents sous-groupes se sont réunis à deux reprises en 2011 pour discuter de chacun des chapitres.

- **Les Chapitres 1, 2 et 3** ne contiennent pas de recommandations et ont été élaborés sur la base d'un examen approfondi de la littérature, mais sans utiliser la méthodologie GRADE (grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation ; en anglais *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*).<sup>1</sup>
- **Les Chapitres 4 et 5** sont basés respectivement sur les recommandations relatives à l'utilisation des vaccins contre le VPH et sur les recommandations relatives au dépistage et au traitement pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Toutes ces recommandations ont été élaborées en suivant le processus formel pour l'élaboration des recommandations de l'OMS (les références des documents d'où ont été tirées les recommandations de l'OMS sont incluses dans les différents chapitres).

<sup>1</sup> Des informations supplémentaires sur le Groupe de travail et sur la méthodologie GRADE sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.gradeworkinggroup.org/>. Des informations supplémentaires sur le Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/kms/guidelines\\_review\\_committee/en/](http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/).

- **Le Chapitre 6** ne contient pas de recommandation, mais présente un examen approfondi des pratiques de prise en charge du cancer du col de l'utérus. Les informations qui s'y trouvent permettront aux agents de santé de fournir un conseil aux patientes qui ont besoin d'être orientées vers un service spécialisé pour le traitement d'un cancer.
- **Le Chapitre 7** contient des recommandations sur les soins palliatifs ; ce chapitre a été élaboré en suivant la méthodologie GRADE.

En avril 2012, le GELD, le Groupe sur les méthodes et le GEE se sont réunis au complet pour une session conjointe de plusieurs jours et ont examiné les sept chapitres du Guide pratique. Les principaux objectifs de cet examen étaient de s'assurer que les chapitres étaient tous conformes aux recommandations existantes de l'OMS et que l'enchaînement des chapitres était clair.

En 2012, 2013 et 2014, l'équipe de rédacteurs a travaillé en très étroite collaboration avec l'équipe de coordination de l'OMS pour finaliser le document et pour commencer le processus d'édition et de mise en page. Entre chaque séance d'écriture, les chapitres ont été envoyés au GELD pour être examinés et approuvés. Les principales observations de fond du GEE ont été obtenues au cours de la réunion d'avril 2012.

## Gestion des conflits d'intérêts

Les conflits d'intérêts ont été gérés comme indiqué ci-dessous.

1. Avant de commencer leur travail pour l'OMS, tous les experts qui ont participé au processus ont dû remplir un formulaire de déclaration d'intérêts de l'OMS. Une fois le travail commencé, ils étaient également tenus d'avertir rapidement l'OMS en cas de changement dans les informations fournies. Une fois remplis, les formulaires de déclaration d'intérêts ont été examinés par le Secrétariat de l'OMS afin de gérer les intérêts déclarés dans le domaine de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
2. Lors de la première réunion du GEE qui s'est tenue en septembre 2010 et de la première réunion conjointe du GELD, du Groupe sur les méthodes et du GEE qui s'est tenue en 2012, chaque expert a informé les autres experts, au cours de la présentation des participants en début de réunion, des intérêts qu'il avait déclarés afin que chaque membre des différents groupes soit au courant de tous les intérêts existants chez les participants.
3. Tous les intérêts déclarés ont été examinés par le Bureau du Conseiller juridique de l'OMS. La décision a été que tous les experts pouvaient participer au processus mais que les intérêts existants devaient être mentionnés dans les lignes directrices.
4. Tous les intérêts pertinents déclarés (par 19 des 72 experts) sont résumés ci-dessous.

## Déclarations d'intérêts

Sur les 72 experts ayant participé à ce travail, 19 (15 du GELD et 4 du GEE) ont déclaré un intérêt en rapport avec le cancer du col de l'utérus. Aucun de ces intérêts déclarés n'a été jugé suffisamment important pour entraîner une exclusion des discussions de l'expert en question. Tous les intérêts concernés sont décrits et résumés ci-dessous.

### Groupe d'élaboration des lignes directrices

**Marc Arbyn** (Chapitre 5) a été invité par l'Organisation européenne de lutte contre les Infections et les Néoplasies génitales (EUROGIN) à intervenir lors de sa conférence organisée en 2011 à Lisbonne. EUROGIN a payé ses frais de transport et d'hébergement. EUROGIN est une organisation qui, dans la Région européenne, soutient et développe la recherche, la formation, le dépistage, la prévention et l'information concernant les infections génitales, les lésions précancéreuses et les cancers chez la femme. Les conférences d'EUROGIN bénéficient du soutien financier de différents laboratoires pharmaceutiques ayant des intérêts dans le domaine du cancer du col.

**Paul Blumenthal** (Chapitre 5) a été l'investigateur principal d'une étude de recherche opérationnelle menée par Department of Obstetrics and Gynecology de Stanford University School of Medicine visant à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en place d'un nouveau test VPH rapide (careHPV) fabriqué par le laboratoire Qiagen pour des situations où les revenus sont faibles ou moyens. Le laboratoire Qiagen a prêté les équipements et a fourni les tests nécessaires à ces travaux de recherche.

**Loretta Brabin** (Chapitre 3), University of Manchester, Royaume-Uni, a été l'investigateur principal d'une étude de deux ans sur l'acceptabilité et la faisabilité de la vaccination contre le VPH chez les adolescentes scolarisées. Son université a reçu pour cette étude un financement de £320 493 du laboratoire GlaxoSmithKline (GSK). Loretta Brabin a reçu £2 000 pour financer des voyages pour se rendre à des conférences ou pour participer à des conférences. Elle faisait partie du GELD et a exclusivement participé à l'examen du Chapitre 3 (Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté). Ce chapitre ne contient pas de recommandations mais, entre autres choses, examine et résume le travail réalisé sur les messages liés à l'infection à VPH, aux vaccins contre le VPH et au cancer du col de l'utérus.

**Swee Chong Queck** (Chapitre 5 et 6) a participé au cours des quatre dernières années à des réunions de comités consultatifs et à des forums organisés par les laboratoires GSK et Qiagen. Ces réunions et ces forums étaient en rapport avec les stratégies de prévention du cancer du col, avec les études sur l'efficacité du vaccin contre le VPH et avec la pertinence clinique du vaccin contre le VPH pour la prévention du cancer du col et d'autres maladies liées au VPH. Au total, les revenus perçus par Swee Chong Queck ces quatre dernières années pour ces activités s'élèvent à 9000 dollars de Singapour.

A2

Annexe 2. Méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, rôles des groupes techniques et des groupes de travail, gestion des conflits d'intérêts et déclaration des intérêts

**Lynette Denny** (Chapitre 5 et 6) est intervenue sur la vaccination contre le VPH à l'occasion de différents forums organisés par les laboratoires pharmaceutiques GSK et Merck. Les honoraires perçus pour ces activités s'élevaient à environ US \$4 000 par laboratoire pharmaceutique et par an et étaient payés à son employeur, University of Cape Town. Le Department of Obstetrics and Gynaecology qu'elle dirige à University of Cape Town a par ailleurs conduit deux essais portant sur des vaccins contre le VPH pour les laboratoires GSK et Merck. Pour ces essais, University of Cape Town a reçu US \$1,6 millions de GSK mais n'a en revanche rien reçu du laboratoire Merck, car le financement a été versé au Département de la Santé du KwaZulu Natal. Lynette Denny a travaillé bénévolement sur ce projet. Elle est intervenue sur le rapport coût-efficacité du dépistage par test VPH lors d'une conférence à Hong Kong en 2012 ; le laboratoire Qiagen a payé l'inscription, les frais de transport et d'hébergement pour sa participation. Lynette Denny réalise actuellement un essai clinique pour le laboratoire Roche sur la capacité du Système cobas® 4800 à dépister le cancer ; le coût de cet essai est de US \$25 000. L'ensemble des financements qu'elle a reçus en tant qu'investigateur principal ou en tant que conférencière ont été versés sur les comptes « recherche » de University of Cape Town.

**Eduardo Franco** (Chapitres 1 et 5) a participé à des réunions de comités consultatifs et à des forums traitant des stratégies de prévention du cancer du col (vaccins contre le VPH ou tests VPH) organisés par les laboratoires Merck, Roche et Gen-Probe. Au cours des quatre dernières années, il a perçu pour ces activités des honoraires s'élevant en moyenne à US \$4 000 par laboratoire.

**Julia Gage** (Chapitre 5) a, dans le cadre de son travail pour United States National Cancer Institute (NCI) des National Institutes of Health (NIH), conduit des projets de recherche opérationnelle au Nigéria pour évaluer l'efficacité du test de dépistage careHPV fabriqué par le laboratoire Qiagen. Pour cette étude, l'ensemble des réactifs, des équipements et des fournitures ont été fournis et acheminés gracieusement par le laboratoire Qiagen, les autres aspects ayant été financés par NCI.

**Francisco Garcia** (Chapitre 5) a, alors qu'il travaillait à University of Arizona, été l'investigateur principal pour des essais cliniques portant sur différents agents innovants pour le traitement du cancer du col. Ces essais étaient conduits par University of Arizona sous contrat avec les laboratoires Roche (US \$150 000), Innovio (US \$70 000), Photocure (US \$120 000) et Roche/Ventana (US \$100 000). Pour ces essais, Francisco Garcia n'a perçu aucun revenu à titre personnel.

**José Jerónimo** (Chapitres 5 et 6) est employé par PATH, une organisation internationale à but non-lucratif travaillant dans le domaine du développement et de la distribution d'outils à faible coût et à fort impact destinés à améliorer la santé dans le monde. PATH a conclu des accords de recherche collaborative et de développement pour la mise au point d'un test VPH rapide avec le laboratoire Qiagen (careHPV) et d'un test rapide pour le dépistage du cancer du col avec le laboratoire Arbor Vita (identification des oncoprotéines E6 et E7). PATH a reçu des échantillons

et des équipements de ces deux laboratoires pour mener des études dans différents pays en vue de valider ces tests. José Jerónimo est actuellement impliqué dans un projet d'introduction à grande échelle du test VPH dans des programmes de prévention du cancer du col en population dans différents pays ; il collabore à l'élaboration, l'évaluation et l'introduction de nouvelles options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

**Enriquito Lu** (Chapitres 2 et 4) a été l'investigateur principal d'une étude sur la vaccination contre le VPH menée par Jhpiego (son employeur) sous contrat avec le laboratoire Merck ; Jhpiego est une organisation internationale à but non-lucratif. Le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une stratégie visant à fournir des services intégrés de prévention du cancer du col en Thaïlande et aux Philippines en incorporant la vaccination contre le VPH pour les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans aux programmes de dépistage et de traitement destinés aux mères. Pour cette étude, Jhpiego a reçu du laboratoire Merck la somme de US \$850 000 ainsi que des vaccins contre le VPH pour pouvoir vacciner jusqu'à 4 000 jeunes filles dans chaque pays participant. Enriquito Lu n'a perçu aucun revenu à titre personnel pour le travail réalisé dans le cadre de cette étude.

**Raul Murillo** (Chapitres 2 et 4) a été, en tant que consultant pour le laboratoire GSK, chargé d'analyser le rapport coût-efficacité du vaccin contre le VPH. Pour ce travail (qui s'est terminé en 2010), il a perçu des honoraires s'élevant à US \$5 000.

**Silvia de Sanjosé** (Chapitre 1) a reçu occasionnellement un soutien financier des laboratoires Sanofi, Merck et Qiagen pour couvrir ses frais de transport en vue de participer à des conférences nationales et internationales et d'y présenter les résultats d'études coordonnées par son institution. Les montants reçus étaient compris entre US \$1 000 et US \$3 000 environ par voyage, en fonction du lieu de la conférence. Aucun des financeurs n'est intervenu à un quelconque titre dans la présentation des résultats. Certaines études de recherche auxquelles elle a participé ont été pour partie financées par les laboratoires GSK, Sanofi Pasteur Merck Sharp & Dohme Corp. (SPMSD), Qiagen, Roche et Merck & Co., Inc., ce qui représente plus de US \$100 000 par an au cours des quatre dernières années. Aucun des financeurs n'est intervenu dans la collecte des données, l'analyse ou l'interprétation des résultats.

**Vivien Tsu** (Chapitres 2 et 5) est employée par PATH, une organisation internationale à but non-lucratif travaillant dans le domaine du développement et de la distribution d'outils à faible coût et à fort impact destinés à améliorer la santé dans le monde. Dans ce cadre, elle a participé : (1) à des projets de démonstration à grande échelle sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col dans les pays en voie de développement pour lesquels PATH a reçu des vaccins fournis gracieusement par les laboratoires GSK et Merck et des tests careHPV fournis gracieusement par le laboratoire Qiagen ; et (2) à une étude sur un schéma posologique de remplacement au Viet Nam, pour laquelle PATH a reçu des vaccins fournis gracieusement par le laboratoire Merck. PATH a reçu de la part des différents laboratoires des flacons

A2

Annexe 2. Méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, rôles des groupes techniques et des groupes de travail, gestion des conflits d'intérêts et déclaration des intérêts

de vaccins pour un projet à grande échelle ; ces dons équivalaient à US \$13,9 millions de la part du laboratoire Merck et à US \$9,1 millions de la part du laboratoire GSK. Il est important de noter que les subventions mentionnées ci-dessus sont respectivement arrivées à leur terme en 2009 et en 2010.

**Deborah Watson-Jones** (Chapitre 4), *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, a été l'investigateur principal dans un essai de phase IIIIB sur l'innocuité et l'immunogénicité d'un vaccin bivalent chez les jeunes filles âgées de 10 à 25 ans en bonne santé et qui n'étaient pas infectées par le VIH. Pour cette étude, son institution a reçu des fonds du laboratoire GSK à hauteur de £898 104. Elle a aussi dirigé une étude pilote sur l'utilisation d'un vaccin contre le VPH dans la région de Mwanza ; cette étude a reçu un don de 15 750 flacons de vaccin quadrivalent de la part de *Gardasil Access Programme*. Deborah Watson-Jones a participé à l'examen du Chapitre 4 (Vaccination contre le virus du papillome humain) en vérifiant l'exactitude du texte. Ce chapitre ne contient pas de nouvelles recommandations. Il est strictement conforme aux recommandations de l'OMS sur l'utilisation des vaccins contre le VPH publiées en 2009 et aux recommandations du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (en anglais *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*, SAGE) sur l'utilisation des vaccins contre le VPH publiées en avril 2014.

**Scott Wittet** (Chapitre 3) est employé par PATH, une organisation internationale à but non-lucratif travaillant dans le domaine du développement et de la distribution d'outils à faible coût et à fort impact destinés à améliorer la santé dans le monde. Dans ce cadre, il a participé : (1) à des projets de démonstration à grande échelle sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col dans les pays en voie de développement pour lesquels PATH a reçu des vaccins fournis gracieusement par les laboratoires GSK et Merck et des tests careHPV fournis gracieusement par le laboratoire Qiagen ; et (2) à une étude sur un schéma posologique de remplacement au Viet Nam, pour laquelle PATH a reçu des vaccins fournis gracieusement par le laboratoire Merck. PATH a reçu de la part des différents laboratoires des flacons de vaccins pour un projet à grande échelle ; ces dons équivalaient à US \$13,9 millions de la part du laboratoire Merck et à US \$9,1 millions de la part du laboratoire GSK. Scott Wittet est un expert en communication et faisait partie du GELD. Il a participé à l'élaboration et à l'examen du Chapitre 3 (Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté). Il est important de noter que les subventions mentionnées ci-dessus sont respectivement arrivées à leur terme en 2009 et en 2010.

### **Pour le Groupe d'examen externe :**

**John Paul Bogers** (Chapitres 5 et 6) est employé par l'Université d'Anvers et travaille également en tant que consultant pour SonicHealthcare Benelux pour mener des travaux de pathologie clinique et valider de nouvelles technologies dans le domaine de la néoplasie cervicale intraépithéliale (en anglais, *cervical intraepithelial neoplasia*,



soit CIN). SonicHealthcare Benelux est un laboratoire commercial qui, entre autres activités, réalise des dépistages du cancer du col (cytologie et test VPH). John Paul Bogers a également mené des travaux pour trois autres laboratoires pharmaceutiques qui ont un intérêt dans le dépistage des anomalies du col de l'utérus : (1) une validation analytique d'un test VPH pour Innogenetics (valeur du contrat : €60 000) ; (2) une validation analytique d'une machine Becton-Dickinson Pathway (valeur du contrat : €10 000) ; et (3) une revue de littérature dans le domaine du traitement des CIN pour Hologic (valeur du contrat : €5 000).

**François Xavier Bosch** (Chapitre 1), *Institute Catalane de Oncologia* (Espagne), a reçu des fonds importants et des dons substantiels de vaccins pour son institution et pour des essais de phase II-III de la part des laboratoires GSK, Merck Sharp & Dohme Corp. (MSD), Qiagen et SPMSD, sous la forme de subventions sans restriction de recherche et pour couvrir des frais d'étude. Il a également reçu des fonds pour financer des voyages pour se rendre à des réunions du conseil consultatif pour ces entreprises ou pour participer à ces réunions. Ces financements et ces activités sont en cours. Il est à noter que François Xavier Bosch n'a participé à l'élaboration d'aucune recommandation. Il a participé en tant qu'expert en épidémiologie du cancer du col de l'utérus et de l'infection à VPH à l'examen du Chapitre 1 (Généralités).

**Jessica Kahn** (Chapitre 3), Cincinnati Children's Hospital, États-Unis d'Amérique, a co-présidé deux essais cliniques sur des vaccins contre le VPH chez des hommes et des femmes vivant avec le VIH, financés par les Instituts nationaux de la Santé (NIH) des États-Unis d'Amérique et pour lesquels le laboratoire Merck a fourni des vaccins et des tests d'immunogénicité. Elle a également présidé un comité d'examen de *Society for Adolescent Health and Medicine* pour l'octroi de financements pour des projets de démonstration destinés à améliorer la vaccination des adolescentes. *Society for Adolescent Health and Medicine* a reçu des fonds sans restriction du laboratoire Merck pour la mise en œuvre du programme de subvention. Jessica Kahn reçoit un salaire de *Society for Adolescent Health and Medicine* pour mettre en œuvre le programme de subvention. En tant que spécialiste de la santé des adolescents, elle a participé exclusivement à l'examen du Chapitre 3 (Mobilisation, éducation et conseil au niveau de la communauté). Sa principale contribution à cet examen a concerné les informations sur la manière d'atteindre les adolescentes et de communiquer avec elles.

**Achim Schneider** (Chapitre 6), Charité Centrum à Berlin, a été membre du conseil consultatif et conférencier pour les laboratoires GSK, Sanofi Pasteur et Karl Storz, desquels il a reçu respectivement €15 000, €5000 et un montant annuel de €40 000. Il n'a pas reçu de soutien des laboratoires GSK et Sanofi Pasteur depuis 2013, et n'a pas reçu de soutien du laboratoire Karl Storz depuis octobre 2013.

## Annexe 3. Lutte contre les infections

A2

Annexe 2. Méthodologie utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices, rôles des groupes techniques et des groupes de travail, gestion des conflits d'intérêts et déclaration des intérêts

Les précautions standards (précautions systématiques ou précautions de base) pour la lutte contre les infections sont simples et des mesures doivent être prises pour prévenir la propagation des infections afin de protéger les patientes, vous-même ainsi que les autres agents de santé. (1)

La mise en œuvre des précautions standards de lutte contre les infections pour les soins de tous les patients et à tout moment est justifiée par les raisons suivantes :

- même si un patient ne présente aucun signe ou symptôme d'infection au moment de la consultation ou du traitement, il peut être contagieux, car il est peut-être en période d'incubation d'une maladie infectieuse ;
- un patient peut être porteur asymptomatique d'un virus à diffusion hématogène (par exemple le VIH ou le virus de l'hépatite B, C ou D) et/ou d'autres virus, ou peut être colonisé par des micro-organismes multirésistants.

**Vaccination.** En tant que partie intégrante de la mise en œuvre des précautions standard de lutte contre les infections, les agents de santé doivent être vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination, tant pour leur propre protection que pour la protection des patients et des autres agents de santé.

**Éducation et formation.** Les agents de santé et les autres classes de personnels concernées doivent recevoir des informations adéquates et une formation pratique pour la lutte contre les infections. Un programme d'éducation à la lutte contre les infections doit faire partie du programme d'accueil et d'orientation des membres du personnel lorsqu'ils arrivent dans un nouveau service. Tous les membres du personnel doivent également recevoir régulièrement une formation de recyclage pour actualiser leurs connaissances et leurs pratiques de travail ; cette mesure est particulièrement importante lors de l'introduction de nouveaux équipements et/ou de nouvelles procédures.

**Hygiène des mains.** L'hygiène des mains est une meure essentielle pour prévenir les infections croisées. Le matériel nécessaire pour une hygiène des mains adéquate (par exemple du produit hydro-alcoolique) doit donc être disponible et les pratiques effectuées dans les conditions indiquées dans les lignes directrices de l'OMS (WHO guidelines on hand hygiene in health care) (2) et rappelées ci-dessous :

1. avant le contact avec un patient ;
2. avant le geste aseptique (par exemple l'insertion de dispositifs comme des cathéters) ;
3. après le risque d'exposition à un liquide biologique ;
4. après le contact avec un patient ;
5. après le contact avec l'environnement du patient.

En outre, les mains doivent être décontaminées immédiatement avant et après le port de gants, le port de gants n'étant pas un substitut à l'hygiène des mains.

Les produits hydro-alcooliques sont plus efficaces pour la décontamination des mains que le lavage des mains avec de l'eau et du savon. Mais ils ne peuvent être utilisés que si les mains sont physiquement propres. Si les mains sont visiblement sales et/ou contaminées par du sang et/ou des liquides biologiques, il faut les laver soigneusement à l'eau et au savon, puis les sécher avec une serviette en papier propre ou une serviette en tissu à usage unique. La durée recommandée pour effectuer la procédure d'hygiène des mains est de 40 à 60 secondes pour le lavage des mains à l'eau et au savon, et de 20 à 40 secondes avec un produit hydro-alcoolique.

**Équipement de protection individuelle.** Il est de la responsabilité des employeurs de veiller à ce que les éléments appropriés des équipements de protection individuelle (gants, tabliers, blouses, masques, protection oculaire, etc.) soient disponibles.

Les gants stériles et les gants non stériles sont généralement en latex. Si un agent de santé ou un patient présente des antécédents d'allergie au latex, il faut utiliser des gants sans latex pour éviter la survenue de réactions anaphylactiques.

Les gants stériles sont utilisés pour empêcher le transfert de micro-organismes de l'agent de santé vers le patient au cours de procédures qui exigent une asepsie. Ils protègent aussi les agents de santé contre les agents pathogènes présents dans le sang et/ou liquides biologiques auxquels ils peuvent être exposés au cours des interventions chirurgicales ou des procédures invasives. Ils doivent être utilisés pour toutes les interventions chirurgicales et toutes les procédures aseptiques.

Les gants non stériles sont utilisés pour protéger les agents de santé des micro-organismes ou des infections qu'ils pourraient contracter des patients ou d'un environnement contaminé. Ils doivent être utilisés chaque fois qu'il y a une possibilité d'être en contact avec du sang et/ou des liquides biologiques, des sécrétions ou des excréctions ou la possibilité d'être en contact avec des micro-organismes infectieux et dangereux, par contact direct ou indirect avec des patients ou des matériels/équipements dans l'environnement.

Si les gants sont endommagés ou percés au cours d'une procédure, il est essentiel de les retirer immédiatement, de se laver soigneusement les mains, puis d'enfiler de nouveaux gants. Il est important de se rappeler que le port de gants n'est pas un substitut à l'hygiène des mains.

En fonction du type de procédure et de l'évaluation des risques, le type de gants approprié doit être utilisé pour effectuer les différents examens ou les différentes procédures cliniques, par exemple la cryothérapie, les biopsies du col de l'utérus, le curetage endocervical et la résection à l'anse diathermique (RAD).

Les autres éléments faisant partie de l'équipement de protection individuelle (par exemple les tabliers, les blouses, les masques, les protections oculaires) doivent être utilisés de manière appropriée en fonction de l'évaluation des risques de la procédure à réaliser.

**Manipulation et élimination des déchets contaminés.** Les déchets contaminés sont dangereux, et il est donc essentiel que tous les déchets cliniques, notamment les matériels et matériaux piquants ou coupants, soient éliminés correctement, en suivant les directives et les règlements en vigueur localement.

Il est essentiel de :

- jeter tout matériel jetable souillé par du sang et/ou des liquides biologiques comme des déchets hospitaliers, dans un sac plastique fermé hermétiquement ou dans un collecteur à piquants/tranchants agréé, en suivant les directives en vigueur localement ;
- manipuler tous les matériels et matériaux piquants ou coupant avec précaution et jeter tous les matériels et matériaux piquants ou coupant ainsi que les aiguilles et les seringues contaminés dans un collecteur à piquants/tranchants rigide, étanche et résistant aux perforations ; ces collecteurs doivent être éliminés en suivant les directives en vigueur localement.

Après le traitement de chaque patient, l'endroit où le traitement a été réalisé doit être nettoyé soigneusement et tous les matériels/équipements doivent être nettoyés et décontaminés soigneusement en suivant les protocoles en vigueur. À la fin de la session, la pièce doit être soigneusement nettoyée, et toutes les surfaces touchées par des mains doivent être désinfectées.

**Traitement des instruments réutilisables.** Tous les instruments qui ont été en contact avec le vagin ou le col de l'utérus (par exemple : spéculum vaginal, une pince à biopsie, sondes cryogéniques, équipement de cryochirurgie) doivent être nettoyés soigneusement, puis décontaminés par stérilisation ou désinfection poussée, en fonction des instructions du fabricant.

Il n'est pas possible d'indiquer dans ce document l'ensemble des procédures de décontamination à suivre pour chaque matériel et chaque équipement. Les lecteurs peuvent se référer au manuel publié par l'Organisation panaméricaine de la Santé *Sterilization manual for health centers* qui est actuellement en cours de mise à jour. (3)

## Références bibliographiques

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2);S65– S164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007.
2. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf), consulté le 16 juillet 2014).
3. Acosta-Gnass SI, de Andrade Stempliuk V. *Sterilization manual for health centers*. Washington (DC), Pan American Health Organization, 2009 ([http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Sterilization\\_Manual\\_Health\\_Centers\\_2009.pdf](http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Sterilization_Manual_Health_Centers_2009.pdf), consulté le 26 mai 2014).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> En cours de mise à jour ; paraîtra sous un nouveau titre : *Decontamination and reprocessing manual for healthcare facilities*.

## Annexe 4. Systèmes de classification du cancer et des lésions précancéreuses

A4

Annexe 4. Systèmes de classification du cancer et des lésions précancéreuses

Il existe dans le monde plusieurs systèmes de classification et de dénomination des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Ils s'appuient tous sur la cytologie et l'histologie (voir le tableau ci-dessous). Les systèmes de classification les plus utiles sont ceux qui tiennent compte des connaissances acquises ces dernières décennies sur l'histoire naturelle de la maladie.

**Le système de classification des néoplasies cervicales intraépithéliales** (en anglais *cervical intraepithelial neoplasia*, CIN) fut conçu en 1968, afin de prendre en compte les différentes histoires naturelles associées aux différents degrés de dysplasie [CIN1 (dysplasie légère) ; CIN2 (dysplasie modérée) ; CIN3 (dysplasie sévère)]. Il est encore utilisé dans de nombreux pays pour le compte-rendu de la cytologie, bien qu'au sens strict du terme, il devrait être utilisé uniquement pour le compte-rendu de l'histologie (examen microscopique d'échantillons tissulaires).

Le système Bethesda a été élaboré dans les années 1990 par le National Cancer Institute des États-Unis d'Amérique. Il est destiné uniquement au compte-rendu de la cytologie (pour rendre les résultats de l'examen microscopique des frottis). Dans ce système, les CIN2 et les CIN3 sont rassemblées en un seul groupe sous le terme de lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade

(LIEHG), car il est en effet difficile, voire impossible, de les discerner d'un point de vue purement cytologique. Les résultats de type CIN1 sont quant à eux appelés lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG). La classification Bethesda de 2001 divise les cellules atypiques en deux catégories : les ASC-US (cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée, en anglais *atypical squamous cells of undetermined significance*) et les ASC-H (cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade, en anglais *atypical squamous cells: cannot exclude a high-grade squamous (intra) epithelial lesion*). L'OMS recommande cette dernière classification pour le compte-rendu de la cytologie (Annexe 5).



Annexe 5

Système de Bethesda

**Tableau 2.1. Lésions précancéreuses du col de l'utérus : différentes terminologies employées pour le compte-rendu des résultats de la cytologie et de l'histologie**

Classification cytologique (employée pour le dépistage)		Classification histologique (employée pour le diagnostic)	
Pap (frottis)	Système Bethesda	CIN	Classifications descriptives OMS
Classe I	Normal	Normal	Normal
Classe II	ASC-US ASC-H	Atypie	Atypie
Classe III	LIEBG	CIN1, y compris condylome plan	Koïlocytose
Classe III	LIEHG	CIN2	Dysplasie modérée
Classe III	LIEHG	CIN3	Dysplasie sévère
Classe IV	LIEHG	CIN3	Carcinome in situ
Classe V	Cancer invasif	Cancer invasif	Cancer invasif

CIN : néoplasie cervicale intraépithéliale ; LIEBG : lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade ; LIEHG : lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade ; ASC-US : cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée ; ASC-H : cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade.

**La Classification internationale des maladies (CIM)** est la norme internationale utilisée pour attribuer un code aux causes de maladies et aux causes de décès. Sa version actuelle (10<sup>ème</sup> révision) est utilisée dans 110 pays.

Le système de codage de la CIM pour les dysplasies et les néoplasies du col de l'utérus suit le schéma OMS indiqué dans la colonne de droite du tableau. Les références à LIEHG et CIN/LIEBG sont toutes les deux incluses dans la CIM.<sup>3</sup> Pour l'enregistrement des cas de cancer et pour permettre une description plus détaillée des changements dans les tissus (histopathologie), une adaptation de la CIM a été élaborée : la CIM pour l'oncologie (ICD-O). Cette classification dispose de codes détaillés pour le site de la tumeur et un ensemble supplémentaire de codes pour l'histopathologie.<sup>4</sup>

La classification CIM-O des différents types de tissus néoplasiques est basée sur l'histopathologie ou sur la morphologie de la tumeur. Elle utilise les informations fournies par le travail du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC)

<sup>3</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/classifications/icd>.

<sup>4</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://pubcan.org>.

qui est régulièrement publié dans les séries *WHO/IARC Classification of Tumours*.<sup>5</sup> Concernant les tumeurs et les dysplasies du col de l'utérus, la quatrième édition du document *WHO classification of tumours of female reproductive organs* a été publiée à la fin du mois de mars 2014.<sup>6</sup>

Le cheminement clinique pour déterminer le traitement et le pronostic d'un cancer dépendent de son histopathologie et de son extension (ou stade). La classification TNM des tumeurs malignes de *Union for International Cancer Control* (UICC) est un système basé sur la description de la taille et de l'extension du cancer. Elle décrit la taille de la tumeur (T), les ganglions lymphatiques atteints (N pour *lymph node* en anglais) et les métastases à distance (M). Les stades TNM sont basés soit sur la description clinique, soit sur la classification anatomopathologique (pTNM).<sup>7</sup> Le système de classification TNM est compatible avec la classification clinique produite par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)<sup>8</sup> (voir la Section 6.3 du Chapitre 6).

A4

Annexe 4. Systèmes de classification du cancer et des lésions précancéreuses

---

<sup>5</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iarc.fr/en/publications/list/bb/index.php>.

<sup>6</sup> Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH, editors. *WHO classification of tumours of female reproductive organs*, volume 6 (4th edition). Lyon, International Agency for Research on Cancer 2014.

<sup>7</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.uicc.org/resources/tnm>.

<sup>8</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.figo.org/publications/annual>.



## Annexe 5. Le système de Bethesda 2001<sup>9</sup>

### Qualité du prélèvement

- Satisfaisant (indiquer la présence ou l'absence d'éléments de la zone de remaniement endocervicale).
- Non satisfaisant (préciser la raison).
- Rejeté/non traité (préciser la raison).
- Traité et interprété, mais insuffisant pour une évaluation des anomalies épithéliales (préciser la raison).

### Classification générale (facultatif)

1. Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité.
2. Anomalie des cellules épithéliales.
3. Autres.

### Interprétation et résultat

#### 1. Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité

Microorganismes :

- *Trichomonas vaginalis* ;
- éléments mycéliens de type *Candida* ;
- anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ;
- bactéries de type *Actinomyces* ;
- modifications cellulaires évoquant un herpes simplex.

Autres modifications non-néoplasiques (compte-rendu facultatif, liste non exhaustive) :

- modifications cellulaires réactionnelles - inflammation (y compris les processus de réparation) ;
- irradiation ;
- présence d'un dispositif intra-utérin ;
- présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ;
- atrophie.

<sup>9</sup> Cette classification en catégories peut être utilisée pour rendre les résultats des frottis vaginaux.

Source : Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;**287**(16):2114–9.

## 2. Anomalies des cellules épithéliales

Cellules épidermoïdes (malpighiennes)

- Atypie des cellules épidermoïdes (ASC) :
  - de signification indéterminée (ASC-US) ;
  - ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade (ASC-H).
- Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG).
- Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG).
- Carcinome cellulaire épidermoïde.

Cellules glandulaires

- Atypie des cellules glandulaires (AGC) (préciser : endocervicales, endométriales ou sans autre indication).
- Atypie des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie (préciser : endocervicales ou sans autre indication).
- Adénocarcinome endocervical in situ (AIS).
- Adénocarcinome.

### 3. Autres (liste non exhaustive)

- Cellules endométriales chez les femmes de plus de 40 ans.

## Annexe 6. Modèles de formulaires de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)

### Modèle de formulaire 6.1. Carte personnelle de vaccination pour les jeunes filles

Cette carte de vaccination doit être conservée par la jeune fille. D'autres vaccinations peuvent y être ajoutées.

L'en-tête de la carte peut contenir les champs suivants :

- Nom de la jeune fille
- Date de naissance
- Numéro d'identification unique
- Coordonnées
- Site où la vaccination a lieu : District et structure de santé ou école (ou autre lieu hors site).

Vaccin (nom de marque)	Dates d'administration de cette dose (JJ/MM/AAAA)	Date de retour pour recevoir la prochaine dose (JJ/MM/AAAA)	Observations (ex : effets secondaires, réactions allergiques ou autres remarques)
VPH1			
VPH2			
VPH3 (le cas échéant)			
Autres vaccins			

La carte peut contenir des messages appropriés sur la vaccination contre le VPH (par exemple le nombre de doses de vaccins nécessaire) ainsi que des messages d'éducation à la santé appropriés et adaptés à la tranche d'âge sur d'autres interventions de santé préventives, par exemple sur les sujets indiqués ci-dessous.

Prévention primaire :

- éducation à la santé sexuelle
- conseil sur la contraception et services de contraception, y compris les préservatifs
- soutien à la prévention et à l'arrêt du tabagisme
- activité physique
- nutrition

Prévention secondaire :

- dépistage des anomalies du col de l'utérus lorsque la jeune fille sera plus âgée.

**Modèle de formulaire 6.2. Formulaires de suivi de la couverture de la vaccination contre le VPH par les agents de santé au niveau des sites assurant le service de vaccination<sup>10</sup>**

### **1. Registre destiné aux agents de santé réalisant la vaccination contre le VPH**

Instructions.

- Utiliser un registre par site de vaccination (Tableau 1).
- Enregistrer chaque jeune fille en notant son nom, son adresse, sa date de naissance, la date de vaccination par le VPH1 ou par le VPH2,<sup>11</sup> et l'âge auquel chaque dose a été administrée (noter l'âge donné par la jeune fille ou par sa mère).<sup>12</sup>
- Lorsqu'une jeune fille revient pour recevoir le VPH2, utiliser sa carte de vaccination personnelle pour retrouver où elle figure dans le registre et vérifier si elle doit bien recevoir le VPH2.

<sup>10</sup> Source : outils et guides de l'OMS sur le suivi de la couverture de la vaccination contre le VPH (disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>).

<sup>11</sup> VPH1 et VPH2 : ces numéros indiquent la première dose et la deuxième dose administrée dans la série recommandée pour la vaccination contre le VPH.

<sup>12</sup> Le registre doit enregistrer à la fois la date de naissance et l'âge déclaré au moment de l'administration de chaque dose de vaccin. Lorsque la date de naissance et l'âge de la jeune fille ne sont pas connus, l'agent de santé qui administre le vaccin doit faire une estimation en fonction des informations dont il dispose pour déterminer l'âge. Sinon ces informations seront manquantes pour les calculs de couverture.

**Tableau 1. Registre destiné aux agents de santé réalisant la vaccination contre le VPH**

<b>District :</b> _____							
<b>Ville/village :</b> _____							
<b>Site de vaccination :</b> _____							
Nom	Adresse	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	VPH1		VPH2		Commentaires
			Dates d'administration (JJ/MM/AAAA)	Âge de la jeune fille (années)	Dates d'administration (JJ/MM/AAAA)	Âge de la jeune fille (années)	

## 2. Feuille de comptage pour enregistrer le nombre de doses de vaccin contre le VPH administrées en une journée de vaccination

Instructions pour le comptage du nombre de doses de vaccin contre le VPH administrées, par numéro de dose (VPH1, VPH2 et VPH3) et par âge.

- Remplir une feuille de comptage par jour de vaccination.
- Pour enregistrer chaque jeune fille vaccinée, noircir un zéro sur la feuille de comptage en fonction de la dose de vaccin contre le VPH administrée et de l'âge de la jeune fille.
- À la fin de chaque journée de vaccination, calculer les sous-totaux de doses de vaccin contre le VPH administrées, par numéro de dose et par âge :
  - compter et noter le nombre de zéros noircis pour chaque numéro de dose de vaccin contre le VPH par catégorie d'âge ;
  - pour les sous-totaux égaux à 0, ne pas laisser en blanc mais enregistrer clairement le chiffre zéro avec une barre en travers (Ø).

Tableau 2. Feuille de comptage pour enregistrer le nombre de doses de vaccin contre le VPH administrées en une journée

Date de la journée de vaccination (JJ/MM/AAAA) : / /	District : _____					
	Ville/village : _____					
	Site de vaccination : _____					
Âge (années)	Nombre de doses de VPH1 administrées		Nombre de doses de VPH2 administrées		Colonne de vérification facultative (total de chaque rangée)	
9	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	9ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	9ansVPH2=		
10	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	10ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	10ansVPH2=		
11	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	11ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	11ansVPH2=		
12	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	12ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	12ansVPH2=		
13	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	13ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	13ansVPH2=		
14	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	14ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	14ansVPH2=		
≥15	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	15ansVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	15ansVPH2=		
Inconnu	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	IncoVPH1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	IncoVPH2=		
Colonne de vérification facultative (total de chaque colonne)	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000		0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000		Grand total=	

A6

Annexe 6. Modèles de formulaires de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)

**Modèle de formulaire 6.3. Compte-rendu de la couverture nationale de la vaccination contre le VPH pour le formulaire conjoint d'enregistrement OMS-UNICEF13**

**Instructions pour remplir le tableau.** Déclarer le nombre de vaccinations contre le VPH administrées aux personnes de sexe féminin en fonction de leur âge au moment de l'administration pour chacune des doses recommandées de vaccin contre le VPH. Si l'âge est inconnu mais qu'il peut être estimé, enregistrer l'estimation de l'âge. Par exemple, si la vaccination est proposée exclusivement aux jeunes filles en classe de 6ème et que les jeunes filles de cette classe sont pour la plupart âgées de 11 ans, toutes les vaccinations par dose faites dans ce cadre peuvent être enregistrées comme des vaccinations pour les jeunes filles âgées de 11 ans.

**Doses de vaccin contre le VPH administrées :**

Femmes			
Vaccins administrés (âge en années)	1ère dose	2ème dose	3ème dose
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15+			
Âge inconnu			

A6

Annexe 6. Modèles de formulaires de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)

<sup>13</sup> Des informations et des ressources supplémentaires sont disponibles sur la page web de l'OMS *Immunization surveillance, assessment and monitoring* ([http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/)).

**Modèle de formulaire 6.4. Déclaration des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI)**

Ce formulaire doit être rempli par un agent de santé et renvoyé à l'administrateur du programme de vaccination ou à l'autorité sanitaire appropriée au niveau local (ou suivant une autre procédure, en fonction du système statistique en place dans le pays).

**Informations démographiques**

Nom de famille :				Prénom :		Numéro d'identification :	
Adresse :				Date de naissance : (JJ/MM/AA) ___/___/___ ou, Âge : _____ ans _____ mois			
Région :		District :		Sexe : _____ masculin _____ féminin			
Établissement de santé (ou centre de vaccination) :				Personne remplissant le formulaire (agent de santé)			
Vaccin(s) administré(s)*	Voie d'administration	Point d'injection	Numéro de lot du vaccin	Numéro de lot de diluant	Fabricant**	Date d'expiration du vaccin	Date d'expiration du diluant

\* Si l'événement fait suite à une vaccination systématique, noter le nom et le numéro de dose, par exemple Rougeole1, DTC-2, VPO-2.

\*\* Donner des informations sur le diluant, le cas échéant.



### Description de la MAPI

Date de vaccination	Date de début de la MAPI	Délais d'apparition	Date du rapport
<b>Cocher la(les) case(s) et décrire la(les) manifestation(s)</b>			
<input type="checkbox"/> Réaction locale sévère : >3 jours ____ Au-delà de l'articulation la plus proche ____ Hospitalisation ____ <input type="checkbox"/> Abscès : stérile ____ bactérien ____ <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Syndrome du choc toxique		<input type="checkbox"/> Réaction anaphylactique <input type="checkbox"/> Anaphylaxie <input type="checkbox"/> Convulsions, y compris les convulsions fébriles <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie	
<input type="checkbox"/> Autre MAPI (préciser). Utiliser des feuilles supplémentaires si nécessaire			
<b>Issue :</b>			
<input type="checkbox"/> Récupération totale <input type="checkbox"/> Hospitalisation :		<input type="checkbox"/> Récupération partielle Date d'hospitalisation (JJ/MM/AA) ___/___/___ Date de sortie (JJ/MM/AA) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Décès :	
		<input type="checkbox"/> Inconnue Date de décès (JJ/MM/AA) ___/___/___	
<b>Antécédents médicaux (notamment l'existence d'antécédents de réaction similaire ou d'autres allergies) et toute autre information pertinente (par exemple la présence d'autres cas).</b> Utiliser des feuilles supplémentaires si nécessaire.			

### À remplir au niveau du bureau provincial ou du bureau du district

<b>Date de réception du rapport :</b> (JJ/MM/AA) ___/___/___	<b>Vérfié par :</b>
<b>Besoin d'une enquête supplémentaire ?</b> ___ Oui ___ Non	Si oui, date de début de l'enquête : (JJ/MM/AA) ___/___/___
<b>Enquêteur :</b>	<b>Numéro de l'enquête MAPI :</b>
<b>Évaluation de la causalité :</b>	<b>Degré de certitude :</b>

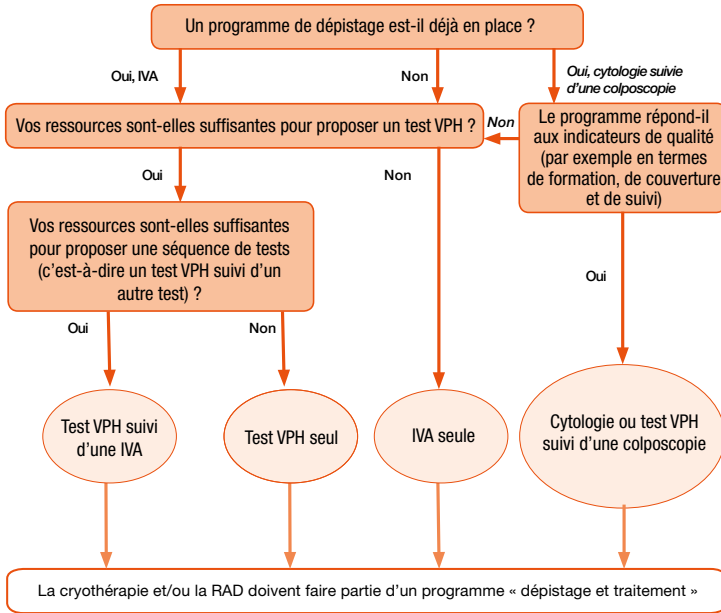
## Annexe 7. Diagramme d'aide à la décision pour les stratégies « dépistage et traitement »

A7

Annexe 7. Diagramme d'aide à la décision pour les stratégies « dépistage et traitement »

Ce diagramme d'aide à la décision, ou algorithme, consiste en un arbre décisionnel à utiliser comme outil de référence simple pour choisir une stratégie « dépistage et traitement » au niveau d'un programme. Les administrateurs de programme et les décideurs peuvent commencer par le haut du diagramme et répondre aux questions au fur et à mesure pour déterminer l'option de dépistage et l'option de traitement les mieux adaptées au contexte où la stratégie sera mise en œuvre. Ce diagramme porte une attention particulière aux choix liés aux ressources, celles-ci pouvant comprendre les coûts, le personnel et la formation. Les administrateurs de programme devront toutefois également tenir compte d'autres facteurs, comme par exemple le nombre de femmes perdues de vue lors de l'utilisation d'une stratégie qui nécessite d'effectuer plus d'un test de dépistage. Des orientations plus précises sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus (2013)*<sup>14</sup>. Des détails supplémentaires sur le déroulement de chaque stratégie « dépistage et traitement » (par exemple test VPH suivi d'une IVA) se trouvent dans les diagrammes de l'Annexe 8 (femmes qui ne présentent pas d'infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu) ou de l'Annexe 9 (femmes qui présentent une infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu dans les zones à forte endémie d'infection à VIH).

<sup>14</sup> Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).



Remarque : chaque bulle rose pâle fait référence à une stratégie de l'Annexe 8 (femmes qui ne présentent pas d'infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu) ou de l'Annexe 9 (femmes qui présentent une infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu dans les zones à forte endémie d'infection à VIH).

## Annexe 8. Diagrammes pour les stratégies « dépistage et traitement » (femme dont le statut par rapport au VIH est négatif ou n'est pas connu)

Les diagrammes ci-dessous donnent une description des différentes étapes pour chacune des stratégies « dépistage et traitement » disponibles. Ils ne donnent pas d'indications sur la stratégie privilégiée. Des orientations sur les stratégies recommandées se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » fournies au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus (2013)*<sup>15</sup> et dans le diagramme d'aide à la décision figurant à l'Annexe 7. Des informations détaillées sur les facteurs spécifiques pris en considération par le groupe d'experts lors de l'élaboration des recommandations se trouvent dans les tableaux « des données jusqu'aux recommandations » pour chacune des recommandations (document Supplemental material, sections A et B).

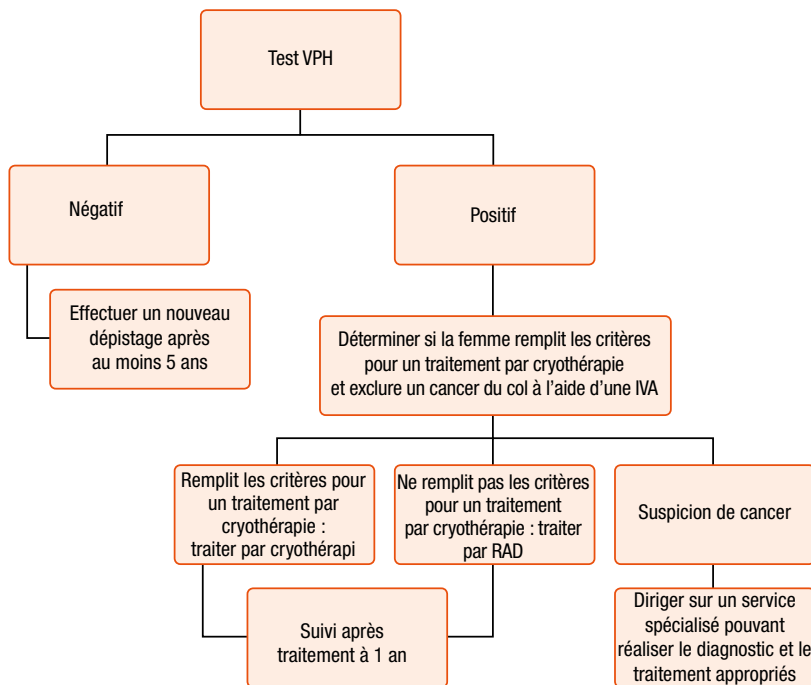


Annexe 7  
Diagramme d'aide à la décision

### Dépistage par test VPH et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie

Un traitement est fourni lorsqu'un test VPH est positif. Avec cette stratégie, l'IVA est utilisée pour déterminer si la femme remplit les critères pour être traitée par cryothérapie

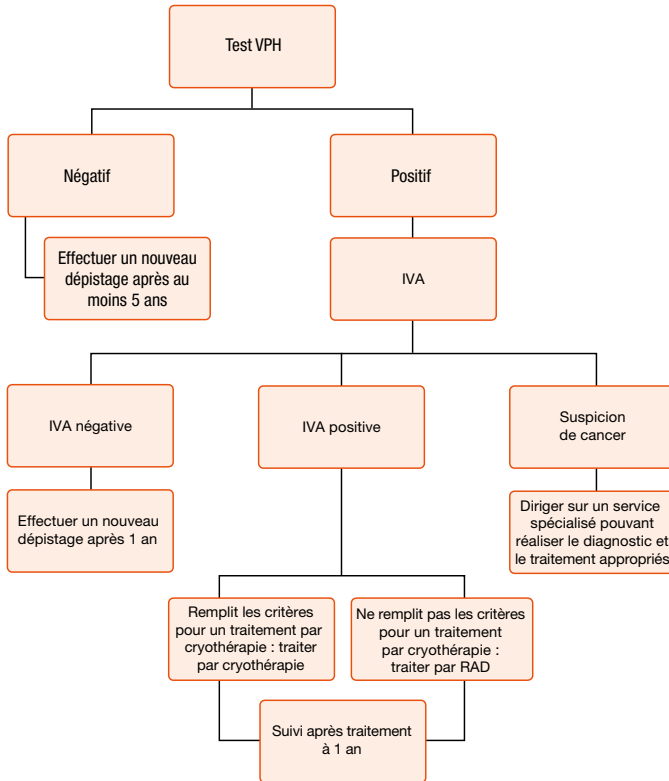
<sup>15</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).

## Dépistage par test VPH suivi d'une IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie

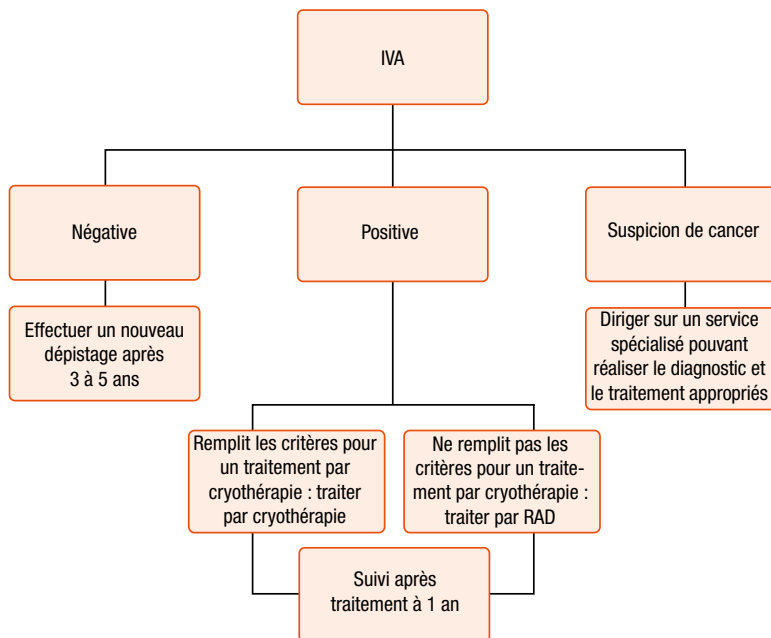
Quand un test VPH s'avère positif, une IVA est effectuée comme deuxième dépistage pour déterminer si un traitement doit être proposé ou non. Le traitement n'est réalisé que si le test VPH et l'IVA sont TOUS LES DEUX positifs.



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

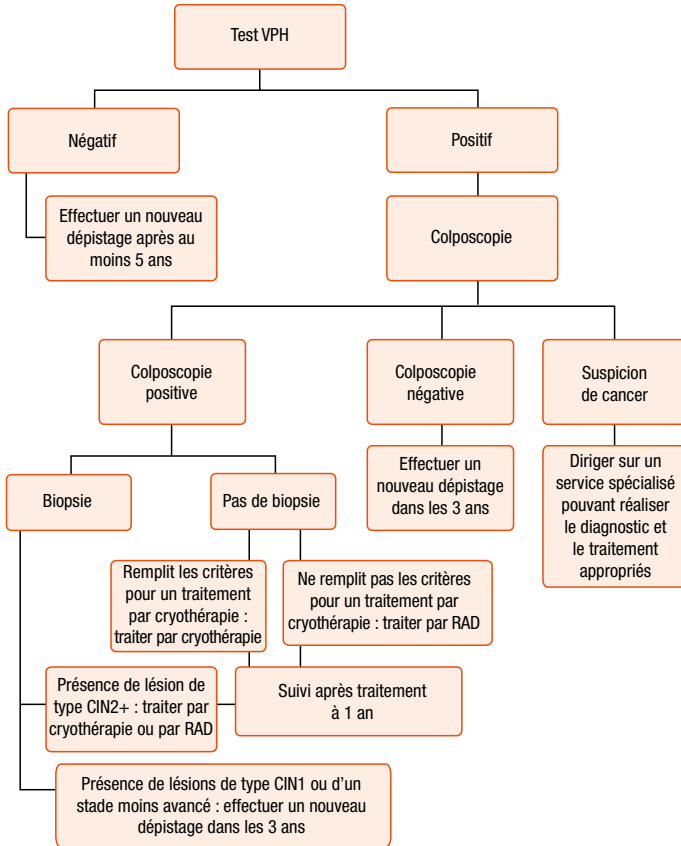
## Dépistage par IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

### Dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie)<sup>18</sup> et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie



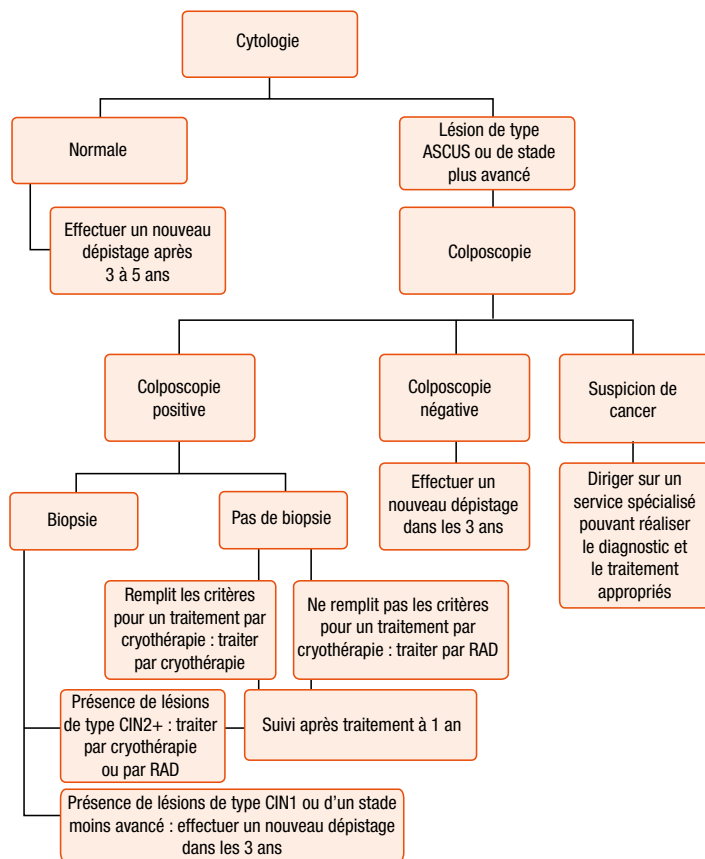
Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Une femme pour qui l'impression colposcopique est positive peut bénéficier d'une biopsie pour confirmation histologique ou être traitée immédiatement.

<sup>19</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).



## Dépistage par cytologie suivie d'une colposcopie (avec ou sans biopsie)<sup>20</sup> et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Une femme pour qui l'impression colposcopique est positive peut bénéficier d'une biopsie pour confirmation histologique ou être traitée immédiatement.

<sup>21</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

## **Annexe 9. Diagrammes pour les stratégies « dépistage et traitement » (femme qui présente une infection à VIH ou dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu dans les zones à forte endémie d'infection à VIH)**

Les diagrammes ci-dessous donnent une description des différentes étapes pour chacune des stratégies « dépistage et traitement » disponibles. Ils ne donnent pas d'indications sur la stratégie privilégiée. Des orientations sur les stratégies recommandées se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » fournies au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013)<sup>22</sup> et dans le diagramme d'aide à la décision figurant à l'Annexe 7. Des informations détaillées sur les facteurs spécifiques pris en considération par le groupe d'experts lors de l'élaboration des recommandations se trouvent dans les tableaux « des données jusqu'aux recommandations » pour chacune des recommandations (document Supplemental material, sections A et B).

A9

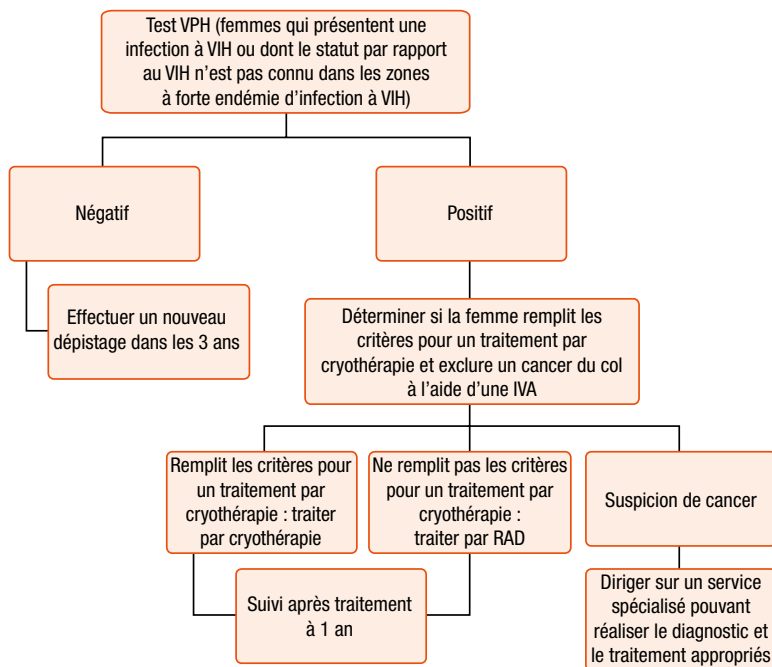
Annexe 9. Diagrammes pour les stratégies « dépistage et traitement »

---

<sup>22</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

### Dépistage par test VPH et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie

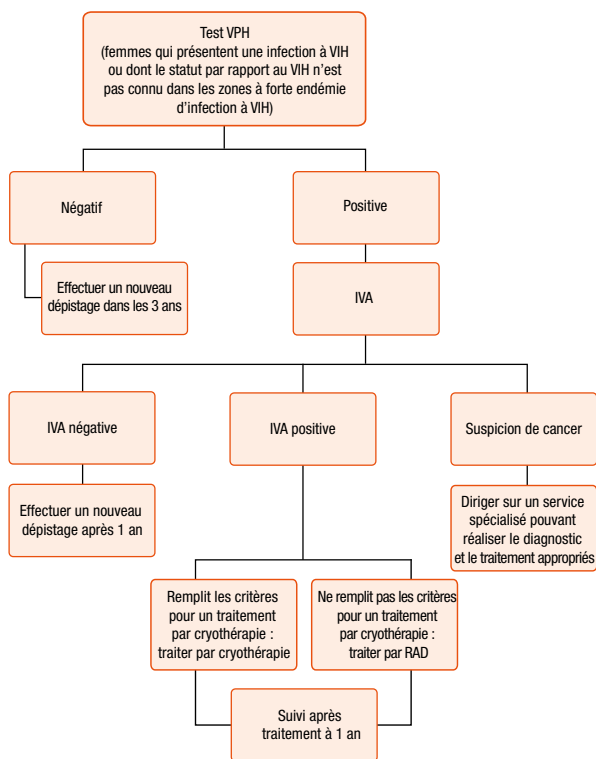
Un traitement est fourni lorsqu'un test VPH est positif. Avec cette stratégie, l'IVA est utilisée pour déterminer si la femme **remplit les critères** pour être traitée par cryothérapie.



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).

## Dépistage par test VPH suivi d'une IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie

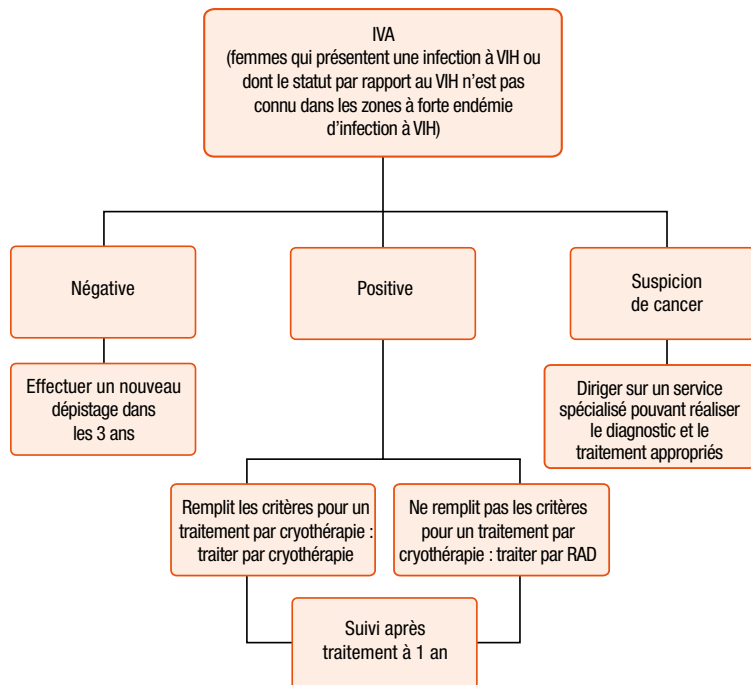
Quand un test VPH s'avère positif, une IVA est effectuée comme deuxième dépistage pour déterminer si un traitement doit être proposé ou non. Le traitement n'est réalisé que si le test VPH et l'IVA sont TOUS LES DEUX positifs.



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

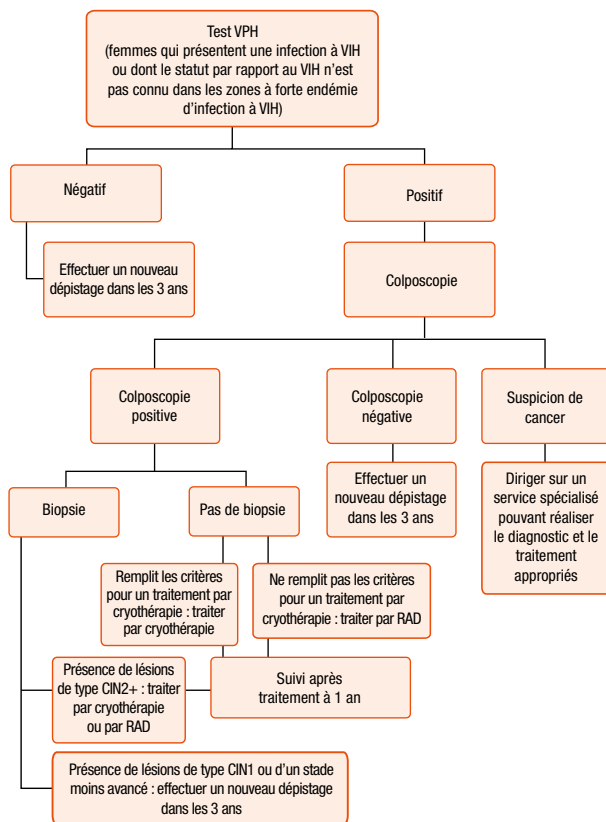
## Dépistage par IVA et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs particuliers à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

## Dépistage par test VPH suivi d'une colposcopie (avec ou sans biopsie)<sup>25</sup> et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie

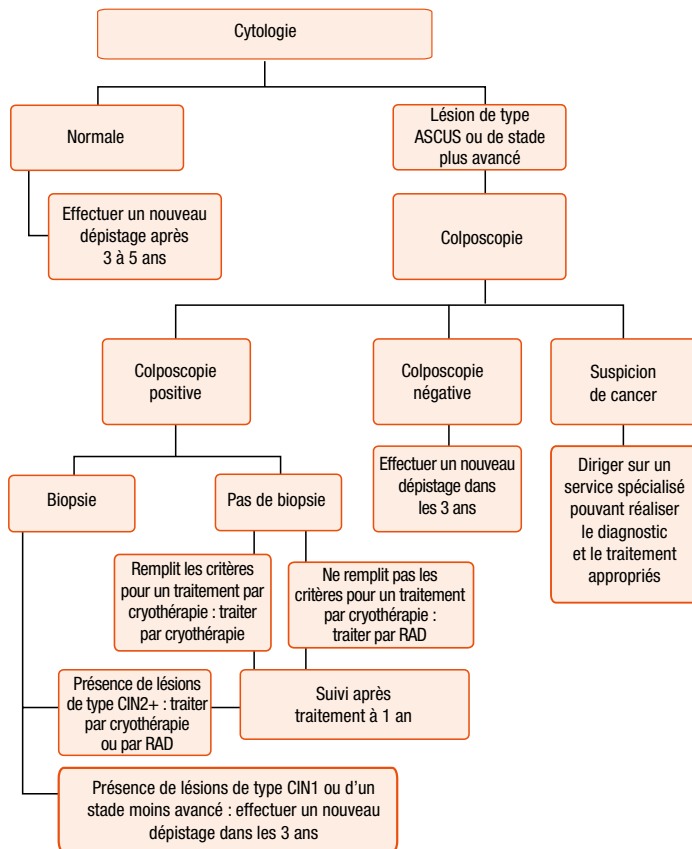


Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 du document *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (2013).<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Une femme pour qui l'impression colposcopique est positive peut bénéficier d'une biopsie pour confirmation histologique ou être traitée immédiatement.

<sup>26</sup> Les lignes directrices et des supports d'information supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

## Dépistage par cytologie suivie d'une colposcopie (avec ou sans biopsie)<sup>27</sup> et traitement par cryothérapie, ou par RAD si la femme ne remplit pas les critères pour être traitée par cryothérapie



Remarque : des orientations sur les stratégies recommandées et des informations sur les facteurs à prendre en considération pour décider de la stratégie à retenir se trouvent dans les recommandations « dépistage et traitement » qui figurent au Chapitre 3 de ces lignes directrices.

<sup>27</sup> Une femme pour qui l'impression colposcopique est positive peut bénéficier d'une biopsie pour confirmation histologique ou être traitée immédiatement.

## Annexe 10. Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade FIGO

### Considérations générales pour le traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade

Stade FIGO	Caractéristiques de la patiente	Options possibles	Commentaires ou complications potentielles
Remarque : la classification FIGO est basée sur l'examen clinique.	<p>En cas de lésions visibles, le diagnostic doit être confirmé par biopsie.</p> <p>Examens biologiques à envisager : numération formule sanguine, tests de la fonction rénale, tests de la fonction hépatique, test VIH, sérologie de la syphilis.</p>	<p>Investigations à envisager pour établir le stade : palpation, inspection, colposcopie, curetage endocervical, hystérocopie, cystoscopie, rectoscopie, pyélogramme intraveineux, radiographie du thorax, radiographie du squelette.</p>	<p>Possibilité de réaliser un scanner, une imagerie par résonance magnétique (IRM) et/ou un PET-scan.</p>
<p>IA1/IA2 : cancer strictement limité au col de l'utérus.</p> <p>A1 : profondeur <math>\leq 3</math> mm ; largeur <math>&lt; 7</math> mm</p> <p>A2 : profondeur <math>&gt; 3</math> mm et <math>\leq 5</math> mm ; largeur <math>&lt; 7</math> mm</p>	<p>Pas de lésion macroscopique visible</p> <p>A1 : désir de procréation.</p> <p>A1 : pas de désir de procréation.</p> <p>A2 : désir de procréation.</p> <p>A2 : pas de désir de procréation.</p>	<p>Biopsie par conisation du col pour déterminer la profondeur et la largeur.</p> <p>A1 : biopsie par conisation à marges saines et suivi rapproché</p> <p>Hystérectomie après la procréation.</p> <p>A1 : hystérectomie.</p> <p>A2 : biopsie par conisation à marges saines ou trachélectomie radicale avec évaluation de l'envahissement lymphatique.</p> <p>A2 : hystérectomie radicale modifiée et curage ganglionnaire.</p>	<p>Les biopsies par conisation et la trachélectomie radicale peuvent augmenter le risque de prématurité en cas de désir de procréation.</p> <p>Après la procréation, envisager un traitement final par hystérectomie ou par hystérectomie radicale modifiée.</p>



Stade FIGO	Caractéristiques de la patiente	Options possibles	Commentaires ou complications potentielles
<p>IB : cancer cliniquement limité au col, ou lésion infra clinique plus étendue que le stade A2.</p> <p>IB1 : ≤ 4 cm</p> <p>IB2 : &gt; 4 cm</p>	<p>Tumeurs &lt;2 cm avec envahissement du col &lt;50 % : possibilité, en consultation avec des experts, d'envisager un traitement moins radical (hystérectomie radicale modifiée).</p>	<p>Radiothérapie avec chimiothérapie concomitante.</p> <p>Hystérectomie radicale et curage ganglionnaire de la cavité pelvienne.</p>	<p>Le taux de fistule urétrale est faible et similaire pour les deux modes de traitement.</p> <p>La radiothérapie provoque une insuffisance ovarienne chez les femmes avant la ménopause.</p>
<p>II : extension au-delà de l'utérus, mais pas d'extension à la paroi pelvienne ni au tiers inférieur du vagin.</p> <p>IIA : atteinte des deux tiers supérieurs du vagin, pas d'atteinte paramétriale.</p> <p>IIB : atteinte paramétriale.</p>	<p>Cancer IIA avec extension limitée à la partie supérieure du vagin : possibilité, en consultation avec des experts, de traiter par hystérectomie radicale et curage ganglionnaire pelvien.</p>	<p>Principal mode de traitement. : radiothérapie avec chimiothérapie concomitante.</p>	<p>Effets secondaires à long terme de la radiothérapie sur la vessie et sur l'intestin.</p>
<p>III : extension à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin.</p> <p>IIIA : tiers inférieur du vagin</p> <p>IIIB : paroi pelvienne</p>	<p>Toute patiente qui présente une hydronéphrose ou un rein muet est considérée comme stade III, sauf si ces problèmes sont expliqués par une autre cause.</p>	<p>Principal mode de traitement. : radiothérapie avec chimiothérapie concomitante.</p>	<p>Effets secondaires à long terme de la radiothérapie sur la vessie et sur l'intestin.</p>
<p>IV : extension au-delà du petit bassin ou envahissement de la muqueuse vésicale ou rectale.</p> <p>IVA : extension aux organes pelviens adjacents.</p> <p>IVB : métastases à distance.</p>	<p>Le traitement doit être fortement individualisé en fonction du bilan d'extension précis de la maladie.</p>	<p>Envisager un traitement par radiothérapie et/ou chimiothérapie, en fonction des caractéristiques de la maladie chez chaque patiente.</p>	<p>Patientes au stade IVB (maladie fortement métastasée) : possibilité de soins palliatifs seuls ou conjointement à un autre traitement.</p>

Stade FIGO	Caractéristiques de la patiente	Options possibles	Commentaires ou complications potentielles
Récidive après traitement chirurgical initial.	À déterminer en consultation avec des experts	En cas de récidive localisée, un traitement par radiothérapie ou par chimiothérapie + radiothérapie peut être bénéfique.	
Récidive après traitement initial par radiothérapie.	À déterminer en consultation avec des experts	En cas de récidive localisée, un traitement chirurgical ou un traitement par exentération peut être bénéfique.	

*Sources :*

Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. *Principles and practice of gynecologic oncology*, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;119(Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

## Annexe 11. Modèles de formulaires<sup>28</sup>

### Modèle de formulaire 11.1. Modèle de lettre destiné à une patiente chez qui le test de dépistage s'avère anormal et qui n'est pas revenue au moment prévu pour recevoir ses résultats ou pour le traitement

Date \_\_\_\_\_

Chère \_\_\_\_\_ (nom de la patiente),

Nous vous écrivons afin de vous rappeler que vous devez venir au \_\_\_\_\_ [centre de santé/hôpital] pour recevoir les résultats du test de dépistage effectué le \_\_\_\_\_ [date du test de dépistage]. Nous vous attendions la semaine dernière, mais comme vous n'êtes pas revenue, nous nous permettons de vous adresser cette lettre.

Votre test de dépistage indique en effet la présence d'anomalies au niveau du col (entrée de l'utérus), ce qui nécessite une nouvelle visite de votre part pour un \_\_\_\_\_ (diagnostic complémentaire/traitement). *(Si l'anomalie détectée n'est pas un cancer invasif, vous pouvez ajouter : les modifications observées ne montrent pas qu'il s'agit d'un cancer, mais sont susceptibles d'évoluer en cancer en l'absence de traitement.)*

Nous vous demandons de venir dès que possible, dans les deux prochaines semaines, afin que nous puissions vous donner toutes les informations nécessaires, répondre à vos questions et prévoir avec vous d'autres consultations.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au \_\_\_\_\_.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

\_\_\_\_\_ (agent de santé)

<sup>28</sup> Source : adapté du document Cervical Health Implementation Project (CHIP), University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth. Implementing cervical screening in South Africa, volume I: a guide for programme managers. South Africa, CHIP - National Department of Health, 2004 ([http://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp\\_manual\\_vol\\_1.pdf](http://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp_manual_vol_1.pdf)).

**Modèle de formulaire 11.2. Modèle de carte pouvant être utilisé dans le cadre d'un système permettant de suivre les patientes ayant besoin de refaire un test de dépistage**

A11

Annexe 11. Modèles de formulaires

**Dépistage des anomalies du col de l'utérus**

**Fiche d'identification : test de dépistage – rappel de la patiente**

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de la patiente : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date du test de dépistage : \_\_\_\_\_

Résultat du test de dépistage : \_\_\_\_\_

Date à laquelle on a demandé  
à la patiente de revenir : \_\_\_\_\_

**Suivi :**

Date à laquelle le test de dépistage a été refait : \_\_\_\_\_

Mesure prise, si la patiente n'est pas revenue :

Envoi d'un message (date) \_\_\_\_\_

Autre mesure : \_\_\_\_\_

**Remarques :**

**Modèle de formulaire 11.3. Modèle de carte pouvant être utilisé dans le cadre d'un système permettant de suivre les patientes ayant besoin d'être orientées vers un service spécialisé pour une évaluation ou un diagnostic**

A11

Annexe 11. Modèles de formulaires

**Dépistage des anomalies du col de l'utérus**

**Fiche d'identification : orientation vers un service spécialisé**

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de la patiente : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date du test de dépistage : \_\_\_\_\_

Résultat du test de dépistage : \_\_\_\_\_

Rendez-vous pris dans le service suivant : \_\_\_\_\_ (nom du service)

Date du rendez-vous pris : \_\_\_\_\_

**Suivi des actions :**

Date à laquelle la patiente a été informée  
de son rendez-vous dans un service spécialisé : \_\_\_\_\_

Résultat de cette orientation : \_\_\_\_\_

**Modèle de formulaire 11.4. Modèle de lettre pouvant être utilisé par les services spécialisés où sont orientées les patientes pour donner le résultat des évaluations réalisées**

À l'intention de : \_\_\_\_\_

[nom du service où est orientée la patiente]

Nom de la patiente : \_\_\_\_\_ Numéro de la patiente : \_\_\_\_\_

Centre de santé d'origine : \_\_\_\_\_

[nom du centre de santé d'origine]

Cette patiente a été vue dans notre établissement le (date) : \_\_\_\_\_

Tests diagnostiques réalisés : \_\_\_\_\_

Date de réalisation : \_\_\_\_\_

Diagnostic final : \_\_\_\_\_

Prise en charge : \_\_\_\_\_

Suivi recommandé : \_\_\_\_\_

En vous remerciant de nous avoir adressé cette patiente. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de plus amples informations.

Cordialement,

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

## Annexe 12. Traitement des infections du col de l'utérus et des infections génitales hautes<sup>29</sup>

### Traitement des infections du col de l'utérus

En cas d'infection du col de l'utérus, la femme et son partenaire doivent être traités et recevoir un conseil sur l'utilisation du préservatif.

Traitement de la gonorrhée et de l'infection à chlamydia non compliquées		
<b>Couverture</b>	<b>Premier choix</b> Choisir 1 traitement dans chacune des cases ci-dessous (= 2 médicaments)	<b>Situations particulières : grossesse, allaitement ou âge &lt;16 ans</b> Choisir 1 traitement dans chacune des cases ci-dessous (= 2 médicaments)
<b>Gonorrhée*</b>	<b>Ceftriaxone*</b> 250 mg par injection intramusculaire, en dose unique <b>Céfixime</b> 400 mg par voie orale, en prise unique	<b>Céfixime</b> 400 mg par voie orale, en prise unique <b>Ceftriaxone</b> 250 mg par injection intramusculaire, en dose unique
<b>Infection à chlamydia</b>	<b>Azithromycine</b> 1 g par voie orale, en prise unique <b>Doxycycline</b> 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours	<b>Érythromycineb</b> 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours <b>Azithromycine</b> 1 g par voie orale, en prise unique <b>Amoxicilline</b> 500 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours

\* Les informations contenues dans ce tableau sont conformes aux recommandations de l'OMS de 2011 sur le traitement des infections du col de l'utérus. Ces recommandations sont en cours de mise à jour en raison d'un haut niveau de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux quinolones et de l'apparition d'une diminution de la sensibilité au céfixime et à la ceftriaxone (céphalosporines à large spectre). Les pays doivent être encouragés à tenir compte des caractéristiques de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* dans leurs directives nationales.

<sup>29</sup> *Management of sexually transmitted infections: regional guidelines*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

a. L'utilisation de la doxycycline, de la tétracycline, de la ciprofloxacine, de la norfloxacine et de l'ofloxacine doit être évitée au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein.

b. L'utilisation de l'estolate d'érythromycine est contre-indiquée au cours de la grossesse en raison de sa toxicité hépatique ; seuls l'érythromycine base et l'éthylsuccinate d'érythromycine peuvent être utilisés.

### Traitement ambulatoire des infections génitales hautes

En cas d'infection génitale haute, le partenaire de la femme doit être traité contre la gonorrhée et contre l'infection à chlamydia, et le couple doit recevoir un conseil sur l'utilisation du préservatif.

Traitement en prise unique contre la gonorrhée PLUS traitement multidose contre l'infection à Chlamydia PLUS traitement multidose contre les infections anaérobies	
<b>Couverture</b>	Choisir 1 traitement dans chacune des cases (= 3 médicaments)
<b>Gonorrhée*</b>	<b>Ceftriaxone</b> : <sup>a</sup> 250 mg par injection intramusculaire, en dose unique <b>Céfoxitine</b> : 2 g par injection intramusculaire, en dose unique
<b>Infection à Chlamydia</b>	<b>Doxycycline</b> : <sup>b</sup> 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours <b>Érythromycine</b> : <sup>c</sup> 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours
<b>Infections à anaérobies</b>	<b>Métronidazole</b> : <sup>d</sup> 400 à 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours

\* Les informations contenues dans ce tableau sont conformes aux recommandations de l'OMS de 2011 sur le traitement des infections du col de l'utérus. Ces recommandations sont en cours de mise à jour en raison d'un haut niveau de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux quinolones et de l'apparition d'une diminution de la sensibilité au céfixime et à la ceftriaxone (céphalosporines à large spectre). Les pays doivent être encouragés à tenir compte des caractéristiques de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* dans leurs directives nationales.

<sup>a</sup> Il est possible d'augmenter la dose en fonction des profils de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* dans le pays (vérifier ce qui est stipulé dans les directives nationales).

<sup>b</sup> L'utilisation de la doxycycline est contre-indiquée au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein. Les infections génitales hautes sont rares pendant la grossesse.

<sup>c</sup> L'utilisation de l'estolate d'érythromycine est contre-indiquée au cours de la grossesse en raison de sa toxicité hépatique ; seuls l'érythromycine base et l'éthylsuccinate d'érythromycine peuvent être utilisés.

<sup>d</sup> Les patientes sous métronidazole doivent être averties qu'elles ne doivent pas consommer d'alcool.



Remarque. Chez les patientes atteintes d'une infection génitale haute aiguë, une hospitalisation doit être envisagée dans les cas suivants :

- impossibilité d'exclure une urgence chirurgicale, par exemple une appendicite ou une grossesse extra-utérine ;
- suspicion d'abcès pelvien ;
- maladie grave rendant impossible la prise en charge en ambulatoire ;
- grossesse ;
- patiente adolescente ;
- patiente incapable de suivre ou de tolérer un traitement ambulatoire ;
- absence de réponse au traitement ambulatoire.

A12

## Annexe 13. Préparation de la solution de Monsel

A13

Annexe 13. Préparation de la solution de Monsel

### Qu'est-ce que la solution de Monsel ?

La solution de Monsel est une pâte épaisse et collante qui agit rapidement. Elle est appliquée sur les zones hémorragiques du col de l'utérus afin d'arrêter l'écoulement de sang. Elle peut être utile après une cryothérapie, un prélèvement de biopsie ou une résection à l'anse diathermique. Il s'agit d'un produit caustique, susceptible d'abîmer les tissus ; il ne faut donc pas la laisser en place trop longtemps, ni placer de tampon de gaze dans le vagin après son utilisation.

Ingrédients	Quantité
1. Sulfate ferrique	15 g
2. Sulfate ferreux	Quelques grains
3. Eau stérile pour le mélange	10 ml
4. Amidon glycérimé (voir préparation à la page suivante)	12 g

### Préparation

Faire attention, car la réaction est exothermique (émission de chaleur).

1. Dans un bécher en verre, ajouter quelques grains de sulfate ferreux à 10 ml d'eau stérile. Agiter.
2. Ajouter le sulfate ferrique et dissoudre en remuant à l'aide d'une tige de verre. La solution doit devenir limpide.
3. Peser l'amidon glycérimé dans un mortier en verre (voir les instructions de préparation ci-dessous). Bien mélanger.
4. Ajouter lentement la solution de sulfate ferrique à l'amidon glycérimé, sans cesser de remuer jusqu'à complète homogénéisation.
5. Conserver dans une bouteille en verre fumé sombre de 25 ml.

Remarque : la plupart des praticiens préfèrent ne pas fermer la bouteille, pour permettre à la solution de s'évaporer jusqu'à l'obtention d'une consistance pâteuse, semblable à celle de la moutarde. Cela peut prendre entre 2 et 3 semaines selon l'environnement. Le flacon devra ensuite être fermé hermétiquement pour assurer la conservation de cette solution que l'on pourra, au besoin, délayer avec un peu d'eau stérile.

Étiquette : Solution de Monsel

À conserver dans un endroit frais

Usage externe uniquement

À utiliser avant : [jour/mois/année] (un an à partir de la date de préparation)

## Préparation de l'amidon glycéiné

Ingrédients	Quantité
1. Amidon	30 g
2. Eau stérile pour mélanger	30 ml
3. Glycérine	390 g

### Préparation

1. Dans un creuset en porcelaine, dissoudre l'amidon dans l'eau stérile.
2. Ajouter la glycérine. Bien mélanger.
3. Chauffer le creuset au-dessus d'un bec Bunsen, sans cesser de mélanger son contenu avec une spatule jusqu'à obtention d'une pâte épaisse.

Remarque : ne pas trop chauffer, sinon le mélange jaunit.

Étiquette : Amidon glycéiné  
À conserver dans un endroit frais  
Usage externe uniquement  
À utiliser avant : [jour/mois/année] (un an à partir de la date de préparation)

## **Annexe 14. Compte-rendu anatomopathologique en cas de cancer du col de l'utérus**

A14

Annexe 14. Compte-rendu anatomopathologique en cas de cancer du col de l'utérus

### **Hystérectomie radicale pour le traitement d'un cancer du col de l'utérus**

#### **1. Procédure pour l'analyse des échantillons**

- Colorer la surface antérieure et la surface postérieure du col avec des couleurs différentes.
- Avant de commencer la dissection, mesurer le cul de sac vaginal antérieur et le cul de sac vaginal postérieur.
- L'étude d'une coupe horizontale passant par le col au-dessus de la zone de remaniement aide à évaluer les marges d'exérèse. Les blocs doivent aller jusqu'à la ligne d'exérèse marquée à l'encre. Penser à enregistrer les numéros de cassettes pour les lames que l'on souhaite examiner, etc.
- Des coupes para-sagittales et des coupes coronales passant par l'exocol et par les culs de sac vaginaux doivent être réalisées.
- Les ganglions lymphatiques doivent être analysés.

#### **2. Informations à enregistrer**

- Type et stade (différenciation) de la tumeur.
- Taille de la tumeur (dans ses trois dimensions).
- Localisation principale de la tumeur.
- Profondeur de l'envahissement et distance par rapport aux lignes d'exérèse au niveau du paramètre en position antérieure, postérieure, gauche et droite.
- Longueur du cul de sac vaginal, et présence ou absence d'un envahissement des culs de sac vaginaux par la tumeur invasive ou par la CIN.
- Présence ou absence d'un envahissement de l'espace vasculaire.
- Nombre de ganglions lymphatiques examinés de chaque côté et nombre présentant des métastases.

**Modèle de formulaire 14.1. Formulaire de compte-rendu - Hystérectomie radicale**

Résumé :

- Type de tumeur : \_\_\_\_\_
- Différenciation : \_\_\_\_\_
- Localisation principale : \_\_\_\_\_

- Taille (dimensions maximales) : \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm

- Profondeur maximale

de l'envahissement : \_\_\_\_\_ mm Situation : \_\_\_\_\_

- Distance par rapport aux lignes d'exérèse :

Antérieure \_\_\_\_\_ mm Postérieure \_\_\_\_\_ mm

Gauche \_\_\_\_\_ mm Droite \_\_\_\_\_ mm

- Culs de sac : Antérieur \_\_\_\_\_ mm Postérieur \_\_\_\_\_ mm

- Envahissement lymphatique et/ou vasculaire :

Ganglions lymphatiques (nombre avec métastases/nombre total examiné) :

Iliaque externe gauche \_\_\_\_\_ Iliaque externe droit \_\_\_\_\_

Iliaque interne gauche \_\_\_\_\_ Iliaque interne droit \_\_\_\_\_

Obturateur gauche \_\_\_\_\_ Obturateur droit \_\_\_\_\_

Autres (préciser) \_\_\_\_\_

A14

## Glossaire

G

Glossaire

Remarque : les définitions figurant dans ce glossaire renvoient aux termes utilisés dans le contexte de ce guide. Il se peut que les définitions du dictionnaire soient plus larges et d'ordre plus général.

**activité extra-institutionnelle (de proximité)** : activité menée en dehors de l'enceinte des établissements de santé et destinée à atteindre des populations cibles avec pour objectif d'accroître leurs connaissances sur certains problèmes de santé particuliers et d'améliorer leur accès aux services de santé

**adénocarcinome** : cancer présentant des caractéristiques glandulaires, comme c'est le cas des tumeurs qui se développent à partir de l'épithélium cylindrique (glandulaire) du canal endocervical

**annexes** : tissus et organes situés sur les côtés de l'utérus, englobant les trompes de Fallope, les ovaires et les ligaments

**approche syndromique** : approche du traitement d'une infection d'après ce que l'on sait des principales causes des symptômes observés. Il est ainsi possible de traiter une infection du col par antibiothérapie dirigée à la fois contre *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, sans avoir fait auparavant d'analyse pour savoir lequel des deux pathogènes est présent

**biopsie** : ablation de petits échantillons de tissu anormal pour réaliser un diagnostic à l'aide d'un examen microscopique

**bivalent** : vaccin qui agit en stimulant une réponse immunitaire contre deux antigènes différents ; par exemple Cervarix est un vaccin bivalent qui aide à protéger le corps contre l'infection par le VPH de type 16 et par le VPH de type 18, ces deux types de virus étant responsables de la plupart des cas de cancer du col de l'utérus<sup>1</sup>

**bourgeonnant** : caractère d'une croissance tumorale irrégulière et saillante

**cancer microvasif du col** : cancer strictement limité au col de l'utérus, ne dépassant pas 5 mm en profondeur et 7 mm de large ; son diagnostic ne peut se faire que par l'examen microscopique

**carcinome in situ (CIS)** : stade préinvasif du cancer, affectant toute l'épaisseur de la couche épithéliale qui tapisse ou recouvre un organe (ici, le col de l'utérus), mais sans infiltrer la membrane basale

<sup>1</sup> Source : adapté du document *United States National Cancer Institute (NCI) Dictionary of Cancer Terms* ([www.cancer.gov/dictionary](http://www.cancer.gov/dictionary)).

**CD4** : les CD4 (groupe de différenciation 4, en anglais *cluster of differentiation 4*, soit CD4) sont des glycoprotéines présentes à la surface de certains globules blancs (lymphocytes T) ; chez un patient, le nombre de CD4 indique le stade de l'infection à VIH ou le stade sida

**cellules atypiques** : observées sur un frottis cervical, ces cellules suggèrent une anomalie, mais ne permettent pas de conclure

**cofacteur** : facteur qui contribue à amplifier l'effet d'un agent responsable d'une modification ; le cofacteur seul n'est généralement pas actif

**colposcopie** : examen du col de l'utérus, du vagin et de la vulve au moyen d'un instrument qui permet d'observer le col de l'utérus sous un fort éclairage avec grossissement, et de distinguer ainsi les différents motifs cellulaires dans la couche épithéliale (surface) et les vaisseaux sanguins

**condylome (verruës génitales ou anales)** : lésion ayant l'aspect d'une verrue, provoquée par les types de VPH à faible risque ; s'observe aussi dans les cas de syphilis chronique

**conisation à froid** : exérèse d'une zone en forme de cône du col de l'utérus, y compris une partie de l'extérieur du col (exocol) et une partie de l'intérieur du col (endocol) ; cette exérèse est généralement réalisée dans un hôpital ; la quantité de tissu enlevée dépend de la taille de la lésion et de la probabilité de trouver un cancer invasif

**conseil** : conseils ou orientations fournis, généralement en tête-à-tête, par une personne compétente afin de faciliter le processus de décision personnel ; le conseil est généralement mené en privé et de manière confidentielle

**coût-efficacité** : évalue une activité ou un procédé, d'après le rapport entre l'effet bénéfique qu'il (elle) exerce sur une maladie ou une condition physique et son coût (en argent, en équipement ou en temps)

**couverture** : proportion de toutes les personnes ciblées qui bénéficient d'un service particulier pendant un temps donné

**cryothérapie** : application d'un disque de métal glacé (sonde cryogénique) sur le col et congélation des zones qui présentent des anomalies (ainsi que des zones saines) couvertes par ce disque ; elle permet de détruire les lésions précancéreuses du col en les congelant (il s'agit donc d'une méthode d'ablation)

**curetage endocervical** : prélèvement obtenu en grattant délicatement la surface du canal endocervical pour récupérer des cellules à l'aide d'un instrument spécial ou d'une spatule ; il s'agit d'un acte simple qui prend à peine quelques minutes.

**curiethérapie (encore appelée brachythérapie ou radiothérapie intracavitaire) :**

type de radiothérapie pour laquelle les éléments radioactifs scellés dans des aiguilles, des grains, des fils ou des cathéters, sont placés directement au sein ou à proximité de la tumeur<sup>2</sup>

**cytologie :** examen de la structure cellulaire au microscope. Les anomalies observées sont souvent confirmées par une biopsie

**cytopathologiste/cytotechnicien/cytologiste :** personne formée à l'examen microscopique des frottis pour y rechercher la présence ou l'absence de cellules anormales

**dépistage négatif :** résultat d'un test de dépistage qui ne montre aucune anomalie

**dépistage positif :** résultat d'un test de dépistage qui montre une anomalie

**dépistage :** intervention de santé publique conduite sur une population cible asymptomatique. Son but n'est pas de diagnostiquer une maladie, mais d'identifier les individus qui ont une forte probabilité de contracter ou de développer cette maladie ou un stade précurseur de cette maladie

**dysplasie :** cellules d'aspect anormal au microscope, mais qui ne correspondent pas à un cancer<sup>3</sup>

**éducation sanitaire :** échange d'informations dans le but d'accroître la sensibilisation et les connaissances sur la façon de rester en bonne santé et de prévenir les maladies, y compris en diffusant des informations sur les services disponibles et les avantages apportés par l'utilisation de ces services

**efficacité potentielle :** capacité d'un traitement à produire l'effet souhaité

**efficacité réelle :** mesure dans laquelle un traitement a réussi à atteindre son objectif (réduire la maladie) dans une population cible

**efficience :** effets ou résultats obtenus, au regard des moyens mis en œuvre en terme de coûts, de ressources et de temps

**électroréssection à l'anse diathermique (RAD) :** suppression des zones anormales du col de l'utérus et de la zone de remaniement dans son entier à l'aide d'un fil métallique mince en forme d'anse (boucle) alimenté par une unité d'électrochirurgie ; cet outil en forme d'anse permet dans le même temps de couper les tissus et d'assurer la coagulation ; la coagulation est ensuite achevée à l'aide d'une électrode à boucle.

<sup>2</sup> Source : *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

<sup>3</sup> Source : *NCI Dictionary of Cancer Terms*.



**épidémiologie** : étude de la distribution et des déterminants des états ou des événements en rapport avec la santé (y compris des maladies) et mise en application de cette étude dans la lutte contre les maladies et d'autres problèmes de santé

**épithélium** : revêtement composé d'une ou plusieurs couches de cellules ; assure généralement un rôle protecteur de l'organe qu'il tapisse

**étude pilote** : projet de démonstration conduit au sein d'une population limitée, destiné généralement à évaluer la performance, mais pas nécessairement les résultats (pour cela, il faut faire l'essai sur une population plus importante)

**évaluation** : évaluation systématique et objective, en fonction d'objectifs et en prenant en compte les ressources et les structures utilisées, de différents aspects d'un ensemble d'actions : pertinence, adéquation, état d'avancement, efficience, efficacité et impact

**exophytique** : dont la croissance se fait vers l'extérieur

**faux négatif** : calculé à partir de la sensibilité d'un test ; personne qui reçoit un résultat faussement négatif au test et qui ne recevra pas le traitement dont elle a besoin, son statut positif pour le test n'ayant pas été détecté

**faux positif** : calculé à partir de la spécificité d'un test ; personne qui reçoit un résultat faussement positif au test et qui recevra un traitement alors qu'elle n'en a pas besoin

**fiabilité ou reproductibilité** : capacité d'un traitement ou d'un examen à donner des résultats semblables lorsqu'il est répété plusieurs fois

**fistule** : communication anormale entre deux organes creux ; en cas de cancer du col, une fistule peut se former entre le vagin et le rectum, du fait de l'extension des lésions cancéreuses ou d'une complication tardive de la radiothérapie

**histologie** : étude de la structure microscopique des tissus ; l'examen histologique est réalisé sur de fines tranches de tissus après coloration afin de déterminer la présence ou l'absence de maladies

**histopathologie** : étude des modifications présentes dans les tissus du fait d'une maladie ; l'examen histopathologique utilise les mêmes méthodes que lors de l'examen histologique, mais il est réalisé sur des échantillons de biopsies de tissu anormal

**hystérectomie** : ablation chirurgicale de l'utérus et, parfois, du col de l'utérus (l'ablation de l'utérus et du col de l'utérus est appelée « hystérectomie totale » ; l'ablation de l'utérus seul est appelée « hystérectomie partielle »)<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Source : *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

**hystérotomie** : intervention chirurgicale consistant à ouvrir la cavité utérine

**imagerie par résonance magnétique (IRM)** : procédé utilisant des ondes radio et un aimant de forte puissance relié à un ordinateur qui permet de créer des images détaillées de zones situées à l'intérieur du corps (les images sont de meilleure qualité que celles obtenues par tomographie ou par radiographie classique) ; elle permet parfois de montrer des différences entre les tissus normaux et les tissus pathologiques<sup>5</sup>

**immunocompétent** : avoir la capacité de produire une réponse immunitaire normale<sup>6</sup>

**immunodéprimé** : avoir un système immunitaire affaibli (dont la capacité de résister à une attaque par des germes et d'autres substances étrangères est diminuée, comme par exemple chez les personnes vivant avec le VIH)

**induration** : durcissement d'un tissu, notamment de la peau, causé par un œdème, une inflammation ou une infiltration due à une lésion néoplasique<sup>7</sup>

**infiltrant** : envahissement vers l'intérieur

**jonction pavimento-cylindrique** : jonction entre l'épithélium cylindrique (également appelé épithélium glandulaire) et l'épithélium pavimenteux (également appelé épithélium malpighien) au niveau du col de l'utérus ; elle fait partie de la zone de remaniement<sup>8</sup> (voir également le terme « zone de remaniement »)

**koilocytose** : état de certaines cellules caractérisé par la présence de vacuoles autour du noyau

**laparoscopie** : procédure réalisée en insérant un laparoscope (instrument en forme de tube étroit muni d'une source de lumière et d'une lentille permettant la visualisation) à travers la paroi abdominale pour examiner l'intérieur de l'abdomen

**laparotomie** : incision chirurgicale de la paroi abdominale

**lésion intra-épithéliale de haut grade (LIEHG)** : terme utilisé dans la classification Bethesda pour désigner une anomalie du col qui a une forte probabilité d'évoluer jusqu'au stade de cancer, si elle n'est pas traitée. Les CIN2 et les CIN3 font partie des lésions intra-épithéliales dites de haut grade

<sup>5</sup> Source : adapté du document *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

<sup>6</sup> Source : *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

<sup>7</sup> Source : définition tirée de *Mosby's Medical Dictionary*, 8th edition, Elsevier, 2009, citée dans *The Free Dictionary*, disponible en ligne ([medical-dictionary.thefreedictionary.com](http://medical-dictionary.thefreedictionary.com)).

<sup>8</sup> Source : Mukonoweshuro P, Oriowolo A, Smith M. Audit of the histological definition of cervical transformation zone. *J Clin Pathol.* 2005;**58**(6):671.

**lésion intra-épithéliale épidermoïde (LIE) :** lésion précancéreuse ou anomalie des cellules pavimenteuses tapissant le col de l'utérus. La classification Bethesda fait la distinction entre les LIE de bas grade (LIEBG) et de haut grade (LIEHG). Cette classification sert uniquement au compte-rendu des résultats de la cytologie

**membrane basale :** fine couche tissulaire sous-jacente à l'épithélium

**ménarche :** âge auquel une jeune femme a ses premières règles

**métaplasie :** remplacement d'un tissu par un autre, par exemple passage d'un épithélium cylindrique à un épithélium pavimenteux

**métastase :** tumeur apparaissant dans un organe à distance de la tumeur d'origine (tumeur parentale) et très semblable à cette tumeur d'origine

**mobilisation de la communauté :** processus permettant d'engager des communautés et de susciter un soutien pour toutes les personnes ayant besoin de services de santé, ce qui génère un sentiment d'être partie prenante et une participation de ces communautés

**néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) :** lésion précancéreuse affectant le revêtement du col (épithélium). L'examen microscopique permet son diagnostic. On classe ces lésions en CIN 1, 2 et 3, en fonction de l'épaisseur de l'épithélium affectée par l'anomalie (épithélium affecté sur 1/3 de son épaisseur, 2/3 de son épaisseur ou toute son épaisseur)

**néoplasie :** processus de croissance anormale ou formation d'une tumeur parfois maligne

**oncogénique :** qui a la capacité ou le potentiel pour provoquer la croissance de cellules cancéreuses ou de tumeurs

**opioïde :** médicament employé pour soulager les fortes douleurs ; la morphine en fait partie

**paramètre :** zone située entre l'utérus et la paroi pelvienne

**pathologie :** étude de la maladie et de ses effets sur les tissus de l'organisme

**péritoïne :** fine membrane tissulaire continue, tapissant les parois et les organes de la cavité abdominale

**persistant :** caractère d'une lésion ou d'une maladie qui ne disparaît pas au bout d'un certain temps

**prévention primaire :** mesures prises pour éviter l'exposition aux principales causes d'une maladie ; dans le cas du cancer du col, il s'agit de prévenir l'infection par le VPH

**prévention secondaire** : niveau de la médecine préventive qui met l'accent sur le diagnostic précoce, l'utilisation des services d'orientation-recours et la mise en route rapide du traitement pour arrêter l'évolution de processus pathologiques ou d'un handicap<sup>9</sup>

**prévention tertiaire** : niveau de la médecine préventive consacré à la réhabilitation et au retour des patients à un état de l'utilité maximale avec un minimum de risque de récurrence d'une maladie physique ou mentale<sup>10</sup>

**pronostic** : prévision du résultat d'un traitement fondée sur les données d'expérience relatives à de nombreux cas qui se trouvaient au même stade de maladie et qui ont été traités de la même manière

**pyélogramme intraveineux** : examen radiologique de l'appareil urinaire [reins, vessie et uretères (les tubes qui évacuent l'urine depuis les reins jusqu'à la vessie)] qui est rendu visible à l'aide d'un produit de contraste à base d'iode injecté dans une veine au niveau du bras

**quadrivalent** : vaccin qui agit en stimulant une réponse immunitaire contre quatre antigènes différents ; par exemple Gardasil est un vaccin quadrivalent qui aide à protéger le corps contre l'infection par quatre types de VPH (6, 11, 16 et 18)<sup>11</sup>

**radiothérapie externe (ou téléthérapie)** : type de radiothérapie qui utilise une machine pour diriger des rayons à haute énergie sur une lésion cancéreuse depuis l'extérieur du corps<sup>12</sup>

**radiothérapie** : faisceau de rayons invisibles (rayons à haute énergie) dirigé sur une lésion cancéreuse et sur les zones atteintes dans les environs ; les rayons pénètrent dans le corps et détruisent les cellules cancéreuses, la lésion cancéreuse étant alors entièrement ou partiellement éliminée (les cellules cancéreuses détruites sont éliminées du corps)

**récidive (des lésions, de la maladie)** : réapparition d'un problème qui avait disparu avec le traitement

**région acidophile** : région de l'épithélium du col de l'utérus qui blanchit quand on y applique de l'acide acétique

**régression** : disparition ou atténuation d'une anomalie

<sup>9</sup> Source : définition tirée de *Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009*, citée dans *The Free Dictionary*, disponible en ligne ([medical-dictionary.thefreedictionary.com](http://medical-dictionary.thefreedictionary.com)).

<sup>10</sup> Source : définition tirée de *Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009*, citée dans *The Free Dictionary*, disponible en ligne ([medical-dictionary.thefreedictionary.com](http://medical-dictionary.thefreedictionary.com)).

<sup>11</sup> Source : adapté du document *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

<sup>12</sup> Source : *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

**sensibilité** : proportion de personnes malades correctement identifiées par le test (vrais positifs)

**spécificité** : proportion de personnes non malades correctement identifiées par le test (vrais négatifs)

**suivi** : surveillance continue d'une activité pour aider à sa supervision et pour vérifier que les activités se déroulent selon le plan prévu ; elle implique la description précise des méthodes utilisées pour mesurer l'activité en question, des ressources utilisées et de la réponse aux services en fonction de critères préétablis

**syncope** : évanouissement

**taux d'incidence** : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population donnée et au cours d'une période de temps donnée. Par exemple, s'il y a 500 nouveaux cas de cancer du col chaque année, dans un pays comptant 5 millions de femmes, le taux brut d'incidence de cancer du col (non standardisé en fonction de l'âge) est de 100 cas par million par an, ou de 10 cas pour 100 000 par an

**taux de guérison** : pourcentage d'un groupe de personnes affectées par une maladie ou une condition physique, guéries par un traitement particulier

**taux de morbidité** : proportion d'une population qui souffre d'une maladie particulière sur une période de temps donnée, souvent exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants par an

**taux de mortalité** : proportion d'une population qui meurt d'une maladie particulière sur une période de temps donnée, souvent exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants par an

**taux de prévalence** : proportion de personnes dans une population donnée, affectées par une maladie ou une condition physique à un moment donné

**taux de survie** : proportion de toutes les personnes malades qui sont encore en vie au bout d'un certain temps

**téléthérapie** : voir le terme « radiothérapie externe »

**test de référence** : test considéré comme ayant la plus grande sensibilité et la plus grande spécificité ; on l'utilise généralement comme référence pour comparer tous les autres tests similaires

**tomodensitométrie** : technique d'imagerie radiographique qui crée une vue en trois dimensions des organes et des tissus internes qui peut aider à diagnostiquer certaines maladies, à planifier le traitement ou à déterminer si le traitement produit les effets désirés<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Source : adapté du document *NCI Dictionary of Cancer Terms*.

**trachélectomie** : ablation chirurgicale du col de l'utérus, sans ablation du fond utérin

**traitement adjuvant** : autre traitement utilisé avec le traitement primaire afin de renforcer ce traitement primaire (voir aussi : traitement primaire)

**traitement primaire** : traitement habituellement utilisé en premier pour essayer de soigner une maladie ou une condition physique

**traitement secondaire** : traitement pouvant être administré après qu'un autre traitement (traitement primaire) a été utilisé

**types de VPH à « haut risque » (également appelés types de VPH oncogéniques)** : types de virus du papillome humain à l'origine du cancer du col

**ulcération** : érosion du tissu avec création d'une petite dépression (cratère) ; caractéristique de certains cancers

**valeur prédictive négative (d'un test)** : probabilité de ne pas avoir la maladie quand le test est négatif

**valeur prédictive positive (d'un test)** : probabilité d'avoir la maladie quand le test est positif

**vrai négatif** : calculé à partir de la spécificité d'un test ; personnes pour lesquelles le résultat du test est un vrai négatif ; ces personnes ne nécessitent pas et ne recevront pas de traitement

**Vrai positif** : calculé à partir de la sensibilité d'un test ; personnes pour lesquelles le résultat du test est un vrai positif et qui devraient recevoir un traitement

**zone de remaniement (du col de l'utérus)** : entité dynamique formée au cours de la puberté ; elle correspond à la zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par l'épithélium pavimenteux<sup>14</sup> (voir aussi le terme « jonction pavimento-cylindrique »)

<sup>14</sup> Source : Mukonoweshuro P, *et al.* (2005).



Pour plus d'informations, veuillez contacter :  
Département Santé et Recherche génésiques  
Organisation mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20, CH1211 Genève 27, Suisse  
Télécopie : +41 22 791 4171  
Courriel : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)  
[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)