



FORMATION PRÉVENTION CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (P-CCU) ➤

MANUEL DU PARTICIPANT

ELABORÉ SUR LA BASE DES RECOMMANDATIONS ET DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE DE L'OMS

GLOSSAIRE

ACCP	Alliance for Cervical Cancer Prevention.
AGUS	Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance (atypies cellulaires glandulaires de signification indéterminée)
ASCUS	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypies cellulaires épidermoïdes de signification indéterminée)
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia (Néoplasie Intra épithéliale Cervicale)
CIS	Carcinome In Situ
CMU	Centre Médical Urbain
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DSSR	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
GICR	Global Initiative for Cancer Registry development
HPV	Human Papilloma Virus (en français, VPH : Virus du Papillome Humain ou PVH : Papillomavirus humain)
HR-HPV	High Risk (Haut Risque) Human Papilloma Virus
IARC	Agence International de Recherche sur le Cancer
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVA	Inspection Visuelle après application d'Acide acétique.
IVL	Inspection Visuelle après application de Lugol.
JPC	Jonction Pavimento Cylindrique
JSC	Jonction squameuse pavimenteuse ou Jonction squamo cylindrique
LIEBG	Lésion Intraépithéliale Epidermoïde de Bas Grade
LIEHG	Lésion Intraépithéliale Epidermoïde de Haut grade
LPC	Lésion(s) Pré Cancéreuse(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
P-CCU	Prévention du Cancer du Col de l'Utérus
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SIL	Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne intra épithéliale)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Manuel du participant

SOMMAIRE

Glossaire	2	SESSION SANTE 2 : TEST PAPILLOMAVIRUS HUMAIN	70
Sommaire	3	I. Introduction	71
Préambule	4	II. Les différentes techniques	71
Objectif de la formation	5	III. Test HPV Genexpert	72
		IV. Réalisation d'un prélèvement	72
		V. Conditionnement et acheminement des prélèvements	73
	6	VI. Rendu des résultats	75
INTRODUCTION		SESSION SANTE 3 : INSPECTION VISUELLE A L'ACIDE ACETIQUE	
POSITIONEMENT DE MDM : DROITS ET SANTE SEXUELS ET REPRODUCTIFS	6	I. Généralités	79
		II. Réalisation	79
		III. Interprétation des Résultats	80
PARTIE 1 : PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS - SESSIONS COMMUNES	14	SESSION SANTE 4 : TRAITEMENT DES LESIONS PRECANCEREUSES ET SUIVI	84
SESSION COMMUNE 1 : INTRODUCTION A LA PROBLEMATIQUE DU CCU ET STRATEGIE DE MDM POUR LA PREVENTION DU CCU	16	I. Généralités	85
I. Introduction au CCU	17	II. Thermocoagulation	87
II. Situation épidémiologique	18	III. Résection à l'anse diathermique	88
		IV. Généralités	89
SESSION COMMUNE 2 : PAPILLOMAVIRUS HUMAIN ET CCU	22	SESSION SANTE 5 : TRAITEMENT DES LESIONS CANCEREUSES ET REFERENCEMENT	94
I. Papillomavirus Humain	23	I. Présentation clinique et diagnostic du cancer	95
II. Pathophysiologie du cancer du col de l'utérus	24	II. Classification du stade d'évolution du CCU	98
III. Prévention	27	SESSION SANTE 6 : PREVENTION DES INFECTIONS ET PRECAUTIONS UNIVERSELLES	104
		I. Généralités et cycle de transmission	105
SESSION COMMUNE 3 : STRATEGIE D'INTERVENTION, ALGORITHME DE DEPISTAGE ET PRISE DE DECISION	34	II. Principes fondamentaux des précautions universelles	105
I. Stratégies de dépistage recommandées par l'OMS	35	III. Suivi et entretien du matériel	106
II. Stratégie de dépistage de MDM	35	IV. Traitement des déchets médicaux	107
		SESSION SANTE 7 : SOINS PALLIATIFS : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	110
SESSION COMMUNE 4 : APPROCHE DE SANTE COMMUNAUTAIRE	44	I. Soins palliatifs : définition, éléments clés	111
I. Les multiples déterminants de l'accès au dépistage	45	II. Prise en charge de la douleur	111
II. L'approche de santé communautaire	45	III. Accompagnement de fin de vie	116
SESSION COMMUNE 5 : EDUCATION POUR LA SANTE ET SENSIBILISATION	52	ANNEXES	120
I. Education pour la santé	53	Pour aller plus loin	126
II. La sensibilisation	54		
III. VIH et cancer du col de l'utérus	57		
IV. Limiter les pertes de vue	57		
PARTIE 2 : PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS - SESSIONS SANTE	58		
SESSION SANTE 1 : COUNSELING INDIVIDUEL	60		
I. Le counseling	61		

PRÉAMBULE

Depuis 2010, la santé sexuelle et reproductive (SSR) est une thématique prioritaire de Médecins du Monde (Mdm). En 2012, la déclinaison du cadre conceptuel de SSR se fait autour d'une approche globale et intégrée du continuum de soins et de droits et d'une approche fondée sur la promotion des droits humains, la réduction des inégalités de genre et l'empowerment des individus et des communautés. En 2013, est rédigé le *Cadre de Référence Santé Sexuelle et Reproductive*, en appui à la mise en œuvre des projets.

Enfin, 2014 voit la validation de la stratégie SSR qui se concentre sur 3 axes, 3 points de rupture dans le continuum de soins et de droits, qui constituent des enjeux de santé publique stigmatisés et négligés malgré un impact majeur sur la mortalité et la morbidité des femmes et des filles :

1. La prévention et la prise en charge des grossesses non désirées par l'accès à l'éducation complète à la sexualité, à la contraception et à l'avortement sécurisé.
2. La réponse aux besoins de SSR en contexte de crise, y compris la prévention et la prise en charge des victimes de violences liées au genre (VLG).
3. La prévention du cancer du col de l'utérus (CCU) par le dépistage et le traitement précoce des lésions précancéreuses.

Les 3 axes choisis structurent une parole politique pour le respect des droits sexuels et reproductifs qui se déclinent au niveau des projets mais aussi de façon plus transversale sur les espaces d'influence régionaux et internationaux. Parce que les droits sexuels et reproductifs sont un préalable essentiel à la santé sexuelle et reproductive, Mdm a progressivement adopté le concept de Droits et Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR). Au sein de l'association, les DSSR bénéficient de la création continue d'outils basée sur les protocoles internationaux afin de soutenir les projets dans une démarche de qualité et d'apporter des réponses adaptées aux besoins et attentes des populations.

Le renforcement des compétences des acteurs de Médecins du Monde fait partie intégrante des orientations sur cette thématique car ces compétences sont essentielles à la bonne maîtrise des stratégies et approches développées. Pour ce faire, ce module de formation spécifique a été conçu afin de permettre aux équipes et partenaires de Mdm de s'approprier tant la thématique du CCU, que les modalités d'intégration d'une approche de promotion des droits sexuels et reproductifs. Ce module permet ainsi d'acquérir des compétences techniques spécifiques à :

- ➔ La prévention du cancer du col de l'utérus.
- ➔ La prise en charge de qualité des lésions précancéreuses.
- ➔ La définition d'un plaidoyer pour agir en faveur de la promotion et la réalisation des droits sexuels et reproductifs.

La formation des équipes Mdm et autres acteurs sur le CCU est soutenue par la Convention de Partenariat Pluriannuel 2018-2021 signée entre Mdm et l'Agence Française de Développement (AFD), et ciblant sur cette thématique 2 pays d'intervention : le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire.

OBJECTIF DE LA FORMATION

OBJECTIF GÉNÉRAL :

- ➔ Savoir concevoir et mettre en œuvre un projet de prévention du CCU (P-CCU) et de prise en charge des lésions précancéreuses selon une approche de santé publique et de promotion des droits sexuels et reproductifs.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- ➔ S'approprier la stratégie de Mdm en matière de P-CCU et son intégration dans le positionnement et la stratégie DSSR globale ;
- ➔ Connaître les principales tendances de la situation épidémiologique globale du CCU, les principaux enjeux de santé publique et les stratégies de prévention primaire et secondaire ;
- ➔ Savoir définir et mettre en œuvre des actions de sensibilisation au niveau communautaire permettant de renforcer les capacités individuelles des usager.ères sur la question du CCU et promouvoir l'empowerment des individus et des communautés ;
- ➔ Savoir définir et mettre en œuvre des activités de dépistage du CCU selon l'algorithme défini : prélèvement ou auto-prélèvement (HR-HPV) plus triage par Inspection Visuelle ;
- ➔ Savoir définir et mettre en œuvre des activités de prise en charge des lésions précancéreuses ;
- ➔ Savoir définir et mettre en œuvre des activités de référencement / contre-référencement pour la prise en charge des lésions cancéreuses dépistées ;
- ➔ Savoir définir et mettre en œuvre des activités en lien avec la gestion de la douleur et l'accompagnement communautaire de la fin de vie (soins palliatifs).

INTRODUCTION

POSITIONNEMENT DE MDM : DROITS ET SANTE SEXUELS ET REPRODUCTIFS

1. INTRODUCTION AUX DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : CONCEPTS CLÉS ET DÉFINITION

Droits et santé sexuels et reproductifs

« La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit »¹.

Afin de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs, un paquet essentiel d'interventions doit être accessible : éducation sexuelle complète, conseil et services proposant des contraceptifs efficaces, soins prénataux, obstétricaux d'urgence, postnataux et néonataux, soins complets d'avortement, prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuelles transmissibles (IST), prévention, dépistage et prise en charge des Violences Liées au Genre (VLG), prévention, dépistage et prise en charge du cancer du col de l'utérus (CCU), information, conseil et services de santé et bien-être sexuels et concernant l'hypofécondité et l'infertilité. Les différentes interventions

essentielles sont reprises dans l'approche de MdM du continuum de soins en SSR (voir ci-dessous, le schéma du continuum de soins en SSR). Parce que les droits sexuels et reproductifs sont un préalable essentiel à la santé sexuelle et reproductive, MdM a décidé d'adopter le terme de DSSR comme défini par la Commission Guttmacher-Lancet.

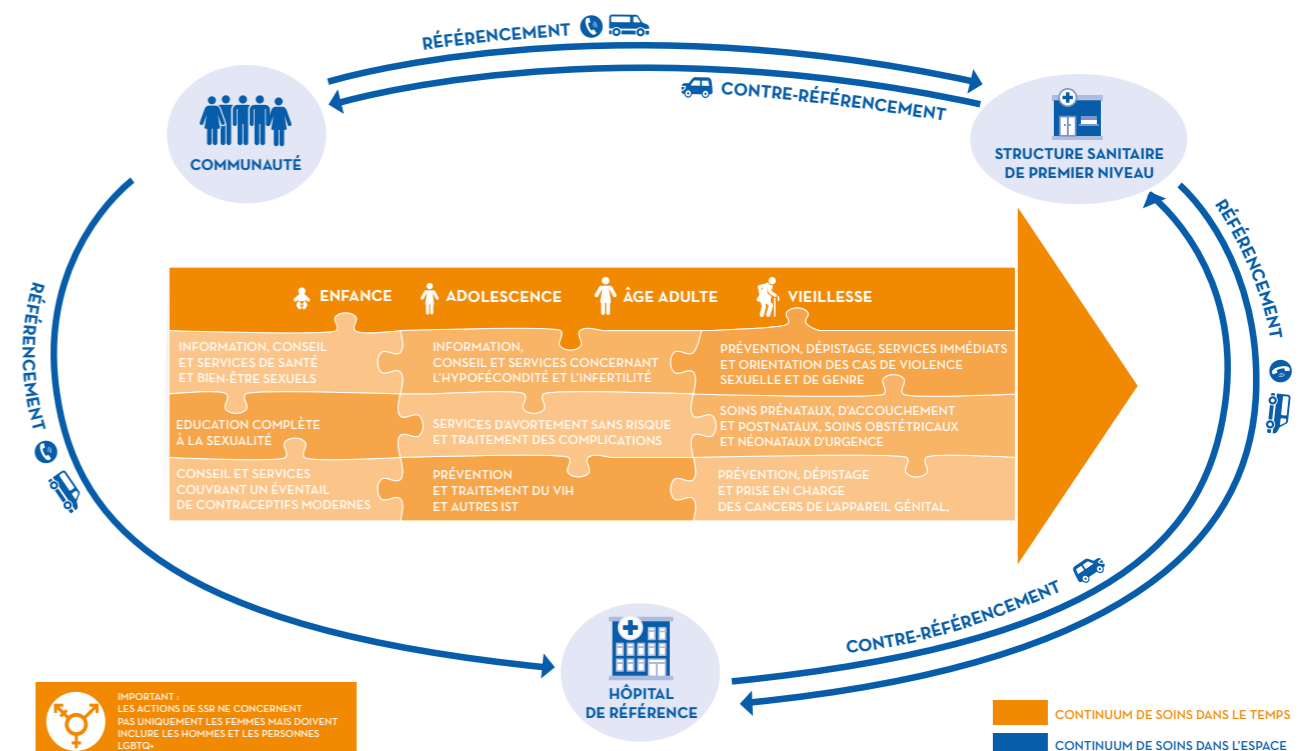
2. LE POSITIONNEMENT ET LA STRATÉGIE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DE MÉDECINS DU MONDE

a) Le Positionnement de MdM concernant les DSSR

La santé est un droit humain universel dont toute personne est titulaire, et qui doit être garanti par les Etats. Pour MdM, cela implique de soutenir et de renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité aux soins et du respect du droit à la santé. Il est aussi nécessaire de renforcer les capacités individuelles des usager.ère.s, en tant que titulaires de droits, afin qu'ils connaissent et puissent revendiquer ces droits.

En 2010, MdM s'est engagé à agir en faveur du respect des DSSR et de l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, ce qui passe par le renforcement du continuum de soins de la communauté aux services de référence et tout au long de la vie des usager.ère.s de ces services.

SCHÉMA 1 : LE CONTINUUM DE SOINS EN SSR TOUT AU LONG DE LA VIE



1. Commission Guttmacher-Lancet (2018), Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :


- ➔ Les définitions de la santé sexuelle et de la santé reproductive.
- ➔ Le positionnement et la stratégie DSSR de MdM.
- ➔ Les messages clés de plaidoyer portés par MdM.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Identifier les principales barrières à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.
- ➔ Identifier les principaux éléments du cadre normatif national relatifs aux droits sexuels et reproductifs.

La mise en œuvre de ces engagements s'articule à travers deux approches complémentaires :

- ➔ Une **approche de santé publique** qui se traduit par une offre de soins holistique dans le respect du continuum de soins, accessible à toutes et tous et de qualité.
- ➔ Une **approche de promotion des droits sexuels et reproductifs** qui se traduit par un plaidoyer en faveur du respect du droit d'accéder à des services de santé adaptés.

 Pour en savoir plus : [Cadre de référence Mdm Droits et Santé Sexuels et Reproductifs](#)





b) La Stratégie adoptée par Mdm

Mdm reconnaît l'importance d'une prise en charge holistique qui permet le suivi des personnes tout au long d'un continuum de soins qui va de la communauté aux services de référence en passant par les structures sanitaires de proximité et qui accompagne ces personnes tout au long de leur parcours de vie dans les sphères liées à leur sexualité et à la reproduction. (Cf. schéma 1).

Pour l'identification des éléments de ce continuum et de l'offre de soins proposée, on s'appuie sur la définition intégrée de la santé et des droits sexuels et reproductifs proposée en 2018 par la commission

Gutmacher-Lancet. Pour renforcer le continuum de soins, un aspect essentiel est de favoriser l'accès aux services de santé et le respect du droit à la santé.

Pour cela, quatre dimensions doivent être prises en compte (cf. schéma 2) :

-  Les barrières géographiques,
-  Les barrières légales et administratives,
-  Les barrières financières ainsi que
-  Les déterminants socioculturels qui peuvent entraver l'accès aux services.

C'est pourquoi, au sein des projets qui offrent des soins de santé sexuelle et reproductive, la réflexion doit être menée afin de favoriser, et de renforcer au besoin, la mise en place d'initiatives permettant la levée de ces barrières. En ce qui concerne les barrières financières, les initiatives permettant la gratuité au point de service seront favorisées. Concernant les barrières géographiques, la réflexion autour des possibilités de référencement entre la communauté, les structures sanitaires de proximité et les services de référence est un élément essentiel. Concernant les barrières d'ordre légal, des approches de plaidoyer pour le respect des droits sexuels et reproductifs seront mises en place. Quant à la prise en compte des barrières socioculturelles, elle permet notamment de renforcer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. La réflexion sur l'accessibilité aux services de santé devrait être menée en lien avec les

autorités sanitaires et les acteurs locaux afin de ne pas créer de modalités parallèles, voire contradictoires, mais de travailler en synergie.

Lorsqu'il s'agit de comprendre les causes de la plupart des décès et incapacités maternels, 3 retards sont à noter² :

- ➔ **Une arrivée tardive au centre médical** : ce retard est d'ordre structurel, les routes impraticables et les moyens de communication limités ralentissent ou freinent l'arrivée dans les lieux de soins.
- ➔ **Un dépistage tardif des complications** : la méconnaissance des signes avant-coureurs, les difficultés à évaluer les risques et l'insuffisance d'accès des centres de planification familiale sont les causes d'une consultation tardive.
- ➔ **Une administration tardive de soins de bonne qualité** : les centres de santé ne disposent pas des capacités opérationnelles nécessaires pour la prise en charge des patientes. Les professionnel.les qualifiés sont en nombre insuffisant. Manque de ressources humaines et matériels, limitant la prise en charge des complications liées à l'accouchement.

La stratégie de Mdm a donc pour objectif de renforcer les capacités d'exercice des droits sexuels et reproductifs et la mise en œuvre de services de DSSR complets, intégrés et de qualité dans les pays d'intervention.

Plus spécifiquement, elle vise à (cf. schéma 3) :

1. **Renforcer le continuum de soins en DSSR** aux différents stades des projets et en lien avec les acteurs en présence ;
2. **Renforcer les capacités des usager.ère.s** dans l'exercice de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive ;
3. **Renforcer l'exercice des droits sexuels et reproductifs et réduire les inégalités de genre** à travers l'implication des acteurs communautaires et des usager.ère.s à chaque étape du projet ;
4. **Accompagner le changement social** et contribuer à la réforme des politiques publiques afin de renforcer la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs et garantir un accès universel et effectif aux services de DSSR.

Mdm agit notamment en faveur du droit des femmes à choisir d'avoir ou non des enfants, le nombre de leurs enfants, l'espacement entre les naissances et l'accès aux services permettant de faire respecter ces droits dans de bonnes conditions. Les adolescent.e.s représentent un groupe vulnérable pour lequel une attention particulière est nécessaire en ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Les jeunes filles sont particulièrement exposées aux risques de violences sexuelles, mariages et grossesses précoces qui constituent autant de facteurs de risques pour leur santé.

SCHÉMA 2 : BARRIÈRES ET RETARDS POUR LES SOINS EN DSSR

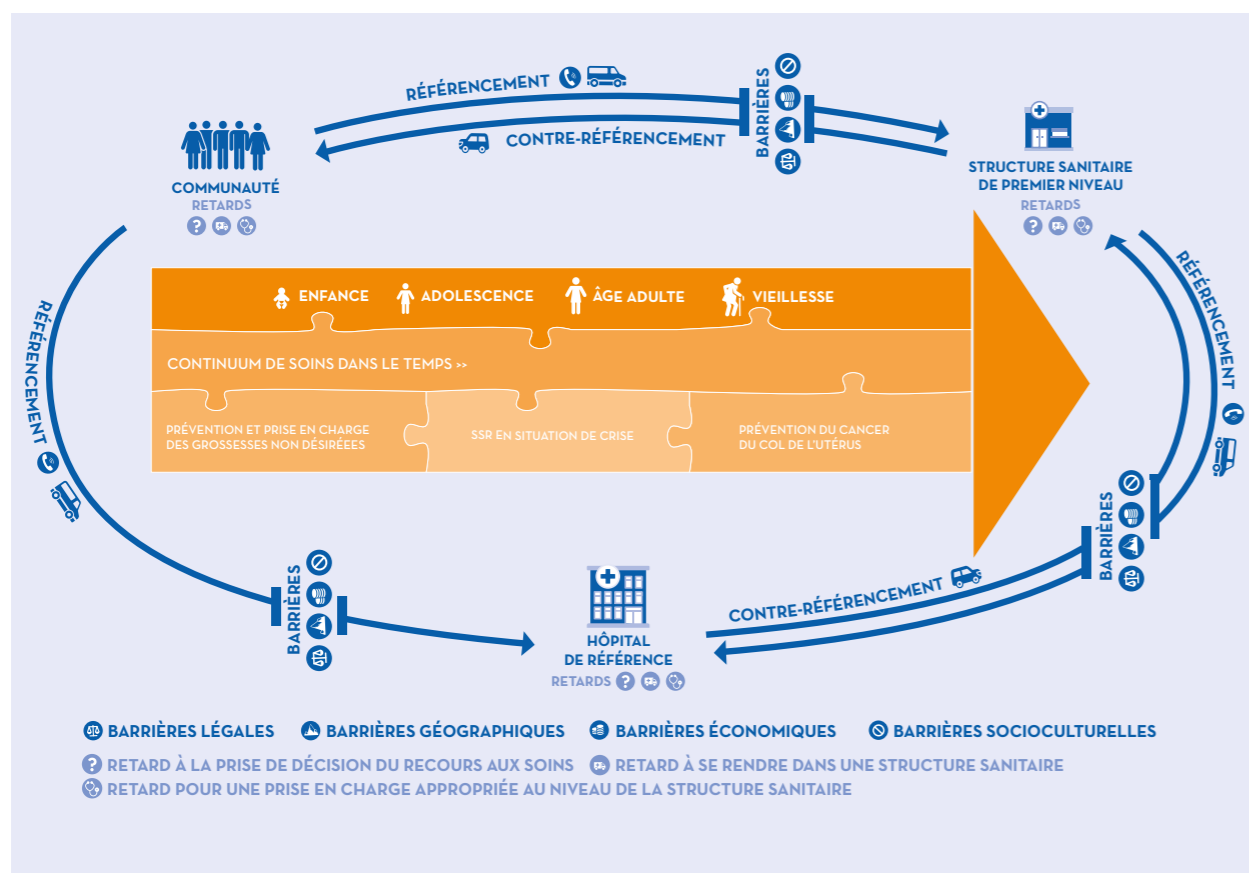
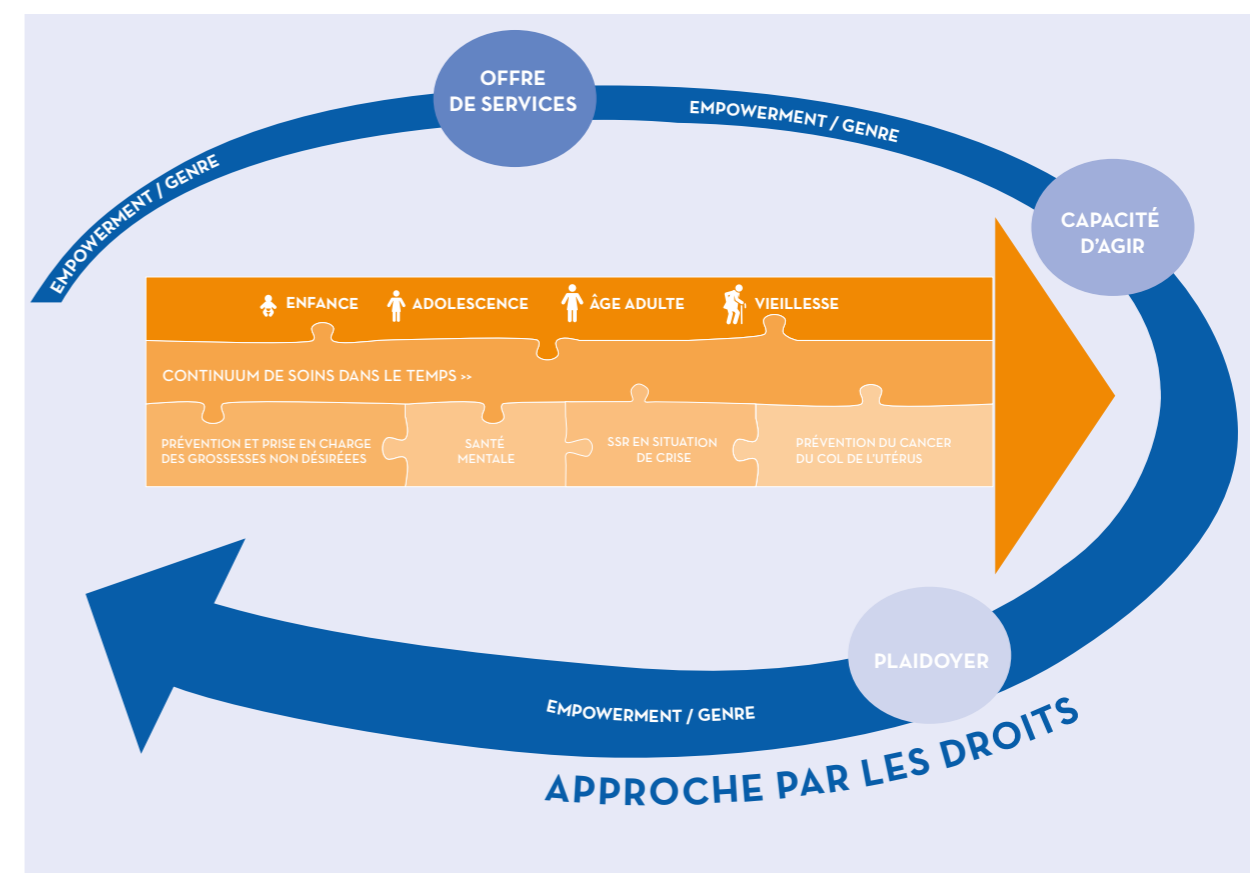


SCHÉMA 3 : CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATÉGIE DSSR DE MDM



2. OMS (2003), La mortalité maternelle beaucoup plus élevée dans les pays en développement, Communiqués de presse, Centre de médias

De même, MdM concentre son action dans les zones où les services de santé font le plus défaut tout comme dans les zones de crises ou de conflits où l'accès aux services de DSSR est souvent entravé et les vulnérabilités des filles et des femmes accrues. **Face à des points de rupture dans le continuum de soin en DSSR, trois axes d'intervention du continuum de soins sont priorités (voir schéma ci-dessous).**


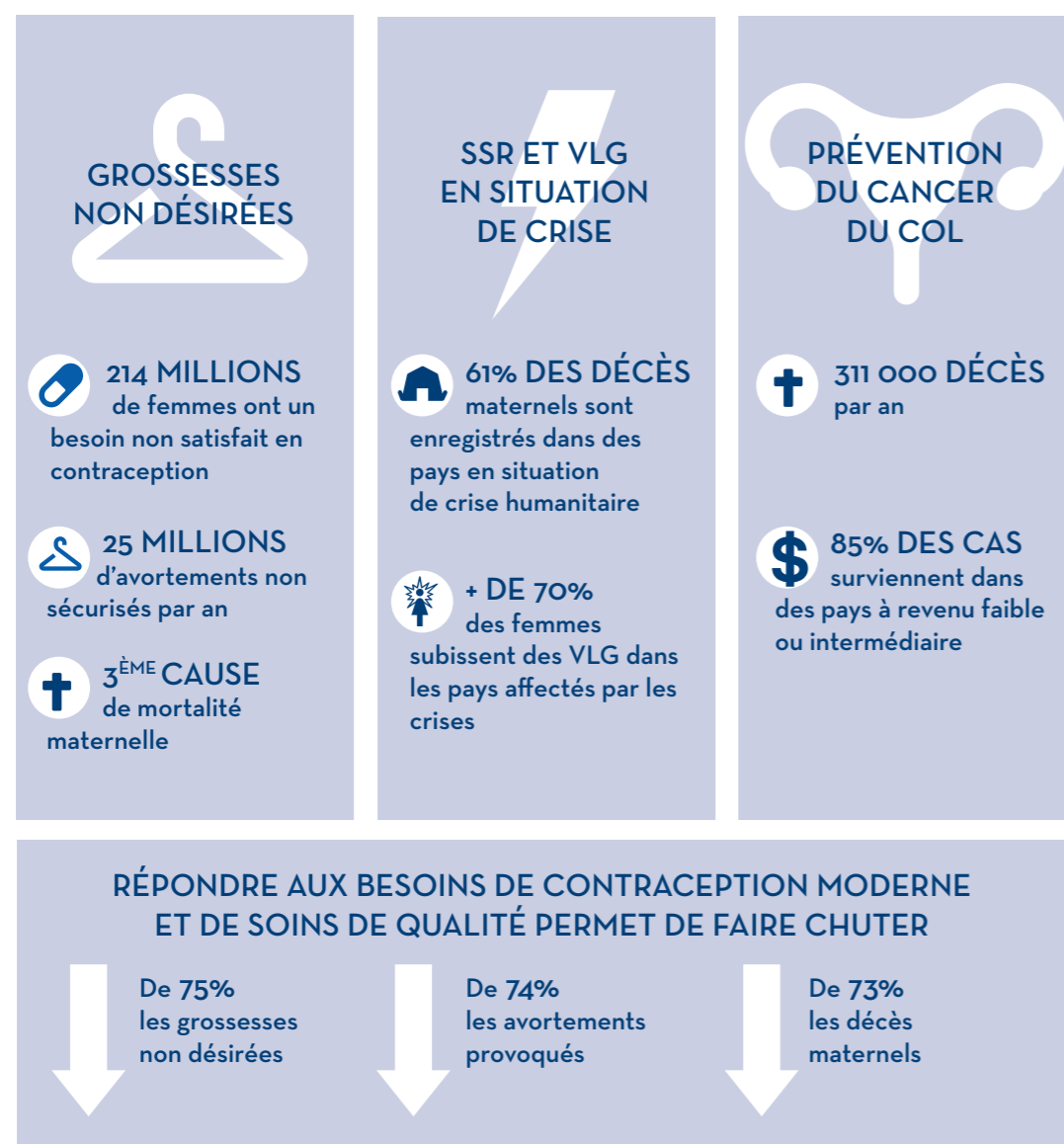
 Pour en savoir plus : [Stratégie opérationnelle SSR 2014-2017](#).

SCHÉMA 4: LES TROIS AXES D'INTERVENTION EN SSR PRIORISÉS PAR MDM




3. LES DÉTERMINANTS DES DSSR ET LES CATÉGORIES DE BARRIÈRES À L'EXERCICE DES DSSR

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, sociaux, culturels, environnementaux, économiques et politiques. Ces déterminants de la santé permettent d'expliquer les inégalités en santé au sein d'un même pays ou entre différents pays. Il est donc important d'en tenir compte et d'agir sur ces différents facteurs pour améliorer la santé des populations. Entre autres, ces facteurs ont un impact sur la disponibilité d'une offre de soins adaptée et de qualité mais aussi sur l'accès à cette offre de soins. Avoir un service de soins disponible ne signifie pas qu'il soit concrètement utilisé. En tenant compte de l'ensemble des déterminants entre l'accès aux droits et aux soins de santé sexuelle et reproductive, Médecins du Monde agit pour renforcer les liens entre les différents niveaux de prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

a) Les barrières socioculturelles

Les déterminants socioculturels (DSC) de l'accès aux soins peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs, des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin.

La prise en compte des DSC permet de renforcer le dialogue entre les acteurs de projets de santé et les populations et améliore ainsi la qualité des projets en prenant en compte les besoins, les valeurs et les normes des usager.ère.s. Un diagnostic socioculturel en début de projet est préconisé afin de pouvoir identifier les personnes clés de la communauté, comprendre les barrières à l'accès aux soins, les itinéraires thérapeutiques et comprendre les représentations autour de la santé sexuelle et reproductive, en particulier les grossesses non-désirées.

 Pour en savoir plus : [Guide MdM Accès aux soins et déterminants socioculturels](#).


b) Les barrières géographiques

La barrière géographique correspond à la distance physique entre l'offre de soins et la demande. L'accessibilité géographique est déterminée par la distance et le temps de transport, qui dépend du moyen de transport mis à disposition de la femme et de la difficulté du trajet. Elle dépend aussi et surtout de la disponibilité des services en DSSR dans les structures sanitaires à proximité des communautés. Pour réduire les barrières géographiques, il convient d'assurer la disponibilité et la qualité des services, d'améliorer les systèmes de référencement et de réduire l'impact financier du transport sur le budget des familles.

c) Les barrières financières

La tarification aux usager.ère.s (ou paiement direct) dans les structures de santé constitue un obstacle à l'accès aux soins. Les coûts des soins sont souvent élevés et non prévisibles pour les ménages dont la capacité économique est généralement faible. Les barrières à l'accès aux soins comportent à la fois des coûts directs et indirects. Par ailleurs, le recours aux soins peut également impliquer un manque à gagner résultant de l'interruption d'activités génératrices de revenus.

MdM s'est positionné en 2012 sur l'accessibilité financière aux soins et s'inscrit dans une logique d'introduction ou d'extension de la gratuité d'accès aux soins de santé primaires et appuie particulièrement les politiques de gratuité couvrant tous les aspects du continuum de soins en DSSR.

 Pour en savoir plus : [Positionnement MdM 2012 Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé primaire](#).

d) Les barrières politiques et légales

Les obstacles à l'accès aux services de DSSR, en particulier l'accès à la contraception (notamment pour les mineur.e.s), aux soins post-avortement ou à l'avortement médicalisé, peuvent être induits par un environnement politique et législatif restrictif sur ces questions. Des procédures administratives inappropriées peuvent également contraindre l'exercice des droits (ex. avis de plusieurs personnes requis, délai de réflexion, etc.). L'analyse du cadre normatif est essentielle préalablement et tout au long de la mise en œuvre d'un projet de DSSR car il influence la qualité et la nature de l'offre de soins ainsi que la manière dont les droits des femmes sont respectés.

Intégrer des activités de plaidoyer au projet, en plus de l'offre de soins, peut permettre de peser sur la levée de ces barrières et la réalisation des droits sexuels et reproductifs.

MESSAGES CLÉS

- ➔ La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité et tout ce qui concerne l'appareil génital, et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.
Cela implique la possibilité :
 - De mener une vie sexuelle satisfaisante ;
 - D'accéder à une information concernant la planification familiale (PF) et l'utilisation de la méthode de contraception de son choix ;
 - D'accéder à des services de santé permettant aux femmes de mener à bien leur grossesse et leur accouchement.
- ➔ Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés, protégés et mis en œuvre.
- ➔ MdM soutient le droit des femmes à choisir d'avoir ou non des enfants, le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances.
- ➔ L'engagement de MdM en faveur des DSSR repose à la fois sur une approche de santé publique et une approche de promotion des droits sexuels et reproductifs.
- ➔ Les DSSR sont une thématique prioritaire à MdM et à comprendre dans un continuum de soins. Cependant 3 points de ce continuum en DSSR ont été priorisés par MdM ; ces 3 axes stratégiques sont :
 - La prévention et la prise en charge des grossesses non désirées ;
 - La réponse aux besoins de DSSR dans les zones de crises et en particulier la réponse aux violences physiques et/ou sexuelles ;
 - La prévention du cancer du col de l'utérus.
- ➔ Les droits sexuels et reproductifs sont encadrés par des instruments juridiques internationaux relatifs aux droits humains en général et aux droits des femmes en particulier, qui engagent les Etats parties.
- ➔ Les barrières à l'exercice des DSSR peuvent être d'ordre socioculturel, géographique, économique, politique, légal ou administratif.
- ➔ MdM contribue au plaidoyer en faveur d'un accès universel à la contraception, à la levée des restrictions légales et des obstacles à l'avortement médicalisé.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?



PARTIE 1

PRÉVENTION
DU CANCER DU COL
DE L'UTÉRUS
SESSIONS COMMUNES

SESSION COMMUNE 1

INTRODUCTION A LA PROBLEMATIQUE

DU CCU ET STRATEGIE DE MDM

POUR LA PREVENTION DU CCU

I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

« Une femme meure du cancer du col de l'utérus toutes les deux minutes, chacune représente une tragédie, et nous pouvons la prévenir »

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Le CCU est une pathologie due à une infection virale par papillomavirus humain (PVH ou HPV en anglais). Ce dernier est transmis par voie sexuelle, évitable dans la majeure partie des cas grâce à un dépistage adapté. Reflétant les inégalités, le taux de mortalité de ce cancer est d'autant plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où le système de santé est défaillant. Au-delà de l'impact sur la mortalité, l'impact humain, social et économique sont un réel fardeau pour ces pays. La prévention et la détection des lésions précancéreuses suivies d'un traitement approprié, quand cela est nécessaire, sont essentielles pour prévenir les nouveaux cas de cancer. Les dernières recommandations de l'OMS prévoient l'implication des pays et leaders du monde entier. En effet c'est la première fois que 194 pays s'engagent à éliminer ce type de cancer, suite à l'adoption d'une résolution lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2020.

a) La stratégie d'élimination du CCU a été adoptée le 17/11/2020, elle se définit comme suit³ :

- ➔ Considérer la participation à la réponse apportée aux maladies non transmissibles comme étape vers l'accès universel à la santé ;
- ➔ Reconnaître l'engagement des populations, particulièrement celui des femmes et des jeunes filles, familles et communautés ;
- ➔ Inclure tous les acteurs comme essentiels à la gestion du système de santé, pour totalement autonomiser les personnes dans l'amélioration et la protection de leur propre santé ;
- ➔ Promouvoir l'accès à des diagnostics, dépistages, traitements, et soins abordables, ainsi qu'à des vaccins réduisant les risques de cancer notamment du CCU, comme étape d'une approche plus globale de sa prévention et de son contrôle ;
- ➔ Mettre en œuvre à plus grande échelle des mesures prouvées comme financièrement efficaces pour atteindre l'élimination du CCU comme problème de santé public, par exemple : la vaccination contre les infections à HPV, le dépistage et traitement des lésions précancéreuses, la détection précoce et le traitement rapide des cancers invasifs et le recours aux soins palliatifs ;

- ➔ Donner de l'importance à une approche holistique des systèmes de santé dans la prévention et le contrôle du CCU, ce qui intègre des programmes de vaccination, des programmes de dépistages et traitements, des services dédiés à la santé des adolescent.es, des services dédiés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive, et aux maladies transmissibles ou non ;
- ➔ Encourager la création de partenariats inclusifs et stratégiques, à l'échelle nationale, régionale et mondiale, qui s'étendent au-delà du secteur de la santé ;
- ➔ Accepter la priorisation de la vaccination des filles et jeunes filles contre le HPV comme intervention la plus efficace à long terme pour réduire le risque de développer un CCU. Pour ce faire, il faut renforcer l'accès aux vaccins et leur distribution en réduisant leurs coûts pour faciliter l'intégration du vaccin contre les HPV dans les programmes d'immunisation nationaux ; Intensifier la recherche et les collaborations, ce qui permettra d'être innovant dans le cadre de la vaccination, du dépistage, du diagnostic, du traitement et de l'offre de soin relative au CCU.

b) La stratégie de l'OMS repose sur 3 étapes clés : vaccination, dépistage et traitement.

La stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus propose ce qui suit :

- ➔ Un monde dans lequel le CCU n'est plus un problème de santé publique ;
- ➔ Un seuil de 4 femmes sur 100 000 par an atteintes du CCU, à partir duquel il ne sera plus considéré comme un problème de santé publique ;
- ➔ Les objectifs 90-70-90 (voir schéma 5, page suivante) doivent être atteints d'ici 2030 pour les pays en voie d'élimination du CCU ;
- ➔ Un modèle mathématique qui illustre les bénéfices inhérents à l'atteinte des cibles 90-70-90 pour l'élimination de CCU d'ici 2030 dans les pays à faible ou moyen revenu ;
- ➔ Le taux d'incidence médian du CCU doit diminuer de 42 % d'ici 2045, et 97 % d'ici 2120, prévenant ainsi plus de 74 millions de nouveaux cas de CCU ;
- ➔ Le nombre de morts évités cumulé médian par CCU sera de 300 000 d'ici 2030, plus de 14 millions d'ici 2070, et de plus de 62 millions d'ici 2120.

Le facteur de risque majeur de développer un cancer du col de l'utérus est la persistance d'une infection par le Virus du Papillome Humain - Human Papilloma Virus ou HPV. La voie de transmission principale du HPV est la voie sexuelle.

99.7%⁴ des cancers du col sont en effet associés à une infection par HPV.

3. The Seventy-third World Health Assembly (03/08/2020), Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030, Agenda item 11.4.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

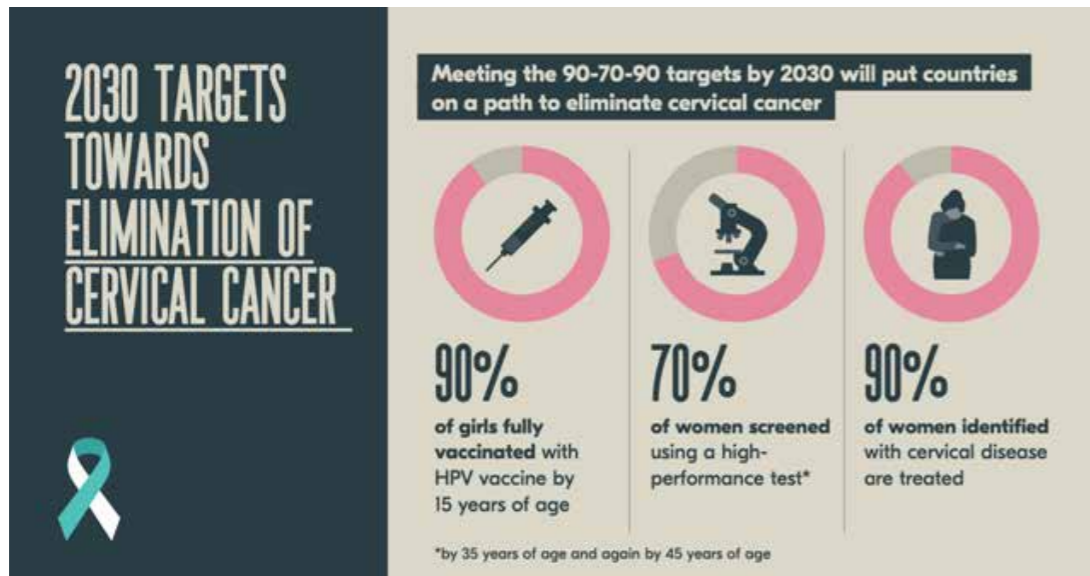
SAVOIR :

- ➔ Les enjeux épidémiologiques en lien avec le CCU
- ➔ Énoncer les principaux éléments de la stratégie MdM pour la prévention du CCU

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Comprendre la stratégie de MdM
- ➔ Comprendre les difficultés de mise en place de la prévention du CCU

FIGURE 1 : 90-70-90, OMS*



*OMS (17 Novembre 2020), 2030 targets toward the elimination of cervical cancer, Compte twitter officiel

Le HPV constitue donc une condition nécessaire au développement du cancer du col utérin et de ses lésions précancéreuses. La persistance du virus est d'abord sans traduction cytologique ou histologique (infection latente), puis elle peut se traduire par des lésions : condylomes ou néoplasie intraépithéliale cervicale.

➔ La mise en place d'activités de recherche opérationnelle afin de favoriser la mise en place d'algorithmes de dépistage et de prise en charge efficace et adaptés aux contextes d'intervention et en vue d'influencer les recommandations internationales en matière de P-CCU.

Ainsi les différents angles de travail de Médecins du Monde sont :

- ➔ Le développement de l'expérience et de l'expertise technique de l'association sur le sujet ;
- ➔ L'intégration du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses au sein des services de DSSR ;
- ➔ La mise en place de partenariats et de systèmes de référencement afin de garantir le continuum de la communauté vers les structures de soins de santé primaires puis secondaires en cas de cancer de l'utérus ;

II. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

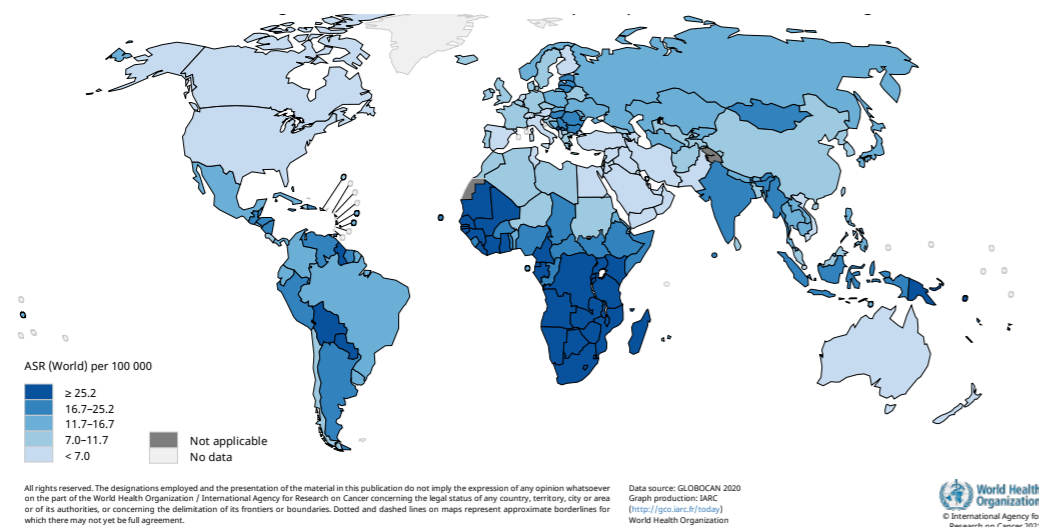
a) Définition

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

b) Epidémiologie mondiale

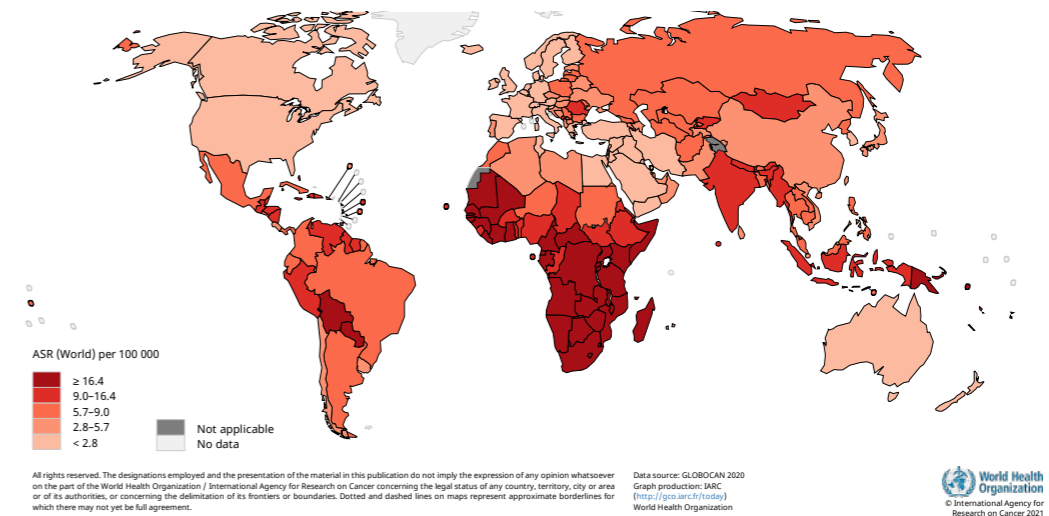
Le cancer du col de l'utérus est le cancer féminin le

CARTE 1 : INCIDENCE DU CCU AU NIVEAU MONDIAL, OMS 2020



4. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. (1999), *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide*. J Pathol. 189(1):129

CARTE 2 : INCIDENCE DE LA MORTALITÉ PAR CCU AU NIVEAU MONDIAL, OMS 2020



plus fréquent dans 45 pays. Les pays concernés⁵ se situent en Afrique subsaharienne, de nombreux pays d'Asie, et certains pays d'Amérique centrale (cf. cartes 1 et 2).

Les données ci-dessus soulignent les fortes disparités entre les femmes vivant dans les pays à revenu élevé et celles vivant dans les pays à faible revenu. Toutes les deux minutes une femme meurt du cancer du col de l'utérus dans le monde ; en 2020, 310 000 femmes sont décédées, plus de 90% de ces décès sont survenus dans un pays à faible ou moyen revenu. Parmi les 528 000 nouveaux cas de cancer du col diagnostiqués dans le monde, 85% l'ont été dans les régions les moins développées.

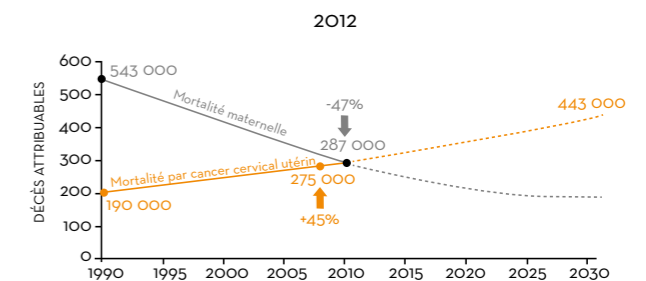
La principale raison de ces disparités est l'absence relative de programme efficace de dépistage. Le cancer du col de l'utérus est alors très souvent diagnostiqué tardivement, ne permettant pas la mise en place d'un traitement efficace. Dans les pays à revenu élevé, l'incidence et le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont fortement diminué au cours des trente dernières années grâce à la mise en place de programmes de prévention (dépistage, diagnostic et traitement précoce des cancers).

D'après l'OMS, le cancer du col tuera en 2030 plus de 443 000 femmes par an dans le monde. Plus de 98 % de ces décès surviendront dans les pays en développement, parmi lesquels 90 % surviendront en Afrique subsaharienne. L'augmentation de l'incidence du cancer du col dans le monde en général et en particulier en Afrique est en train de contrecarrer les progrès réalisés ces 20 dernières années en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles.

5. OMS WHO (2019), *Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2018, Cervix uteri, Females, All age*

6. OMS (16 novembre 2020), *New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV*, <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

FIGURE 2 : ESTIMATION DE LA MORTALITÉ CCU - OMS



c) HIV et CCU⁶

« Alors que le monde s'engage à travailler ensemble pour éliminer le cancer du col de l'utérus, soyons attentifs et nous mettrons fin à ce fardeau évitable pour les femmes et les filles vivant avec le VIH. C'est notre devoir. »
Dr Princess Nono Simelea, Sous-Directrice générale de l'OMS.

Les femmes vivant avec le VIH ont un risque 6 fois plus élevé de développer un CCU que les autres. Ce risque plus important se traduit pendant tout le cycle de la vie, à commencer par une plus forte probabilité d'être infecté par un papillomavirus humain (HPV), et d'une plus rapide progression vers un cancer, des chances moindres de régression des lésions précancéreuses, un taux plus élevé de recrudescence de la maladie après avoir suivi un traitement.

40 à 50 % des femmes vivant avec le VIH ont un CCU. Il est donc primordial de les dépister.

MESSAGES CLÉS

- ➔ Plus de 340 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus. Soit une femme toutes les deux minutes.
- ➔ Pathologie développée sur la persistance du HPV, acquis par voie sexuelle.
- ➔ Cette pathologie pourrait être évitée dans la majeure partie des cas avec un dépistage adapté.
- ➔ Plus de 85 % de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès au dépistage et au traitement est insuffisant.
- ➔ 4^{ème} rang des cancers féminins dans le monde.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

SESSION COMMUNE 2

PAPILLOMAVIRUS HUMAIN ET CCU

GENERALITES

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE



SAVOIR :

- ➔ Expliquer les bases de la physiopathologie du CCU
- ➔ Citer les éléments de la prévention primaire et secondaire
- ➔ Citer les éléments de risque et de vulnérabilité au HPV



SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Discuter les représentations liées au HPV et au CCU

I. PAPILLOMAVIRUS HUMAIN

a) Introduction

Le papillomavirus humain (PHV ou HPV) est l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur. La plupart des hommes et des femmes ayant une activité sexuelle seront infectées à un moment de leur vie et certains risquent de l'être à plusieurs reprises.

Les types de HPV sont nombreux et beaucoup ne posent pas de problème. Les infections à HPV disparaissent généralement sans aucune intervention en l'espace de quelques mois et environ 90% dans les deux ans qui suivent la date à laquelle elles ont été contractées. Une petite proportion d'infections générées par certains types de HPV peut persister et évoluer vers un cancer.

Le cancer du col de l'utérus est de loin la maladie la plus courante liée au HPV. La quasi-totalité des cas de cancers du col de l'utérus sont attribuables à l'infection à HPV.

Bien que les données soient limitées sur les cancers anogénitaux autres que celui du col utérin, on dispose d'un corpus de plus en plus étoffé permettant d'établir une corrélation entre le HPV et les cancers de l'anus, de la vulve, du vagin et du pénis. Si ces cancers sont moins fréquents que celui du col utérin, leur association avec le HPV les rend potentiellement évitables en utilisant des stratégies de prévention primaire analogues à celles proposées pour le cancer du col. Certains cancers de la sphère oro-buccale et laryngée peuvent aussi être attribués à certains types oncogènes de HPV, acquis au cours de pratiques sexuelles orales.

b) virus du papillome humain

Caractéristique

Le virus du papillome humain (VPH) ou HPV est un virus à ADN appartenant à la famille des Papilloma viridae qui regroupe plus de 200 types.

- ➔ Les HPV à bas risque oncogène, à l'origine des condylomes acuminés
- ➔ Les HPV à haut risque oncogène ou HR-HPV, identifiés dans les cancers invasifs du col de l'utérus.

LÉSIONS	TYPE DE HPV ASSOCIÉS
Verrues cutanées	1, 2, 3, 7, 63, 26, 27...
Condylomes acuminés	6, 11, 16, 51...
Néoplasies cervicales intra-épithéliales, cancer du col, cancer anogénitaux	16, 18, 31, 45, 33, 68...
Papillomatose orale, papillomatose laryngée récurrente	6, 11
Carcinome laryngé	16, 18

Si la typologie des HR-HPV est différente selon l'air géographique, les HR-HPV 16 et 18 restent les plus fréquents dans le cadre des cancers avérés les plus fréquents.

c) Mode de transmission

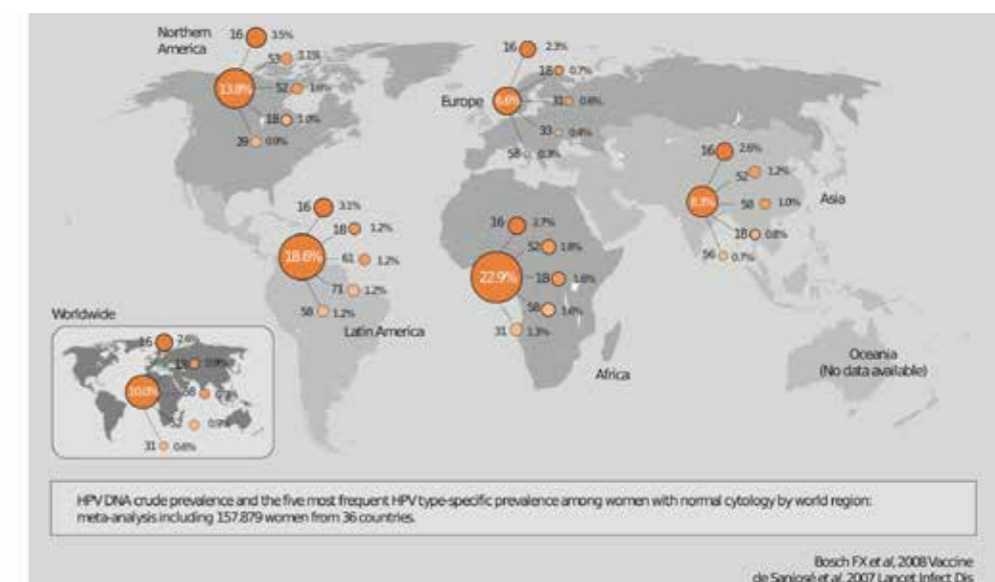
Transmission directe

La transmission se fait essentiellement par contact sexuel, même sans pénétration. Le contact peau à peau des organes sexuels peut suffire à contaminer le partenaire. Le papillomavirus est très contagieux. Le risque de contamination est maximal au début de l'activité sexuelle chez l'homme ou la femme. Les papillomavirus à faible risque oncogène peuvent coexister avec ceux à haut risque oncogène.

Transmission indirecte

Du fait de sa grande résistance aux conditions environnementales, le papillomavirus peut se transmettre de manière indirecte même si ça reste faible ; il peut résister dans l'eau, les serviettes de toilettes, les bains publics, les saunas...(ex : les verrues plantaires)

CARTE 3 : TYPE DES HPV SELON L'AIRE GÉOGRAPHIQUE, OMS



d) Symptômes des infections à HPV

Le papillomavirus est responsable d'infections le plus souvent bénignes et asymptomatiques.

Selon le type, les lésions associées sont diverses : condylomes, verrues cutanées, papillomatose orale ou cancers du col de l'utérus, anal, vaginal ou de la vulve pour les types à haut risque oncogène.

Le virus peut provoquer des lésions qui apparaissent quelques mois après contamination mais dans certains cas, les manifestations peuvent survenir des mois voire des années après, on parle de latence. Le virus est présent mais sommeille.

Les types de HPV non cancérogènes (en particulier 6 et 11) peuvent provoquer des condylomes acuminés et une papillomatose respiratoire (maladie au cours de laquelle se développent des tumeurs dans les voies respiratoires conduisant du nez de la bouche aux poumons). Bien que ces affections débouchent très rarement sur un décès, elles peuvent entraîner une forte occurrence de la maladie. Les condylomes acuminés sont très courants et hautement contagieux.

Condylomes

Les condylomes sont de petites lésions des muqueuses qui peuvent prendre plusieurs aspects :

- ➔ **Les condylomes acuminés** : prennent l'aspect de petites verrues ou d'excroissances en forme de chou-fleur, plus familièrement appelées « crêtes de coq » et de couleur rosée. Les lésions peuvent être isolées ou regroupées sur une ou plusieurs localisations.
- ➔ **Les condylomes papuleux** : prennent l'aspect de petites saillies fermes (papules) de couleur peau ou rosées, isolées ou confluentes.
- ➔ **Les condylomes plans** : prennent l'aspect de taches planes (macules) de couleur rouge ou peau. Ils ne sont donc pas toujours visibles.

Ils sont localisés au niveau génital ou anal et sont le plus souvent indolores. Ils peuvent être internes ou externes. Selon les pratiques sexuelles, il est possible que les condylomes soient localisés au niveau de la bouche. Les lésions peuvent régresser spontanément, mais souvent leur nombre et leur taille tendent à augmenter.

Cancer du col de l'utérus

Dans le cas des types à haut risque oncogène HPV-16 et HPV-18, responsables du cancer du col de l'utérus, les symptômes sont directement liés aux lésions précancéreuses à un stade avancé et se manifestent par :

- ➔ Saignements vaginaux anormaux, en dehors des règles ou lors des rapports sexuels ;
- ➔ Douleurs dorsales, dans la jambe ou au niveau du bassin ;
- ➔ Perte d'appétit et perte de poids ;

- ➔ Fatigue ;
- ➔ L'évolution du cancer se fait sur 15 à 20 ans (sauf pour les femmes vivant avec le VIH où l'évolution se fait plus rapidement, en 4-5 ans).

e) Facteurs de risques de l'apparition du HPV

L'infection par HPV est nécessaire à la survenue du cancer cervical mais ne serait pas suffisante en tant que telle. Plusieurs cofacteurs sont connus à ce jour⁷, qui faciliteraient l'acquisition du HPV et par là même participeraient à l'augmentation du risque de développer un cancer du col de l'utérus :

Les facteurs exogènes :

- ➔ Un nombre élevé de partenaires sexuels.
- ➔ L'âge précoce du premier rapport jouerait également un rôle. Cependant, il est probable qu'il y ait un lien entre l'âge précoce et le nombre élevé de partenaires.
- ➔ Le tabac par son action cocarcinogène et son effet immunosuppresseur.
- ➔ La multiparité : le fait d'avoir accouché plusieurs fois par voie vaginale expose une zone du col de l'utérus appelée exocol qui facilite l'infection par HPV.
- ➔ Un lien a été démontré entre la survenue du cancer du col utérin et les co-infections par une autre IST, en particulier HSV-2, Chlamydia trachomatis et bien sûr, le VIH.

Les cofacteurs viraux

L'infection par un HPV à haut risque est indispensable, mais il faut savoir que le potentiel oncogène diffère selon les génotypes. Cependant les génotype HPV 16 et 18 sont des facteurs majeurs d'évolution vers la cancérisation.

Les cofacteurs liés à l'hôte

Le taux d'hormones endogènes (nombre de grossesses, statut ménopausique) ; les facteurs génétiques et les capacités de réponse immunitaire propres à l'individu (déficits immunitaires constitutionnels) jouent un rôle dans la carcinogénèse.⁸

II. PATHOPHYSIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

a) Anatomie du col de l'utérus

Anatomie

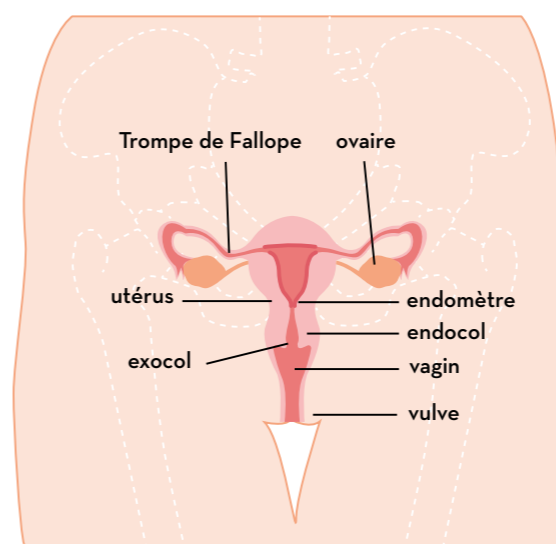
Le col de l'utérus mesure environ 3 cm de long. Il prolonge le corps de l'utérus, et aboutit par sa partie la plus externe dans la cavité vaginale. Il est surtout fait de tissu conjonctif et de muscles. Il est divisé en 2 parties principales, soit :

- ➔ L'endocol, qui est la partie interne du col menant à l'utérus ;
- ➔ L'exocol, qui est la partie externe du col qui est ronde et semblable à une lèvre et qui avance dans

le vagin. Le canal endocervical est le passage se situant au centre du col, et reliant la cavité utérine au vagin.

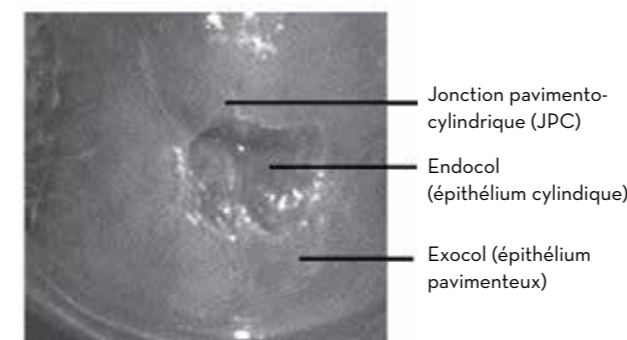
Le col s'ouvre dans le vagin par l'orifice cervical externe. La partie supra-vaginale du col rencontre le corps musculaire de l'utérus au niveau de l'orifice cervical interne. Chez la femme multipare, le col est volumineux et l'orifice cervical externe apparaît sous la forme d'une large fente transversale béante. Chez la femme nullipare, l'orifice cervical externe se présente sous l'aspect d'une petite ouverture arrondie.

FIGURE 3 : VUE DE FACE ET VUE DE PROFIL DES ORGANES INTERNES DE LA FEMME, OMS⁹



La portion du col s'étendant à l'extérieur de l'orifice externe est appelée l'exocol. C'est la partie aisément visible du col lors d'un examen au spéculum. La portion du col située au-dessus de l'orifice externe (à l'intérieur) est appelée endocol.

FIGURE 4 : COL DE L'UTÉRUS, OMS¹⁰



Ces deux régions se retrouvent à la **Jonction pavimento-cylindrique (JPC) ou Jonction Squameuse en Colonne (JSC)**.

Le canal endocervical qui traverse le col, met en

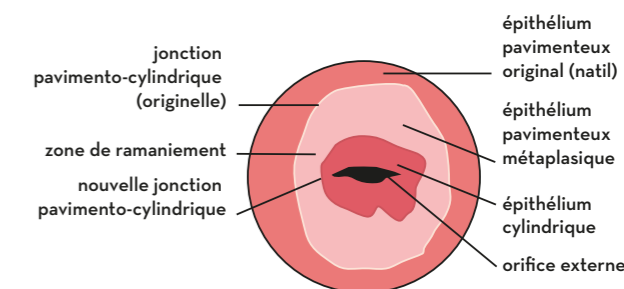
relation la cavité utérine avec le vagin. Il s'étend de l'orifice interne à l'orifice externe.

La zone de jonction squamo-cylindrique (JSC) est hormono-dépendante et par conséquent sa localisation change avec l'âge. Pendant la puberté, la grossesse, ou sous traitement hormonal progestatif, la réapparition physiologique de muqueuse cylindrique (de type endocervical) sur l'exocol est connue sous le terme d'ectropion ou d'éversion. Après la ménopause la JSC se rétracte dans le canal endocervical.

Au niveau microscopique : 2 types principaux de cellules forment le col de l'utérus :

- ➔ Les cellules cylindriques tapissent le canal endocervical. Ce sont des cellules glandulaires qui fabriquent du mucus. Elles portent le nom de cellules cylindriques puisqu'elles sont longues et qu'elles ont la forme de colonnes.
- ➔ Les cellules malpighiennes tapissent l'exocol et le vagin. Elles sont plates et minces comme les écailles d'un poisson.

FIGURE 5 : ZONE DE REMANIEMENT DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER, OMS¹¹



La région du col de l'utérus où les cellules malpighiennes rejoignent les cellules cylindriques est appelée jonction pavimento-cylindrique. On lui donne aussi le nom de zone de transformation, puisque les grandes cellules cylindriques se transforment constamment en cellules malpighiennes, en particulier à la puberté et en période de fécondité.

Les changements précancéreux et la plupart des cancers du col de l'utérus prennent naissance dans cette zone de transformation.

b) Physiopathologie

Un état précancéreux du col de l'utérus est caractérisé par des changements subis par certaines cellules du col qui les rendent plus susceptibles d'évoluer en cancer. Cet état n'est pas encore un cancer, mais il risque fortement de se transformer en cancer du col de l'utérus s'il n'est pas traité. Quand on ne traite pas l'état précancéreux du col de l'utérus, jusqu'à 10 ans ou plus peuvent être nécessaires pour qu'il se transforme en cancer du col de l'utérus, mais cela prend parfois moins de temps.

9. OMS (2017), *La lutte contre le cancer du col de l'utérus, Guide des pratiques essentielles, deuxième édition*

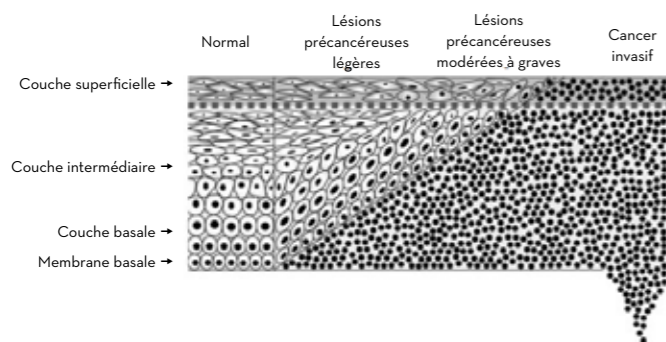
10. Ibid.

11. Ibid.

7. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L (août 2006). *Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Vaccine*

8. Faridi R, Zahra A, Khan K, Idrees M. (2011). *Oncogenic potential of Human Papillomavirus (HPV) and its relation with cervical cancer. Virol J*;8(6):18.

FIGURE 6 : ÉVOLUTION DE L'ÉPITHÉLIUM NORMAL VERS UN CANCER INVASIF, OMS¹²



Les états précancéreux du col de l'utérus prennent naissance dans une région appelée zone de transformation. C'est là qu'un type de revêtement (cellules cylindriques glandulaires) se transforme constamment en un autre (cellules malpighiennes). La transformation des cellules cylindriques en cellules malpighiennes est un processus normal, mais il rend les cellules plus sensibles aux effets du virus du papillome humain (HPV).

Les changements précancéreux du col de l'utérus sont assez fréquents. Ils peuvent apparaître à tout âge mais apparaissent le plus souvent chez les femmes dans la vingtaine et la trentaine.

L'infection au virus du papillome humain (VPH) est le facteur de risque principal des changements précancéreux du col de l'utérus et du cancer du col de l'utérus.

Les lésions précancéreuses comprennent la néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) et l'adénocarcinome in situ. Ces lésions sont totalement asymptomatiques. Leur délai d'évolution vers la lésion invasive est généralement long, ce qui permet, grâce à un dépistage, d'aboutir à un diagnostic.

L'infection persistante de la muqueuse cervicale par un papillomavirus humain constitue une condition nécessaire au développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

Les états précancéreux du col de l'utérus sont décrits en fonction du degré d'anomalie de l'apparence des cellules observées au microscope et de la gravité des changements cellulaires. On les regroupe selon le type de cellule qui est anormale.

c) Classification histologique

LÉSIONS	RÉGRESSION	PERSISTANCE	PROGRESSION VERS UNE CIN SUPÉRIEURE	PROGRESSION VERS UN CANCER INVASIF
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	56%		>12

Les lésions précancéreuses sont aussi appelées néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN. Elles existent sous forme plus ou moins grave. Une classification permet de distinguer trois grands types de lésions en fonction de leurs gravités :

CIN 1 : les cellules anormales touchent 1/3 de l'épaisseur de l'épithélium ;
CIN 2 : les cellules anormales touchent 2/3 de l'épaisseur de l'épithélium ;
CIN 3 : les cellules anormales touchent l'ensemble de l'épithélium.

Néoplasies cervicales intra-épithéliales

Les CIN constituent un éventail de lésions caractérisées par une désorganisation architecturale liée principalement à un trouble de la différenciation et une prolifération de cellules atypiques. L'intensité et la topographie de ces anomalies permettent de classer les CIN selon leur sévérité en simples lésions infectieuses (CIN 1) ou en lésions pré-invasives (CIN 2 et CIN 3).

Les données épidémiologiques récentes suggèrent une augmentation de l'incidence et de la prévalence des CIN et une diminution de la moyenne d'âge des patientes porteuses de ces lésions.

Pour les patientes porteuses d'une CIN 3 le risque de développement d'un cancer au bout de 30 ans est estimé entre 31 et 50 % en l'absence de traitement. Les délais de développement d'un cancer à partir d'une CIN 3 varient en moyenne entre 5 et 19 ans, mais des évolutions plus rapides sont quelquefois rapportées, particulièrement en cas d'infection par HPV16.

Adénocarcinomes in situ

L'adénocarcinome in situ (AIS) représente 1 % des lésions précancéreuses du col et survient en moyenne chez les femmes entre 25 et 30 ans, soit environ 10 à 20 ans avant les adénocarcinomes invasifs du col utérin. La fréquence de ces lésions augmente surtout chez les femmes jeunes.

Environ 50 % des AIS sont associés à une lésion malpighienne intra-épithéliale. Jusqu'à 90 % des AIS sont HPV-induits (surtout HPV18).

d) Phénomène de clairance¹³

Un temps variable peut s'écouler entre l'infection par HPV et l'évolution des lésions vers un cancer. En effet 60 % ou plus des dysplasies légères se résorberont progressivement alors que seulement 10 % d'entre elles évolueront vers des dysplasies modérées ou sévères dans les 2 à 4 ans suivant la période d'infection, de même seulement 50 % des dysplasies sévères évolueront vers un cancer invasif. L'infection à HPV est le plus souvent TRANSITOIRE avec disparition des anomalies cytologiques et histologiques.

Il est estimé qu'il faut entre 10 et 20 ans aux dysplasies légères pour évoluer vers des carcinomes. Cette évolution lente fait donc du cancer du col de l'utérus un mal facilement évitable s'il est dépisté. Le phénomène de clairance est également illustré dans la figure 7, ci-après.

III. PRÉVENTION

a) Introduction

La prévention, la détection des lésions précancéreuses, suivies d'un traitement approprié quand cela est nécessaire, constituent les approches

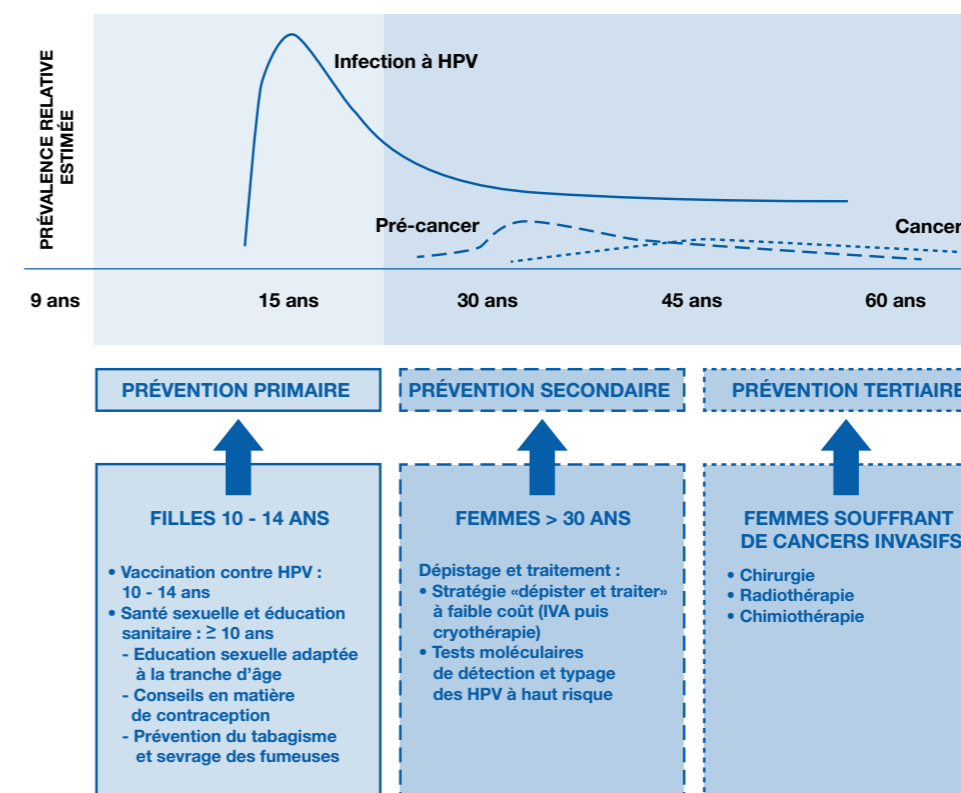
élémentaires pour prévenir les 530 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués chaque année.

Des outils de dépistage peu coûteux et de faible technicité existent aujourd'hui, qui pourraient réduire le fardeau des décès par cancer du col dans les pays les moins développés. L'OMS a récemment reconnu l'importance de s'engager dans la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus à grande échelle. Certains pays commencent à intégrer cette problématique dans les plans de santé nationaux. Néanmoins, les moyens manquent pour la mise en œuvre effective des recommandations et l'accès des femmes à des moyens simples et efficaces pour prévenir cette pathologie qui peut avoir des conséquences désastreuses lorsqu'elle est diagnostiquée tardivement.

Prévention primaire : l'objectif de santé publique est de réduire les infections par le HPV. Les interventions clés sont les suivantes : la vaccination, l'éducation sexuelle complète et la promotion de l'utilisation du préservatif.

Prévention secondaire : l'objectif de santé publique est de diminuer la prévalence et l'incidence du

FIGURE 7 : L'APPROCHE GLOBALE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : VUE D'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS PROGRAMMATIQUES DÉLIVRÉES TOUT AU LONG DE LA VIE DANS LE BUT DE PRÉVENIR LES INFECTIONS À VPH ET LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, OMS*



* 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. OMS, 2013, Genève

13. OMS (2007), La lutte contre le cancer du col de l'utérus - Guide des pratiques essentielles

12. OMS (2017), La lutte contre le cancer du col de l'utérus, Guide des pratiques essentielles, deuxième édition

CCU ainsi que la mortalité associée, en faisant en sorte que les lésions précancéreuses n'évoluent pas vers un cancer invasif. Les interventions clés sont l'information, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.

Prévention tertiaire : l'objectif de santé publique est de diminuer le nombre de décès dus au CCU. Les interventions clés sont la mise en place de mécanismes d'orientation des patientes vers les structures adaptées, le diagnostic précis et en temps opportun du CCU et le traitement approprié à chaque stade en fonction du diagnostic. Il est important de travailler sur les représentations des professionnel·les de santé car celles-ci peuvent avoir une influence sur la pratique professionnelle.

b) Prévention primaire

La prévention primaire consiste à réduire les infections à HPV par ces 3 composantes :

- ➔ La vaccination des jeunes filles de 9 à 14 ans (3 injections à 6 mois d'intervalle) ;
- ➔ L'éducation sexuelle complète ;
- ➔ La promotion de l'utilisation du préservatif.

La vaccination

L'OMS recommande d'administrer de manière

systématique le vaccin contre le HPV aux jeunes filles de 9 à 14 ans, car dans la plupart des pays elles n'ont pas encore commencé à avoir une activité sexuelle. La tranche d'âge doit être adaptée au niveau du pays, d'après les informations dont on dispose sur l'activité sexuelle chez les jeunes.

Il existe aujourd'hui, trois types de vaccin, leurs caractéristiques sont résumées et comparées dans le tableau suivant :

TABLEAU : RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU VACCIN ANTI-HPV¹⁴

CARACTÉRISTIQUES	BIVALENT (CERVARIX)	QUADRIVALENT (GARDASIL®/SILGARD®)	NONVALENT 9VPVH
TYPE DE VACCIN	Pseudo-particules virales (VLP) avec capsid L1 recombinante	Pseudo-particules virales (VLP) avec capsid L1 recombinante	Pseudo-particules virales (VLP) avec capsid de L1 recombinante
TYPES DE PVH DANS LE VACCIN	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
PROTECTION CONTRE LA MALADIE	Cancer du col de l'utérus (et lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin)	Cancer du col de l'utérus (et lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) Condylomes acuminés	Cancer du col de l'utérus (et lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) Condylomes acuminés
PROTECTION CROISÉE CONTRE LES TYPES DE HPV	31, 33	31, 45	Pas nécessaire
NOMBRE DE DOSES REQUISES	2	2	2
INTERVALLE ENTRE LES DOSES (SOUPLESSE)	0 et 6 mois (pas d'intervalle maximum, mais il est suggéré de ne pas dépasser 12-15 mois)	0 et 6 mois (pas d'intervalle maximum, mais il est suggéré de ne pas dépasser 12-15 mois)	0 et 6 mois (pas d'intervalle maximum, mais il est suggéré de ne pas dépasser 12-15 mois)
MÉTHODE D'ADMINISTRATION	Injection intramusculaire	Injection intramusculaire	Injection intramusculaire
PRÉSENTATION ET TYPE DE PASTILLE DE CONTRÔLE DU VACCIN (PVC)	Flacon 1 dose, PCV 30 Flacon 2 doses, PCV 30	Flacon 1 dose, PCV 30	Flacon 1 dose, PCV à être déterminé
DURÉE DE CONSERVATION	48 mois à 2-8°C pour le flacon 1 dose	36 mois à 2-8°C pour le flacon 2 doses, le vaccin est sensible au gel	36 mois à 2-8°C, le vaccin est sensible au gel 36 mois à 2-8°C, le vaccin est sensible au gel
CO-ADMINISTRATION AVEC D'AUTRES VACCINS POUR ADOLESCENT. ES S'ÉTANT RÉVÉLÉE EFFICACE*	Hépatite B Diphtérie/Tétanos/ Coqueluche Poliomyélite	Diphtérie/ Tétanos/ Coqueluche Poliomyélite	
CONTRE-INDICATIONS	Réaction allergique sévère à l'un des constituants du vaccin après la première dose Affection fébrile sévère Grossesse connue	Réaction allergique sévère à l'un des constituants du vaccin après la première dose Affection fébrile sévère Grossesse connue	Réaction allergique sévère à l'un des constituants du vaccin après la première dose Affection fébrile sévère Grossesse connue

*OMS (2013), 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

D'après la note de synthèse de l'OMS¹⁵ (novembre 2020), la population cible recommandée est la tranche d'âge 9-14 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 plus 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 séropositives pour le VIH (qu'elles reçoivent ou non un traitement antirétroviral). Il n'est pas nécessaire de dépister les éventuelles infections par un HPV ou par le VIH avant la vaccination contre le HPV.

Les présentes recommandations relatives au calendrier de vaccination sont valables tant pour le vaccin bivalent que pour le vaccin quadrivalent.

L'infection naturelle n'est pas un gage de protection. La concentration d'anticorps est faible et ne permet pas d'être protégé contre une réinfection ou une réactivation du virus.

La vaccination contre le HPV des jeunes garçons et des hommes est discutée et semble importante pour coresponsabiliser les personnes, quel que soit le genre, au problème de santé publique posé par le CCU ; cela dit, elle présente un moins bon rapport coût-efficacité pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus que la vaccination à grande échelle d'une proportion élevée de jeunes filles dans la tranche d'âge ciblée, et ce d'autant plus qu'il y a actuellement une pénurie de vaccins au niveau mondiale.

Pour assurer l'acceptation de la vaccination, le programme doit être accompagné d'une forte communication capable de se dresser contre la progression des mouvements antivaccins. Ainsi il faudra mettre l'accent sur le plaidoyer et la mobilisation communautaire afin de rassurer les populations sur l'efficacité, la sûreté et les avantages du vaccin.

Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique : tableaux récapitulatifs sur le site Web de l'OMS (mise à jour régulière).

Pour des informations plus détaillées concernant la vaccination, consultez le chapitre 4 du Guide de l'OMS : la lutte contre le cancer du col de l'utérus - Guide des pratiques essentielles.

Promouvoir l'Education Sexuelle Complète¹⁶

« L'Education Sexuelle Complète (ESC) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir - dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité -, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie. » UNESCO, 2018.

Cette éducation doit être adaptée à l'âge et au contexte culturel en incluant des messages tels que la diminution des comportements sexuels à risque.

La promotion à l'utilisation des préservatifs

Encourager l'utilisation adéquate et régulière du préservatif (masculin ou féminin) et la promotion efficace de préservatifs (masculins et féminins) et lubrifiants sont déterminants pour réduire les IST.

c) Prévention secondaire

La prévention secondaire du cancer du col de l'utérus doit être centrée sur 3 axes :

L'accès à l'information

Avoir une compréhension approfondie des barrières sociales, culturelles et structurelles inhérentes à l'environnement afin d'élaborer des stratégies garantissant un accès facilité aux services. Les femmes des communautés locales doivent être les décideuses de ces programmes, en tant qu'alliées¹⁷.

Le dépistage

Favoriser l'intégration de ces services dans les espaces originellement dédiés à l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive¹⁸.

14. OMS (2017), Guide d'introduction du vaccin anti-HPV dans les programmes nationaux de vaccination, Genève

15. OMS (16 novembre 2020), New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV, <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

16. UNESCO (2015), Education Sexuelle Complète : Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques, Une étude mondiale.

UNESCO (2018), Education 2030 : International technical guidance on sexuality education, An evidence-informed approach.

UNESCO (2010), 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, Vol.1, Le bien-fondé de l'éducation sexuelle.

17. OMS (16 novembre 2020), New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV, <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

18. Ibid

Le traitement des lésions précancéreuses

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est l'utilisation systématique d'un test pour déceler les anomalies du col de l'utérus dans une population asymptomatique. Les femmes ciblées par ce dépistage peuvent se sentir en parfaite santé et ne voir aucune raison de se rendre dans une structure de soins.

Les services de dépistage peuvent être assurés de manière organisée ou opportuniste (c'est à-dire dispensés lorsqu'une femme se rend dans une structure de soins dans un autre but) ou des deux façons. Il est généralement admis que **le dépistage organisé présente un meilleur rapport coût/efficacité que le dépistage opportuniste** car il permet de mieux utiliser les ressources disponibles et de faire bénéficier du service considéré un plus grand nombre de femmes.

Pour le traitement des lésions précancéreuses, la technique à privilégier est l'électro-résection à l'anse diathermique (RAD). Dans les contextes où cette méthode ne peut être utilisée ou dans lesquels les moyens sont très limités, des directives récentes de l'OMS préconisent la cryothérapie comme autre moyen de traiter de manière satisfaisante des lésions mises en évidence par IVA (Inspection visuelle à l'acide acétique). Dans les pays disposant de plus de ressources, d'autres techniques, comme la conisation au bistouri froid peuvent être appliquées.

Les options actuellement disponibles pour dépister et traiter les lésions précancéreuses sont notamment les suivantes :

« **Dépistage, triage et traitement** » - Utilisation d'un test de dépistage donnant des résultats immédiats (test HPV) suivie d'un examen de triage et d'un traitement « sur le champ » (par thermocoagulation des lésions détectées, sans autre test supplémentaire, sauf si l'on suspecte la présence d'un cancer). La détection et le traitement précoces des lésions précancéreuses permettent de prévenir la majorité des cancers du col. Trois types de tests différents sont actuellement disponibles :

- ➔ Le test classique (frottis de Papanicolaou) et la cytologie en milieu liquide (LBC) ;
- ➔ L'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ;
- ➔ Le test de détection du VPH permettant de rechercher les types à haut risque (parexemplestypes16 et 18).

« **Tests séquentiels** » - Réalisation d'un second test de dépistage (test de triage) pour les sujets dont les résultats au premier test étaient positifs et, si la lésion précancéreuse est confirmée, le traitement doit être fait.

Dépistage et, pour les femmes dont le test est positif, réalisation d'une colposcopie et d'une biopsie, le traitement dépendant des résultats de cette biopsie.

En 2012, le monde comptait presque un milliard de femmes de 30 à 49 ans, dont la plupart n'avaient jamais été dépistées, ne serait-ce qu'une fois.

d) Prévention tertiaire

Dans nombre de pays, les capacités pour assurer ces services sont insuffisantes ou les services existants sont inaccessibles ou inabordables pour la majorité des femmes concernées. Les principales difficultés rencontrées pour mettre en place des systèmes de traitement qui fonctionnent bien sont les suivantes :

- ➔ Création de guides et documents de référence développant et promouvant la mise en œuvre de la gestion le cancer du col de l'utérus¹⁹;
- ➔ Favoriser l'accès à des équipements de haute qualité²⁰ ;
- ➔ Etendre l'accès à la chirurgie²¹ ;
- ➔ **Création et maintien d'un réseau d'orientation vers un service spécialisé de référence :**
Le principal défi rencontré pour délivrer le traitement est la mise en place et le maintien d'un réseau d'orientation efficace et de qualité qui permette un accès en temps utile aux soins et une continuité de ceux-ci en reliant le centre de soins à l'unité d'orientation, au laboratoire et aux centres de diagnostic et de traitement du cancer du col. **Un protocole d'orientation et un système de communication performants doivent être en place pour garantir l'efficacité du système d'orientation.** Les réseaux d'orientation peuvent varier d'un pays à l'autre et en fonction de l'organisation du système de santé du pays considéré.
- ➔ **Observance du traitement :** il est aussi très difficile d'obtenir que le traitement soit mené à son terme, lorsque celui-ci nécessite un long séjour dans un centre de traitement situé au niveau régional ou national. Des obstacles géographiques, financiers et sociaux entraînent fréquemment une non-observance du traitement, en particulier pour la radiothérapie. L'octroi d'un soutien pour le logement et les frais de voyage et/ou d'une allocation pour compenser les heures de travail perdues peuvent jouer un rôle essentiel en permettant aux femmes et à leur famille de surmonter les difficultés pendant la durée du traitement. Dans les pays qui ne disposent pas des moyens pour traiter ce type de cancer, il est utile de connaître les accords intergouvernementaux

d'orientation vers des pays voisins et d'en tirer parti.

- ➔ **Soins palliatifs :** faire en sorte que les patientes atteintes d'un cancer du col engageant le pronostic vital bénéficient d'une prise en charge de la douleur et de la souffrance (tant physique que psychologique), ce qui nécessite des ressources, des compétences spécialisées et une supervision. Des soins palliatifs efficaces supposent une équipe de médecins, d'infirmières, d'autres spécialistes et des membres de la communauté qui collaborent au niveau des structures de soins, de la communauté et des foyers.

D'après une étude de Hunt, Nouvet, Chénier et al. (2020)²², il existe de nombreux obstacles à l'intégration des soins palliatifs dans le champ humanitaire tels que :

- ➔ La prévalence de la notion d'Ethos (sauver des vies) pousse à une focalisation sur la réduction de la mortalité, ce qui amène les professionnel.les à mettre de côté d'autres approches, centrées par exemple sur le soulagement de la souffrance.
- ➔ Le manque de temps en situation de crise pousse les acteurs à reléguer les soins palliatifs au dernier plan, au lieu de les considérer comme une part intégrante de la réponse humanitaire.
- ➔ L'insuffisance des ressources disponibles et la nécessité de prioriser amène les professionnel.les à mettre de côté les patient.e.s qui nécessiteraient des soins palliatifs.
- ➔ La difficulté de communiquer ce type d'approche aux bailleurs.
- ➔ L'absence de guides, protocoles dédiés et standards cliniques.
- ➔ Peu de personnes sont formées ou ont de l'expérience en soins palliatifs.
- ➔ L'existence de barrières à l'accès aux opioïdes dans certains pays.
- ➔ Les spécificités culturelles.

Cependant, les discussions sur les soins palliatifs et de fin de vie sont de plus en plus nombreuses. L'action humanitaire se doit d'intégrer les problématiques inhérentes à la gestion de la souffrance et le respect de la dignité des patient.e.s, tout en s'efforçant à prévenir la mortalité sur le terrain.

e) Intervention possible

Nécessité d'une approche multisectorielle et ambitieuse avec comme fondements :

- ➔ Autonomiser les femmes : renforcer l'autodétermination et habiliter les femmes à prendre leurs propres décisions ;
- ➔ Réduire les inégalités de genre ;
- ➔ Respecter les **droits fondamentaux de toutes et tous ;**

- ➔ Réduire la pauvreté.

Composantes importantes

- ➔ Adopter une approche de promotion de la santé qui favorise l'empowerment et un parcours de vie sain ;
- ➔ Protéger l'exercice des droits à la santé, à l'éducation, à la sécurité, etc. ;
- ➔ Renforcer l'éducation sexuelle complète ;
- ➔ Prévoir des interventions préventives auprès des 25-50 ans ;
- ➔ Éliminer le mariage avant 18 ans, prévenir la violence et les contraintes sexuelles ;
- ➔ Impliquer les hommes pour les aider à contribuer à leur santé ;
- ➔ Agir avec les partenaires locaux et les services publics ;
- ➔ Faire de la participation des femmes à l'élaboration des projets les concernant un principe.

Les véritables défis sont la lutte contre la pauvreté, les inégalités de genre, la discrimination, le manque d'accès aux services.

19. OMS (16 novembre 2020), *New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV*, <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

20. Ibid.

21. Ibid.

22. Hunt, Nouvet, Chénier, et al. (2020), *Addressing obstacles to the inclusion of palliative care in humanitarian health projects: a qualitative study of humanitarian health professionals' and policy makers' perceptions*. *Conflict and Health*

MESSAGES CLÉS

- ➔ Le papillomavirus représente un groupe de virus extrêmement courant dans le monde, mais la plupart de ces infections sont transitoires.
- ➔ VPH ou VHP ou HPV en anglais = condition nécessaire : le CCU est dû principalement à une infection par un papillomavirus humain transmise par voie sexuelle. Les HPV représentent un groupe de plus de 200 types de virus, parmi lesquelles plus de 40 types peuvent être transmis lors des rapports sexuels par contact génital.
- ➔ Seul un très faible pourcentage de l'ensemble des infections à HPV sera responsable du développement d'un cancer invasif.
- ➔ Deux vaccins permettant de prévenir les infections par les types de HPV à haut risque 16 et 18 sont homologués dans la plupart des pays. Le vaccin est non thérapeutique.
- ➔ La vaccination des jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle est une intervention primaire importante.
- ➔ Même vaccinées contre le HPV, les jeunes filles devront réaliser le suivi et dépistage du cancer du col de l'utérus. Les vaccins n'apportent pas une protection à l'ensemble des HPV, et ce d'autant plus que la durée de l'immunité est inconnue.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

SESSION COMMUNE 3

STRATEGIE D'INTERVENTION, ALGORITHME DE DEPISTAGE ET PRISE DE DECISION

I. STRATEGIES DE DEPISTAGE RECOMMANDÉES PAR L'OMS

L'OMS recommande les stratégies qui permettent la prise en charge des femmes avec le moins de délai et de pertes de vue possibles, et donc l'utilisation de méthodes de dépistage rapides, permettant le rendu des résultats et le traitement des femmes dans une seule et unique visite. Cela peut s'appliquer donc au « screen & treat » et au « sequential testing » réalisés avec des tests rapides (VIA/VILI et/ou test HPV point of care).

« **Screen & treat** » : une seule visite, avec une méthode qui permet un résultat immédiat (ex : VIA) et un traitement immédiat si nécessaire.

« **Sequential testing** » : faire un premier dépistage, si positif un deuxième test de confirmation, et puis, si nécessaire, traiter. Les deux tests peuvent être réalisés au cours d'une seule visite ou en deux visites séquentielles.

L'étape de **confirmation diagnostique** par coloscopie et biopsie des lésions n'est pas efficace dans les pays à faible revenu.

Les recommandations de l'OMS sont en faveur d'**augmenter le taux de couverture** plutôt que la fréquence de dépistage.

L'OMS préconise de **dépister les femmes de 30 à 49 ans**, cette tranche d'âge pouvant être élargie en fonction de la prévalence liée à l'âge et de l'espérance de vie. Le dépistage par le test HPV expose à une majoration importante de faux positifs.

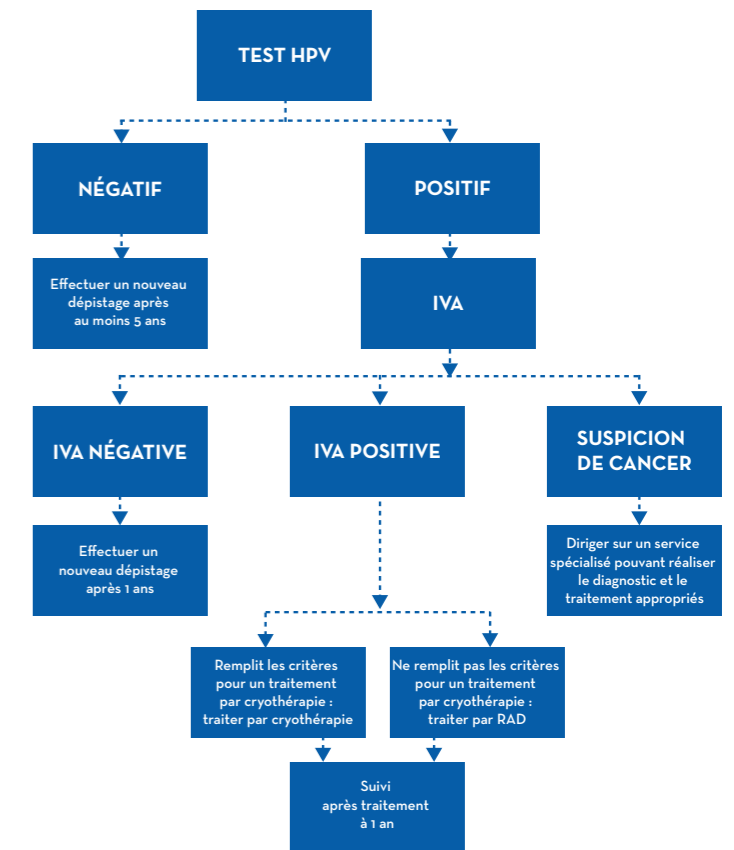
II. STRATEGIE DE DEPISTAGE DE MDM

a) Stratégie de MdM pour la prévention du CCU

La stratégie de MDM

Le projet de réduction de la morbidité et mortalité dues au cancer du col utérin (CCU) de Médecins du

FIGURE 8 : STRATEGIE DE DEPISTAGE*



Monde intègre les recommandations de l'OMS et comporte une triple innovation basée sur l'évolution des connaissances scientifiques et technologiques dans le domaine. Ces trois innovations proposées sont :

CAPACITE D'AGIR	---	Choix d'effectuer elles-mêmes le prélèvement (auto-prélèvement) ou de le faire réaliser par un.e professionnel.le de soins.
QUALITE	---	Le dépistage de l'Human papilloma Virus (HPV) sur le prélèvement par la technique PCR, permettant d'améliorer la qualité du dépistage.
INNOVATION	---	L'utilisation de la technique de thermocoagulation pour les lésions précancéreuses (comme alternative à la cryothérapie).

* OMS (2014), *Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention, WHO guidelines*, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

- SAVOIR :**
- ➔ Expliquer l'algorithme de dépistage et de traitement développé ;
 - ➔ Identifier les différents acteurs intervenant à chaque étape de l'algorithme.

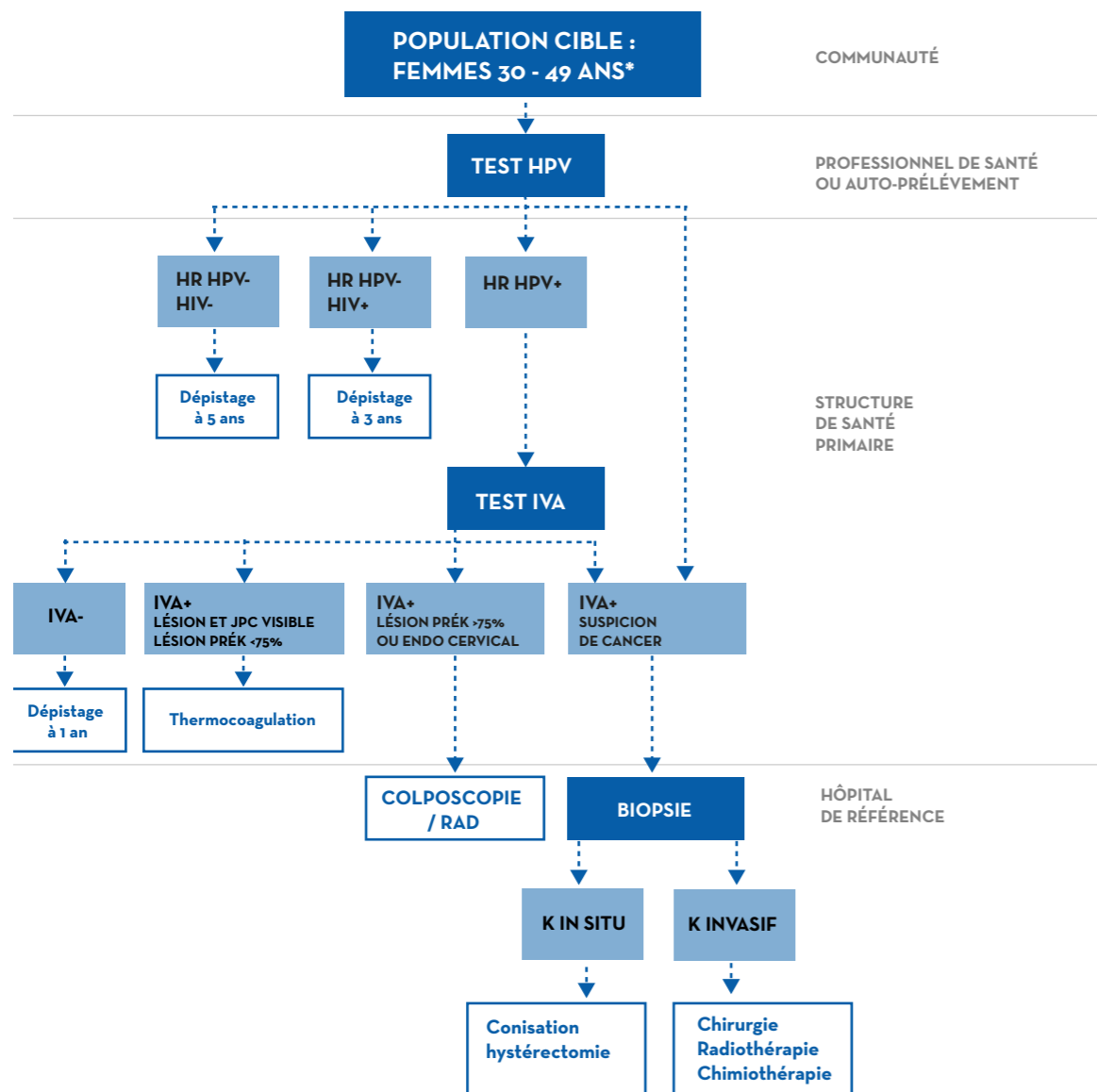
- SAVOIR-FAIRE :**
- ➔ Énoncer les spécificités du modèle de MdM développé et les raisons ;
 - ➔ Positionner les activités en lien avec le CCU par rapport aux services existants.

b) Algorithme d'intervention

Notre algorithme repose sur les 4 éléments suivants permettant l'optimisation d'un programme :

- ➔ La définition de la population cible du programme,
- ➔ Le choix du test de dépistage,
- ➔ La définition des modalités du dépistage,
- ➔ La définition de l'intervalle entre les dépistages.

FIGURE 9 : SCHÉMA PRÉSENTANT LES PROCÉDURES RELATIVES AU PRÉLÈVEMENT CCU (MÉDECINS DU MONDE, 2019)



*TOUTES FEMMES HIV+ ET SEXUELLEMENT ACTIVES, TRANCHE D'ÂGE À ADAPTER EN FONCTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Population cible

L'OMS préconise de dépister les femmes âgées de 30 à 49 ans, en favorisant la couverture de l'ensemble de la population cible plutôt que la répétition du dépistage chez une même patiente. En effet, les infections à HPV à haut risque sont très fréquentes chez les jeunes filles, mais la plupart de ces infections sont transitoires : elles sont éliminées spontanément par le corps de la femme. Seul un très faible pourcentage des infections à HPV qui persistent pendant plusieurs années seront responsables d'un cancer du col de l'utérus.

Toutefois, le dépistage pourra être proposé à des patientes plus jeunes ou plus âgées, selon leur risque de développer des lésions précancéreuses. Dépister les femmes de moins de 30 ans, notamment en recherchant les HR-HPV, expose à une majoration importante du taux de faux positifs et donc de surtraitement. En effet, la majorité des jeunes femmes se contaminent à l'HPV au moment des premiers rapports, et peuvent à ce moment-là développer des lésions cervicales qui, pour la plupart, régresseront spontanément.

Dépister les femmes de plus de 55 ans paraît peu pertinent compte tenu de l'espérance de vie des patientes dans certains pays, dans la mesure où le CCU est une maladie qui se développe sur plusieurs années (environ 10 ans).

L'OMS est également en faveur d'augmenter le taux de couverture plutôt que la fréquence des dépistages. Chez les personnes vivant avec le VIH, le dépistage devra être proposé chez toutes les femmes sexuellement actives dès lors que leur séropositivité est connue, et ce quel que soit leur âge.

Les personnes exclues sont :

- ➔ Les femmes ayant subi une hystérectomie (pour raison bénigne) ;
- ➔ Les tranches d'âge définies en fonction des recommandations de l'OMS et des stratégies nationales (<30 ans et >50 ans) ;
- ➔ Les femmes traitées à deux reprises par cryothérapie ou thermocoagulation ;
- ➔ Les femmes avec une suspicion de cancer du col de l'utérus ;
- ➔ Les femmes étant à jour de leur dépistage (éviter les sur-dépistages qui n'ont pas d'intérêt).

Modalité du dépistage

Le dépistage est un test qui permet de sélectionner dans la population générale les personnes porteuses d'une affection grâce à une utilisation systématique et non pas en fonction de symptômes. C'est une action de santé publique. Elle permet donc de classer un grand nombre de personnes apparemment en bonne

santé en deux catégories : celles ayant probablement la maladie ; et celles n'ayant probablement pas la maladie ; ceci dans le but de réduire la morbidité et/ou la mortalité de cette maladie dans la population soumise au dépistage.

Il existe deux formes différentes de dépistage :

- ➔ Le **dépistage organisé** (ou de masse) s'applique à une classe d'âge, sur invitation. Il est mis en place selon un cahier des charges et fait l'objet d'un contrôle qualité. Il s'applique à la population sans facteur de risque particulier.
- ➔ Le **dépistage opportuniste** (ou individuel) est une démarche individuelle et non collective. À l'occasion d'un contact avec un.e professionnel.le de santé, une personne sollicite ou se voit proposer un dépistage.

Le choix du test de dépistage²³

Les recommandations 2020 de l'OMS incluent :

- ➔ L'**inspection visuelle** à l'acide acétique (uniquement si la zone de jonction est visible) ;
- ➔ La **recherche d'HR-HPV**, au seuil ≥ 1.0 pg/ml : le test HR-HPV est la méthode de choix préconisée par l'OMS dans les pays à moyens revenus lorsque cela est économiquement envisageable, en complément ou en substitution des méthodes de visualisation directe.

L'OMS propose un triage des patientes HPV+ par dépistage à l'acide acétique : seules les patientes positives à la fois au test HPV (HPV+) et à l'acide acétique (IVA+) bénéficieront d'un traitement, alors que les patientes HPV+ mais négatives à l'acide acétique (IVA-) seront re-testées au bout d'un an.

Par ailleurs l'OMS reconnaît que si la réalisation d'inspection à l'acide acétique est assez facile à établir dans des contextes où les ressources sont limitées, sa qualité dépend de l'expertise de celui ou celle qui la réalise, ce qui rend son efficacité variable.

La définition du dépistage

La réflexion sur les modalités de dépistage du CCU s'articule autour de 2 axes, étroitement liés au choix du test de dépistage :

- ➔ L'**utilisation d'auto-prélèvements** en cas de dépistage par recherche d'HR-HPV ;
- ➔ La **mise au point d'un programme en « screen, triage and treat ».**

Auto-prélèvements :

Le dépistage était plus performant par auto-prélèvements dès lors que ceux-ci permettaient un gain de couverture de population > 20%, et ce malgré une perte de sensibilité, comparé aux prélèvements effectués par le clinicien.

Dans ses recommandations publiées en 2020, l'OMS

23. OMS (16 novembre 2020). *New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV*. <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

préconise la mise en place de programmes en « screen, triage and treat », dans lesquels la décision de traiter la patiente repose sur la positivité du test de dépistage, et non sur la confirmation histologique par un test diagnostic. La stratégie de dépistage mise en place peut comprendre un seul test, auquel cas sa positivité est une indication au traitement, ou une séquence de tests, auquel cas seules les femmes positives à l'ensemble des tests seront traitées, et les autres surveillées de façon plus rapprochée. Les femmes à risque de présenter des lésions précancéreuses doivent bénéficier d'un traitement approprié, et celles présentant une suspicion de lésion invasive doivent être orientées vers une structure adaptée. Etant donné que l'un de nos dépistages repose sur la recherche du papillomavirus, seules les structures

de santé ayant un laboratoire pourront réaliser un « screen, triage and treat »

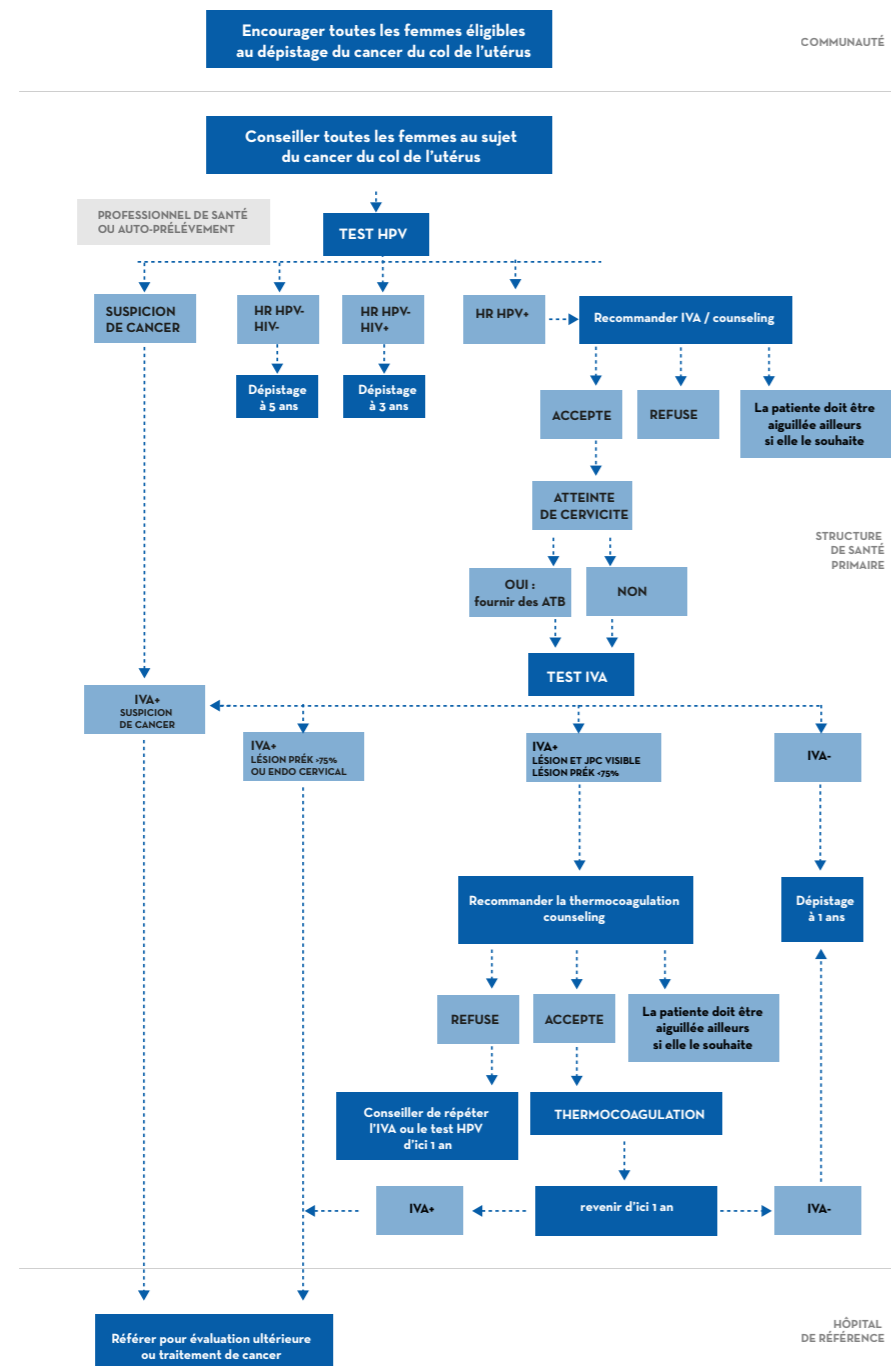
La définition de l'intervalle entre les dépistages

L'intervalle de temps entre chaque dépistage dépend de l'anamnèse de la patiente :

- ➔ **De 1 ans** : en cas de HR HPV positif et IVA négatif chez les patientes séronégatives, les patientes doivent dans ce cas réaliser un test HPV.
- ➔ **De 3 ans** : chez les patientes HIV positives et HPV négatives.
- ➔ **De 5 ans à 10 ans** : chez les patientes séronégatives et HR HPV négatives.

Cet intervalle peut évoluer en fonction de l'évolution des connaissances.

FIGURE 10 : SCHEMA PRÉSENTANT LES PROCÉDURES RELATIVES AU PRÉLÈVEMENT CCU (MÉDECINS DU MONDE, 2019)



c) Les enjeux

Les enjeux de la stratégie MDM

Formation	IVA interdépendante
Protocole d'orientation	Mise en place d'un système en fonction du diagnostic ou de la conduite à tenir
Système de communication	Le système de communication entre les différentes structures de soins doit être performant pour garantir l'efficacité du système d'orientation (indicateur)
Perdus de vue/ suivi des patientes	Définition commune des perdus de vue Mise en place d'un système de rappel des personnes (personnes contacts) Mise en place d'un registre Un lien doit être assuré entre les services de dépistage et le traitement et le suivi après le traitement
Traçabilité	Mise en place d'un système d'anonymisation
Déchets médicaux	Partenariat avec l'hôpital de référence
Qualité des transports de prélèvement	Mise en place d'indicateurs de qualité Mise en place de matériel adéquat
Référencement et contre référencement	Convention entre les structures de soins
Evaluation	A mettre en place

L'élaboration du circuit patiente est une étape essentielle dans la définition de la stratégie d'intervention de MDM. Il prend en compte les différents obstacles que les patientes pourraient rencontrer dans leur parcours de soins. Le circuit des déchets médicaux représente également un enjeu important.

Les schémas suivants présentent les différents obstacles du parcours de soin.

L'ensemble des obstacles de l'offre de service doit permettre l'élaboration d'une stratégie de renforcement du système de santé.

FIGURE 11 : LE CIRCUIT PATIENTE / CSPS (SANS LABORATOIRE)

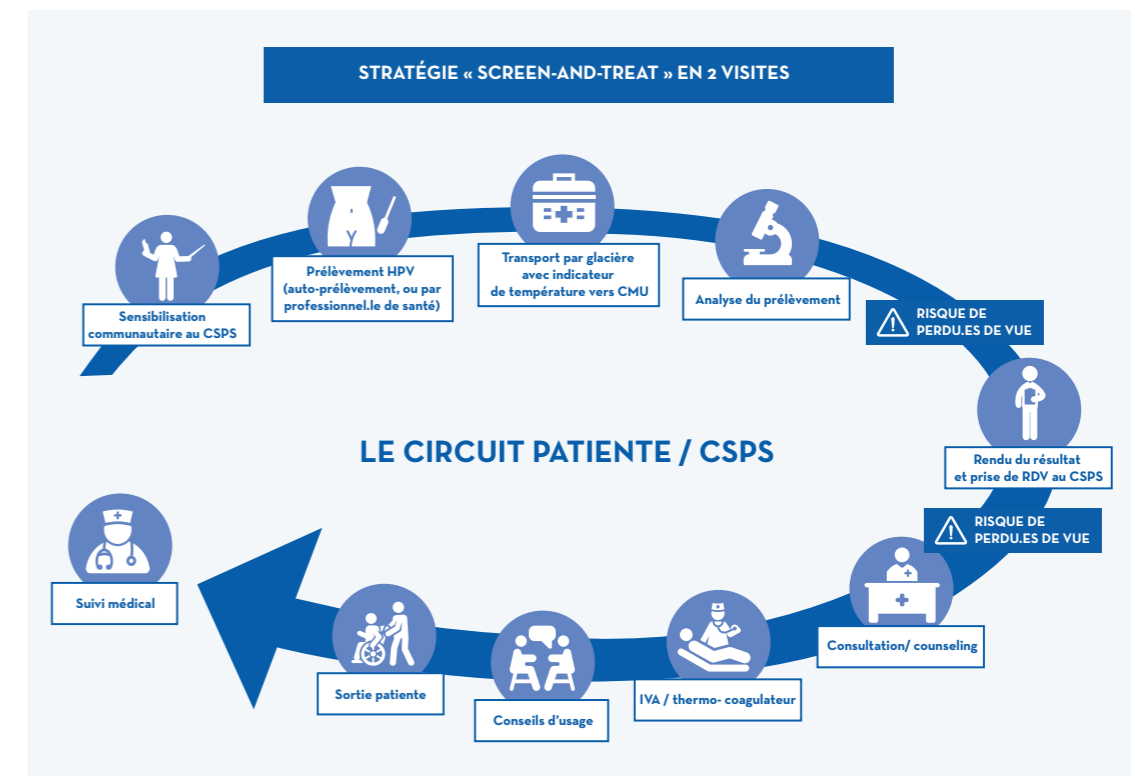
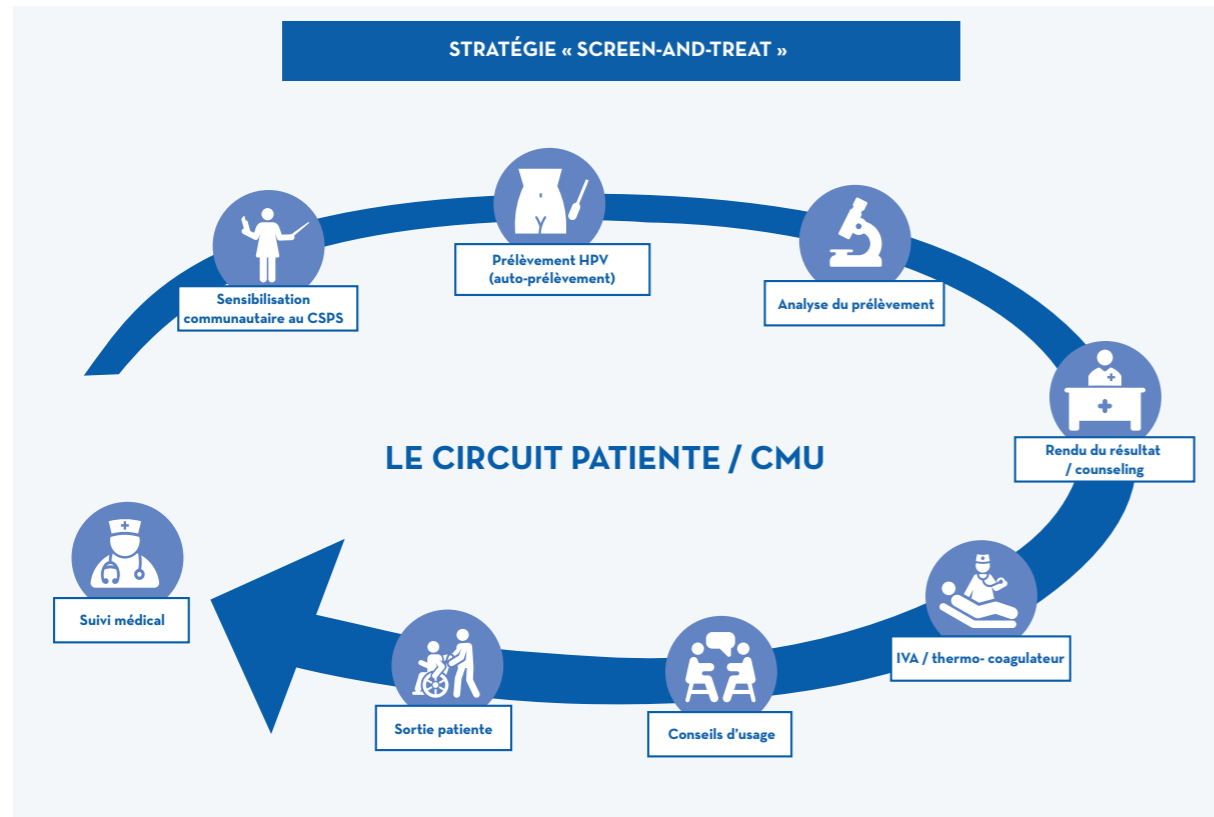


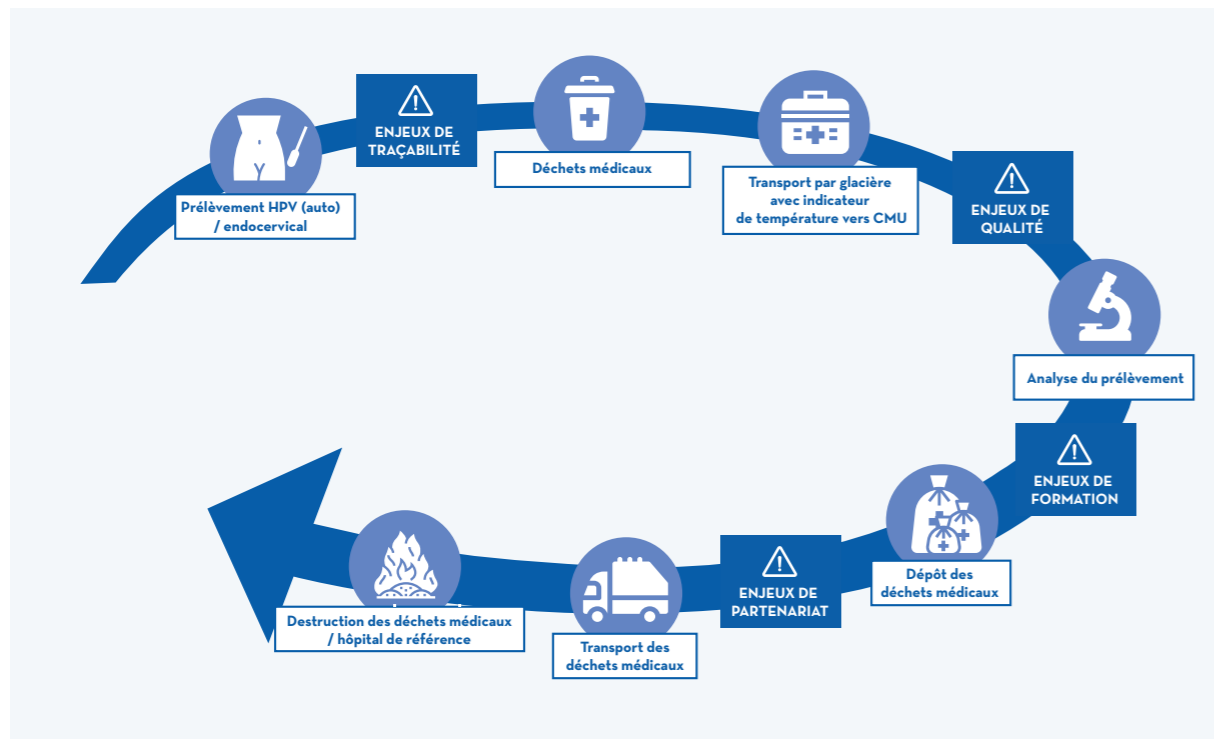
FIGURE 12 : LE CIRCUIT PATIENTE / CMU (AVEC LABORATOIRE)



MESSAGES CLÉS

- ➔ La stratégie de MDM se base sur 3 principes d'action : renforcer l'offre de services, renforcer les capacités individuelles et instaurer un plaidoyer.
- ➔ L'offre de service du dépistage du CCU repose sur une approche intégrée « dépister, trier et traiter ».
- ➔ Notre population cible est l'ensemble des femmes de 30 à 55 ans, excepté celles ayant reçues un traitement (cryothérapie, thermocoagulation, RAD, conisation à froid ou plus invasif).
- ➔ Les femmes positives au HIV nécessitent un suivi rapproché quel que soit leur âge dès l'activité sexuelle.
- ➔ L'identification des obstacles de l'offre de service doit permettre l'élaboration d'une stratégie de renforcement du système de santé.

FIGURE 13 : LE CIRCUIT DES DÉCHETS MÉDICAUX



PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

.....

SESSION COMMUNE 4

APPROCHE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

I. LES MULTIPLES DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS AU DÉPISTAGE

« La sensibilisation en elle-même n'est pas suffisante pour augmenter le recours au dépistage. Pendant la phase de conception, tout programme de dépistage doit prendre en compte les barrières structurelles et culturelles et y apporter des réponses »²⁴

Les barrières d'accès au dépistage du cancer du col ne se limitent pas uniquement à la disponibilité du test, ou à la dissémination de l'information. De nombreux autres facteurs peuvent être déterminants, comme, par exemple, le manque de moyens de transport, le malaise des femmes avec des professionnels de santé masculins, le manque de confidentialité ou d'hygiène dans les structures de soins, les barrières linguistiques, les engagements familiaux des femmes limitant ou empêchant leurs déplacements, le manque de soutien des hommes qui ont un pouvoir de décision sur les choix de santé des femmes, etc.

A défaut d'avoir une connaissance fine du contexte d'intervention, un projet de promotion du dépistage du CCU risque d'être au mieux inefficace et, au pire, contre-productif²⁵.

Ainsi, durant la phase de conception et au cours des interventions il est indispensable d'explorer, d'identifier et de prendre en compte l'ensemble des facteurs structurels (économiques, politiques, légaux etc.) et socioculturels (rapports genrés, pratiques de santé,

perception du corps et de la maladie etc.) qui ont un impact sur l'acceptabilité et l'accessibilité du dépistage, de la prévention, et du traitement du cancer du col.

La participation des personnes directement concernées, dans une approche de santé communautaire, dès la conception d'une intervention est primordiale afin d'identifier correctement les facteurs déterminants de l'accès au dépistage et pour mettre en place des activités adaptées aux personnes et au contexte et qui répondent au plus près à leur demande.

II. L'APPROCHE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

« Les programmes de prévention du cancer cervical qui emploient des stratégies communautaires réussissent mieux à stimuler la demande, à assurer le suivi et le traitement et, in fine, à réduire la charge de la morbidité »²⁶

Qu'est que l'approche de santé communautaire ?

Le renforcement de l'action communautaire est un des cinq piliers de la promotion de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa²⁷. Elle est définie comme « le processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté ».

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

- SAVOIR :**
 - ➔ Enoncer les composantes essentielles d'une approche communautaire.
- SAVOIR-FAIRE :**
 - ➔ Formuler les composantes d'une stratégie communautaire ;
 - ➔ Expliquer la plus-value de l'auto-prélèvement HPV à base communautaire.

L'ARBRE À PROBLÈME

L'Arbre à Problème est un support visuel et une aide à la réflexion qui permet de faciliter l'exploration et la discussion autour des conséquences et des facteurs déterminants d'une problématique de santé donnée (par exemple le faible accès au dépistage CCU).

Médecins du Monde peut faciliter ou accompagner l'utilisation de l'arbre à problème avec ou par les personnes directement concernées afin qu'elles identifient et prennent conscience des facteurs qui ont un impact sur leur santé. Dans un deuxième temps elles seront les mieux placées pour identifier et élaborer des stratégies et des actions appropriées pour influencer sur la situation.

Q Pour plus d'information sur l'utilisation de l'arbre à problème dans une démarche communautaire, voir : *Empowerment en Pratique #1 - L'arbre de santé : un outil de réflexion collective*

24. O'Donovan J, O'Donovan C, Nagraj S. (2019) "The role of community health workers in cervical cancer screening in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature". *BMJ Global Health*;4:e001452.

25. Isaac R, Finkel M, Olver I, et al. (2012) "Translating evidence into practice in low resource settings: Cervical cancer screening tests are only part of the solution in rural India". *Asian Pac J Cancer Prev*;13:4169-72.

26. Agurto I, Arrossi S, White S, et al. (2015). "Involving the community in cervical cancer prevention programs". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2005 ;89 Suppl 2:S38-S45

27. Les autres piliers sont : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

FIGURE 14 : LES COMPOSANTES CLEFS DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU CCU



En effet, la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.


Au cœur même de ce processus, il y a le développement du pouvoir d'agir (l'empowerment) des individus et des communautés, considérés comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé.

Qu'est qu'une communauté ?

Le terme de 'communauté' recouvre des réalités complexes et dynamiques. Nos identités sont multiples et chaque individu appartient à de multiples communautés (géographiques, familiales, professionnelles etc.). On ne doit jamais présumer qu'un groupe de personnes donné (par exemple personnes vivant dans un même quartier ou exerçant la même activité) soit automatiquement une « communauté ». En effet, les intérêts des individus dans chaque groupe peuvent être différents, voir en conflit.

Dans une approche de santé communautaire nous cherchons à réunir les individus et les groupes autour de ce qui les rassemblent, et les intérêts communs, pour « faire communauté » autour d'une problématique de santé donnée.

Les principes fondamentaux de l'approche communautaire :
Une approche communautaire en santé repose sur certains principes fondamentaux qui devront être mis en œuvre en permanence (voir figure 13).

 Pour en savoir plus : consulter le guide « Travailler avec les communautés », de MdM

a) Créer des alliances et partenariats avec les leaders et les organisations communautaires

Dès les phases de conception et d'élaboration d'une intervention, il est nécessaire d'identifier et établir des alliances avec les organisations communautaires et les acteurs influents de la communauté. Ces organisations et personnes peuvent être de natures diverses : des associations formelles ou informelles de femmes, des comités villageois ou de quartier, des écoles, des services de santé, des groupes politiques, des institutions ou des leaders religieux, etc. Ces acteurs peuvent à la fois participer à l'identification des multiples barrières et leviers de l'accès à la prévention, mais peuvent aussi participer à l'élaboration de stratégies et d'actions qui sont culturellement appropriées et adaptées au contexte local. Co-élaborer les actions dès le départ avec ces acteurs communautaires contribue à l'appropriation du sujet par des membres de la communauté elle-même, qui seront ensuite autant d'ambassadeurs et d'ambassadrices auprès de leurs pairs. Lorsque ces organisations n'existent pas ou sont faiblement structurées il faut évaluer l'opportunité d'appuyer la création ou le renforcement des capacités d'organisations communautaires.

UN EXEMPLE PRATIQUE AU KENYA

Au Kenya l'ACCP (*Alliance Pour la Prévention du Cancer du Col* - un regroupement de 5 ONGs internationales) a conçu un projet en partenariat avec *Maendeleo Ya Wanawake*, une organisation nationale de femmes qui regroupe 25000 groupes locaux de femmes à travers le pays. Trente-cinq membres de l'organisation dans la zone d'intervention se sont portés volontaires pour informer et motiver les autres femmes de leurs communautés à participer au dépistage. Des activités collectives ont été menées auprès des groupes de femmes, auprès des congrégations religieuses, auprès des groupes de parents d'élèves, et lors des réunions locales. Des visites à domicile étaient aussi réalisées afin de fournir un cadre plus intime où les femmes pouvaient échanger et demander des précisions sur le service de dépistage et où elles pouvaient obtenir un soutien de la part des travailleurs de santé communautaire spécialement formés¹.

1. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP) (2005). "Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities". *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth* No. 4. Seattle: ACCP

Dans un objectif de bonne gouvernance, de transparence et de redevabilité il est également conseillé d'associer ces partenaires communautaires dans la gouvernance formelle des projets (par exemple via des comités de pilotage) tout au long d'un projet.

b) Mobiliser et renforcer les ressources de la communauté dans la mise en œuvre des actions

Au-delà de l'implication de la communauté dans le diagnostic et l'élaboration nous devons veiller à créer des opportunités pour que des membres de la communauté puissent s'impliquer directement dans la mise en œuvre des actions. C'est à la fois un enjeu éthique conforme au principe « rien pour nous sans nous », mais c'est aussi un enjeu d'efficacité qui consiste à reconnaître et mobiliser à bon escient les compétences et expertises existantes au sein des communautés, nécessaires à la réussite d'un projet. Cette implication peut prendre diverses formes : mobilisation, formation et appui aux agents de santé communautaires, constitution d'un réseau d'éducateur.rice.s pair.e.s bénévoles ou salarié.e.s, identification et formation des personnes relais, mobilisation des médiateurs et médiatrices de santé, appui à des groupes d'autosupport (par exemple groupes de personnes vivant ou ayant vécu avec le cancer du col).

Par leur proximité avec les autres membres de la communauté et leur expertise issue de leurs propres expériences ces acteurs et actrices vont contribuer à renforcer les liens de confiance entre la communauté et les services de santé et ainsi favoriser l'acceptabilité et le recours au dépistage. Ils seront les plus à même d'adapter les informations de santé au contexte et à la culture locale.

Les membres de la communauté peuvent également être associés à la réalisation d'études ou de recherches (par exemple sur les barrières d'accès à la prévention ou sur la perception de la maladie ou des services de santé) en tant qu'enquêteur.rices et pour analyser et faire bon usage des informations recueillies. La recherche participative peut apporter une contribution significative à la réussite des actions de prévention et de dépistage du cancer du col²⁸.

Les agents communautaires doivent bénéficier d'un soutien (en termes de formation, de supervision, de reconnaissance etc.) adapté et suffisant pour leur permettre de jouer leur rôle essentiel sans mettre en

LE RÔLE DÉTERMINANT DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES EN INDE

En mars 2010 le CNCI (un institut de santé spécialisé sur le cancer) a initié un projet de promotion du dépistage et de traitement du cancer du col auprès des habitantes des zones rurales autour de Kolkata. Ce projet s'est reposé sur une forte implication des agents de santé communautaires recrutés sur des contrats à temps partiel dans chaque village concerné par l'intervention. Ces femmes étaient formées pendant deux jours sur les concepts, les besoins, et les démarches de dépistage du cancer du col. Un livret FAQ (foire aux questions) traduit dans leur langue leur a été remis. Elles ont joué un rôle central dans la diffusion d'information, dans l'éducation pour la santé et l'accompagnement des femmes à faire des choix éclairés. Elles ont réalisé des visites à domicile pour faire du counseling auprès des femmes concernées et les motiver à participer aux actions de dépistage. Elles ont aussi diffusé des informations auprès des maris et d'autres membres de la famille. Enfin, elles ont participé à la distribution des résultats des tests, ont réalisé des entretiens de counseling post-test et ont fourni un soutien aux femmes nécessitant des tests supplémentaires ou des traitements. Ce modèle d'intervention communautaire s'est avéré extrêmement efficace pour assurer une bonne acceptation du dépistage et une adhésion au traitement.¹

1. Mittal S, Mandal R, Banerjee D, et al. "HPV detection-based cervical cancer screening program in low-resource setting: lessons learnt from a community-based demonstration project in India". *Cancer Causes Control* 2016;27:351-8.

28. Colón-López V, González D, Vélez C, et al. (2012). *Community-Academic partnership to implement a breast and cervical cancer screening education program in Puerto Rico*. *P R Health Sci J* 2017;36:191-7 ; Nguyen-Truong CKY, Lee-Lin F, Leo MC, et al. *A community-based participatory research approach to understanding Pap testing*

péril leur santé, leur sécurité ou leur bien-être. Enfin, le rôle des agents communautaires doit être flexible et adapté en fonction des réalités locales. Dans certains contextes une femme va préférer s'adresser à des personnes en dehors de sa communauté afin de préserver son « anonymat », dans d'autres elle préférera s'adresser à des personnes de confiance de son entourage.

c) Développer des stratégies et supports d'éducation pour la santé appropriés avec la communauté

Nous devons assurer la participation des membres de la communauté à l'élaboration des stratégies et des supports d'information, d'éducation et de communication pour la santé. Cette participation peut prendre plusieurs formes : recherche participative pour étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté en lien avec le cancer du col, « focus groups » et ateliers pour élaborer des messages clés et identifier des moyens de communication appropriés, constitution de « groupes tests » pour évaluer et affiner des supports de communication, participation des membres de la communauté dans la création ou réalisation des supports (films, scènes de théâtre, émission de radio, création de visuels etc.), diffusion des informations entre pair.e.s. Lors de la constitution de ces groupes une attention particulière doit être portée à leur représentativité (en termes de niveau d'éducation, de langues, littératie, etc.).

La participation des personnes permet d'une part d'assurer que les messages « font sens » dans la culture locale. Par ailleurs leur participation permet de reconnaître et valoriser leur expertise, leurs compétences et favoriser leur sentiment d'appropriation du déroulement et des résultats d'une intervention. Bien souvent les personnes ayant participé à l'élaboration des supports joueront un rôle dans la diffusion des messages auprès de leur entourage.

Ces mécanismes doivent favoriser l'échange et l'apprentissage mutuel entre la communauté et les professionnel.les extérieures et peuvent donner lieu à des négociations sur ce qui peut se dire et se faire au vu du contexte local. Les professionnel.les veillent à ce que les contenus développés soient factuellement précis et qu'ils ne contribuent pas au renforcement de stéréotypes. Du côté des populations, cela permet de rompre avec l'image négative de l'éducation pour la santé souvent ressentie comme une forme d'imposition de savoir ou de contrôle.

Enfin, les membres de la communauté peuvent participer aussi bien à l'élaboration des supports de

ELABORATION PARTICIPATIVE DES SUPPORTS D'INFORMATION AU SALVADOR

Dans un projet de promotion du dépistage du cancer du col au Salvador, l'équipe d'ACCP (*Alliance Pour la Prévention du Cancer du Col*) a commencé par répertorier l'ensemble des outils de communication utilisés par le ministère de la santé. Ces outils étaient analysés au vu du langage utilisé, du graphisme, de la taille, et de la compréhension des femmes concernées des messages clés.

Cette analyse a démontré que le matériel existant utilisait la peur comme principal moyen de persuasion, et les contenus étaient inexacts et pas à jour. Des focus groups ont été réalisés en zones urbaines et rurales pour affiner les messages. Un logo et des supports graphiques ont été développés et testés qui mettaient en avant les bénéfices que les femmes pouvaient attendre du dépistage. Des nouvelles informations, à jour, ont été intégrées dans les nouveaux supports dont : une brochure de prévention à destination des femmes, un outil d'aide au counseling pour les professionnel.les de santé, un guide sur l'après-traitement. Pour faciliter la diffusion de ces outils, des formations auprès des professionnel.les étaient réalisées partout dans le pays.

communication auprès de leur communauté qu'à l'élaboration des outils de communication et de formation auprès des professionnel.les. Cela peut contribuer à une meilleure prise en compte par les professionnel.les de santé du point de vue et des réalités de leurs patient.e.s.

d) Promouvoir des services de santé redevables et sensibles aux besoins de la communauté

Le non-recours aux services de dépistage est partiellement attribuable aux mauvaises conditions d'accueil, la faible qualité, ou le manque d'adéquation entre les services concernés et les besoins réels des populations²⁹. Par ailleurs les services de santé ne sont pas toujours inclusifs des populations marginalisées. Dans l'objectif d'améliorer la qualité des services centrés autour des besoins des patient.e.s, il est essentiel de promouvoir la redevabilité des services de santé auprès des communautés. Diverses activités peuvent contribuer à cette redevabilité : la réalisation d'enquêtes qualitatives auprès des usager.ère.s sur la qualité perçue des services, la participation des membres de la communauté à la sensibilisation et la formation des professionnel.les, la mise en place de mécanismes de feedback des usager.ère.s auprès des services, des enquêtes de satisfaction, l'implication des communautés dans la gouvernance des structures de santé, etc.

e) Aller vers & promouvoir l'inclusion des individus et groupes les plus marginalisés

Le cancer du col est révélateur des inégalités sociales de santé. Les personnes les plus à risque de développer un cancer du col sont les personnes les plus défavorisées³⁰ qui, par ailleurs, sont les personnes qui rencontrent le plus d'obstacles pour accéder aux services de prévention et de soins. Afin de briser le cercle vicieux de l'exclusion, des actions affirmatives et ciblées doivent être menées tout au long des projets pour favoriser la participation et l'inclusion des individus et des groupes les plus marginalisés. Des efforts particuliers doivent être faits pour que les individus et groupes marginalisés soient représentés et entendus auprès des instances de décision et de gouvernance des projets, et des services de santé censés répondre à leurs besoins. Ces actions doivent contribuer à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE MOBILE À OSMANABAD, INDE

Le projet ACCP a été développé dans le district d'Osmanabad, en Inde, au sein de 722 villages pour une population totale de 1 239 009 habitants. Le taux de littératie chez les femmes dans ce secteur est de 39%, et le taux d'incidence du cancer du col va de 55 à 77 cas pour 100 000 femmes entre 30 et 69 ans.

Une camionnette équipée a été envoyée à 32 établissements de soins de santé primaire, ainsi qu'à des bureaux municipaux, des classes dans des écoles communales, et des locaux hébergeant des associations de femmes et qui pouvaient être utilisés pour le dépistage basé sur l'inspection visuelle. Les membres de l'équipe ont préalablement rencontré les autorités administratives et les autorités de santé, le président et les membres des organismes civils locaux (pachayaths), les leaders communautaires des villages, les instituteurs, et d'autres acteurs, afin d'expliquer les détails du projet et s'assurer de leur coopération. La veille de la mise à disposition des services, les femmes éligibles au dépistage, leurs partenaires et les anciens du village ont été invités à une rencontre durant laquelle a été projeté un film sur la prévention du cancer du col. Le jour du dépistage, les travailleurs médicaux et sociaux étaient disponibles pour expliquer les procédures de dépistages et de traitements aux femmes en attente de dépistage. Par la suite, des femmes professionnelles de santé ont expliqué les résultats du dépistage et organisé des rendez-vous pour les femmes ayant un résultat positif au dépistage. Parmi les femmes invitées, 63,4% ont répondu présentes et ont été dépistées au sein de cliniques mobiles.

Pour rendre les services de santé accessibles aux populations marginalisées, des adaptations spécifiques doivent être envisagées, par exemple : l'aménagement des locaux pour les rendre accessibles aux personnes à mobilité réduite, les recours à l'interprétariat pour les personnes allophones, des actions d'aller vers et des actions de dépistage hors les murs pour les populations géographiquement isolées, le recrutement de médiateur.rice.s de santé issu.es des groupes marginalisés, etc.

La promotion et la mise à disposition de l'auto-prélèvement HPV est également un outil puissant pour promouvoir l'inclusion des femmes marginalisées.³¹

f) Développer le pouvoir d'agir des femmes et responsabiliser les hommes

Faire des choix sur sa santé sexuelle et reproductive est un droit humain. Cependant, l'effectivité de ce droit et le pouvoir réel des femmes à exercer des choix libres et éclairés sur leur sexualité est loin d'être acquis dans de nombreux contextes. Parmi les freins à l'exercice de ce droit, on peut citer :

- Les déséquilibres de pouvoir entre hommes et femmes et notamment au sein du couple et de la famille ;
- Le manque d'autonomie des femmes et leur manque de pouvoir de décision ;
- Le faible accès à l'information sur les droits, la santé et la sexualité ;
- La faible estime de soi
- La honte et la peur vis-à-vis des professionnel.les de santé
- Le faible accès aux ressources économiques et sociales...

C'est pourquoi il est nécessaire de mettre le développement du pouvoir d'agir des femmes ainsi que la responsabilisation des hommes au cœur de nos projets de lutte contre le cancer du col. Pour atteindre cet objectif il faut que les professionnel.les se positionnent en tant que facilitateur.rices et défenseur.euse.s de l'exercice des droits sexuels et reproductifs des femmes. Ces dernières doivent être considérées comme titulaires de droits plutôt que « bénéficiaires » de services.

Il faut que les femmes puissent accéder à des informations claires, objectives et appropriées sur leurs droits, sur l'anatomie sexuelle et reproductive, sur l'hygiène intime, sur la prévention... Et toute autre information dont elles ont besoin pour faire des choix éclairés sur leur santé. Les professionnel.les doivent être pro-actives pour associer les femmes aux choix thérapeutiques et préventifs, et accompagner la prise de décision par le soutien et le counseling. Un accompagnement, éventuellement par des pair.e.s, vers des structures de prise en charge (par exemple pour

30. Dans le projet à Kalkota cité ci-dessus, les personnes les plus concernées étaient les femmes les moins éduquées, s'étant mariées le plus tôt, avec le nombre le plus élevé d'enfants (voir Mittal, op.cit)

31. Franco, E. L. (2018). *Self-sampling for cervical cancer screening: Empowering women to lead a paradigm change in cancer control*. *Current Oncology*, 25(1), 1.

adherence among Vietnamese American immigrants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41:E26-E40; Agurto et. Al Op.Cit
29. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S.(2004) "Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America". *Prev Med* ;39(1):91-8.
& Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba, et al. "Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings". *Salud Publica Mex* 2003;45(3):S408-16.

SESSION COMMUNE 5

EDUCATION POUR LA SANTE ET SENSIBILISATION

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

- SAVOIR :**
 - Les informations clés à transmettre à différents publics sur le CCU.
- SAVOIR-FAIRE :**
 - Formuler des messages simples et clairs.
- SAVOIR-ÊTRE :**
 - Adopter une attitude de non-jugement et d'empathie.

I. EDUCATION POUR LA SANTÉ

a) Les principes de l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est une activité clé de l'approche de promotion de la santé telle que définie par la charte d'Ottawa. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci.

L'éducation pour la santé a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à sa santé, en lui apportant les savoirs, savoir-être et savoir-faire nécessaires. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté et encourage la participation communautaire.

- ➔ L'éducation pour la santé ne se résume pas à une information sur la santé. Elle va plus loin, en cherchant à apporter aux individus à la fois les savoirs, savoir-faire, savoir-être nécessaires pour pouvoir, **s'ils le souhaitent**, changer de comportement ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de leur communauté.
- ➔ La santé est alors considérée comme une **ressource de la vie quotidienne** et c'est à l'individu de faire ses arbitrages, de trouver son équilibre et de déterminer ce qui est bon pour lui. L'éducation pour la santé vise alors à permettre à chacun de pouvoir faire des choix responsables et éclairés en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et celle de sa communauté.
- ➔ L'implication de l'individu vise aussi à promouvoir une **démarche participative** en santé.

L'éducation pour la santé se construit sur 4 éléments :

- ➔ **Une cible :** le destinataire de l'éducation.
- ➔ **Un matériel :** audiovisuel, affiche, brochure, médiation...
- ➔ **Un espace-temps pour leur rencontre :** réunion, causerie, séance de théâtre, journaux télévisés, salle d'attente...
- ➔ **Un émetteur :** l'énonciateur du message (agent de santé, pair, acteur communautaire...)

Ces 4 éléments doivent être réunis et adaptés pour que la cible ait réellement accès au message.


Lorsque l'on met en place un projet d'éducation pour la santé visant le changement de comportement, il ne suffit pas d'agir au niveau individuel : il faut aussi prendre en compte tous les obstacles potentiels, qu'ils soient environnementaux, financiers, sociaux, culturels, et les lever pour rendre possible un changement de comportement.

Si l'éducation pour la santé vise à donner des moyens aux individus d'adopter des comportements favorables

à leur santé, la décision leur appartient. Le but visé est l'*empowerment* et non l'imposition de nouveaux comportements !

Pour cela, il est important de considérer quelques principes éthiques :

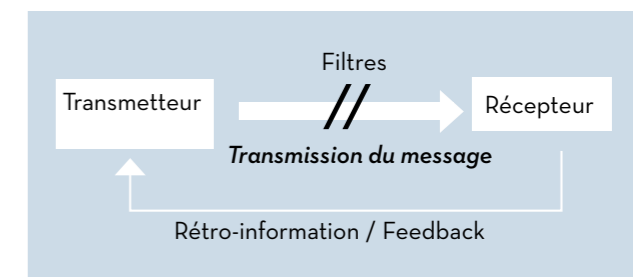
- ➔ **Autonomie des personnes :** respecter les choix individuels et ne pas culpabiliser.
- ➔ **Bienfaisance :** utiliser des connaissances scientifiquement validées et s'assurer de la non-malfaisance.
- ➔ **Ne pas nuire :** toujours s'interroger sur les moyens employés (la fin ne justifie pas les moyens) et s'assurer que l'intervention ne présentera pas de conséquences nuisibles dans d'autres domaines que celui de la santé.
- ➔ **Équité et justice sociale :** l'éducation pour la santé ne doit pas aggraver les inégalités sociales de santé, ni en créer de nouvelles. Il faut adapter les messages pour qu'ils soient accessibles à toutes et tous.
- ➔ **Evaluer** régulièrement l'action pour pouvoir faire des ajustements.

 Pour plus d'informations, se référer à *MdM - Education pour la santé - Guide pratique pour les projets de santé - 2010*

b) Élaboration des messages et outils de sensibilisation

La communication

La transmission d'une information implique :



Les filtres peuvent être : le bruit, l'état psychologique du récepteur, le manque de clarté du message, l'accent ou la langue, la barrière physique...

Les canaux de communication sont : auditif, visuel et kinesthésique (à travers la pratique).

En général, l'efficacité de la transmission du message est la suivante :

- ➔ Canal auditif → 20% de rétention du message
- ➔ Canal auditif + visuel → 40% de rétention du message
- ➔ Canal auditif + visuel + kinesthésique → 80% de rétention du message

Étapes pour l'élaboration des messages et du matériel d'éducation

- ➔ **Identification des besoins en termes d'éducation pour la santé :**

- Ensemble avec les usager.ère.s ou avec la population ;
- Identification du problème de santé nécessitant du matériel d'éducation et identification des déterminants de ce problème.
- ➔ **Définir le groupe cible :**
 - L'éducation pour la santé doit être spécifique au groupe cible (ses besoins, sa réalité, ses modes d'information...);
 - La définition du groupe cible doit être assez précise : on peut distinguer une audience primaire et une secondaire qui pourra bénéficier indirectement de l'éducation.
- ➔ **Collecte et organisation de l'information pertinente pour la définition des messages et du matériel éducation.** Par exemple :
 - Le comportement du groupe cible par rapport au problème de santé ;
 - Les connaissances du groupe cible par rapport au problème ;
 - Les caractéristiques du groupe cible (démographiques, économiques, socio-politiques, religieuses, culturelles...) qui peuvent influencer sa réception du message ;
 - La disponibilité du groupe cible pour recevoir le message ;
 - Son niveau d'éducation ;
 - Ses centres d'intérêt : lieux de rencontre, sports, etc. ;
 - Les canaux habituellement utilisés pour transmettre et recevoir de l'information et ceux qui sont les plus adaptés et accessibles pour ce groupe.
- ➔ **Identifier les ressources disponibles :**
 - Ressources humaines : personnes, compétences disponibles, expérience au sein de l'équipe, etc. ;
 - Ressources matérielles et structurelles (ex. lieu adapté pour la rencontre avec les usager.ère.s impliqué.es dans l'élaboration) ;
 - Ressources financières.
- ➔ **Lister le matériel éducatif déjà existant :**
 - Possibilité de réutiliser du matériel existant qui a prouvé son efficacité, éventuellement en l'adaptant ;
 - Vérifier que le matériel existant ne véhicule pas des messages qui peuvent être contradictoires avec ce que l'on souhaite développer.
- ➔ **Définir les objectifs de l'éducation pour la santé :**
 - Ces objectifs devront être accompagnés d'indicateurs qui permettent de mesurer le changement de comportement envisagé.
- ➔ **Définir les messages :**
 - Ils doivent être clairs et directement en relation avec le problème identifié ;
 - Les messages adaptés spécifient le bénéfice de suivre le message transmis, transmettent une information pertinente et scientifiquement établie.
- ➔ **Définir les canaux et matériels pour la transmission du message**
- ➔ **Déterminer le lieu et temps appropriés pour la**

- ➔ **transmission**
- ➔ **Créer le matériel :**
 - Limiter le nombre d'idées par matériel ;
 - Garder un équilibre entre les aspects éducatifs et artistiques : les messages doivent être attractifs et respecter les goûts artistiques du groupe cible.
- ➔ **Pré-test du matériel et adaptation :**
 - Permet de vérifier la compréhension, l'acceptabilité, si l'utilisation est simple, etc.

Pour garantir l'acceptabilité et l'adaptation des messages et matériels éducatifs, des représentants du groupe cible doivent être impliqués aux différentes étapes (voir plus haut, session 4, *Approche de santé communautaire*). Cela permet aussi au groupe cible de devenir acteur de son éducation dans la mesure de son envie et de ses possibilités.

c) Education pour la santé et prévention du CCU

Dans le cadre de la prévention du CCU, les messages devront être adaptés aux différents groupes et à leur réalité. Ils pourront concerner par exemple :

- ➔ Les informations concernant une sexualité épanouie et responsable ;
- ➔ L'anatomie des organes génitaux féminins et masculins ;
- ➔ Son suivi médical ;
- ➔ Les méthodes contraceptives ;
- ➔ Les services disponibles et comment y accéder ;
- ➔ Le dialogue autour des raisons de la non-utilisation des méthodes de contraception alors que l'on souhaite retarder ou ne plus avoir de grossesse ;
- ➔ Les droits de chacun.e en matière de sexualité, de contraception, de recours à l'avortement, d'accès aux services de santé...

II. LA SENSIBILISATION

La sensibilisation est un échange d'informations dans le but d'augmenter les connaissances sur la santé préventive afin de rester en bonne santé et de prévenir les maladies, notamment le cancer du col de l'utérus. Cette sensibilisation de la santé préventive doit être diffusée également dans les services disponibles.

a) Quel public sensibiliser ?

Un des objectifs de la sensibilisation 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 aux groupes prioritaires :

- ➔ Les jeunes femmes et jeunes hommes (vaccination, utilisation du préservatif, éducation sexuelle) ;
- ➔ Les femmes ciblées par le dépistage ;
- ➔ Les groupes vulnérables : jeunes femmes vivant

- avec le VIH, les travailleurs et travailleuses du sexe, les réfugié.es et autres groupes marginalisés ;
- ➔ Les leaders politiques, religieux et communautaires ;
- ➔ Les hommes ;
- ➔ Les associations, le secteur privé.

b) Comment sensibiliser sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

La personne sensibilisatrice doit :

- ➔ Avoir une bonne connaissance du sujet.
- ➔ Être à l'aise avec le sujet. Ne pas éprouver de gêne lorsque l'on parle de l'anatomie de la femme, de sexe et de sexualité.
- ➔ Être claire et cohérente. Faire passer des messages clés faciles à comprendre et appropriés

- au public, et être cohérente avec ces messages. Préparer les messages clés, voire tester des messages, les outils sur certaines personnes puis les réviser en fonction des retours.
- ➔ Travailler sur des messages pour répondre aux craintes et aux idées erronées. (Cf. tableau)
- ➔ Être réceptive et ne pas porter de jugement de valeur.
- ➔ 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.
- ➔ Être accueillante et se montrer encourageante. Les personnes qui se sentent les bienvenues ont plus de chances de revenir pour recevoir des soins lorsqu'elles en ont besoin.
- ➔ Avoir un message adapté en fonction du public

MESSAGES À ÉVITER	RÉSULTATS IMPRÉVUS	IL VAUT MIEUX DIRE...
Les femmes qui présentent un cancer du col ou une lésion précancéreuse ont une IST.	Diminuer la motivation des femmes à faire un dépistage et leur causer des problèmes dans leur relation.	<ul style="list-style-type: none"> • Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé HPV qui est transmis par contact sexuel ; la plupart des gens vont être infectés par ce virus à un moment ou à un autre de leur vie. • La plupart des infections à HPV disparaissent d'elles-mêmes sans que la personne ne se rende compte qu'elle a été infectée.
Le dépistage est un test pour rechercher 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage se fait à l'aide d'un test simple (frottis cervical, IVA ou test de recherche du HPV) pour détecter très tôt d'éventuelles modifications dans le col de l'utérus (aussi appelées lésions précancéreuses), avant qu'un cancer ne se développe.
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.	Les femmes auront peur d'utiliser un moyen de contraception, même si ces informations sont fausses.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • L'utilisation des pilules contraceptives diminue par ailleurs le risque du cancer de l'ovaire et le cancer colorectal.
Le test de dépistage est douloureux ; lors de sa réalisation, on enlève une partie du corps de la femme.	Les femmes auront peur de faire un test de dépistage. Leur famille peut également craindre ce test et les empêcher de le faire.	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines femmes trouvent l'examen au spéculum désagréable, mais le test n'est pas douloureux. • Pendant le test, l'examineur passe délicatement un écouvillon (un coton sur une tige) ou une brosse douce sur le col de l'utérus. • Le test est simple et sa réalisation ne prend que quelques minutes. • 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.
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.	Seul un petit nombre de femmes iront faire un test de dépistage si elles pensent qu'il n'existe pas de solution.	<ul style="list-style-type: none"> • Si une femme présente ces modifications précoces, elle peut bénéficier d'un traitement sûr et simple. • Si le dépistage est réalisé chez les femmes qui ont le bon âge, il est possible de prévenir l'apparition d'un cancer du col. • Lorsqu'il est détecté tôt, le cancer du col peut être guéri.

ciblé (femmes de moins de 30 ans, de plus de 30 ans, femmes séropositives, travailleuses et travailleurs du sexe, les hommes etc...).

- ➔ Les éducateurs et éducatrices pair.e.s, de par leur proximité et leur connaissance du public cible, et grâce au savoir issu de leurs propres expériences sont des acteurs et actrices clefs de la sensibilisation.

c) Messages clés de la prévention primaire et secondaire du CCU

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

Les agents de santé doivent être capables de parler de sexualité sans porter de jugement de valeur et de traiter des questions liées au dépistage tout en protégeant la vie privée et l'intimité des patientes. Il est important de réfléchir aux messages clés destinés aux hommes (encourager leurs partenaires, sœurs et mères à se faire vacciner, dépister et suivre un traitement si besoin, utiliser les préservatifs pour éviter les IST ainsi qu'une grossesse) tout en veillant à ne pas

renforcer les inégalités de pouvoir entre hommes et femmes, notamment en évitant de renforcer le pouvoir de décision des hommes sur les femmes.

Encourager les femmes positives au VIH à se faire dépister très tôt et annuellement, et encourager les femmes à réaliser leur sérologie. Tout en adaptant la prise en charge aux personnes vivant avec le VIH, une attention particulière doit être portée à ne pas renforcer la stigmatisation ou la discrimination envers ces femmes.

Les messages clés :

- ➔ Le cancer du col de l'utérus est une **maladie évitable**.
- ➔ Il existe des tests qui permettent de détecter de manière précoce tout changement au niveau du col qui pourrait progresser vers un cancer s'il n'est pas traité.
- ➔ Il existe **des traitements sûrs et efficaces** pour ces changements précoces.
- ➔ Toutes les femmes âgées de **30 à 55 ans doivent être dépistées au moins une fois** pour le cancer du col de l'utérus.
- ➔ Il existe un **vaccin destiné aux filles** qui permet de prévenir le cancer du col de l'utérus.

SUJET	MESSAGES CLES
CANCER DU COL DE L'UTERUS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le cancer du col de l'utérus survient lorsqu'il y a une croissance anormale des cellules cervicales. ➔ La cause du cancer du col de l'utérus est la persistance de l'infection des HPV à haut risque.
HPV	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le HPV est un virus très commun, transmis par contact sexuel. ➔ La majorité des personnes auront une infection HPV au cours de leur vie. ➔ Dans la plupart des cas, l'infection HPV disparaît d'elle-même. ➔ Certaines de ces infections ne disparaîtront pas et seront la cause du développement du cancer du col de l'utérus.
RELATION ENTRE HPV ET CANCER DU COL DE L'UTERUS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ La persistance des infections aux HPV à haut risque est la cause du cancer du col de l'utérus en 10 à 15 ans. ➔ Avoir une infection à HPV ne veut pas dire avoir un cancer.
TEST HPV	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le test HPV détermine la présence de l'infection HPV. ➔ Le test peut être réalisé par auto-prélèvement et / ou lors d'un examen gynécologique par introduction d'un écouvillon au niveau vaginal prélevant des cellules. L'écouvillon est ensuite placé dans un tube et envoyé en laboratoire pour analyse. ➔ L'auto-prélèvement a l'avantage d'être réalisé par la patiente elle-même. ➔ L'auto-prélèvement : des données probantes démontrent que les tests pour le virus du papillome humain (HPV) auto-prélevés peuvent être similaires aux tests prélevés par le clinicien.
RESULTATS - TEST HPV	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le résultat est soit positif, soit négatif. ➔ Un résultat négatif veut dire qu'aucune infection à HPV à haut risque n'a été retrouvée. ➔ Un résultat positif veut dire qu'une infection par un HPV à haut risque a été retrouvée et qu'un autre test d'inspection visuelle à l'acide acétique doit être réalisé.
TEST IVA	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le test IVA ne nécessite pas d'anesthésie et est non douloureux.
RESULTAT - TEST IVA	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Le résultat positif indique qu'il y a présence de lésions précancéreuses pouvant se transformer en cancer du col de l'utérus.
THERMOCOAGULATION	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Technique qui provoque la destruction des lésions précancéreuses par une température élevée. ➔ Le col de l'utérus ne contient pas de nerf donc non douloureux. ➔ Traitement sûr et efficace des lésions précancéreuses.

d) Les outils de sensibilisation

Les outils de sensibilisation sont plus efficaces quand ils ont été créés avec la participation des personnes auxquelles ils sont destinés.

Elaborer des messages clés, des outils, les tester sur un public et les modifier en fonction des retours.

Supports :

- ➔ Chevalets bloc-notes
- ➔ Brochures
- ➔ Pièces et jeux de rôle
- ➔ Programmes de radio et de vidéo

Outil concernant l'auto-prélèvement :

L'auto-prélèvement permet d'accroître le taux de couverture. En effet, les femmes peuvent craindre que le dépistage soit douloureux, éprouver une gêne face à l'examen gynécologique, avec pour conséquence le découragement au recours au dépistage.

Il permet **d'augmenter l'acceptabilité du dépistage et d'élargir l'accès à certaines populations en levant la barrière du praticien (ne requiert pas d'examen au speculum), voire la barrière géographique** en cas de dépistage organisé vers les populations.

Condition d'utilisation :

- ➔ Non réalisable en période menstruelle
- ➔ Pas de rapport sexuel la veille
- ➔ Pas de toilette vaginale et de produit dans les 24 à 48 h

Notice de l'auto-prélèvement :

- ➔ Ouvrez partiellement le sachet contenant l'écouvillon.
- ➔ Ne touchez pas le coton et ne le laissez pas tomber. Si le coton est touché ou si l'écouvillon est tombé, demandez un nouveau kit de prélèvement.
- ➔ Enlevez l'écouvillon du sachet.
- ➔ Tenez l'écouvillon comme le montre la figure 1, en plaçant le pouce et l'index en haut de la tige.
- ➔ Avec votre main, écartez vos lèvres de façon que l'écouvillon ne touche pas la partie externe (cf. figure 2).
- ➔ Introduisez doucement l'écouvillon dans le vagin

sur une distance d'environ 2/3 (cf. figure 2).

- ➔ Tournez doucement l'écouvillon 3 fois pendant 10 à 30 secondes. Assurez-vous que l'écouvillon touche les parois du vagin pour que l'humidité soit absorbée par l'écouvillon.
- ➔ Retirez l'écouvillon sans toucher la peau.
- ➔ Placez immédiatement l'écouvillon dans le milieu de transport et refermez l'écouvillon.

III. VIH ET CANCER DU COL DE L'UTERUS

Les messages clés à destination des femmes vivant avec le VIH sont :

- ➔ Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques de présenter une infection HPV et un cancer du col de l'utérus. Le dépistage doit être plus fréquent et démarrer au diagnostic VIH quel que soit l'âge.
- ➔ Le cancer du col de l'utérus progresse plus rapidement chez les femmes vivant avec le VIH, qui doivent donc se faire dépister plus fréquemment.
- ➔ Si vous présentez des lésions précancéreuses, vous devrez recevoir un traitement.

Quand le taux d'infection au VIH du pays est très important, il faut encourager les femmes à se faire dépister pour le VIH. Il est donc important de repérer les lieux où il est possible de faire un dépistage.

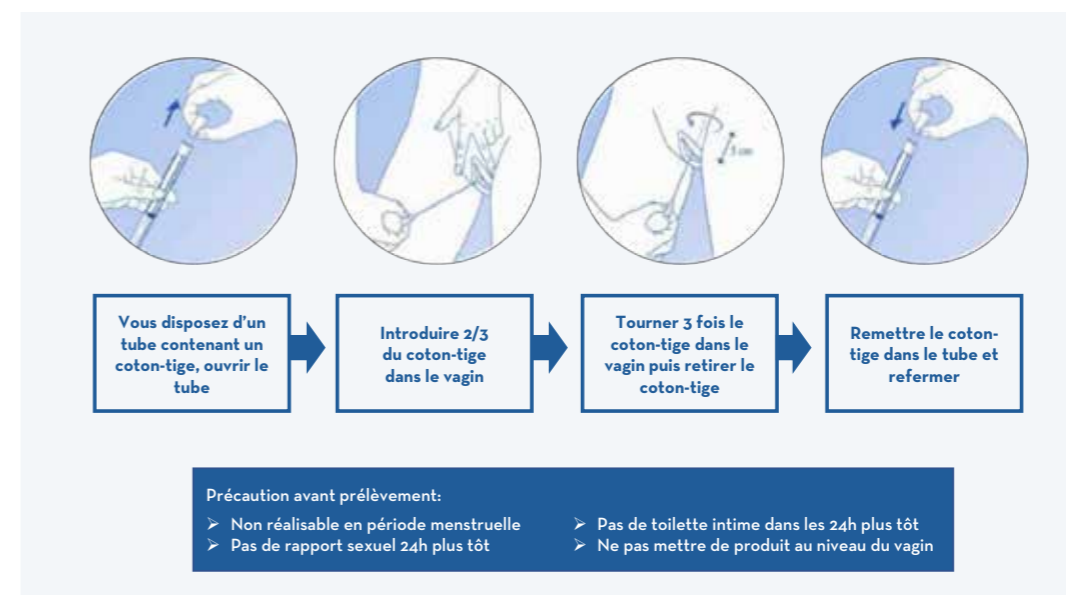
IV. LIMITER LES PERDUES DE VUE

Le modèle d'algorithme proposé ne permettra pas dans tous les cas de suivre une stratégie « dépistage et traitement », exposant les projets à des taux importants de pertues de vue.

Les activités doivent être pensées de façon à réduire au maximum ces pertues de vue :

- ➔ Focus spécifique sur le counseling ;
- ➔ Mise en place d'un réseau d'acteurs communautaires permettant un suivi rapproché ;
- ➔ Mise en place d'un système de monitoring efficace.

FIGURE 15 : NOTICE POUR AUTO-PRÉLÈVEMENT VAGINAL





PARTIE 2

PRÉVENTION
DU CANCER DU COL
DE L'UTÉRUS
SESSIONS SANTÉ

SESSION SANTE 1

COUNSELING INDIVIDUEL

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Les informations clés à transmettre à différents publics sur le CCU ;
- ➔ Les principes du counseling ;
- ➔ Les composantes d'un counseling sur le CCU permettant un choix libre et éclairé.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Mettre en œuvre une séance de counseling ;
- ➔ Adopter des attitudes et une approche relationnelle adaptées.

SAVOIR-ÊTRE :

- ➔ Adopter une attitude de non-jugement et d'empathie ;
- ➔ Recueillir le consentement éclairé de la patiente.

I. LE COUNSELING

a) Le counseling : c'est quoi ?³²

Le counseling est un entretien réalisé dans une relation de collaboration entre une personne reconnue comme acteur et sujet de son histoire et un intervenant qui sert de guide. Il motive, soutient, renforce. Il n'est ni dans le dirigisme ni dans le laisser-faire, dans une perspective de changement de comportement et de pratiques. Il a pour but que la personne identifie ce sur quoi elle veut et peut changer en fonction de ses propres ressources. « Le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent. »³³

b) Counseling : principes et postures

Postures

- ➔ La base du counseling est l'**écoute active** afin de favoriser une meilleure expression des désirs et ressources que peut avoir la personne dans un but de changement ou d'adoption d'une nouvelle méthode ou pratique.
- ➔ L'accompagnant doit avoir un **regard positif et inconditionnel** : quoi que dise une personne quant à ses pratiques, à ses volontés de changer, l'intervenant ne doit pas avoir de jugement et doit aller dans le sens de la personne.
- ➔ Il a un rôle de **non-expert**. Il est dans une posture qui permet à la personne, qui sait vers quoi elle veut tendre, d'identifier quelles sont les stratégies adaptées à sa situation qu'elle pourra mettre en œuvre.
- ➔ L'entretien augmente la motivation au changement et les capacités à le mettre en pratique (**empowerment**).

Styles naturels de communication

Il existe plusieurs attitudes de communication. Certaines sont dirigistes : l'intervenant impose son point de vue. D'autres sont suivistes : l'intervenant n'a pas l'objectif de changement en tête. L'attitude appropriée au counseling consiste à **guider** l'interlocuteur, permettant ainsi de tendre vers un changement voulu par la personne.

DIRIGER	GUIDER	SUIVRE
<ul style="list-style-type: none"> • Informer sans permission ou en ayant validé le besoin • Proposer des solutions • Questionner 	<ul style="list-style-type: none"> • Motiver • Soutenir • Orienter • Renforcer 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner • Laisser être • Exprimer de l'empathie sans directivité

32. Voir fiche pratique counseling - Module de formation 2013 - Médecins du Monde
33. C Tourette-Turgis (1996). Le counseling. Ed. PUF, Coll. Que Sais-je ?, p. 25

- ➔ Lors d'un entretien **dirigiste**, la personne est peu écoutée. On l'informe beaucoup mais sans connaître son réel besoin et on ne la questionne que par des questions fermées (qui appellent des réponses OUI ou NON) qui n'ont d'autre but que de valider le cheminement de l'intervenant.
- ➔ En cas de posture **suiviste**, l'usager.ère s'exprime beaucoup sans que ses propos soient orientés ou canalisés et sans recevoir d'informations nouvelles.
- ➔ Lors d'un entretien **guidé**, des questions ouvertes sont posées à la personne afin d'identifier ce qu'elle pense et ressent et pouvoir ainsi l'informer sur les différentes possibilités (ou de les faire émerger) qui s'offrent à elle en fonction de ses désirs et ressources.

DIRIGER	GUIDER	SUIVRE
• Informer	• Informer avec des choix	• Informer
• Ecouter	• Ecouter avec but et empathie	• Ecouter
• Demander : questions fermées	• Demander : questions ouvertes	• Demander

Quelle approche ?

- ➔ Lors d'un entretien de counseling, la relation est collaborative et laisse une autonomie à l'usager.ère, alors que dans une approche plus « traditionnelle », l'intervenant.e se place en expert.e et l'usager.ère en exécutant.e censé.e se plier aux prescriptions de l'intervenant.e.
- ➔ Dans l'idéal, le counseling doit permettre la confiance entre l'usager.ère et l'intervenant.e.

	« DESCENDANTE »	MOTIVATIONNELLE
Participant	Exécutant	Acteur
Intervenant	Expert	Guide « Coach »
Relation	Autorité Confrontation Prescription	Autonomie Collaboration Education

c) Les techniques du counseling

Différentes techniques peuvent être utilisées lors d'un entretien de counseling. Elles nécessitent un effort et un entraînement pour être utilisées, car elles vont parfois à l'encontre des réflexes usuels de communication. Nous présentons ici les principales techniques ou attitudes du counseling :

L'écoute

C'est la compétence de base du counseling. Elle est à la fois une posture et une technique. L'écoute est une forme d'engagement qui implique une sensibilité et une attention à l'autre. Elle permet de saisir les sentiments au-delà du contenu. Parfois c'est l'unique besoin de la personne. Elle permet la reformulation et elle permet à la personne de s'écouter et de pousser plus loin sa réflexion.

L'ouverture

L'ouverture est l'attitude fondamentale du counseling. Elle est dirigée de soi vers l'autre. L'accompagnant se doit de démontrer qu'il tente de comprendre la personne, de l'accepter dans sa totalité. Elle se manifeste par le langage verbal et non-verbal (les attitudes).

L'absence de jugement

L'absence de jugement favorise un lien de confiance et permet une plus grande authenticité, une intégrité, un rapport franc.

Le jugement est un obstacle majeur. Il freine les capacités à se prendre en main. Il maintient la personne dans un rapport de dépendance ou cause la fuite.

L'empathie

L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments à travers les yeux de l'autre. L'accompagnant doit faire abstraction de son propre univers de référence, sans se perdre, et en se centrant sur la perception de la réalité de l'autre. L'empathie de l'intervenant.e doit être montrée à l'usager.ère. Il s'agit de mettre des mots sur ce que l'on perçoit comme émotion dominante chez la personne, en étant à l'écoute de ses besoins ici et maintenant, en cherchant à comprendre son point de vue, en reformulant son point de vue.

Parce que l'usager.ère ne se sent pas jugé.e et se sent compris.e, la manifestation de l'empathie augmente son estime de soi. Elle améliore la qualité de la communication, elle dispose à l'expression des émotions profondes, des expériences et pratiques, elle facilite l'identification des points faibles et des ressources.

La congruence

Je fais ce que je dis, et ce que je dis est ce que je pense. Elle se situe entre l'état d'être de l'intervenant.e et les émotions, les réflexions suscitées par la personne. Il ne faut pas chercher à être différent. La congruence de l'intervenant.e facilite celle de la personne.

Les questions ouvertes

L'accompagnant doit privilégier les questions ouvertes afin de :

- ➔ Entrer en matière de manière non directive ;

- ➔ Instaurer un climat d'acceptation et de confiance ;
- ➔ Être dans l'ouverture à l'autre ;
- ➔ Mieux comprendre la perspective de la personne ;
- ➔ Orienter vers un objectif.

Les questions ouvertes encouragent le partage et l'exploration des attitudes, sentiments, valeurs et comportements. La forme et le ton doivent être éloignés d'un sentiment d'intrusion.

Une liste de questions fermées tend à mettre la personne sur la défensive (énoncé de demi-vérités). Les questions fermées donnent l'impression à l'intervenant.e d'être plus en contrôle, d'une structure. Elles maintiennent l'usager.ère dans un rôle passif. Il faut éviter la formulation « Pourquoi » qui est perçue comme une demande de justification, peut susciter la résistance, et peut amener la personne à rechercher tous les arguments en faveur du statu quo... Il faut reformuler avec des questions ouvertes.

Le reflet / la reformulation

C'est plus qu'une simple répétition mot pour mot. Il s'agit de chercher à redire ce qui vient d'être dit avec ses propres mots.

La reformulation permet :

- ➔ De vérifier que l'on a bien compris ;
- ➔ Que la personne se sente écoutée ;
- ➔ De reprendre son discours de manière plus concise ;
- ➔ D'approfondir sans jugement et sans confrontation ;
- ➔ De démontrer que vous comprenez et acceptez l'état d'esprit, les expériences et le point de vue de la personne, sans la juger ou la critiquer ;
- ➔ De montrer que vous n'allez pas la pousser avant qu'elle ne soit prête.

Elle constitue une aide au développement et à l'exploration de la relation.

La clarification

La clarification permet à l'intervenant de s'assurer qu'il a bien compris le propos de la personne. Elle montre à la personne que l'intervenant s'intéresse bien à ce qu'elle dit et permet à la personne de pousser plus loin sa réflexion. « Qu'entendez-vous par là ? » « Parlez-moi de... » « Et ensuite... » « Quoi d'autres ? ».

d) Counseling pour le dépistage CCU

Il est important que les femmes comprennent qu'il ne s'agit pas d'un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, mais que ce test identifie les femmes qui présentent un risque de développer un cancer dans le futur.

Objectifs

- ➔ Fournir une information compréhensible et un counseling permettant à chaque personne

d'acquérir des nouveaux savoirs et d'adapter ces connaissances à la réalité, de prendre ses propres décisions concernant le choix ou non d'un dépistage du CCU.

- ➔ Evaluer les conditions médicales qui nécessitent une prise en charge spécifique ou qui peuvent avoir une influence sur l'adhésion au dépistage (HIV, grossesse, ménopause, cycle menstruel).
- ➔ Discuter de la possibilité de réaliser le dépistage.

Ce counseling permet au dépistage d'être bien accepté et suivi, en fonction de la réalité quotidienne de chaque patiente.

Permettre à l'usager.ère de réaliser son suivi médical permet :

- ➔ Une plus grande satisfaction ;
- ➔ De limiter les pertes de vue ;
- ➔ Une meilleure adhésion.

Les **étapes** de l'aide au choix du dépistage sont, selon le modèle BERGER (développé par l'OMS) :

➔ Bienvenue

- Temps d'accueil où l'intervenant.e se présente ;
- La confidentialité est assurée ;
- Explication du rôle, des objectifs, du déroulement de la/des session(s).

➔ Entretien

- Temps de recueil d'information et d'expression de l'usager.ère sur les raisons de sa visite, ses sentiments, besoins, souhaits, doutes ;
- Permet d'explorer ensemble « ce qu'elle a » (état de santé...), « ce qu'elle fait » (situation familiale, professionnelle...), « ce qu'elle sait » (en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus), « ce qu'elle croit » (en relation au cancer du col de l'utérus), « ce qu'elle ressent » (au sujet de sa vie affective et sexuelle, du suivi gynécologique), « ce dont elle a envie » (ses projets, désir de grossesse...).

➔ Renseignement

- Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure ;
- S'assurer de la bonne compréhension des informations ;
- Informations sur le dépistage par auto-prélèvement, l'analyse de l'identification du HPV, l'inspection visuelle à l'acide acétique, la thermo-coagulation, et sur la possibilité de réaliser d'autres tests à l'hôpital de référence pour la suite du parcours de soins.

➔ Choix

- L'intervenant souligne que la décision finale appartient à l'usager.ère ;
- Pour aider au choix, possibilité d'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, ses préférences, sur les bénéfices/risques de réaliser ce dépistage, sur les conséquences de

son choix ;

- L'intervenant.e incite l'usager.ère à réfléchir sur son choix de réaliser son dépistage, de traiter les lésions précancéreuses au moment qu'elle souhaite, compte tenu de sa situation et de son parcours.

➔ Explication

- Discussion autour de l'adhésion au dépistage du CCU ;
- Information concernant la nature du cancer du col de l'utérus et les conséquences d'une infection à HPV ;
- Information concernant l'auto-prélèvement et la possibilité qu'il soit réalisé par un prestataire de soins ;
- Explication concernant le rôle et l'importance du dépistage par test HPV et inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ;
- Information plus détaillée sur la suite du dépistage (si prélèvement négatif à HR HPV, réalisation de l'inspection visuelle à l'acide acétique et possibilité de traiter des lésions précancéreuses) ;
- Possibilité de proposer des documents écrits qui peuvent aider.

➔ Retour

- Les consultations de suivi permettent d'évaluer la cicatrisation de la thermo-coagulation ;
- Donner à l'usager.ère la possibilité de continuer son suivi gynécologique ;
- Continuer à se faire dépister tout au long de sa vie.

Privilégier une approche via « l'Entretien Motivationnel »

Miller & Rollnick (1991) proposent la définition suivante de **l'entretien motivationnel** : Méthode de communication, **directive et centrée sur la personne** à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au **changement**, par l'exploration et la résolution de **l'ambivalence**.

L'**esprit de la méthode** est basé sur :

- ➔ Une approche de travail basée sur la collaboration plutôt que sur la prescription ;
- ➔ Le respect de l'autonomie et des décisions des personnes ;
- ➔ Le fait de susciter plutôt qu'imposer ;
- ➔ L'importance de favoriser l'évocation par la personne du changement, de la conduite à tenir ;
- ➔ La décision de renoncer à un quelconque rôle d'autorité ;
- ➔ Le choix d'explorer plutôt les capacités que les incapacités de la personne ;
- ➔ Le fait de manifester un intérêt authentique pour l'expérience de la personne et ses points de vue.

Autrement dit, c'est une méthode de communication où le professionnel est un facilitateur permettant à la personne de poser elle-même des choix en fonction de ses propres objectifs de vie. La personne est experte de sa propre vie. Ce sont donc deux experts (la personne et le professionnel) qui collaborent, en apportant chacun leur expertise, pour analyser la situation et choisir ensemble la meilleure conduite à tenir. Le professionnel est directif sur le déroulement de l'entretien mais non sur les choix des personnes.

Les **principes de l'Entretien Motivationnel** sont :

- ➔ Exprimer de l'empathie ;
- ➔ Explorer l'ambivalence ou dilemme vécu devant chaque changement ou décision impactant la vie des patientes ;
- ➔ Faire exprimer par la patiente ses objectifs personnels ;
- ➔ L'aider à prendre conscience des éventuelles contradictions entre sa situation actuelle et ses objectifs personnels ;
- ➔ Discuter des options envisageables (ex : différentes méthodes contraceptives dont la contraception d'urgence) et l'accompagner dans un choix adapté et acceptable de son point de vue.

e) Counseling pré et post-test HPV

Contenu de la prise en charge

➔ **Information :**

- Expliquer l'algorithme de dépistage ;
- Expliquer les tests HPV ;
- Expliquer en détail la procédure du prélèvement et la possibilité de le réaliser soi-même ou de le faire réaliser par un.e soignant.e ;
- En fonction de son choix, expliquer la procédure d'auto-prélèvement / prélèvement vaginal ;
- Expliquer la procédure de l'analyse et les délais d'attente des rendus des résultats (sous 48h ou 3 à 4h) ;
- Rassurer la patiente sur le fait qu'un résultat positif ne signifie pas un diagnostic de cancer (d'autant plus si la patiente a moins de 30 ans : expliquer que le délai de clairance est long et qu'elles sont plus à risque d'avoir un test HPV positif).

➔ **Counseling**

- Pour le choix concernant l'adhésion au dépistage ;
- Évaluation du soutien autour de la femme (vérifier qu'elle ne subit pas de contrainte) ;
- Discussion, si la femme le souhaite, sur les raisons de son choix ;
- Le counseling amène à la prise de décision de réaliser ou non le dépistage.
- Anamnèse : (réaliser par le/la professionnel.le

de santé) ;

- Raison de la venue de la personne : signes de grossesses, circonstances...
 - Historique obstétrical : nombre de grossesses antérieures...
 - Historique gynécologique : date des dernières règles, cycle menstruel régulier ou non, pathologies gynécologiques, histoire contraceptive...
 - **Recherche de signes cliniques de cancer du col de l'utérus : saignement après un rapport sexuel, saignement irrégulier...**
 - Historique sexuel : partenaire(s), symptômes d'IST, sérologie HIV (si la patiente ne connaît pas sa sérologie HIV l'encourager à se faire dépister) ;
 - Historique chirurgical / médical : affections chroniques, interventions chirurgicales ;
 - Médications et allergies ;
 - Historique social : environnement familial, violence, etc.
- ➔ **Examen physique :**
- Evaluation de santé globale ;
 - Examen abdominal ;
 - Examen pelvien : signes d'infections, signe de cancer (bourgeonnement du col) ;
 - Proposition de réaliser l'auto-prélèvement, sinon prélèvement endocervical par le soignant (via l'utilisation d'un speculum).

➔ **Tests de laboratoire :** le prélèvement est envoyé au laboratoire.

➔ **Message de rendu de résultat**

- **Si à l'aspect visuel du col on constate un bourgeonnement menant à une suspicion de cancer du col, proposer le référencement et expliquer l'importance de faire une consultation pour le diagnostic du cancer du col de l'utérus. Expliquer à la patiente que le seul moyen de faire le diagnostic est la biopsie et expliquer la procédure. Rassurer la patiente en expliquant qu'il existe des traitements pour le cancer du col de l'utérus.**
- Le résultat du test est négatif. Cela signifie que le virus responsable du cancer du col de l'utérus n'a pas été trouvé suite à l'analyse du prélèvement et que la patiente n'a pas de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus pour les 5 prochaines années.
- Le résultat du test est positif. Cela signifie que la patiente a été en contact avec un virus pouvant être responsable de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus. Proposer l'IVA.

Les patientes dont le test HPV est positif qui ne sont pas venues récupérer leurs résultats d'analyse doivent être contactées par téléphone.

Points d'attention

- ➔ Garantir la confidentialité, le respect de l'intimité et de la culture des usagères ;
- ➔ Protéger les dossiers des usagères ;
- ➔ Les femmes sont plus enclines à réaliser le traitement si elles l'ont choisi elles-mêmes.

f) Counseling pré et post-test IVA

Contenu de la prise en charge

➔ **Information sur :**

- Le détail de la procédure de l'inspection visuelle à l'acide acétique ;
- La durée probable de l'intervention ;
- Les sensations qu'elles peuvent avoir lors du dépistage à l'acide acétique.

➔ **Counseling :**

- Pour le choix concernant l'adhésion au dépistage ;
- Évaluation du soutien autour de la femme (vérifier qu'elle ne subit pas de contrainte) ;
- Discussion, si la femme le souhaite, sur les raisons de son choix ;
- Le counseling amène à la prise de décision concernant la réalisation ou non du dépistage.

➔ **Examen physique :**

- Evaluation de santé globale ;
- Examen abdominal ;
- Examen pelvien : signes d'infections, signes de cancer (bourgeonnement du col).

➔ **Examen physique :**

- Examen des seins ;
- Examen pelvien ;
- Pose de speculum ;
- Acide acétique posé et identification, si besoin

CANCER DU SEIN

1. Généralités : premier cancer chez la femme dans les pays à hauts revenus ainsi que dans les pays à revenus intermédiaires ou faibles. L'incidence du cancer du sein progresse. Le dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre le cancer du sein, notamment par l'examen clinique. La mammographie à partir de 50 ans reste coûteuse et peu disponible.

2. Examen clinique : il comporte l'inspection et la palpation des seins en position debout puis couchée. Il peut être strictement normal lorsque la tumeur est de petite taille et/ou le volume mammaire important (tumeurs découvertes par l'imagerie dans le cadre du dépistage). Sinon, il précise les caractéristiques de la tumeur mammaire.

- a. Inspection
- b. Palpation : mains à plat, pression douce par mouvements rotatifs faisant rouler la glande sur le gril costal, quadrant par quadrant, en insistant sur le quadrant supéro-externe (environ 60 % des cancers se localisent dans ce quadrant ou à la jonction des quadrants adjacents).

3. Autopalpation : L'auto-examen des seins (AES) est recommandé pour sensibiliser les femmes plus que comme une méthode de dépistage. En effet, l'AES permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé.

dessiner l'étendue des lésions pour expliquer à la patiente.

➔ **Message de rendu de résultat**

- Le résultat du test est négatif. Cela signifie que la patiente n'a pas de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus pour les 3 prochaines années.
- Le résultat du test est positif. Cela signifie que la patiente a des lésions précancéreuses **pouvant évoluer en lésions cancéreuses du col de l'utérus.**
 - > Possibilité de traiter immédiatement par la thermocoagulation
 - > Référencement pour d'autres analyses ou d'autres traitements possibles (RAD).

Si, à l'aspect visuel du col apparaît un bourgeonnement du col avec une suspicion de cancer du col, proposer le référencement et insister sur l'importance de faire une consultation pour le diagnostic du cancer du col de l'utérus. Expliquer à la patiente que le seul moyen de faire le diagnostic est la biopsie et expliquer la procédure. Rassurer la patiente en expliquant qu'il existe des traitements pour le cancer du col de l'utérus.

g) Soins pré-traitement des lésions précancéreuses

Objectifs

- ➔ Fournir une information compréhensible et un counseling afin que chaque femme puisse prendre ses propres décisions sur le fait d'avoir ou non un dépistage du cancer du col de l'utérus.
- ➔ Évaluer les conditions médicales qui nécessitent une prise en charge spécifique ou peuvent avoir une influence sur l'adhésion du traitement (HIV, grossesse, ménopause, cycle menstruel).

Contenu de la prise en charge

➔ Information sur :

- Le détail de la procédure de la thermocoagulation, les risques et les bienfaits et demander à la patiente son consentement ;
- La durée probable de l'intervention ;
- Les risques et possibles complications associées à la thermocoagulation dans les 2 à 4 semaines qui suivent (par exemple crampes, douleurs et saignements ressemblant à ceux des règles) et la prise en charge de la douleur que l'on peut lui proposer ;
- Le délai nécessaire avant de reprendre les rapports sexuels, l'utilisation d'un anneau vaginal ou d'une coupe menstruelle : un mois est nécessaire pour une bonne cicatrisation. Si ce temps d'attente est impossible, recommandez l'utilisation d'un préservatif pendant cette durée.

➔ Counseling :

- Pour le choix concernant l'adhésion au traitement ;
- Évaluation du soutien autour de la femme : vérifier qu'elle ne subit pas de contrainte ;
- Discussion, si la femme le souhaite, sur les raisons de son choix ;
- Le counseling amène à la prise de décision concernant la réalisation ou non d'un traitement. Une information claire et scientifiquement correcte doit être fournie sur les avantages et inconvénients de cette procédure.

➔ Examen physique :

- Evaluation de santé globale ;
- Examen abdominal ;
- Examen pelvien : signes d'infections, etc. ;
- Pose de spéculum et pose d'acide acétique et repérage de l'étendue des lésions précancéreuses et traitement par thermocoagulation.

➔ Discussion sur le suivi à 1 an

h) Soins post-traitement des lésions précancéreuses

Objectifs

- ➔ Dépister et prendre en charge une éventuelle complication ;
- ➔ Fournir une information sur la thermocoagulation ;
- ➔ Evaluer s'il existe un autre besoin en termes de santé sexuelle et reproductive qui nécessiterait des soins additionnels.

Contenu de la prise en charge post-thermocoagulation

- ➔ Avant la sortie de la structure de santé (suite à une thermocoagulation):
 - Apporter un conseil de qualité, une écoute attentive de la femme et de ses besoins ;
 - Fournir une information claire orale et écrite incluant :
 - > Les relations sexuelles ou l'introduction dans le vagin d'un anneau vaginal ou autres dispositifs vaginaux ne doivent reprendre qu'après 1 mois
 - > Les effets secondaires : saignements possibles, des crampes peuvent survenir
 - > La femme doit revenir à la structure de santé en cas de douleurs abdominales qui augmentent d'intensité, de saignements importants ou de fièvre.
 - Si besoin, fournir du fer (en cas d'anémie), des antalgiques, du soutien émotionnel (à la demande) ;
 - Référer à d'autres services en fonction de l'évaluation des besoins (contraception, dépistage IST/VIH, prise en charge de violences, besoins sociaux, etc.).
- ➔ Une visite de suivi est recommandée entre 9 et 12 mois.

Points d'attention

La mise en relation des femmes avec d'autres services dont elles auraient besoin.

Le personnel devrait aborder la prévention des IST/VIH, et souligner l'importance du préservatif. On insistera sur la prévention des infections, surtout auprès des personnes à haut risque.

MESSAGES CLÉS

- ➔ Le counseling est un entretien réalisé dans une relation de collaboration entre une personne reconnue comme acteur et sujet de son histoire et un intervenant qui sert de guide. Il motive, soutient, renforce.
- ➔ C'est une technique essentielle afin de renforcer les compétences individuelles des personnes. Il permet également d'assurer un consentement éclairé, pour identifier les perceptions individuelles et permettre l'adhésion du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses.
- ➔ Les qualités (ou postures) essentielles du counseling : ouverture, empathie, écoute.
- ➔ Les techniques de base pour mener l'entretien de counseling sont : questions ouvertes, clarification, reformulation.
- ➔ La confidentialité est essentielle, ne pas négliger cet aspect. Bien vérifier que d'autres personnes n'entendent pas la discussion.
- ➔ Les points clés du counseling sur le dépistage du cancer du col de l'utérus :
 - Comprendre les représentations du cancer du col de l'utérus par les usagères.
 - L'information donnée doit être juste et adaptée.
 - Elle doit comprendre les bénéfices et risques du dépistage et du traitement.
 - Soutenir le choix des usagères.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Enoncer les modalités de fonctionnement du test HR-HPV.
- ➔ Enoncer le matériel nécessaire à la réalisation d'un prélèvement et / ou d'un auto-prélèvement.
- ➔ Connaître les bases d'utilisation des équipements d'analyse des prélèvements.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Expliquer le déroulement d'un prélèvement à la patiente et proposer un auto-prélèvement.
- ➔ Réaliser un test HPV.
- ➔ Planifier le circuit d'acheminement des prélèvements, de la communauté et des structures de santé vers les centres disposant d'équipement d'analyse des prélèvements.

SAVOIR-ÊTRE :

- ➔ Adopter une attitude de non-jugement et non discriminatoire.
- ➔ Créer une atmosphère de respect et de confiance.

I. INTRODUCTION

Le test HPV permet donc de mettre en évidence la présence de papillomavirus oncogènes dans les cellules du col de l'utérus. Cela présente un intérêt majeur, car il a été clairement prouvé que le cancer du col de l'utérus est viro-induit.

Il existe différents types de méthodes de dépistage. Le frottis est coûteux (nécessite la formation des cytologistes), est dépendant du cytologiste, avec une sensibilité faible. Il n'y a pas de contrôle de qualité, ce qui pose un problème en termes de qualité de rendu du résultat. De plus, les résultats ne sont pas immédiats. Quant à l'IVA (inspection visuelle à l'acide acétique) ou l'IVL (inspection visuelle avec le soluté de Lugol), techniques auxquelles on peut former beaucoup de personnels, le résultat est disponible immédiatement et facilement intégré à des services de santé primaire. En revanche, ces techniques présentent une spécificité modérée avec pour conséquences des surtraitements ; la méthode est dépendante du soignant.

Le test HPV possède une excellente valeur prédictive négative (VPN). Cependant, il manque de spécificité (un test HPV positif ne signifie pas nécessairement la présence de lésions).

Des essais randomisés à grande échelle ont démontré que le dépistage du HPV est plus efficace (+30 %) pour détecter le CIN 3 au cours du premier cycle de dépistage comparativement à la cytologie. Dans une analyse groupée de quatre essais randomisés menés en Europe, le test HPV a fourni une plus grande protection contre le cancer invasif du col utérin par rapport à la cytologie. Le risque de cancer à 3 ans après un test HPV négatif était d'environ 70 pour cent inférieur comparé à une cytologie négative. C'est pourquoi l'OMS recommande de dépister, si disponible, en utilisant le test HPV, suivi d'une IVA qui permettrait de réduire les surtraitements.

Sensibilité du test : la plus petite quantité de marqueur cible (HPV) pouvant être détectée avec précision. Excellente valeur prédictive qui permet de rassurer les patientes qui présentent un test négatif et le cas échéant, d'augmenter l'intervalle du dépistage entre deux tests HPV.

Spécificité du test : la capacité de la méthode à identifier uniquement le marqueur cible, probabilité qu'un cas positif soit réellement positif. Le Test HPV manque de spécificité (un test HPV positif ne signifie pas la présence de lésions).

Le test HPV détecte par biologie moléculaire la présence du virus HPV (détection de l'ADN viral) soit dans les cellules du col de l'utérus, soit à partir d'un prélèvement vaginal. On recherche habituellement les

virus HPV qui sont considérés comme directement associés au cancer du col de l'utérus (groupe des HPV dits à risque ou HPV oncogènes).

Si la réalisation du test HPV pour les moins de 30 ans révélera plutôt des HPV positifs transitoires, plus la réalisation du test est faite à un âge avancé, plus la détection d'une infection par un HPV à haut risque pourra correspondre à une infection persistante, à haut risque d'entraîner un cancer du col de l'utérus.

II. LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES

Les techniques virologiques sont limitées : les HPV se cultivent difficilement et la sérologie n'est pas très informative. C'est pourquoi l'identification des HPV fait appel à des techniques moléculaires, qui sont plus sensibles que la cytologie³⁴.

Il existe différents types de techniques de **détection de l'ADN des HPV :**

- ➔ Hybridation en phase liquide ;
- ➔ Amplification par PCR couplée à une détection immuno-enzymatique ;
- ➔ La **real-time PCR** (PCR en temps réel).

L'amplification en chaîne par polymérase (ACP) ou réaction en chaîne par polymérase (PCR est l'abréviation anglaise de « polymerase chain reaction », le sigle français ACP étant très rarement employé) est une méthode de biologie moléculaire d'amplification génique in vitro.

Elle permet de dupliquer en grand nombre (avec un facteur de multiplication de l'ordre du milliard) une séquence d'ADN ou d'ARN connue, à partir d'une faible quantité. On peut ainsi, par exemple, détecter la présence de HPV.

La PCR s'effectue sur 3 étapes :

La dénaturation thermique de l'ADN : à 95°C, les liaisons d'hydrogènes sont rompues et les 2 brins de l'ADN se séparent. L'ADN passe sous forme de simple brin dans le milieu.

Hybridation des amorces : le milieu réactionnel contient 2 amorces, chacune complémentaire d'un des 2 brins. La température permettant la fixation des amorces sur les monobrans d'ADN est comprise entre 50°C et 65°C. Les amorces en large excès s'hybrident dès lors qu'elles rencontrent les séquences complémentaires.

Elongation des amorces : allongement des amorces en y incorporant les désoxyribonucléiques complémentaires de la séquence de la matrice auquel elle est hybridée. Cette étape s'effectue à une température de 72°C.

34. Clavel C. Tests diagnostiques HPV : réalisation et interprétation. SPECTRA Biol N°171. Mars 2009;

III. TEST HPV GENEXPERT

La technique Xpert® HPV se déroule à l'intérieur d'une cartouche qui doit être dans un premier temps identifiée par le technicien. Après avoir vortexé le prélèvement, un volume d'1 ml est déversé dans la cassette à l'aide d'une pipette fournie. La cassette est ensuite insérée dans la cartouche dans l'automate.

Le test Xpert® HPV permet de détecter la région E6/E7 du génome d'ADN viral des mêmes 14 HPV à haut risque. Il existe un canal permettant la détection de l'HPV 16, un autre la détection du couple HPV 18/45, et trois autres pour détecter les 55 autres HPV à haut risque à savoir 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68.

L'automate nécessite une cartouche à usage unique qui comprend les réactifs de PCR, reçoit l'échantillon et constitue également le lieu du déroulement de la PCR. La première étape est la lyse des cellules par ultrasons, ce qui permet la libération des acides nucléiques à la fois du virus HPV et des cellules humaines. Ensuite l'ADN est purifié sur une colonne de filtration, puis élué. L'ADN est alors prêt à être amplifié sur le même principe de PCR et détecté en temps réel. Un contrôle cellulaire, appelé ici contrôle d'adéquation de l'échantillon (CAE), permet de détecter la présence d'un gène humain à copie unique et vérifie que l'échantillon contient le nombre de cellules suffisant pour permettre de déterminer la présence ou non de HPV.

Le test Xpert® HPV est un test unitaire, 1 minute est nécessaire à la préparation de la cartouche et au lancement du test. L'analyse dure moins d'une heure. Plusieurs cartouches peuvent être lancées les unes à la suite des autres. Le temps de manipulation par les techniciens est très limité (moins de 2 minutes) et comprend :

- ➔ Le déchargement du prélèvement dans la cartouche
- ➔ Le scan du code barre de la cartouche et du prélèvement
- ➔ L'insertion de la cartouche dans l'automate
- ➔ Le déchargement de la cartouche une fois le test terminé
- ➔ La récupération du résultat dans le logiciel Xpert® et la transcription dans le SIL (Système d'Information de Laboratoire).

Les géotypes de HPV HR vont être détectés par 5 sondes de fluorescence différentes. On observe donc cinq courbes : une première courbe pour HPV 16, une deuxième pour HPV 18/45 et trois correspondant aux 11 autres HPV à haut risque puisque 3 canaux de couleur sont dédiés à ceux-ci, à savoir : Canal P3 : HPV 31, 33, 35, 52, 58 / Canal P4 : HPV 51 et 59 / Canal P5 : HPV 39, 56, 66, 68.

Les Ct (Cycle threshold) sont visibles dans le tableau situé au-dessus du graphique, ainsi que le résultat POSITIF ou NEGATIF. Le contrôle de vérification de

sonde (CVS) permet de s'assurer que la sonde est bien active (noté REUSSITE), sinon (ECHEC) l'analyse est invalide.

Test HPV : Avantages / Inconvénients

Méthode de choix préconisée par l'OMS, notamment dans la stratégie « screen & treat » dans les pays à moyens revenus en complément ou substitution des méthodes de visualisation directe comme l'IVA.

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Meilleure sensibilité	Moins bonne spécificité des populations jeunes/ prévalence HPV élevée
Espacement des contrôles (excellente VPN)	Coûts (Le personnel et le matériel d'examen, s'il ne s'agit pas d'un auto-prélèvement. Coût de l'automate et des kits d'analyse, éventuellement des installations de laboratoire et de l'électricité/eau consommées).
Objectivité du test	Disposition d'un laboratoire
Possibilité d'auto-prélèvement	Moyen de prélèvement
Le test peut être analysé par tout agent de santé après une formation courte	Diagnostic différé
	Validation des différents tests rapides
	Contraintes liées au transport : T°, temps

IV. RÉALISATION D'UN PRÉLÈVEMENT

L'échantillon peut être prélevé avec ou sans examen au spéculum, et par un professionnel de santé ou par la femme elle-même. En effet, plusieurs études ont montré l'efficacité similaire d'un auto-prélèvement versus un prélèvement effectué par un praticien.

Pour que le test soit traité correctement, le test ne doit pas être réalisé en cas de :

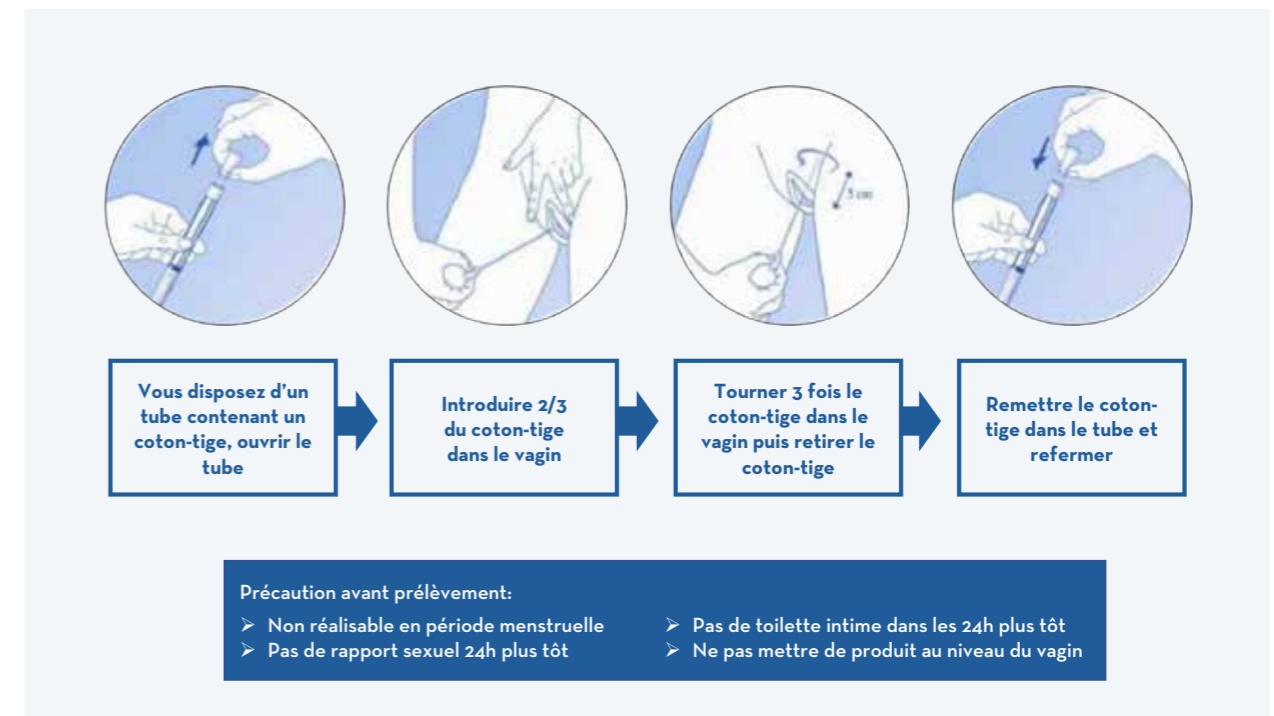
- ➔ Période menstruelle (peut être réalisé en cas de saignement vaginal peu abondant) ;
- ➔ Pas de rapport sexuel dans les 24h précédant le prélèvement ;
- ➔ Pas de toilette vaginale dans les 24 h précédant le prélèvement ;
- ➔ Ne pas mettre de produit vaginal dans les 24h précédant le prélèvement.

Ne pas oublier de noter sur l'écouvillon : nom de la patiente, numéro d'enregistrement, date et heure du test.

a) Prélèvement

Cette intervention est la même que celle pratiquée pour le frottis cervico-vaginal (FCV). Elle ne dure que

FIGURE 16 : NOTICE POUR AUTO-PRÉLÈVEMENT VAGINAL



quelques minutes et peut causer un léger inconfort, une certaine pression ou des crampes, mais ce n'est habituellement pas douloureux. Pour faire le test de dépistage du HPV, le praticien introduit doucement dans le vagin un spéculum, ce qui permet de séparer les parois du vagin afin que le praticien puisse voir la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus. Il introduit l'écouvillon en nylon floqué au niveau du col de l'utérus et/ou au fond du vagin et tourne la brosse 5 fois dans le sens des aiguilles d'une montre.

Après avoir prélevé les cellules, le médecin, la sage-femme ou l'infirmière les met dans un contenant. Le prélèvement est envoyé au laboratoire où il est analysé afin de savoir si son ADN est celui d'un type de HPV à risque élevé.

Possibilité de légers saignements vaginaux pendant 1 ou 2 jours après un test de dépistage du HPV.

b) Auto-prélèvement

- ➔ L'auto-prélèvement pourra être réalisé dans un endroit confidentiel et intime ;
- ➔ Ouvrez partiellement le sachet contenant l'écouvillon ;
- ➔ Ne touchez pas le coton et ne le laissez pas tomber. Si le coton est touché ou si l'écouvillon est tombé, demandez un nouveau kit de prélèvement ;
- ➔ Enlevez l'écouvillon du sachet ;
- ➔ Tenez l'écouvillon comme le montre la figure 1, en plaçant le pouce et l'index en haut de la tige ;
- ➔ Avec votre main, écartez vos lèvres de façon à ce que l'écouvillon ne touche pas la partie externe

(cf. figure 2) ;

- ➔ Introduisez doucement l'écouvillon dans le vagin sur une distance d'environ 2/3 (cf. figure 2) ;
- ➔ Tournez doucement l'écouvillon 3 fois pendant 10 à 30 secondes. Assurez-vous que l'écouvillon touche les parois du vagin pour que l'humidité soit absorbée par l'écouvillon ;
- ➔ Retirez l'écouvillon sans toucher la peau ;
- ➔ Placez immédiatement l'écouvillon dans le milieu de transport et refermez l'écouvillon.

V. CONDITIONNEMENT ET ACHÈMEMENT DES PRÉLÈVEMENTS

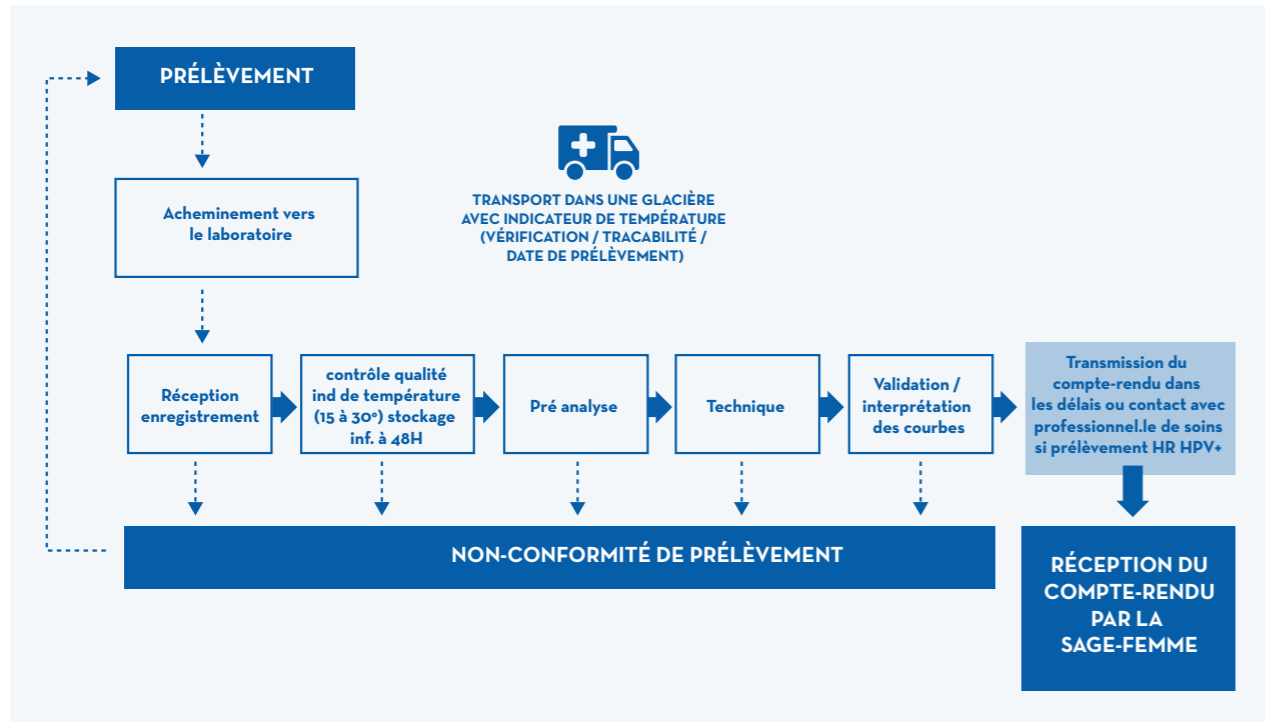
Les modalités de transport doivent permettre :

- ➔ La préservation de la confidentialité de l'identité du patient prélevé ;
- ➔ La protection de l'échantillon des détériorations éventuelles (chute, fuite...) ;
- ➔ Le respect des conditions de température de transport et des délais de stabilité de l'ADN de HPV.

Les prélèvements doivent être mis dans les sachets plastiques : un sachet par patiente.

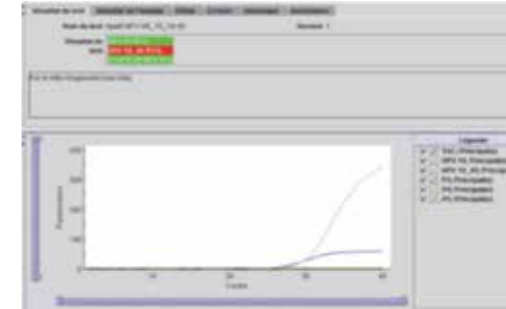
- ➔ Plier le bon de demande et le mettre dans le sachet ;
- ➔ Stocker le prélèvement dans la glacière afin de le conserver à une température entre 15 et 30° ;
- ➔ Acheminer vers le laboratoire dans les plus brefs délais ;
- ➔ Pour les prélèvements déposés par un coursier, une feuille de traçabilité du transport est

FIGURE 17 : PROTOCOLE DE CIRCUIT DE PRELEVEMENT



VI. RENDU DES RÉSULTATS

Le rendu des résultats est simple, POSITIF ou NEGATIF avec un code couleur (vert/ rouge).



Ce que signifient les résultats

Le résultat du test de dépistage du VPH sera négatif ou positif.

- ➔ Test négatif (faible risque de développer le cancer du col de l'utérus dans les 5 prochaines années)
- ➔ Test positif (contact avec un virus pouvant être responsable de lésions précancéreuses) : proposer l'IVA ; rassurer, s'il n'y a pas de suspicion de cancer du col de l'utérus en expliquant que le test ne veut pas dire que la patiente a un cancer du col de l'utérus. De plus, la majorité des femmes qui présentent une infection HPV ne développeront pas de cancer du col de l'utérus.

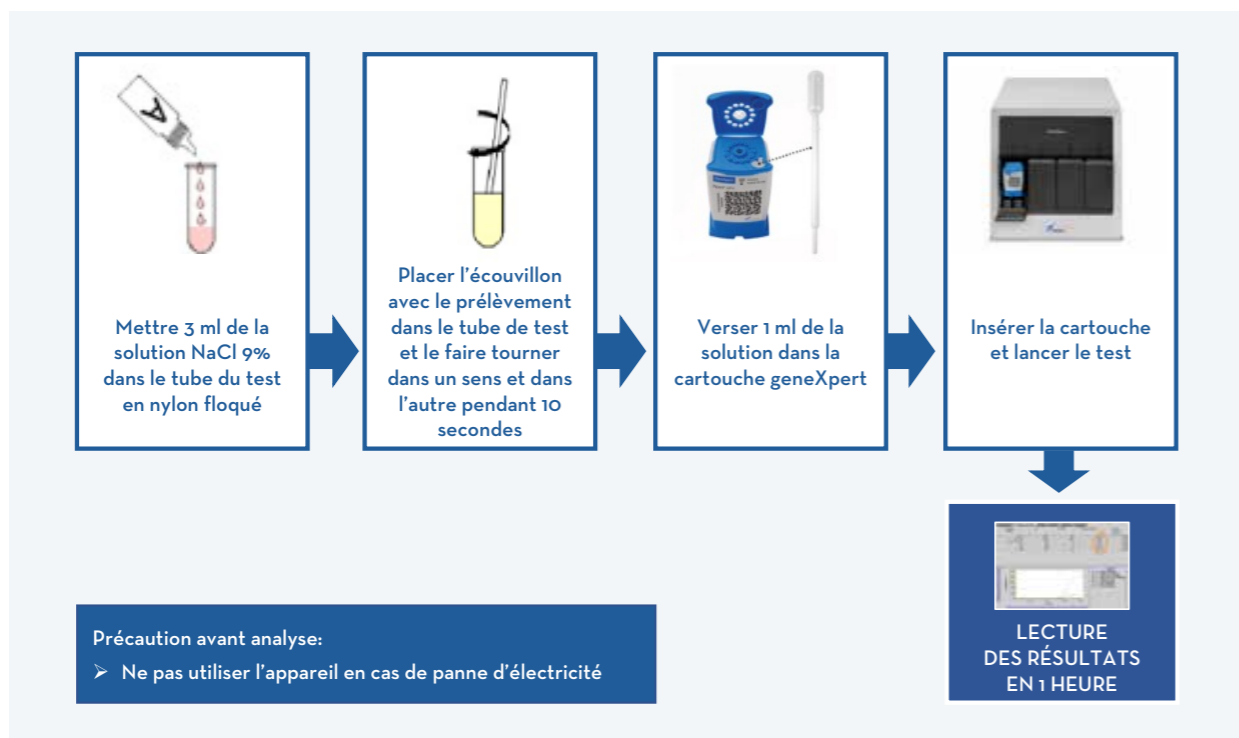
également déposée sur la banque ; l'heure de dépôt au laboratoire doit y être précisée par un personnel du laboratoire, ou le coursier lui-même ;

- ➔ A réception des prélèvements, le laborantin et le coursier vérifient la traçabilité, la date et l'heure du prélèvement, ainsi que l'indicateur de température ;
- ➔ En cas de non-conformité, l'information devra être tracée et le motif devra être renseigné.

Préanalyse

Le test Xpert® HPV est un test unitaire, 1 minute est nécessaire à la préparation de la cartouche et au lancement du test. L'analyse dure moins d'une heure. Plusieurs cartouches peuvent être lancées les unes à la suite des autres.

FIGURE 18 : PROCÉDURE DE LA PRÉ-ANALYSE DE PRÉLÈVEMENT HR HPV



MESSAGES CLÉS

- ➔ La recherche démontre que le test de dépistage du HPV est des plus utiles pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. L'association avec l'IVA permettra de réduire les surtraitements.
- ➔ La méthode de dépistage moléculaires de l'infection à HPV est basée sur la détection de l'ADN des types de HPV à haut risque dans des prélèvements vaginaux et/ou du col de l'utérus.
- ➔ Le prélèvement peut être réalisé par un agent de santé au cours ou non d'un examen sous spéculum ou par la femme elle-même.
- ➔ Toutes les études montrent une sensibilité similaire entre un auto-prélèvement et un prélèvement réalisé par le professionnel.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

SESSION SANTE 3

INSPECTION VISUELLE A L'ACIDE

ACETIQUE

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Enoncer les principes de réalisation de l'IVA.
- ➔ Enoncer le matériel nécessaire à la réalisation de l'examen.
- ➔ Définir le traitement adapté en fonction des résultats ou orienter pour des examens complémentaires.
- ➔ Enoncer les modalités de suivi suite à un examen normal.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Différencier un aspect normal à l'IVA et identifier la présence ou non de lésions ainsi que leur étendue.
- ➔ Pratiquer une IVA.

SAVOIR-ÊTRE :

- ➔ Créer une atmosphère de respect et de confiance.

I. GÉNÉRALITÉS

a) L'inspection visuelle : c'est quoi ?

L'inspection du col utérin à l'œil nu constitue un test simple de détection précoce des lésions cervicales précancéreuses et de cancer invasif débutant.

Il existe différentes techniques :

- ➔ **Inspection visuelle à l'acide acétique, IVA / VIA** (visual inspection with acetic acid) ;
- ➔ **Inspection visuelle à l'acide acétique assisté ou direct / VIAM** (visual inspection with acetic acid and magnification) (à l'aide de grossissement) ;
- ➔ Inspection visuelle avec le soluté de lugol, IVL ou VILI (Visual inspection with Lugol's Iodine) ;

Les difficultés de mise en œuvre du dépistage cytologique dans les milieux disposant de faibles ressources ont conduit à étudier des tests de remplacement comme l'IVA ou l'IVL.

Les résultats de l'IVA et l'IVL sont immédiatement disponibles et ne nécessitent aucun service de laboratoire. La classification des résultats repose sur les changements de couleur observés au niveau du col. Une parfaite connaissance de l'anatomie, de la physiologie et des pathologies du col sont essentielles à la compréhension et à l'interprétation de ce test.

b) Principes physiopathologiques de l'IVA

On pense que l'acide acétique à 5% provoque une coagulation ou une précipitation réversible des protéines cellulaires. Il provoque également un gonflement du tissu épithélial au niveau de l'épithélium cylindrique et des régions présentant notamment des anomalies de l'épithélium pavimenteux.

c) Condition de réalisation

L'IVA peut être réalisé à n'importe quel moment du cycle, pendant la période menstruelle et chez une patiente chez qui on suspecte une IST ou un VIH ou dans le cas d'infections confirmées.

d) Limites / Points forts

LIMITES	POINTS FORTS
Surtraitement (test de dépistage et non de diagnostic)	Simple et infrastructure minimum
Nécessite de mettre au point des méthodes de formation standardisée et des mesures d'assurance qualité	Faible coût de mise en place et de maintenance
Moins précise chez les femmes ménopausées	Résultat des tests disponible immédiatement
Faux positifs : métaplasie immature, inflammation, leucoplasie et condylome	L'IVA peut être intégrée à des services de santé primaires
Interprétation interdépendante nécessitant des mesures d'assurance qualité	Réalisable à n'importe quel moment du cycle

II. RÉALISATION

La personne chargée de procéder à l'inspection visuelle du col doit posséder de solides connaissances en anatomie, physiologie et pathologie du col. Il/elle doit connaître les caractéristiques cliniques associées aux conditions bénignes, à l'inflammation, aux lésions précancéreuses et au cancer invasif du col.

a) Matériel

Matériel biomédical

- ➔ Table d'examen
- ➔ Source de lumière
- ➔ Spéculum bivalve stérile (Cusco ou Graves)
- ➔ Plateau ou récipient d'instruments

Matériel médical

- ➔ Compresse/ coton
- ➔ Pince longuette
- ➔ Gants d'examen
- ➔ Solution d'acide acétique (3 à 5%) et fraîchement préparée
- ➔ Un récipient en plastique contenant une solution de chlore à 0,5% pour décontaminer les instruments
- ➔ Un seau en plastique garni d'un sac en plastique pour y jeter les écouvillons contaminés et autres déchets
- ➔ Fiche ou formulaire pour noter les constatations
- ➔ Chronomètre

Maintenance

- ➔ Matériel
- ➔ Eau de javel
- ➔ Stérilisateur
- ➔ Préparation de l'acide acétique : préparer la solution d'acide acétique à 5%, ajouter 5 ml d'acide acétique glacial à 95 ml d'eau distillée
- ➔ Si on utilise du vinaigre acheté dans le commerce, vérifier sa concentration en acide acétique afin de s'assurer qu'elle est bien de 5%.

b) Procédure

Conseils avant dépistage IVA

Donner aux femmes l'information concernant les points suivants :

- ➔ La nature du cancer du col et les conséquences d'une infection par le HPV
- ➔ Facteurs de risque pour la maladie
- ➔ Rôle et importance du dépistage par IVA
- ➔ Conséquences de ne pas se faire tester suite à un HPV négatif
- ➔ Options pour le traitement si le test IVA est anormal

Entretien médical

Antécédents de la patiente : rythme des saignements / parité / utilisation de contraception / facteurs de risque liés au cancer du col de l'utérus.

Examen :

- ➔ Vulve, vagin, col de l'utérus
- ➔ Effectuer un examen bimanuel et recto-vaginal (si indiqué). Rechercher :
 - Sensibilité à la motion cervicale
 - Grossesse
 - Anomalie utérine
 - Élargissement ou sensibilité des annexes.

Procédure :

- ➔ Se laver les mains ;
- ➔ Inspecter les parties génitales extérieures et examiner l'orifice urétral pour dépister un quelconque écoulement ;
- ➔ Insérer le spéculum entièrement et doucement jusqu'à ce que l'on sente une résistance et ouvrir lentement les lames pour révéler le col ;
- ➔ Lorsque le col est entièrement visible, fixer les lames du spéculum en position ouverte pour qu'il reste en place et laisse voir le col ;
- ➔ Ajuster la source de lumière pour bien voir le col ;
- ➔ Inspecter le col et vérifier pour détecter des signes d'infection (cervicite) tels qu'un écoulement blanchâtre purulent (mucopus) ; ectopie (ectropion) ; tumeurs apparentes ou kystes, ulcères ou lésions ;
- ➔ Utiliser un écouvillon propre pour enlever tout écoulement, sang ou mucosité sur le col ;
- ➔ Identifier l'orifice cervical et la jonction squameuse en colonne (JSC) qui l'entoure ;
- ➔ Tremper un écouvillon propre dans une solution diluée d'acide acétique et l'appliquer au col ;
- ➔ Après avoir lavé le col avec l'acide acétique, attendre au moins une minute et observer le col pour détecter des changements acéto-blanchâtres ;
- ➔ Inspecter attentivement la JSC. Vérifier pour voir si le col saigne facilement. Rechercher toutes plaques blanches soulevées et épaissies ou un épithélium acéto-blanchâtre ;
- ➔ Autant que nécessaire, appliquer encore de l'acide acétique ou écouvillonner le col pour enlever toute mucosité, sang ou débris qui se développent lors de l'inspection et qui puissent obscurcir la vue ;
- ➔ Après avoir complété l'inspection visuelle du col, utiliser un écouvillon en coton propre pour enlever tout acide acétique du col et du vagin ;
- ➔ Retirer doucement le spéculum ;
 - Si le test d'IVA est négatif, tremper le spéculum dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination ;
 - Si le test d'IVA est positif et si la patiente opte pour le traitement, placer le spéculum sur le plateau désinfecté à haut niveau ou dans un récipient pour pouvoir la réutiliser pour la thermocoagulation.

Counseling examen négatif :

- ➔ L'annonce des résultats de l'examen à la femme ;
- ➔ Rendez-vous pour la prochaine consultation à 3

ans ou 1 an en fonction du statut sérologique HIV.

Counseling examen positif :

- ➔ L'annonce des résultats de l'examen à la femme ;
- ➔ Explication à la femme concernant les examens complémentaires à effectuer et les procédures à suivre ;
- ➔ Apaisement des inquiétudes et des craintes de la femme.

Prévention des infections

- ➔ Retrait des gants ;
- ➔ Jeter les gants dans un seau garni d'un sac en plastique ;
- ➔ Lavage des mains après la fin d'examen ;
- ➔ Décontamination des instruments dans le chlore à 5% pendant 10 min puis stérilisation dans l'autoclave ou immersion dans l'eau bouillante pendant 20 min.

Système d'information

- ➔ Remplissage du registre ;
- ➔ Remplissage de la fiche individuelle (compte rendu IVA et/ou carnet de suivi).

III. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**a) classification**

L'interprétation des résultats implique d'être attentif à :

- ➔ L'intensité de la couleur blanche de la lésion acidophile, à savoir si elle est d'un blanc brillant, d'un blanc trouble, d'un blanc pâle ou d'un blanc terne ;
- ➔ Les bords et délimitations de la lésion blanche : s'agit-il de marges claires et nettes, ou bien s'agit-il de marges surélevées ou aplaties ? S'agit-il de marges régulières ou irrégulières ?
- ➔ Si les lésions sont uniformément blanches, ou si l'intensité de coloration varie à l'intérieur même de la lésion, ou bien encore, s'il existe des zones d'érosion à l'intérieur de la lésion ;
- ➔ La localisation de la lésion : est-elle située à l'intérieur, à proximité ou loin de la zone de remaniement ? Est-elle proche (attenante) de la jonction pavimento-cylindrique ? Pénètre-t-elle dans le canal endocervical ? Occupe-t-elle la totalité de la zone de remaniement ou seulement une partie ? Affecte-t-elle tout le col (généralement signe d'un cancer invasif infraclinique débutant) ?
- ➔ La taille (étendue ou dimensions) et le nombre de lésions.

En cas de doute, on pourra, par précaution, répéter le test plusieurs fois en faisant attention à ne pas provoquer de saignements. Les femmes chez lesquelles on suspecte un cancer invasif devront être orientées pour des examens plus poussés et un traitement.

Catégories des IVA

- ➔ Une zone acidophile éloignée de la zone de jonction pavimento-cylindrique et ne la touchant pas n'est pas significatif ;
- ➔ Une zone acidophile proche de la zone de jonction est significative.

RÉSULTATS DES IVA	RÉSULTATS CLINIQUES
TEST NÉGATIF	Pas de lésions acidophiles ou légèrement acidophiles, polype, cervicite, inflammation, kystes de Naboth.
TEST POSITIF	Zones blanches (blanc opaque/terne ou blanc d'huître) précises, distinctes, bien définies, denses avec ou sans marges vers la zone de jonction pavimento-cylindrique. Leucoplasie et verrues près de la zone de jonction pavimento-cylindrique.
SUSPICION DE CANCER	Lésions ulcérées visibles, excroissances, saignant ou suintant au toucher.

Outils d'aide pour l'identification des lésions précancéreuses.

b) Résultat IVA négatif

Le résultat de l'IVA est considéré comme négatif dans les cas suivants :

- ➔ Aucune réaction acidophile.
- ➔ Absence de lésions acidophiles sur le col.
- ➔ Présence de polypes faisant saillie à l'extérieur du col avec des zones acidophiles d'un blanc opalescent bleuté.
- ➔ Présence de kystes de Naboth ayant l'aspect de papules blanchâtres ou de « boutons ».
- ➔ Présence dans l'endocol de zones acidophiles semées de petits points traduisant la présence d'un épithélium cylindrique qui réagit à l'acide acétique en prenant un aspect en grains de raisin.
- ➔ Présence de lésions brillantes d'un blanc rosé, bleuté ou trouble, légèrement inégales, ou encore de lésions aux contours flous, mal définis, se confondant avec le reste du col.
- ➔ Présence de lésions acidophiles digitiformes, anguleuses et irrégulières, semblables à des régions géographiques, éloignées (détachées) de la jonction pavimento-cylindrique (lésions satellites).

- ➔ Observation d'un discret liseré blanc ou d'une réaction acidophile peu intense, au niveau de la jonction pavimento-cylindrique.
- ➔ Observation d'un blanchiment acidophile à l'aspect strié dans l'épithélium cylindrique.

c) Résultat IVA positif

Le résultat de l'IVA est considéré comme positif dans les cas suivants :

- ➔ Présence de zones acidophiles, distinctes, bien définies, denses (blanc opaque, blanc terne ou blanc d'huître) avec des marges régulières ou irrégulières dans la zone de remaniement, proches ou accolées à la jonction pavimento-cylindrique, ou proches de l'orifice externe si la jonction pavimento-cylindrique n'est pas visible.
- ➔ Présence de zones acidophiles très denses dans l'épithélium cylindrique.
- ➔ Le col tout entier blanchit sous l'effet de l'acide acétique.
- ➔ Présence d'un condylome et d'une leucoplasie proches de la jonction pavimento-cylindrique, qui blanchissent intensément après l'application d'acide acétique.

d) Résultat de l'IVA évoquant un cancer invasif

Le résultat de l'IVA témoigne d'un cancer invasif quand :

- ➔ Il est visualisé sur le col une tumeur ulcéro-proliférative qui blanchit fortement sous l'effet de l'acide acétique et saigne au toucher.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Énoncer les différents traitements des lésions précancéreuses (Cryothérapie - Thermocoagulation - RAD et conisation à froid) et leurs indications.
- ➔ Énoncer les principes de la réalisation de la thermocoagulation et de la RAD.
- ➔ Énoncer les complications possibles de ces différents traitements.
- ➔ Énoncer le matériel nécessaire à la réalisation de la thermocoagulation et de la RAD.
- ➔ Énoncer les modalités de suivi après traitement des lésions précancéreuses.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Pratiquer un traitement par thermocoagulation.

SAVOIR-ÊTRE :

- ➔ Créer une atmosphère de respect et de confiance.

I. GÉNÉRALITÉS

La détection précoce, par un dépistage ciblé, 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.

Dans l'approche « dépistage et traitement », la décision de la conduite à tenir est basée sur la réalisation d'un test de dépistage et non d'un test de diagnostic et le traitement doit être réalisé le plus rapidement possible si celui-ci s'avère positif.

Le traitement repose sur la positivité du test IVA (test de dépistage) et non par la confirmation histologique (test de diagnostic). Les recommandations de l'OMS pour le traitement des lésions précancéreuses (LPC) sont :

- ➔ Cryothérapie / thermocoagulation
- ➔ RAD / LEEP en anglais
- ➔ Conisation à froid

a) La cryothérapie

La cryothérapie élimine les LPC par une déshydratation cellulaire, en les congelant. Elle consiste à appliquer une sonde cryogénique à basse température au niveau de la zone anormale. Le tissu cervical prend environ un mois pour cicatriser.

Principe : application à la surface de la lésion d'une sonde à basse température pour congeler les zones anormales par déshydratation cellulaire.

Méthode : utilisation de neige carbonique (CO₂) ou d'azote liquide (N₂O).

Indications :

- ➔ Lésions visibles
- ➔ Couvrant moins de 75%
- ➔ Lésions ne s'étendant pas sur une surface plus grande que la sonde
- ➔ Jonction pavimento-cylindrique visible

Contre-indications :

- ➔ Lésions endocervicales
- ➔ Cancer invasif
- ➔ Grossesse

Réalisation :

- ➔ 15 minutes de procédure
- ➔ Sans anesthésie
- ➔ Positionnement de la sonde au niveau du col
- ➔ Application du gaz 2 fois pendant 3 minutes avec une pause de 5 min

Effets secondaires : Crampes (2 à 4 semaines) / Pertes +/- désagréables (2 à 4 semaines)

Conseil d'usage :

- ➔ Pas de douche vaginale

- ➔ Pas d'utilisation de tampon
- ➔ Pas de rapport sexuel pendant 1 mois
- ➔ Rapports protégés par préservatifs pendant 6 semaines.

b) La thermocoagulation

La thermocoagulation élimine les LPC par une nécrose tissulaire. Elle consiste à appliquer une sonde à haute température au niveau de la zone anormale. Le tissu cervical prend environ un mois pour cicatriser. Les indications sont identiques à la cryothérapie.

Principe : application à la surface de la lésion d'une sonde à très haute température pour nécroser les zones anormales.

Méthode : application de la sonde thermique à 100° au niveau du col de l'utérus tout en exerçant une pression sur le col pendant une minute.

Indications :

- ➔ Lésions visibles
- ➔ Couvrant moins de 75%
- ➔ Lésions ne s'étendant pas sur une surface plus grande que la sonde
- ➔ Jonction pavimento-cylindrique visible

Contre-indications :

- ➔ Lésions endocervicales
- ➔ Cancer invasif
- ➔ Grossesse

Réalisation :

- ➔ 2 minutes de procédure
- ➔ Sans anesthésie
- ➔ Positionnement de la sonde au niveau du col
- ➔ Application de la sonde à 100° sur la zone pendant 1 minute

Effets secondaires : crampes (2 à 4 semaines) / Pertes +/- désagréables (2 à 4 semaines)

Conseil d'usage :

- ➔ Pas de douche vaginale
- ➔ Pas d'utilisation de tampon
- ➔ Pas de rapport sexuel pendant 1 mois
- ➔ Rapports protégés par préservatifs pendant 6 semaines

c) La Résection à l'Anse Diathermique

La Résection à l'Anse Diathermique consiste à enlever les zones anormales à l'aide d'une fine anse métallique qui coupe les tissus tout en assurant l'hémostase. L'hémostase est complète à l'aide d'une électrode à boule. Ce tissu peut être envoyé en anatomopathologie ce qui permet d'évaluer l'étendue de la lésion.

Principe : exérèse électro-chirurgicale d'une partie du col (épargnant un maximum le col).

Méthode : consiste à retirer les zones anormales du col de l'utérus à l'aide d'une fine anse métallique reliée à un générateur électro-chirurgical, afin d'éliminer la lésion et la zone de remaniement dans sa totalité.

Indications :

- ➔ Lésions de plus 75%
- ➔ Lésions dans l'endocol
- ➔ JPC non visible

Contre-indications :

- ➔ Cancer invasif
- ➔ Grossesse

Réalisation :

- ➔ 15 minutes sans l'anesthésie
- ➔ Anesthésie (locale, locorégionale ou générale)
- ➔ Réalisation à l'aide d'une anse diathermique d'une résection partielle du col de l'utérus
- ➔ Hémostase à la boule électro coagulante

Effets secondaires :

- ➔ Saignements
- ➔ Pertes malodorantes
- ➔ Douleurs abdominales
- ➔ Risque d'accouchement prématuré

Conseil d'usage :

- ➔ Aucune introduction vaginale pendant 1 mois
- ➔ Pas de rapport pendant 1 mois

Principe : exérèse chirurgicale d'une partie du col en forme de cône (d'où le nom de conisation) et biopsie.

Méthode : consiste à retirer les zones anormales du col de l'utérus à l'aide d'un bistouri. La conisation doit dépasser d'au moins 3 mm la périphérie de la zone anormale et être suffisamment profonde.

Indications :

- ➔ Lésions de plus 75%
- ➔ Lésions dans l'endocol
- ➔ JPC non visible

Contre-indications :

- ➔ Cancer invasif
- ➔ Grossesse

Réalisation :

- ➔ 15 minutes sans l'anesthésie
- ➔ Anesthésie (locale, locorégionale ou générale)
- ➔ Réalisation à l'aide d'un bistouri

Effets secondaires :

- ➔ Saignements
- ➔ Pertes malodorantes
- ➔ Douleurs abdominales
- ➔ Infection
- ➔ Risque d'accouchement prématuré

Conseil d'usage :

- ➔ Aucune introduction vaginale pendant 1 mois
- ➔ Pas de rapport pendant 1 mois

d) La conisation à froid

Voici un résumé des caractéristiques clés des différents traitements :

	INDICATION	PROCÉDURE	AVANTAGES	LIMITES
CRYOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion visible • Couvrant moins de 75% • Lésion ne s'étend pas sur une surface plus grande que la sonde • JPC (jonction pavimonto-cylindrique) visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutes de procédure • Sans anesthésie • Positionnement de la sonde au niveau du col • Application du gaz 2 fois pendant 3 minutes avec une pause de 5 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu chère • Rapide (15') • Pas de nécessité d'utiliser l'électricité 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de succès moindre avec les grandes lésions • Pas de confirmation histologique • Approvisionnement peu fiable (nécessite azote liquide ou neige carbonique)
THERMO-COAGULATION	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion visible • Couvrant moins de 75% • Lésion ne s'étend pas sur une surface plus grande que la sonde • JPC visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 minutes de procédure • Sans anesthésie • Positionnement de la sonde au niveau du col • Application de la sonde à 100°C sur la zone pendant 1 minute 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu chère car pas de besoin de consommable (gaz) • Rapide (2') • Équipement simple • Procédure facile • Peu de complications 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de succès moindre avec les grandes lésions • Pas de confirmation histologique
RAD	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions de plus 75% • Lésion dans l'endocol • JPC non visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutes sans compter l'anesthésie • Anesthésie (locale, locorégionale ou générale) • Réalisation à l'aide d'une anse diathermique d'une résection partielle du CU • Hémostase à la boule électro coagulante 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une biopsie possible • Peu d'effets secondaires et de complications 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie • Équipement cher • Nécessité de plateau technique
CONISATION À FROID	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions de plus 75% • Lésion dans l'endocol • JPC non visible 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie (locale, locorégionale ou générale) • Réalisation à l'aide d'un bistouri 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une biopsie possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie • Équipement cher • Nécessité de plateau technique

II. THERMOCOAGULATION

La thermocoagulation est contre-indiquée pendant la grossesse. Les femmes enceintes devront donc être revues à 3 mois de leur accouchement, pour une nouvelle évaluation et un traitement s'il est toujours indiqué.

a) généralités

Efficacité :

- ➔ Comparable à la cryothérapie, conisation à froid ou RAD
- ➔ Peu de recul sur l'évaluation

Taux de guérison :

- ➔ 96% CIN 1
- ➔ 95% CIN 2 et 3

Avantages :

- ➔ Peu coûteuse car ne nécessitant pas de consommables (gaz)
- ➔ Effets similaires à la cryothérapie sonde 100°
- ➔ Équipement simple d'utilisation
- ➔ Pas de besoin en anesthésie
- ➔ Procédure facile
- ➔ Peu de complications

Inconvénients :

- ➔ Taux de succès moindre avec les grandes lésions
- ➔ Pas de confirmation histologique

Indications :

- ➔ Test de dépistage positif
- ➔ Lésions ne dépassant pas de plus de 2 mm les limites de la sonde
- ➔ Lésions entièrement visibles sans extension dans l'endocol et vers la paroi vaginale

Critères d'exclusion :

- ➔ Suspicion d'une dysplasie glandulaire ou d'un carcinome invasif
- ➔ Lésions dépassant de plus de 2 mm les bords de

- la sonde
- ➔ Grossesse
- ➔ Menstruations

b) Counseling

Toutes les patientes ont le droit de décider librement d'accepter ou de refuser le traitement. S'il est refusé, proposer que la patiente refasse un dépistage dans un an (revoir chapitre Counseling).

- ➔ Expliquer en détail : la procédure, les risques et les bienfaits ;
- ➔ Encourager la patiente à poser des questions ;
- ➔ Demander à la patiente de confirmer qu'elle a consenti au traitement ;
- ➔ Effets secondaires attendus :
 - Crampes
 - Écoulements vaginaux (abondant, aqueux)
 - Saignements légers

c) Equipement et matériel

- ➔ Table d'examen
- ➔ Source de lumière adéquate
- ➔ Spécule bivalve (Cusco ou Graves)
- ➔ Plateau ou récipient d'instrument
- ➔ Appareil de thermocoagulation
- ➔ Ecouillons en coton
- ➔ Gants d'examen nouveaux ou gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau
- ➔ Une nouvelle spatule en bois et/ou un préservatif
- ➔ Une solution de chlore de 0,5% pour décontaminer les instruments
- ➔ Une fiche ou formulaire pour noter les constatations.

d) Procédure

- ➔ Avertir la patiente que le spéculum sera inséré et lui dire qu'elle pourrait éprouver une certaine pression ;
- ➔ Insérer doucement le spéculum complètement ou jusqu'à ce que l'on sente une résistance et ouvrir



Médecins du Monde (2019), Photo prise par les équipes, Documentations internes

- lentement les lames pour voir le col ;
- ➔ Lorsque le col est entièrement visible, fixer les lames du spéculum en position ouverte pour que le spéculum reste en place et tienne le col visible ;
- ➔ Ajuster la source de lumière pour pouvoir voir clairement l'intégralité du col ;
- ➔ Utiliser un écouvillon en coton pour enlever un quelconque écoulement, sang ou mucosité du col :
 - Identifier l'orifice cervical, la JSC, ainsi que le site et la taille de la lésion
 - Si nécessaire, appliquer de l'acide acétique pour rendre la lésion visible ;
- ➔ Tenir le « thermofusil » sur un plan perpendiculaire au col ;
- ➔ Appuyer sur la gâchette pendant une minute ;
- ➔ Ne pas oublier d'appliquer une pression sur le col ;
- ➔ A la fin de la procédure, inspecter le col soigneusement pour s'assurer qu'une boule blanche est présente.

e) Complications et conseils d'usage

Complications :

- ➔ Douleurs abdominales (2 à 4 semaines)
- ➔ Pertes nauséabondes (2 à 4 semaines)
- ➔ Saignements
- ➔ Infections

Conseils d'usage :

- ➔ Comment se soigner à domicile (paracétamol)
- ➔ Pas de douche vaginale
- ➔ Pas d'utilisation de tampons
- ➔ Pas de rapports sexuels pendant 1 mois
- ➔ Rapports protégés par préservatifs pendant 6 semaines
- ➔ Consulter en cas de fièvre de 48h, de saignements abondants ou de douleurs abdominales sévères.

III. RÉSECTION À L'ANSE DIATHERMIQUE

La RAD - résection à l'anse diathermique chirurgicale, ou *Loop - Electro Excision Procedure* (LEEP) consiste à retirer la partie du col utérin contenant la zone de jonction entre l'épithélium glandulaire et l'épithélium malpighien à l'aide d'une fine anse métallique reliée à un générateur électro-chirurgical. Cette exérèse doit éviter l'évolution des lésions dysplasiques vers le cancer du col.

Elle est à destination des patientes ayant une indication théorique à un traitement destructeur, mais chez qui la lésion s'étend à plus de 75% du col ou dans l'endocol, ou lorsque la jonction pavimento-cylindrique n'est pas visible dans son ensemble.

La RAD n'est pas recommandée en cas de suspicion de cancer invasif. Elle est également contre-indiquée pendant la grossesse. Les femmes enceintes devront donc être revues à 3 mois de leur accouchement, pour une nouvelle évaluation et un traitement s'il est toujours indiqué.

a) Généralités

Taux de guérison : selon la taille de la lésion, entre 80 et 96%

Avantages :

- ➔ Réalisation d'une biopsie possible
- ➔ Peu d'effets secondaires et de complications

Inconvénients :

- ➔ Nécessite une anesthésie locale (bloc paracervical)
- ➔ Equipement coûteux
- ➔ Nécessité de plateau technique

b) Equipement matériel

- ➔ Unité d'électrochirurgie de la RAD et source d'énergie
- ➔ Evacuateur de fumée et filtre
- ➔ Grand chariot
- ➔ Table d'examen
- ➔ Halogène
- ➔ Spéculum recouvert de matériel non-conducteur recouvert d'un préservatif
- ➔ Pincettes longues
- ➔ Porte aiguille / long ciseaux chirurgicaux (en cas de saignement)
- ➔ Electrode à anse et à boule
- ➔ Bistouri électrique
- ➔ Electrode neutre
- ➔ Tuyau d'aspiration
- ➔ Anesthésie locale (seringue, aiguilles)
- ➔ Gants stériles
- ➔ Écouvillons / coton
- ➔ Acide acétique 3 à 5%
- ➔ Solution de Monsel (hémostase)
- ➔ Compresse tamponnade
- ➔ Fils de suture 0 polysorb
- ➔ Formol (si examen anatomopathologie)

c) Procédure

La RAD se fait en cautérisant le col à l'aide d'une électrode :

- ➔ Un courant électrique alternatif à basse tension, haute fréquence est appliquée sur une électrode d'anse en fil de fer mince
- ➔ On passe l'électrode lentement à travers le col
- ➔ La cautérisation de la zone lésée se fait avec une électrode avec l'embout en forme de bille

d) Complications

- ➔ Saignements
- ➔ Pertes malodorantes
- ➔ Douleurs abdominales
- ➔ Risque d'accouchement prématuré

IV. SUIVI

Lorsque les traitements du cancer du col de l'utérus ont atteint leurs objectifs, une surveillance est mise en place pour assurer la continuité de prise en charge. Adaptée à la situation, cette surveillance permet notamment de traiter les effets indésirables des traitements et ainsi favoriser le retour à une bonne qualité de vie. Elle a aussi pour but de détecter de façon précoce une éventuelle récurrence.

Concernant les patientes traitées par thermocoagulation

Une visite de contrôle doit être prévue dans les 4 à 6 semaines après le traitement. Cette visite comportera :

- ➔ Un examen gynécologique pour vérifier la cicatrisation du col ;
- ➔ Des conseils insistant sur l'importance du suivi régulier seront délivrés, notamment afin de réexpliquer l'importance du suivi gynécologique. Le suivi gynécologique a pour objet de :
 - Garantir une contraception personnalisée
 - Prévenir et dépister les IST
 - Dépister les cancers féminins (du sein et cancer du col de l'utérus).

Les visites de contrôle devront être réalisées à 1 an du traitement, cette consultation comportera :

- ➔ Un test de dépistage IVA

Si la lésion évolue ou persiste il faudra répéter le traitement, maximum une fois ; à la suite de cela le rendez-vous de contrôle doit être réalisé dans un niveau supérieur.

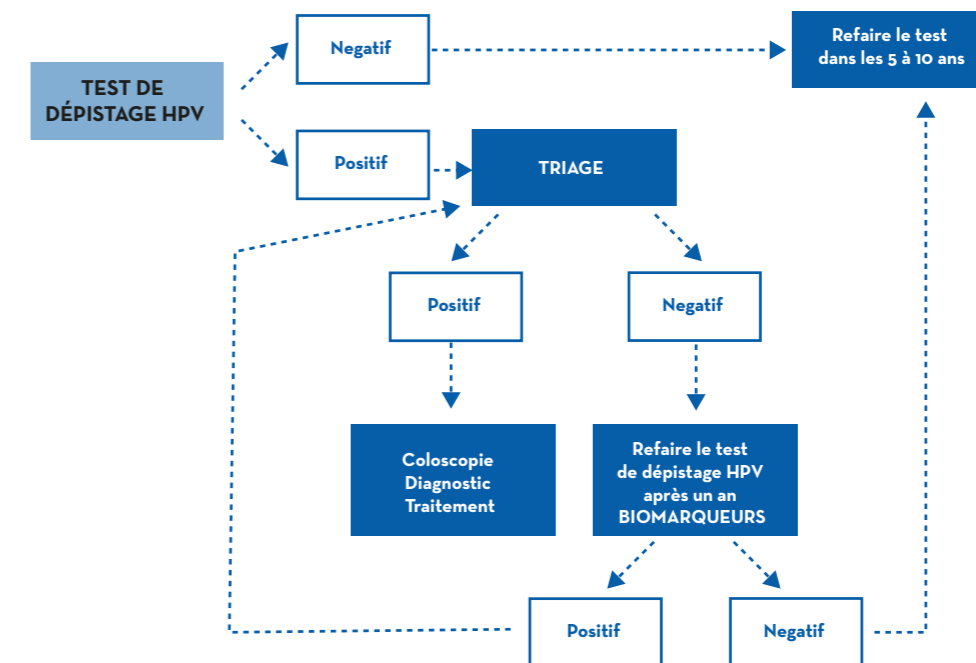
Concernant les patientes dépistées négativement

Les patientes dépistées négativement doivent renouveler leur dépistage après 5 à 10 ans en cas de test HPV négatif.

Les patientes dépistées IVA négatif suite à un HPV positif devront refaire un test HPV à 1 an.

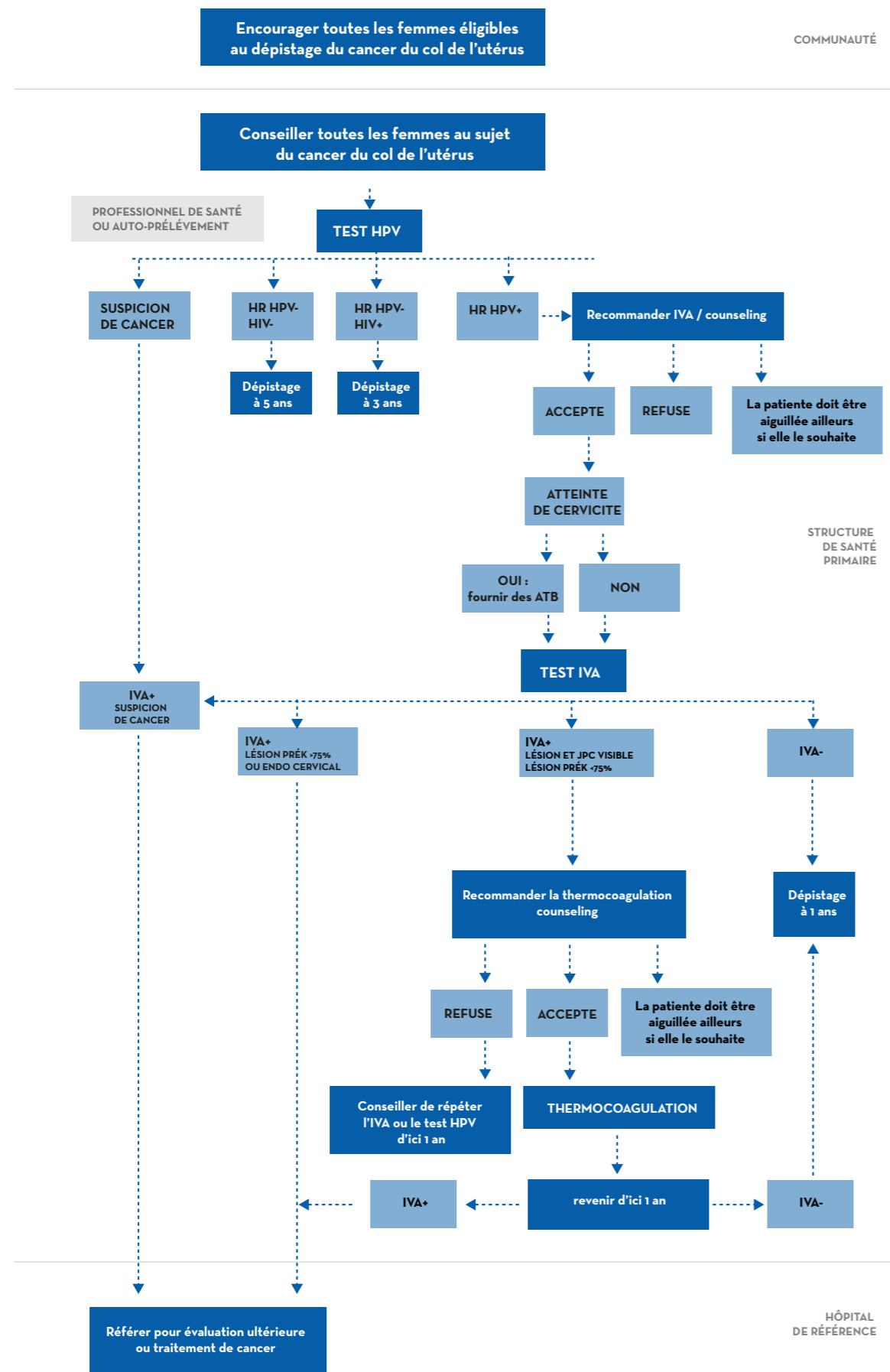
Bien évidemment, ces recommandations sont à adapter en fonction des capacités financières du projet.

FIGURE 19 : ALGORITHME POUR LE SUIVI DES DÉPISTAGES*



* WHO - guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention (2021)

FIGURE 20 : ALGORITHME POUR LE SUIVI DES DÉPISTAGES (VERSION DÉTAILLÉE)*



* Médecins du Monde (2019), Schéma présentant les procédures relatives au prélèvement, CCU

MESSAGES CLÉS

- ➔ 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 existe plusieurs types de traitements recommandés selon le contexte et les moyens disponibles et selon l'étendue des lésions : Cryothérapie / Thermocoagulation en première intention et résection à l'anse diatermique (RAD) pour les lésions couvrant plus de 75% du col ou lorsque la jonction pavimento-cylindrique n'est pas visible.
- ➔ Ces différents traitements s'effectuent à des niveaux de soins différents selon les recommandations nationales.
- ➔ 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.
- ➔ Importance du suivi des patientes permettant de dépister de façon précoce les récurrences.
- ➔ Tout au long de la vie et en dehors de toute maladie grave, il est important de maintenir un suivi médical.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

**SAVOIR :**

- ➔ Enoncer les différents traitements des lésions cancéreuses et leurs indications.
- ➔ Expliquer les principales modalités pour chacun des traitements.
- ➔ Enoncer les modalités de suivi après traitement des lésions cancéreuses.

**SAVOIR-FAIRE :**

- ➔ Organiser un système de référencement et de contre-référencement vers les structures de prise en charge des lésions cancéreuses.

**SAVOIR-ÊTRE :**

- ➔ Adopter une posture de respect, d'empathie, de non-jugement, et de soutien avec les femmes.
- ➔ Respecter le principe de confidentialité et protéger les données médicales en toutes circonstances.

I. PRÉSENTATION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DU CANCER

Quand une femme consulte les services de santé en se plaignant de pertes de sang irrégulières, de saignements post-coïtaux ou postménopause, ou encore de pertes vaginales persistantes (en dépit d'un traitement syndromique des IST), il faut faire un examen au spéculum, observer toute anomalie et référer toute patiente en cas de suspicion de cancer du col de l'utérus.

Un cancer du col utérin correspond au développement de cellules anormales dans le col de l'utérus, caractérisées par un pouvoir de prolifération anarchique.

Le col utérin est constitué de trois types de tissus :

- ➔ L'épithélium malpighien exocervical : il recouvre la partie externe du col utérin appelée exocol.
- ➔ L'épithélium glandulaire endocervical : il recouvre la partie interne du col utérin appelée endocol.

Le tissu conjonctif ou tissu de soutien : il est recouvert par les deux épithéliums précédents, qui se rejoignent le long d'une ligne appelée « zone de jonction » ou « zone de transformation ».

Le cancer du col se développe à partir de l'une de ces trois composantes :

- ➔ Carcinome épidermoïde (85 %) : se développe à partir de l'exocol. C'est de loin, le plus fréquent des cancers du col utérin ;
- ➔ Adénocarcinome (15 %) : se développe à partir de l'endocol ;
- ➔ Sarcome : se développe à partir du tissu conjonctif. Ce type de cancer est très rare.

Les cancers dits « in situ » correspondent aux dysplasies du col utérin : seul l'épithélium de surface est atteint. La membrane basale n'est pas franchie et le tissu conjonctif sous-jacent n'est pas envahi.

Un carcinome épidermoïde ou un adénocarcinome sont dits invasifs lorsqu'ils franchissent la membrane basale (membrane qui les sépare du tissu conjonctif) et envahissent le tissu conjonctif sous-jacent.

Facteurs de risque

- ➔ L'activité sexuelle : le jeune âge au premier rapport (< 17 ans) et le nombre de partenaires sexuels sont les éléments essentiels.
- ➔ Le tabagisme : semble actuellement le second facteur.
- ➔ La contraception orale : les œstroprogestatifs prêtent à discussion. Ils semblent faciliter la carcinogénèse.
- ➔ Les déficits immunitaires représentent une facette nouvelle, qu'il s'agisse de transplantées rénales ou de séropositivité à HIV.

a) Symptômes du cancer invasif du col

Il est possible que le cancer du col de l'utérus ne cause aucun signe ni symptôme aux tous premiers stades de la maladie. En effet, le cancer est une maladie insidieuse, qui peut être silencieuse. Les symptômes apparaissent souvent une fois que la tumeur s'est développée dans les tissus et organes voisins. D'autres affections médicales peuvent causer les mêmes symptômes que le cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi il est nécessaire d'orienter les patientes dans un centre de référence afin de réaliser une biopsie permettant un diagnostic. Les signes et symptômes du cancer du col de l'utérus comprennent les symptômes suivants :

PRÉCOCES

- Pertes vaginales, parfois nauséabondes
- Saignement irrégulier (de tout type) pendant la période reproductive
- Traces de sang (microrragie) ou saignement après un rapport sexuel quel que soit l'âge de la femme, même chez les jeunes femmes
- Traces de sang (microrragie) ou saignements post-ménopause
- En cas de saignement péri ménopausique anormal, il faut toujours envisager la possibilité d'un cancer du col, surtout si le saignement persiste en dépit d'un traitement approprié.

TARDIFS

- Fréquentes et urgentes envies d'uriner
- Douleurs dorsales (pouvant être fortes)
- Douleurs abdominales basses (pelviennes)
- Perte de poids
- Diminution du volume urinaire (obstruction des uretères ou insuffisance rénale)
- Incontinence urinaire ou fécale par le vagin (présence d'une fistule)
- Œdème des membres inférieurs
- Difficultés à respirer (dyspnée), provoquées par l'anémie ou, plus rarement, par des métastases pulmonaires ou un épanchement pleural.

b) Examen clinique et diagnostic du cancer

Interrogatoire médical

Après avoir interrogé la patiente notamment sur ses antécédents, son suivi gynécologique et les facteurs de risque, le praticien réalise un examen clinique. Cet examen consiste en un examen gynécologique (examen au spéculum, toucher vaginal et rectal) et un examen de l'abdomen et des aires ganglionnaires.

Examen gynécologique

Lors de l'examen au spéculum, l'ouverture des branches du spéculum vont permettre de déplisser les parois vaginales et mettre en évidence une extension à ce niveau.

PHOTOS : ASPECT DU COL DE L'UTERUS AVANT TRAITEMENT



Le toucher vaginal apprécie le volume et la mobilité du col, la souplesse des culs-de-sac vaginaux. Le toucher rectal apprécie la présence d'une infiltration des paramètres. Le toucher combiné permet d'évaluer l'extension latérale le long des ligaments utérosacrés.

Un cancer du col de l'utérus peut être suspecté lorsqu'une anomalie est décelée lors d'un examen de dépistage (examen gynécologique et/ou IVA) ou lorsque des symptômes sont apparus. Dans ce cas, un certain nombre d'examens doivent être réalisés afin d'établir un diagnostic.

Les examens ont plusieurs objectifs :

- ➔ Confirmer le diagnostic de cancer et définir son type histologique ;
- ➔ Déterminer l'étendue de la maladie (son stade) ;
- ➔ Identifier les contre-indications éventuelles à certains traitements.

Cette étape peut parfois sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour faire le choix du traitement le mieux adapté.

Examen de diagnostic

Puisque les femmes positives aux tests de dépistage n'ont pas forcément une lésion précancéreuse avérée, il est normalement souhaitable qu'elles réalisent un test diagnostique capable de confirmer ou infirmer la présence de lésions, et éventuellement en décrire l'étendue.

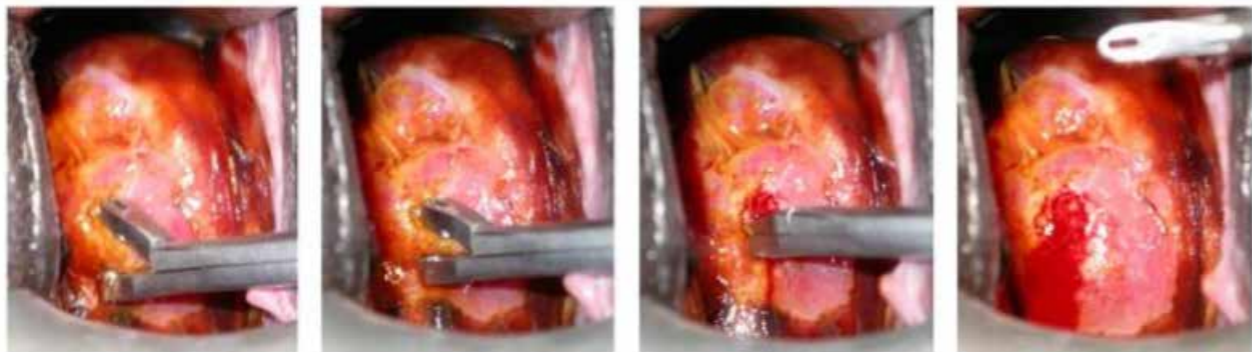
La **colposcopie** est l'examen de la vulve, du vagin et du col de l'utérus avec un instrument doté d'un éclairage puissant et d'un agrandissement. Il peut être associé à des caméras digitales. Le colposcope est un instrument coûteux, et nécessite une formation adaptée. Il est utilisé après le dépistage, afin de guider les biopsies et éventuellement de donner des indications sur le traitement le plus adapté (cryothérapie / RAD).

Les examens diagnostiques le plus souvent réalisés sont :

- ➔ La **biopsie** : il s'agit d'un prélèvement de tissu cervical afin d'obtenir une analyse anatomopathologique décrivant la présence et le niveau de progression de la lésion précancéreuse ou cancéreuse (CIN 1 à 3, tumeur in situ ou tumeur invasive). C'est le « gold standard ». Il peut être réalisé sur des lésions visibles à l'IVA, ou sous le guide d'une colposcopie en absence de ces lésions.
- ➔ Le **curetage endocervical**, si suspicion d'extension des lésions au niveau de l'endocol, ou si la jonction squamo-colonnaire est à l'intérieur de l'endocol.

La biopsie est indispensable pour affirmer le diagnostic et préciser le type histologique. La biopsie consiste à prélever de petits échantillons à l'aide d'une pince à biopsie. Cet échantillon est envoyé en histopathologie pour interprétation. La réalisation d'une biopsie ne nécessite pas nécessairement une anesthésie. Les saignements sont généralement minimes.

PHOTOS : ASPECT DU COL DE L'UTERUS APRES TRAITEMENT



c) Annoncer une suspicion de cancer du col de l'utérus

Plus le diagnostic est posé tôt, moins les traitements sont lourds et meilleures sont les chances de guérison. L'entrée de la patiente dans le parcours de soins, l'écoute et l'information au moment de l'annonce sont des enjeux majeurs.

L'annonce d'une suspicion d'un cancer est un moment difficile pour toute patiente.

Parce qu'une information mieux vécue et comprise facilite l'adhésion de la patiente au parcours de soins qui lui est proposé, l'annonce doit permettre aux patientes de bénéficier d'un temps médical afin d'expliquer les prochaines étapes. Il est important que ces informations soient adaptées, compréhensibles. Il faut également laisser les coordonnées de la structure ou d'associations, afin que la patiente trouve le soutien nécessaire au moment où elle en aura besoin.

Objectifs

- ➔ Fournir une information compréhensible et un counseling afin que chaque femme puisse prendre ses propres décisions.
- ➔ Expliquer les différentes étapes qui vont suivre.

Contenu de la prise en charge

- ➔ Annonce de la suspicion ;
- ➔ Expliquer ce qui va se passer à l'hôpital (confirmer le diagnostic et l'étendue du cancer) :
 - Conduite d'examens complémentaires (prise de sang, biopsie)
 - Dès la confirmation, les spécialistes expliqueront et discuteront des procédures et du traitement
- ➔ Prendre rendez-vous à l'hôpital ;
- ➔ Laisser les coordonnées de la structure ou d'associations, afin que la patiente trouve le soutien nécessaire au moment où elle en aura besoin.

Counseling

- ➔ Discussion avec la patiente (et sa famille si elle le souhaite) ;
- ➔ Capacité d'écoute = outil thérapeutique puissant ;
- ➔ Demander la permission de discuter de la situation avant de parler ;
- ➔ Soyez clairs et simples quand vous annoncez la suspicion d'un cancer du col de l'utérus et précisez que le seul moyen de diagnostic est la réalisation d'une biopsie ;
- ➔ Laissez le temps aux personnes de réaliser ce que vous venez de dire ;
- ➔ Pensez à dire que toutes les femmes peuvent être traitées pour un cancer du col grâce aux traitements ;
- ➔ Il arrive souvent que les patientes ne comprennent pas très bien, aidez-vous d'images ou dessinez des schémas et précisez que vous êtes disponible pour de nouvelles questions ;
- ➔ Évaluez ce que la patiente comprend, comment elle appréhende le diagnostic, quelles sont ses craintes, ses attentes et ce qu'elle connaît des traitements disponibles ;
- ➔ Soyez préparés à expliquer qu'en l'absence de traitement, le cancer progressera et finira par provoquer le décès ;
- ➔ Évaluez le soutien psychologique et proposer des associations pouvant l'accompagner ;
- ➔ Autres aspects à étudier :
 - Examinez avec la patiente si elle a l'intention de faire appel à des guérisseurs traditionnels.
 - Ne pas porter de jugement, conjuguer les efforts pour la meilleure des prises en charge.

MESSAGES CLÉS

- ➔ 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.
- ➔ En absence de traitement, un cancer invasif du col de l'utérus est pratiquement toujours mortel.
- ➔ Le diagnostic de certitude du CCU invasif est fait par un examen histologique de biopsie.
- ➔ Il est essentiel que le personnel de santé au niveau des soins de santé primaires soit capable de reconnaître et orienter rapidement les femmes présentant des symptômes et signes courant de CCU.

II. CLASSIFICATION DU STADE D'ÉVOLUTION DU CCU

Le traitement du cancer du col comprend la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, lesquelles peuvent être utilisées en association, avec ou sans chimiothérapie.

a) La chirurgie

Principe :

Importante opération chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale, qui consiste à retirer le col, l'utérus (avec ou sans les ovaires), le tissu paramétrial, la partie haute du vagin et les ganglions lymphatiques pelviens.

Indication :

Le choix du traitement dépend de la taille et de l'étendue clinique du cancer.

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 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.

La chirurgie palliative : elle 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.

Durée du traitement :

10 à 14 jours d'hospitalisation

Complications :

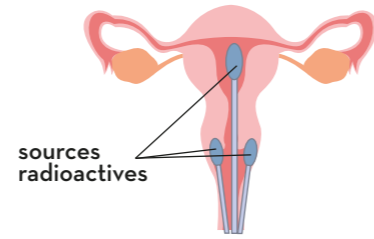
- ➔ Infection
- ➔ Hémorragie
- ➔ Lésions d'organes proches
- ➔ Risque thromboembolique
- ➔ Hystérectomie entraînant une stérilité et le dysfonctionnement de la vessie et / ou des intestins.

b) La radiothérapie

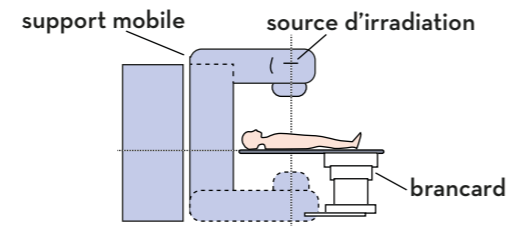
Principe :

Consiste à utiliser les rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses, elle peut être utilisée aussi bien pour les stades précoces que les plus avancés. Le traitement, totalement indolore, ne dure pas longtemps (quelques minutes). Il existe deux types de radiothérapie.

CURIETHÉRAPIE INTRACAVITAIRE



CURIETHÉRAPIE PAR IRRADIATION EXTERNE



- ➔ **Radiothérapie intracavitaire**, principale forme de radiothérapie du cancer du col de l'utérus, en introduisant un applicateur de substance radioactive dans le vagin ou l'utérus.
- ➔ **Radiothérapie par irradiation externe**, on utilise un appareil de traitement placé près du corps, qui dirige des rayons X d'une grande intensité sur la tumeur.

Durée du traitement :

Le nombre d'irradiations ainsi que le nombre de jours de traitement varient selon plusieurs facteurs : stade du cancer, état général, autres traitements complémentaires. Le traitement est réparti afin de protéger les tissus normaux.

Les effets secondaires :

Les effets secondaires les plus fréquents sont :

- ➔ Les modifications de la peau
- ➔ La fatigue
- ➔ La perte d'appétit

Les complications :

- ➔ Ménopause
- ➔ Stérilité
- ➔ Douleur lors des rapports sexuels

c) La chimiothérapie

Lorsqu'une chimiothérapie est utilisée pour traiter un cancer du col de l'utérus, elle est très souvent associée à une radiothérapie. Cette association constitue notamment le traitement de référence des tumeurs dont la taille est supérieure à 4 centimètres ou qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus dans le pelvis.

Principe :

La chimiothérapie repose sur l'administration de médicaments anticancéreux. Elle est aussi appelée traitement médical. C'est un traitement général qui agit

dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic. Les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

Recommandations :

Une chimiothérapie n'est pas proposée de façon systématique. Son utilité et son efficacité dépendent du stade du cancer, autrement dit de son étendue. Une chimiothérapie peut être proposée pour traiter les cancers présentant des métastases à distance (au-delà de la cavité du pelvis). La chimiothérapie est alors utilisée seule ou associée à une radiothérapie, le plus souvent externe. Elle permet de ralentir, voire d'arrêter, la progression de la maladie.

Durée du traitement :

La durée totale du traitement est variable. Il se

déroule soit de façon continue, tous les jours pendant une période donnée, soit de façon fractionnée, par cycles qui alternent une cure et une période de repos.

Les effets secondaires :

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont variables selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes (chacun réagit différemment aux traitements).

Certains effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques.

- ➔ Chutes de cheveux
- ➔ Nausée et vomissement
- ➔ Diarrhée
- ➔ Douleur musculaire et articulaire
- ➔ Fatigue
- ➔ Lésions de la bouche

Ci-dessous le tableau récapitulatif :

	CHIRURGIE RADICALE	RADIOTHÉRAPIE EXTERNE	RADIOTHÉRAPIE INTRACAVITAIRE	CHIMIOTHÉRAPIE
DESCRIPTION	Importante opération chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale, qui consiste à retirer le col, l'utérus (avec ou sans les ovaires), le tissu paramétrial, la partie haute du vagin et les ganglions lymphatiques pelviens.	Consiste à diriger un faisceau d'irradiation sur la tumeur à partir d'une source externe, c'est à dire un appareil de téléthérapie.	Consiste à délivrer une irradiation en utilisant des sources radioactives dans des implants spéciaux, placés dans le canal cervical et les culs-de-sac vaginaux.	Le Cisplatine ou le Carboplatine en perfusion intraveineuse (IV) sont les agents de chimiothérapie les plus employés.
INDICATIONS	Stades précoces (Stade I et certains cas de stade IIA).	Tous les stades y compris celui des soins palliatifs.	Tous les stades, y compris celui des soins palliatifs.	Stades avancés (en combinaison avec la radiothérapie). Soins palliatifs. Récurrence de la maladie.
DURÉE DU TRAITEMENT	Entre 10 et 14 jours.	Le traitement quotidien dure environ 10-15 minutes. Il faut environ 20-25 traitements répartis sur 4-5 semaines (5-6 traitements hebdomadaires).	La curiethérapie à faible débit de dose nécessite une seule hospitalisation de 2-3 jours.	La chimiothérapie peut être administrée en ambulatoire / consultation externe, sous forme de cures hebdomadaires pendant 5 semaines.
EFFETS SECONDAIRES	Stérilité	Les modifications de la peau La fatigue La perte d'appétit.	Les modifications de la peau La fatigue La perte d'appétit Douleur.	Chutes de cheveux Nausée et vomissement Diarrhée Douleur musculaire et articulaire Fatigue.
COMPLICATIONS	Infection Hémorragie Lésions d'organes proches Risque thromboembolique L'hystérectomie entraîne une stérilité et dysfonctionnement de la vessie et / ou des intestins.	Ménopause Stérilité Douleur lors des rapports	Ménopause Stérilité Douleur lors des rapports.	
NIVEAU	Le traitement du cancer est centralisé et dispensé dans les établissements de soins tertiaires.			

La prise en charge efficace des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus passe par une approche pluridisciplinaire (gynécologue, oncologue, radiothérapeute, etc.). Il est recommandé aux femmes traitées un suivi de 2 à 5 ans pour vérifier si le traitement a bien fonctionné et détecter les récurrences.

d) Facteurs de pronostic

La survie varie selon le stade du cancer du col de l'utérus. En général, plus on diagnostique et on traite le cancer du col de l'utérus à un stade précoce, meilleur est le pronostic.

On ne dispose pas de statistiques spécifiques sur les différents stades du cancer du col de l'utérus. Les renseignements suivants sont tirés de diverses sources et peuvent comprendre des statistiques provenant de différents pays.

STADE	SURVIE OBSERVÉE APRÈS 5 ANS
IA	93 %
IB	80 %
IIA	63 %
IIB	58 %
IIIA	35 %
IIIB	32 %
IVA	16 %
IVB	15 %

Le pronostic repose sur de nombreux facteurs dont ceux-ci :

- ➔ Les antécédents de santé
- ➔ Le type de cancer
- ➔ Le stade du cancer
- ➔ Certaines caractéristiques du cancer
- ➔ Les traitements choisis
- ➔ Comment le cancer réagit au traitement.

e) Diagnostic différentiel

La tumeur non cancéreuse, ou bénigne, du col de l'utérus est une masse qui ne se propage pas à d'autres parties du corps (pas de métastases). La tumeur non cancéreuse ne met habituellement pas la vie en danger.

Les tumeurs non cancéreuses qui suivent peuvent apparaître dans le col de l'utérus.

Polype cervical

Le polype cervical est la tumeur non cancéreuse la plus fréquente du col de l'utérus. La plupart des polypes sont bénins, mais certains peuvent devenir cancéreux, ou malins.

Le polype cervical apparaît le plus souvent chez la femme âgée de plus de 20 ans. Il est rare chez les

jeunes femmes qui ne sont pas encore menstruées. C'est une masse rouge semblable à un doigt. Il prend naissance dans le canal endocervical (passage qui relie l'utérus au vagin) et peut avancer dans le vagin. Le polype cervical peut causer ou non des symptômes. Certaines femmes peuvent avoir des saignements vaginaux anormaux ou des pertes vaginales variant du jaune au blanc. Le polype cervical peut être détecté quand le médecin fait un examen pelvien.

On n'a habituellement pas besoin de traiter le polype cervical. S'il est gros ou s'il semble anormal, on peut l'enlever en :

- ➔ Le tordant doucement ;
- ➔ Le fixant fermement à sa base à l'aide d'un fil spécial pour qu'il ne soit plus alimenté en sang ;
- ➔ Utilisant des pinces particulières ;
- ➔ Émettant de la chaleur par courant électrique (électrocautérisation) ou un faisceau laser à la base du polype.

Kyste de Naboth

Le kyste de Naboth apparaît souvent à la surface du col de l'utérus. Les cellules qui tapissent l'endocol produisent du mucus. Il arrive parfois que les cellules malpighiennes qu'on observe normalement dans l'exocol commencent à se développer sur les cellules qui produisent le mucus dans l'endocol. Elles emprisonnent donc le mucus dans le col. Puisque le mucus continue d'être produit et emprisonné, il finit par s'accumuler et former une masse ronde et lisse. C'est un kyste de Naboth.

On détecte habituellement le kyste de Naboth lors d'un examen pelvien habituel. Il ne requiert généralement pas de traitement. Dans certains cas, il peut devenir suffisamment gros pour modifier la forme du canal cervical et rendre les examens pelviens difficiles. À ce moment-là, on peut ouvrir le kyste pour évacuer le mucus (drainage).

Fibrome cervical

Le fibrome cervical, aussi appelé léiomyome, prend naissance dans le tissu musculaire du col de l'utérus. Il ressemble au fibrome utérin, mais il est moins courant. Le fibrome cervical est habituellement petit, mesurant de 0,5 à 1 cm de large. Il peut apparaître chez les femmes de tout âge.

La plupart des femmes atteintes d'un fibrome cervical ne présentent aucun signe ni symptôme. On n'a habituellement pas besoin de le traiter sauf s'il cause des symptômes comme des saignements ou de la douleur. Certaines femmes prennent des médicaments pour contrôler leurs symptômes. D'autres peuvent avoir besoin d'une chirurgie pour enlever le fibrome.

MESSAGES CLÉS

- ➔ Les options de traitement comprennent la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ; ces différentes options peuvent être utilisées en combinaison.
- ➔ En l'absence de traitement, un cancer invasif du col de l'utérus est pratiquement toujours mortel.
- ➔ La prise en charge efficace des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus passe par une approche pluridisciplinaire.
- ➔ Quand le traitement est approprié, le taux de survie à 5 ans excède 80% pour les stades I, 70% pour les stades IIA, environs 50% pour les stades IIB et III et moins de 10% pour les stades IV.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

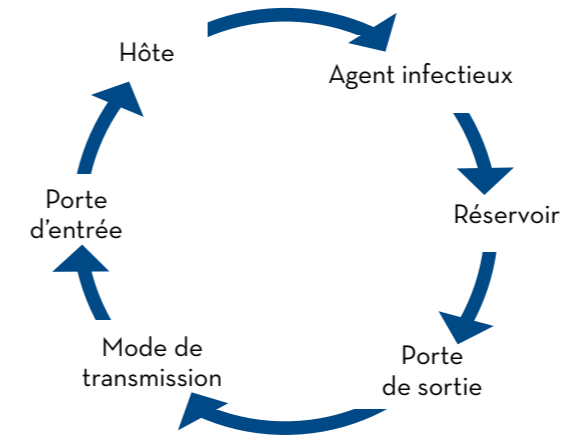
.....

I. GÉNÉRALITÉS ET CYCLE DE TRANSMISSION

Définition

Une infection nosocomiale est une infection localisée ou systémique causée par la présence d'un agent infectieux et qui n'était pas présente à l'admission dans un établissement de soins. Tous les micro-organismes peuvent provoquer des infections. Tous les humains sont sensibles à la plupart des agents infectieux à moins d'être immunisés (vaccin).

Le cycle de la transmission d'une infection



L'agent infectieux : pathogène pouvant provoquer une infection.

Réservoir : milieu où un agent infectieux peut survivre, qu'il s'y multiplie ou non (personnes, animaux, matériel, équipement).

Porte de sortie : la voie par laquelle un agent infectieux quitte le réservoir (voies respiratoires, génito-urinaires, muqueuses, sang etc.).

Mode de transmission : un agent infectieux peut être transmis par une seule voie ou plusieurs : par contact direct (personne par personne) ou indirecte (via un

matériel), aérienne, par un véhicule (nourriture, médicament, par gouttelette (éternuement), par vecteur (insecte).

Porte d'entrée : voie respiratoire, génito-urinaire, gastro-intestinale, muqueuse, parentérale, transplacentaire.

Hôte : une personne n'ayant pas la résistance suffisante à un micro-organisme particulier.

II. PRINCIPES FONDAMENTAUX DES PRECAUTIONS UNIVERSELLES

Les précautions universelles désignent un ensemble de mesures simples afin de prévenir la transmission d'infections lorsque l'on dispense des services. Minimiser le risque de transmission de graves infections (hépatite B, hépatite C et VIH) depuis ou vers :

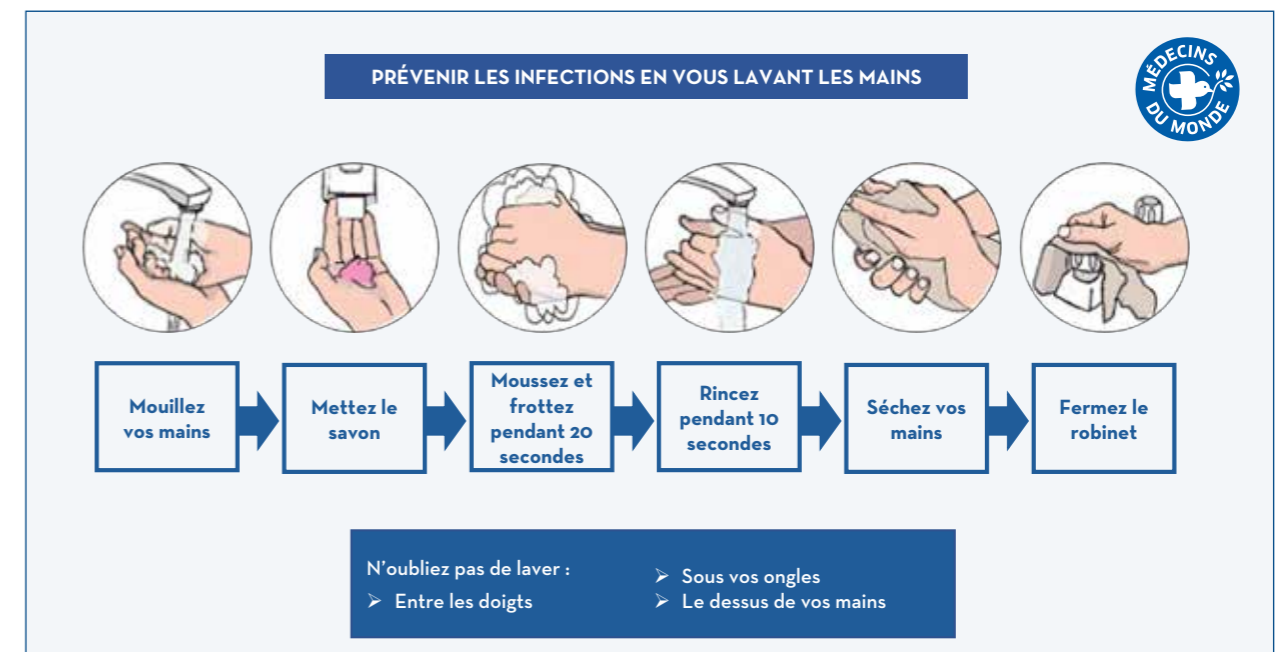
- ➔ Les patientes
- ➔ Les prestataires de soins
- ➔ Autres personnels, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien.

Et ceci est d'autant plus important que de nombreuses infections sont asymptomatiques, ce qui rend essentiel la prévention des infections, quel que soit le statut présumé ou confirmé de la patiente. Ainsi, chaque personne est à risque d'être infectieuse et / ou d'être infectée.

Ces mesures reposent autour de plusieurs éléments :

- ➔ Se laver les mains, technique la plus pratique pour prévenir la contamination croisée ;
- ➔ Utiliser des barrières physiques (masque, tablier, lunettes de protection) ;
- ➔ Utiliser des méthodes de travail sans risque ;
- ➔ Isoler les patientes au cas où l'on ne puisse pas les protéger contre les sécrétions aéroportées ;
- ➔ Maintenance des instruments suivant les pratiques recommandées de prévention des infections.

FIGURE 21 : PRÉVENIR LES INFECTIONS EN VOUS LAVANT LES MAINS



OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Enoncer les différentes précautions universelles à mettre en œuvre pour prévenir les infections lors du dépistage, du traitement et du suivi
- ➔ Expliquer les modalités de stérilisation des différents instruments et des équipements utilisés dans le cadre du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses.

a) Lavage des mains

Se laver les mains est la technique la plus pratique pour prévenir la contamination, en utilisant de l'eau et du savon avant et après tout acte :

- ➔ Examen d'une patiente ;
- ➔ Après avoir retiré les gants (possibilité de trous dans les gants) ;
- ➔ Après avoir touché du sang et autres liquides organiques même s'il l'on porte des gants.

b) Barrières de protection

Gants

Porter des gants avant de toucher une peau lésée, des muqueuses, du sang et tout liquide organique ou des instruments souillés.

Utiliser une paire de gants pour chaque patiente pour éviter la contamination croisée.

Garder les gants lorsqu'on touche des instruments ou matériels souillés ou lorsqu'on jette les déchets contaminés.

Lunettes de protection, tabliers et masques

Dans l'éventualité d'éclaboussures de liquides organiques comme lors d'un accouchement.

c) Manipulation des instruments et du matériel

Matériel à usage unique et surfaces contaminées

- ➔ Jeter dans un sac plastique fermé les articles à usage unique, souillés par du sang ou des liquides corporels ;
- ➔ Placer les instruments coupants ou piquants ou les aiguilles dans les zones sûres ;
- ➔ Utiliser une seule fois chaque aiguille et seringue ;
- ➔ Ne pas recapuchonner, tordre ou casser les aiguilles avant de les jeter ;
- ➔ Jeter des déchets médicaux avec les précautions d'usage, etc. ;
- ➔ Laver les draps et les linges réutilisables avec du détergent, les laisser sécher au soleil et les repasser si possible ;
- ➔ Nettoyer et désinfecter les surfaces de travail, comme les tables d'examen et les sols.

Instruments et gants non jetables après chaque utilisation

- ➔ Tout instrument ayant été en contact avec le vagin et le col de l'utérus (spéculum, pince, gants, etc.) doit être décontaminé, nettoyé, stérilisé ou soumis à une désinfection de haut niveau ;
- ➔ Les sondes thermiques doivent être décontaminées, nettoyées et soumises à une désinfection de haut niveau ;
- ➔ Les tables d'examen doivent être décontaminées après chaque patiente. Les autres instruments (pistolet du thermocoagulateur, lampe électrique) doivent être décontaminés au moins une fois par jour et s'ils sont souillés (souvent avec le pistolet du thermocoagulateur).

III. SUIVI ET ENTRETIEN DU MATÉRIEL

L'entretien des instruments doit suivre 3 étapes :

- ➔ Décontamination
- ➔ Nettoyage
- ➔ Stérilisation ou désinfection de haut niveau.

a) La décontamination

La décontamination est le procédé grâce auquel les instruments et les gants qui ont été utilisés peuvent être manipulés sans risque.

Cette étape inactive le virus de l'hépatite B et le VIH. Le procédé consiste à immerger les instruments et les gants, immédiatement après leur utilisation, dans un grand seau en plastique contenant une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes (pas plus longtemps, car le chlore est corrosif), puis à les rincer à l'eau claire. On peut préparer une solution de chlore, en ajoutant un volume d'eau de javel à 9 volumes d'eau. La solution doit être préparée chaque jour et détruite dès qu'elle est souillée.

On peut remplacer la solution de chlore par de l'éthanol ou de l'isopropanol à 60-90%, quand il s'agit de décontaminer des surfaces.

b) Le nettoyage

Aussitôt après leur décontamination, les instruments doivent passer par une étape de nettoyage, qui consiste à les frotter à l'aide d'une brosse, sous l'eau courante avec du détergent.

Le personnel chargé de cette étape doit porter un masque ou des lunettes de sécurité et des gants de ménage.

Une fois bien nettoyés, les instruments seront rincés avec de l'eau bouillie. Il faut faire particulièrement attention aux instruments dentés, articulés ou à vis.

c) La stérilisation / désinfection de haut niveau

Stérilisation

La stérilisation consiste à détruire tous les micro-organismes. Les instruments qui entrent au contact des parties stériles du corps, c'est-à-dire qui pénètrent dans la peau ou dans l'utérus, doivent passer par cette étape de stérilisation.

Pour stériliser, on peut utiliser l'un ou l'autre des procédés suivants :

- ➔ **Stérilisation à la vapeur dans un autoclave** : 20 minutes pour les instruments non enveloppés, 30 minutes pour ceux qui sont enveloppés. C'est la méthode de choix.
- ➔ **Stérilisation chimique** : faire tremper les instruments 8 à 10 heures dans une solution de glutaraldéhyde à 2-4% ou 24 heures dans une solution de formaldéhyde à 8%, avant de les rincer soigneusement à l'eau stérile.

Désinfection de haut niveau

La DHN détruit tous les micro-organismes, à l'exception des spores bactériennes. On l'emploie quand on ne dispose pas d'équipement de stérilisation ou pour les instruments trop fragiles pour être stérilisés. On utilisera l'un ou l'autre des procédés suivants :

- ➔ Faire bouillir les instruments au moins 20 minutes dans de l'eau potable. L'eau doit être changée quotidiennement. Vérifier qu'elle recouvre bien les instruments et démarrer le minuteur, une fois seulement que l'ébullition a commencé. Ne rien ajouter dans le récipient après avoir démarré le minuteur.
- ➔ Faire tremper les instruments 20 minutes dans une solution de chlore à 0,1% ou de glutaraldéhyde à 2%. On peut également les faire tremper 30 minutes dans une solution d'eau oxygénée à 6%.

Bien rincer les instruments à l'eau bouillie, les laisser sécher à l'air libre et les envelopper dans un linge stérile. Les produits chimiques utilisés sont corrosifs et peuvent réduire la durée d'utilisation des instruments régulièrement désinfectés de cette façon.

IV. TRAITEMENT DES DÉCHETS MÉDICAUX

La mauvaise gestion des déchets d'activités de soins peut être à l'origine de maladies graves pour le personnel de santé, le personnel chargé de l'élimination des déchets, les patient.es et la population générale. Il faut donc prévenir la transmission de l'infection au personnel clinique qui est en contact avec les déchets.

Composition des déchets médicaux

- ➔ 80% des déchets des centres de santé sont non contaminés (papier, boîtes, récipients en plastique) ;
- ➔ 20% seulement sont contaminés (sang, liquide organique, vaccins périmés, conserve, mercure de thermomètre), dont une partie de déchets médicaux dit dangereux. Leur élimination nécessite des mesures techniques et organisationnelles particulières.

Il est important de les trier sur le lieu d'utilisation en lien avec vos protocoles de la gestion des déchets.

DÉCHETS MÉDICAUX	NON DANGEREUX	DANGEREUX	PHARMACEUTIQUES	DÉCHETS TOXIQUES
EXEMPLES	Compresse, seringue, gants, tubulure.	Aiguille, tube, lame de bistouri, flacon en verre, etc.	Médicaments ou vaccins périmés, bouteille et flacon avec résidus de médicaments.	Chimique : solvant, détergent, désinfectant, huile de moteur Cytotoxique (chimiothérapie) Contenant du mercure (thermomètre lampe fluorescente) Liquide de radiologie.
RISQUES	Infectieux	Blessure Infectieux AES (HIV, hépatite B, C).	Toxique Propagation de pathogènes résistants aux antibiotiques.	Propriétés cancérigènes, tératogènes Toxique pour l'environnement
MESURES DE PROTECTION	Gants, lavage des mains Collecte des déchets protocolisés	Gants, lavage des mains, conteneurs pour déchets médicaux à risques infectieux (Dasri) à disposition Eviter les mauvaises habitudes (recapuchonner les aiguilles).		Ne jamais mélanger des produits toxiques. Les déchets doivent être déposés dans des récipients hermétiques et étanches.

MESSAGES CLÉS

- ➔ Les maladies infectieuses continuent à être parmi les causes principales de décès au niveau mondial.
- ➔ Les professionnel.le.s de santé et leur patient.es sont à risque de contracter ces maladies.
- ➔ La propagation d'infections au sein des structures sanitaires résulte en grande partie du manquement des professionnel.le.s au lavage des mains et du non-respect des précautions universelles.
- ➔ La mauvaise gestion des déchets d'activités de soins peut être à l'origine de maladies graves pour le personnel de santé, le personnel chargé de l'élimination des déchets, les patient.es et la population générale.
- ➔ La prévention des infections est la responsabilité de TOUTES ET TOUS.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

I. SOINS PALLIATIFS : DÉFINITION, ÉLÉMENTS CLÉS

a) Définition

L'OMS décrit les soins palliatifs comme un moyen d'améliorer la qualité de vie des patient.es et des familles qui sont confrontées aux problèmes associés à la survenue de maladies. Il ne s'agit pas seulement de soins de fin de vie mais également d'interventions tout au long de l'évolution de la maladie afin de prendre en charge l'ensemble des symptômes pénibles, notamment la douleur et tenir compte des besoins émotionnels et spirituels des patient.es et de leurs proches. Les soins palliatifs peuvent être assurés par des membres de la communauté, le personnel soignant, à la fois au domicile de la personne et dans les structures de soins.

On estime que, chaque année, 40 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs et que 78% d'entre elles vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

À l'échelle mondiale, les besoins en soins palliatifs continueront d'augmenter, à cause du fardeau croissant des maladies non transmissibles et du vieillissement des populations.

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.

b) éléments clés

Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patient.es et de leurs proches confrontés aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. Les soins palliatifs sont caractérisés par les éléments suivants :

- ➔ Fournissent un traitement contre la douleur et autres symptômes pénibles ;
- ➔ Affirment le principe de vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- ➔ Ne facilitent ni ne retardent la mort ;
- ➔ Intègrent les dimensions cliniques, psychologiques, spirituelles ;
- ➔ Permettent aux patient.es et à leurs proches de garder autant de contrôle et de décision que possible ;
- ➔ Constituent un système de soutien aux familles dans l'accompagnement de fin de vie de la personne ;
- ➔ Améliorent la qualité de vie et peuvent influencer de façon favorable le cours de la maladie
- ➔ Doivent être dispensés à l'annonce du stade avancé de la maladie.

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 de services à l'échelle nationale afin d'augmenter l'accès aux soins palliatifs pour toutes les patient.es.

II. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

« Le droit de ne pas souffrir fait partie des droits humains »

Les douleurs ont un **impact très important sur la qualité de vie et le bien-être psychologique** des patient.es qui voient ainsi leur souffrance augmentée par une sorte de cercle vicieux douleur-crainte-souffrance. Pour ces raisons, **le traitement des douleurs du cancer du col de l'utérus doit être une partie intégrante et importante de la prise en charge.** La douleur étant **une sensation subjective**, son intensité peut être ressentie différemment par les personnes. C'est pourquoi **pour soulager** les patient.es, il faut toujours commencer **par l'évaluer** aussi précisément que possible et pour pouvoir l'évaluer il faut **comprendre l'aspect complexe de la douleur.**

a) Qu'est-ce que la douleur ?

Définition

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur est définie comme **«une sensation et une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes».**

Description de la douleur

- ➔ **La douleur aiguë** est liée à une atteinte brutale des tissus ou organes.
- ➔ **La douleur chronique** est évoquée lorsqu'elle dure plus de 3 mois de façon persistante ou récurrente. On peut parler également de **« douleur maladie »** car les capacités fonctionnelles, relationnelles et les activités quotidiennes de la personne sont atteintes du fait de la douleur.

Typologie de la douleur

- ➔ **La douleur nociceptive**, provoquée par des lésions d'une partie du corps (brûlures, fractures, inflammation, etc.). Cette douleur fait partie des systèmes d'alerte de notre organisme pour nous signaler que « quelque chose ne va pas bien ».
- ➔ **La douleur neuropathique** est provoquée par une atteinte des nerfs sensitifs lésés par un écrasement ou déchirure après un traumatisme ou par une compression par une tumeur cancéreuse. Les douleurs neuropathiques sont par définition chroniques et ressenties comme des décharges électriques, des coups de poignard ou de brûlure sur des parties du corps correspondant au nerf (ou nerfs) lésé(s). Ces douleurs peuvent persister même après la résolution de la lésion initiale, comme c'est **le cas des douleurs persistantes après la rémission d'un cancer.**

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU MODULE

SAVOIR :

- ➔ Connaître le cadre éthique de l'accompagnement de la fin de vie et des soins palliatifs.
- ➔ Connaître les symptômes et les problèmes cliniques courants chez les patient.es en fin de vie.

SAVOIR-FAIRE :

- ➔ Evaluer la douleur selon les méthodes recommandées et expliquer les différentes modalités de prise en charge de la douleur, les indications et modalités d'administration des différents antalgiques.
- ➔ Expliquer les activités à mettre en place en partenariat avec des partenaires locaux de la société civile pour l'accompagnement à base communautaire.
- ➔ Énoncer les principes de base des soins à domicile et dans la communauté.

SAVOIR-ÊTRE :

- ➔ Adopter une posture de respect, d'empathie, de non-jugement, et de soutien avec les femmes.
- ➔ Discuter les représentations liées à la maladie, la fin de vie et la mort.

- ➔ La douleur sans cause identifiée ou douleur dysfonctionnelle est probablement liée à une altération de la fonction des systèmes de contrôle de la douleur.

Douleur du cancer du col de l'utérus.

La majorité des personnes atteintes d'un cancer avancé du col de l'utérus vont présenter des douleurs au cours de la maladie. Ces douleurs sont d'origine, d'intensité et de durée variables, car il s'agit de douleurs complexes, avec des composantes nociceptives et neuropathiques.

Les douleurs peuvent être liées au cancer lui-même (par compression d'une masse tumorale, par infiltration de cellules malignes ou métastases...) mais aussi aux traitements du cancer.

En effet, beaucoup de médicaments anticancéreux, notamment la chimiothérapie, ont un effet neurotoxique, tout comme la radiothérapie. Ces traitements peuvent donc provoquer des douleurs mixtes (nociceptives au moment du traitement, neuropathiques plus tard).

Exemple de douleurs liés au cancer du col de l'utérus.

Douleurs pelviennes, douleurs dorsales de forte intensité, douleurs lors des rapports (liées à un raccourcissement du vagin après chirurgie ou à un durcissement des tissus lié aux séances radioactives, etc.).

b) Evaluation de la douleur

Par sa dimension personnelle et subjective la douleur n'est pas mesurable mais évaluable. Parce que chaque fois la douleur nécessite un traitement personnalisé, évaluer la douleur demande du temps.

L'évaluation passe par le recueil des informations par la patiente, et par la graduation de la douleur. L'évaluation de la douleur doit être réalisée **dans le non-jugement** , la réalité douloureuse est celle ressentie par la patiente.

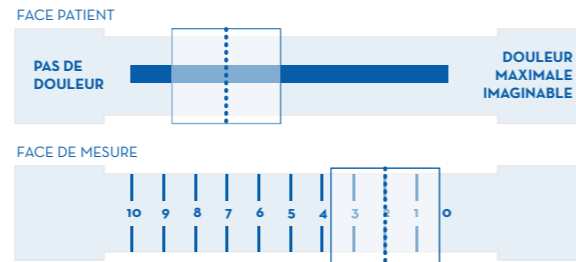
L'interrogatoire médical

- ➔ Où a-t-elle mal ? (Localisation, description de la douleur) (utiliser les diagrammes corporels) ;
- ➔ Qu'est-ce qui soulage cette douleur ou la fait empirer ? Comment évolue la douleur avec le temps ?
- ➔ Depuis combien de temps la douleur est-elle présente ?
- ➔ Qu'est-ce qu'elle prend pour calmer la douleur ?
- ➔ La douleur est-elle forte ?
- ➔ Y a-t-il un problème psychologique ou spirituel qui vient s'ajouter aux maux physiques de la maladie ? Est-elle inquiète, effrayée, dépressive ou triste ?
- ➔ La douleur limite-t-elle son activité physique normale (rester assise, se lever, marcher, courir ou interagir avec les autres).

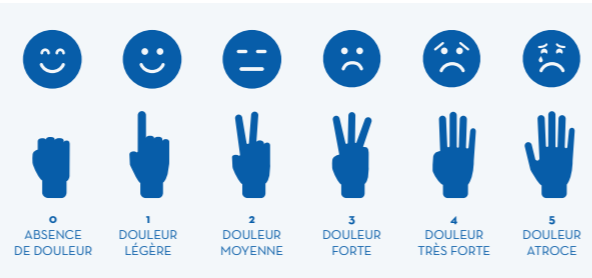
Graduer l'intensité la douleur

La graduation de la douleur doit être réalisée idéalement lorsque la patiente ne souffre pas afin que la douleur n'affecte pas sa concentration. En ce sens, il peut être intéressant de démarrer au préalable la prise en charge médicamenteuse.

- ➔ Quand la patiente est communicante et coopérante il est logique d'utiliser des outils d'auto-évaluation comme une échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique):



Afin de mieux cerner l'intensité de la douleur ressentie, il existe **une échelle visuelle analogique de la douleur** (EVA), sorte de réglette graduée de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable) utilisée par les professionnels de santé.



Evaluation de la douleur à l'aide de mimiques du visage ou des mains

Quand la patiente a une absence de réactivité, est peu communicante ou présente un comportement difficile à interpréter, il existe des hétéro-évaluations (douleur estimée par l'agent de santé), nécessitant une formation (échelle doloplus - algoplus).

Dès que le traitement contre la douleur est mis en place, l'équipe soignante procède à une nouvelle évaluation pour vérifier l'efficacité du traitement. Si l'intensité de la douleur est toujours aussi forte après le temps nécessaire à l'action du médicament, cela signifie que le médicament ou son dosage sont insuffisants. **La douleur doit ainsi être réévaluée de manière régulière.**

Les disparités de la douleur observées par le ou la soignant.e versus la douleur exprimée par la patiente peuvent être résolues par une discussion.

c) Prise en charge de la douleur

Éléments clés :

En 2010, l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants a observé que le niveau de consommation

des analgésiques opioïdes était « insuffisant » ou « très insuffisant » dans plus de 121 pays pour satisfaire les besoins médicaux de base. En 2011, 83% de la population mondiale vivait dans des pays où l'accès aux analgésiques opioïdes était insuffisant ou inexistant.

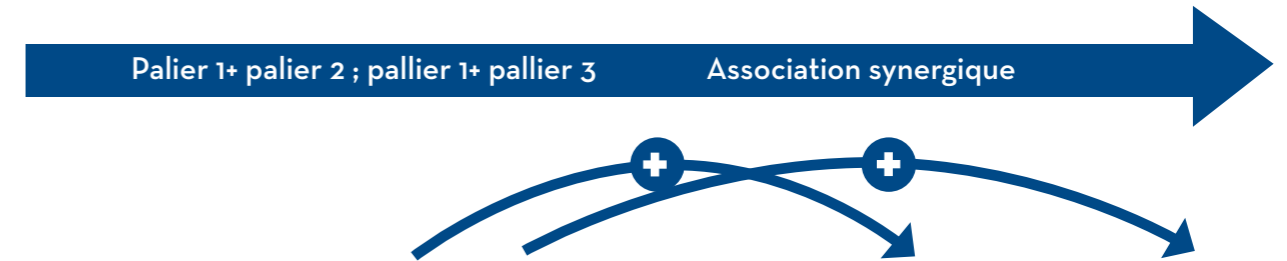
Principes thérapeutiques :

- ➔ Traiter la cause du symptôme si possible
- ➔ Prévenir le symptôme de façon continue (prise à

heure fixe)

- ➔ Calmer le symptôme complètement et en éliminer le souvenir
- ➔ Garder le patient le plus valide possible
- ➔ Garder les facultés intellectuelles (éviter les traitements sédatifs)
- ➔ Privilégier la voie orale ou rectale
- ➔ Prescription personnalisée

LES PALIERS DE L'OMS



	PALIER 1			PALIER 2	PALIER 3
	ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES			OPIOÏDES FAIBLES	OPIOÏDES FORTS
	PARACÉTAMOL	ACIDE ACÉTIQUE SALICYLIQUE	AINS	CODÉINE	MORPHINE
INDICATIONS	Analgésique, antipyrétique.	Analgésique, antipyrétique, anti-inflammatoire à forte dose, anti-agrégant plaquettaire à faible dose.	Analgésique, antipyrétique, anti-inflammatoire à forte dose, anti-agrégant plaquettaire à faible dose.	Antalgique pour les douleurs modérées	Antalgique pour les douleurs fortes.
DOSAGES	500 mg, 2 toutes les 4 à 6 heures	600 mg toutes les 4 heures	400 mg toutes les 6 heures	30 à 60 mg/4h	2.5 mg à 5 mg toutes les 4 heures, multiplier la dose par deux si la douleur persiste.
FORMES	Orale, rectale, IV	Orale	Orale	Orale	Orale ou rectale
COMMENTAIRE	Bonne tolérance, association aux autres antalgiques.		Dose maximale 3000 mg (7 comprimés et demi de 400 mg) par jour.		Pas d'effet plafond, c'est l'intensité de la douleur qui guide l'augmentation.
EFFETS SECONDAIRES	Hépatotoxicité	Troubles digestifs, ulcère gastrique, allergie, asthme, syndrome hémorragique, acouphènes.	Trouble gastro-intestinaux, accidents rénaux et cutanés.		Nausées et vomissements (cèdent en 8 à 10 jours) ; Constipation (prévenir par traitement laxatif avec surveillance du transit) ; Somnolence ; Confusion, sédation, cauchemars, hallucination, dépression respiratoire, prurit et rougeur ; SURDOSAGE : antidote naloxone.
CONTRE-INDICATIONS	Insuffisance hépato-cellulaire, allergie connue.	Ulcère gastro-duodénal, traitement anticoagulant.			

Si les médicaments antalgiques administrés par paliers aident à améliorer les symptômes, ces derniers sont **souvent difficiles à maîtriser à tous les stades de la maladie et doivent donc être réévalués de façon rapprochée.**

Pour soulager la douleur, il faut utiliser l'échelle analgésique de l'OMS (tableau ci-dessus) en lien avec les protocoles nationaux.

Administrations des antalgiques

- ➔ Commencer par des antalgiques palier 1 (type paracétamol, aspirine ou ibuprofène) ;
- ➔ Si la douleur persiste ou augmente, donner un léger opioïde comme la codéine combinée ou non avec un antalgique palier 1. Afin de prévenir la constipation liée aux effets des opioïdes, administrer un laxatif et si besoin un antiémétique ;
- ➔ Si la douleur augmente encore, administrer la morphine avec ou sans opioïdes.

d) Prise en charge des symptômes pénibles

Les femmes atteintes d'un cancer du col avancé peuvent souffrir de **pertes vaginales nauséabondes et sanguinolentes** causées par une prolifération bactérienne. On pourra proposer :

- ➔ Des bains de siège à l'eau tiède et de bien sécher les zones avec de la pommade d'oxyde de zinc ou de la vaseline
- ➔ Absorber les pertes avec des linges propres ou des serviettes hygiéniques
- ➔ Réaliser des douches vaginales avec l'une des solutions suivantes à base d'eau chaude bouillie
 - 1 cuillère à soupe de bicarbonate de soude dans deux tasses d'eau
 - Une demi-tasse de vinaigre dans deux tasses d'eau
 - 5 à 10 comprimés de métronidazole écrasés et dissous dans deux tasses d'eau
- ➔ Mettre dans le vagin pendant 2 heures des linges propres imprégnés de ces solutions deux fois par jour
- ➔ Prescription d'antibiotique à large spectre, à utiliser avec prudence (efficace temporairement et possibilité de provoquer une candidose) ; il sera important que la patiente termine le traitement (risque d'aggraver les symptômes).

Les fistules (communication anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum) chez les femmes atteintes de cancer du col avancé sont liées soit à l'extension du cancer à ces organes soit à la radiothérapie.

Ces fistules ont pour conséquence des pertes nauséabondes et irritantes. Les douches vaginales et la pose de linge dans le vagin doivent être évitées dans ce cas. On pourra proposer :

- ➔ Des bains de siège à l'eau tiède et de bien sécher les zones avec de la pommade d'oxyde de zinc ou de la vaseline ;

- ➔ Absorber les pertes avec des linges propres ou des serviettes hygiéniques ;
- ➔ Prescription d'antibiotique à large spectre, à utiliser avec prudence (efficace temporairement et possibilité de provoquer une candidose) ; il sera important que la patiente termine le traitement (risque d'aggraver les symptômes).

Les saignements vaginaux peuvent être causés par l'insertion de tout élément dans le vagin. Il est déconseillé de réaliser des douches vaginales et la pose de linge dans le vagin. Il est conseillé de remplacer les rapports sexuels par d'autres types de plaisir. Lors de saignements, il conviendra de :

- ➔ Rester alitée et vérifier les saignements en cas de saignement léger ;
- ➔ Se rendre dans un centre de santé en cas de saignement abondant.

Le tableau ci-contre récapitule la prise en charge des symptômes courants des stades avancés de la maladie.

e) Accompagnement

Avoir une meilleure hygiène alimentaire, une activité physique et éviter des comportements à risque comme fumer du tabac et boire excessivement de l'alcool permet de se sentir mieux et de rester en bonne santé.

Améliorer l'hygiène alimentaire

L'aspect alimentation et accompagnement alimentaire pendant la maladie reste encore trop souvent négligé. L'équilibre alimentaire d'une personne atteinte d'un cancer peut se trouver modifié pendant le traitement. Fatigue, perte d'appétit, nausées et vomissements, aversions, modification du goût et de l'odorat... font partie des plaintes les plus fréquentes.

Dans cette situation il est important de retenir quelques éléments clés :

- ➔ Boire 1.5 litre d'eau par jour ;
- ➔ Manger chaque jour un certain nombre de portions de légumes, de fruits et d'aliments complets (pain complet, pâtes complètes, riz complet, ...);
- ➔ Apport en protéine suffisant ;
- ➔ Limiter les graisses, le sel et le sucre.

Ces conseils ne doivent jamais être suivis à contrecœur. Manger « sain » à contrecœur est une perte d'énergie. Cela peut avoir des conséquences néfastes sur l'état nutritionnel et, par conséquent, sur la qualité de vie.

Le maintien d'un bon état nutritionnel est en effet particulièrement important pour lutter contre la maladie et augmenter les chances de réussite du traitement. Le maintien d'un « bon » état nutritionnel est **avant tout lié à un apport suffisant en protéines**

SYMPTÔMES	ORIGINE	PRÉVENTION	SOINS MÉDICAUX	SOINS À DOMICILE
PERTES VAGINALES	Nécrose tumorale Fistule Prolifération bactérienne	Difficile à prévenir Radiothérapie palliative ou ablation chirurgicale de la tumeur	Tampon vaginal imprégné de solution deux fois par jour. ATB ou antifongique	Fréquents bains de siège Serviette hygiénique Douches
FISTULE	La tumeur crée une communication	Difficile à prévenir	Aucun	Fréquents bains de siège Serviettes hygiéniques Douches Pommade de zinc /vaseline
SAIGNEMENTS VAGINAUX	Liés à la tumeur	Radiothérapie palliative	En cas de saignements importants : transfusion	Eviter les efforts et les rapports sexuels Repos
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	Opioides Fortes douleurs Radiothérapie Chimiothérapie Fièvre	Antiémétiques dès le début du traitement	Métoclopramide ou prométhazine	Petites gorgées régulières de boissons (thé à base de cola, gingembre)
DIARRHÉES	Gastroentérite Parasites Radiothérapie	Bonne hygiène alimentaire Lavage des mains Eau potable bouillie	Traiter la cause Lopéramide	Soluté de réhydratation Nourriture à volonté Garder la patiente propre Eviter les problèmes cutanés
CONSTIPATION	Opioides Défaut d'hydratation	Boire Alimentation riche en fibres Laxatifs	Donner des laxatifs en même temps que les opioïdes	Changement d'alimentation
PERTE D'APPÉTIT	Maladie Médicament	Repas légers mais fréquents Aliments frais	Utilisation possible de co-stéroïdes	Utilisation possible de co-stéroïdes
FAIBLESSE FATIGUE	Maladie Post-opératoire Anémie	Soins généraux	Traiter si possible la cause	Soins généraux

et en calories. Le fait que ces calories et protéines proviennent, à ce stade, d'une alimentation moins saine, est d'importance secondaire. Cela passe notamment par la consommation d'aliments qui « font envie », même si, durant cette période, l'envie fait souvent choisir une nourriture peu saine ou peu variée.

Activité physique

De plus en plus d'études démontrent les bénéfices de l'activité physique en prévention tertiaire, notamment pour les patient.es atteint.es de cancers. L'activité physique permet de réduire le stress, la nausée, la constipation et peut permettre d'améliorer l'appétit. Les patient.es atteint.es de cancer voient s'altérer leurs capacités cardio-respiratoires et musculaires. Ce déconditionnement physique peut aboutir à un état d'intolérance à l'exercice, ayant pour conséquences une diminution de l'autonomie, de la qualité de vie, de l'estime de soi, accompagnée d'une augmentation des manifestations physiques et psychologiques de la fatigue.

Si l'état du patient ou de la patiente le permet, il est recommandé de faire de l'exercice physique entre 5 à 10 min par jour pour les personnes ne pratiquant pas d'activités physiques. Pour les personnes pratiquant déjà une activité, il est recommandé de la préserver le plus longtemps possible.

Plus l'activité physique est initiée (ou préservée) tôt dans le parcours de soins, plus ses effets seront bénéfiques sur le.la patient.e.

Bannir les comportements à risque

- ➔ Arrêter de fumer ou réduire sa consommation de cigarettes ;
- ➔ Eviter le tabagisme passif en évitant de rester dans une pièce avec des fumeurs ;
- ➔ Limiter sa consommation d'alcool.

f) Approche non pharmacologiques

La plupart des douleurs peuvent être soulagées efficacement en utilisant une large combinaison d'approches médicales et non médicales. Ces approches culturelles traditionnelles peuvent être utilisées en complément des médecines modernes, **mais ne doivent jamais s'y substituer.**

Soutien psychologique au patient et à son entourage

Les médicaments ne suffisent pas à traiter les douleurs complexes liées au cancer ou à leurs traitements. Il est également nécessaire d'être à l'écoute des patient.es, de tenir compte de leurs difficultés personnelles, familiales, professionnelles. Ainsi, le soutien psychologique peut s'avérer aussi utile que les antalgiques. Chaque traitement doit être fait sur mesure, en fonction des besoins et du profil de la patiente et de son entourage. L'objectif est de maîtriser la douleur ou de la rendre supportable au

quotidien afin qu'elle altère le moins possible la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique est l'explication de la maladie, des traitements et des effets indésirables.

Accompagner le.la patient.e à l'acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation, nécessaires à l'amélioration et au maintien de son état de sa santé, de sa qualité de vie et de celles de ses proches.

Médecine alternative

Un grand nombre de patient.es ont recours à des méthodes complémentaires en parallèle du traitement médical. De tels traitements sont alors pris en complément du traitement classique. Certaines de ces méthodes peuvent contribuer à améliorer le bien-être général et la qualité de vie pendant et après un traitement. Certaines méthodes prétendant se substituer à la médecine classique sont déconseillées.

Ci-dessous quelques méthodes complémentaires :

- ➔ Traditions culturelles / coutumes locales (en complément des antidouleurs mais jamais en substitution) ;
- ➔ Soutien affectif : l'attention et le soutien de la famille sont essentiels ;
- ➔ Techniques physiques (toucher, massage) ;
- ➔ Des distractions (musique, art-thérapie, expression, relaxation, etc.) ;
- ➔ La prière / méditation, selon la pratique de la personne ;
- ➔ Massothérapie.

Les pratiques inoffensives peuvent s'avérer très bénéfiques.

C'est en discutant personnellement avec votre patiente, sans jugement, que pourrez définir au mieux si une méthode complémentaire est adéquate. C'est pourquoi il est important que chaque soignant soit au fait de l'importance des éléments suivants :

- ➔ L'écoute empathique
- ➔ Les différents états émotionnels de la patiente (différentes phases de la patiente ; le choc, pourquoi moi ? etc.)
- ➔ Eviter d'imposer son point de vue
- ➔ Encourager la famille à soutenir la patiente.

III. ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

a) Préparation à la mort

La période de fin de vie est une période très difficile pour toutes et tous. Les proches se sentent très déstabilisés et peuvent être totalement démunis face à leur chagrin. Les proches et la patiente ont parfois le sentiment que tous les efforts entrepris n'ont servi à rien. Même s'ils connaissent la gravité du pronostic, les proches sont souvent surpris et ont le sentiment qu'on ne les avait pas suffisamment prévenus et mal préparés à cette fin de vie.

C'est pourquoi il est important de préparer la mort avec la famille en :

- ➔ Encourageant les membres d'une famille à parler entre eux afin de rendre la mort moins angoissante et faciliter le deuil ;
- ➔ Informant la famille des changements d'humeur de la patiente (par exemple lorsqu'elle exprime de la colère envers sa famille), en expliquant qu'il faut accepter ces crises et ne pas les prendre personnellement ;
- ➔ Discutant avec la patiente en fonction du contexte culturel.

Le prestataire de soin pourra accompagner la patiente en :

- ➔ Soulageant sa douleur ;
- ➔ L'aidant à surmonter ses émotions de culpabilité ou de regret ;
- ➔ L'orientant vers un soutien spirituel ou religieux, ou encore une association ;
- ➔ Pensant à demander à quel endroit et avec quelle personne elle souhaite mourir ;
- ➔ Etant disponible pour discuter ou répondre à des interrogations au moment où elle en a besoin ;
- ➔ Rassurant sur son intention de respecter ses volontés.

b) Décès

Au moment du décès, il est important de respecter les traditions et rites locaux, ainsi que la volonté exprimée par la patiente ou la famille en ce qui concerne sa toilette intime, ses funérailles et sur d'autres aspects.

c) Deuil

La famille a donc le plus grand besoin d'être épaulée dans ces moments douloureux. Les prestataires de soins sont aussi là pour écouter les proches et faire preuve de solidarité et apporter du réconfort. Cet accompagnement permet d'aider la famille à accepter la perte de la patiente. Les prestataires de soins et/ou les agents communautaires qui ont participé à la prise en charge peuvent proposer de discuter et d'évoquer des souvenirs.

MESSAGES CLÉS

- ➔ La prise en charge de la douleur fait partie intégrante de la prise en charge.
- ➔ La plupart des douleurs peuvent être soulagées efficacement en utilisant une large combinaison d'approches médicales et non médicales.
- ➔ 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 structures de santé et au domicile des patientes.
- ➔ L'accompagnement de la fin de vie représente un élément important 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 du CCU et peut aider les personnes qui présentent la maladie à un stade avancé à conserver leur dignité et leur sérénité au cours des moments difficiles de la vie.
- ➔ Les dispositifs de mise en œuvre des soins palliatifs comme l'éducation et la disponibilité de médicaments doivent être renforcés.

PRISE DE NOTES

- ➔ Qu'est-ce que je retiens de la session ?
- ➔ Quels sont les points que je souhaite approfondir ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ➔ Quelles sont les questions à éclaircir ?

.....

.....

.....

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION FIGO DES CARCINOMES DU COL

Stade I

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

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

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

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

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

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

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

Stade II

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

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

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

Stade III

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

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

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

Stade IV

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

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

Stade IVB : extension aux organes distants.

Source : TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le médecin/ agent de santé m'a expliqué en détails les tests avec le vinaigre (IVA) et l'iode (IVL) qui permettent la détection précoce et la prévention du cancer du col de mon utérus. Je sais que la surface de mon col va être examinée après l'application de vinaigre (acide acétique 5%/solution d'iode diluée, afin de déceler ou d'écartier un précancer/cancer. Je sais que ces examens ne sont pas douloureux, mais qu'ils peuvent parfois occasionner une irritation ou un léger saignement qui se résorbe facilement.

J'ai bien compris que si le test est positif, on me conseillera d'autres examens comme l'inspection visuelle du col amplifiée à l'aide d'un instrument appelé colposcope, et l'analyse d'un échantillon de tissu de mon col (biopsie), avant de me donner un traitement.

On m'a aussi prévenue qu'au cas où des anomalies seraient détectées (infection, précancer, cancer ou complications), il serait peut-être nécessaire de me prescrire un traitement médicamenteux ou une thermocoagulation (destruction de la partie malade du col à l'aide d'une sonde thermique), ou d'enlever la partie malade lors d'une intervention chirurgicale légère ou plus lourde, suivie ou non d'une radiothérapie.

Par la présente, j'exprime ma volonté de subir les tests ci-dessus et le traitement, si conseillé. * / Je ne souhaite pas subir les examens ci-dessus. *

Signature :

Date :

Nom :

Adresse :

* Rayer la mention inutile

ANNEXE 3 : NETTOYAGE ET STÉRILISATION DES INSTRUMENTS ET DU MATÉRIEL EMPLOYÉS POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE ET LE TRAITEMENT DES NÉOPLASIES CERVICALES

INSTRUMENT/MATÉRIEL	PROCÉDÉ	MÉTHODE SUGGÉRÉE
Spéculum vaginal, rétracteur des parois vaginales, pince à biopsie, pince à griffes, pince longuette, pince Cheatle.	Décontamination et nettoyage, suivis d'une stérilisation ou d'une DHN (désinfection de haut niveau)	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5%, suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; les instruments nettoyés peuvent ensuite être immergés dans de l'eau bouillante pendant 20 minutes (désinfection de haut niveau) ou stérilisés à l'autoclave, avant d'être réutilisés.
Gants	Décontamination et nettoyage suivis d'une stérilisation.	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5%, suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; et stérilisation à l'autoclave par paquets enveloppés.
Table d'examen, lampe halogène, lampes électriques, chariot, plateaux	Désinfection de niveau intermédiaire ou de bas niveau.	Essuyer avec de l'alcool éthylique ou isopropylique à 60-90%, ou avec une solution de chlore à 0,5%.

PRÉPARATION D'UNE SOLUTION DE CHLORE À 0,5%

La formule générale pour préparer une solution de chlore diluée à partir d'une préparation commerciale à n'importe quelle concentration est la suivante :
 Nombre total de doses d'eau = [% de la solution concentrée / % de la solution diluée] -1.

Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une solution domestique de chlore concentrée à 5% = [5,0% / 0,5%] -1 = 10-1 = 9 doses d'eau ; par conséquent, il faut ajouter une dose de javel à neuf doses d'eau.

Si l'on utilise du chlore disponible dans le commerce sous forme de poudre, utiliser la formule suivante pour calculer la quantité de poudre (en grammes) nécessaire à la préparation d'une solution de chlore à 0,5% :
 Grammes / litre = [% solution diluée / % préparation concentrée] x 1000.

Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une poudre contenant 35% d'hypochlorite de calcium = [0,5% / 35%] x 1000 = 14,2 g. On ajoute donc 14,2 grammes de poudre à 1 litre d'eau ou 142 grammes à 10 litres d'eau. Les instruments ne doivent pas rester dans la javel plus de dix minutes, et doivent être nettoyés à l'eau bouillante immédiatement après leur décontamination, ceci afin d'éviter la décoloration et la corrosion du métal.

Décontamination du sol du centre médical de dépistage :

Le sol du centre de dépistage doit être quotidiennement décontaminé à l'aide de désinfectants chimiques comme les iodophores (par exemple, povidone iodée à 10%).

ANNEXE 4 : PRÉPARATION DE LA SOLUTION D'ACIDE ACÉTIQUE À 5%, DU SOLUTÉ DE LUGOL ET DE LA SOLUTION DE MONSEL

a) Acide acétique dilué à 5%

Ingrédients / Quantité :

1. Acide acétique glacial 5 ml
2. Eau distillée 95 ml

Préparation : ajouter avec précaution 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée et bien mélanger.

Conservation : l'acide acétique non utilisé doit être détruit en fin de journée.

Etiquette : acide acétique dilué à 5%

Note : il est important de toujours diluer l'acide acétique glacial, car non dilué celui-ci peut occasionner de graves brûlures chimiques s'il est appliqué sur l'épithélium.

b) Soluté de Lugol

Ingrédients / Quantité :

1. Iodure de potassium 10 g
2. Eau distillée 100 ml
3. Iode 5 g

Préparation

- A. Dissoudre 10 g d'iodure de potassium dans 100 ml d'eau distillée.
- B. Ajouter peu à peu 5 g d'iode sans cesser d'agiter le mélange.
- C. Filtrer et conserver dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermée.

Conservation : 1 mois

Etiquette : Soluté de Lugol ; Utiliser avant : (date)

c) Solution de Monsel

Ingrédients / Quantité

1. Sulfate ferrique 15 g
2. Sulfate ferreux, quelques grains
3. Eau stérile pour le mélange 10 ml
4. Amidon glyciné (voir préparation ci-dessous) 12 g

Préparation :

Précautions à prendre : la réaction est exothermique (émission de chaleur).

- A. Dans un bécher en verre, ajouter quelques grains de sulfate ferreux à 10 ml d'eau stérile. Secouer.
- B. Ajouter le sulfate ferrique et le dissoudre en remuant à l'aide d'une tige de verre. La solution doit devenir limpide.
- C. Peser le glycérol dans un mortier en verre. Bien mélanger.
- D. Ajouter lentement la solution de sulfate ferrique à l'amidon glyciné, sans cesser de remuer jusqu'à complète homogénéisation.
- E. Conserver dans une bouteille en verre fumé sombre de 25 ml.
- F. La plupart des praticiens préfèrent laisser reposer cette solution suffisamment longtemps pour permettre une évaporation qui donne à la solution de Monsel une consistance pâteuse semblable à celle de la moutarde. Cela peut prendre entre 2 et 3 semaines selon l'environnement. Bien fermer le récipient pour la conservation. Si nécessaire, on peut délayer la solution avec de l'eau stérile.

Note : Cette préparation contient 15% de fer.

Conservation : 6 mois

Etiquette : Solution de Monsel ; Bien agiter ; Uniquement pour usage externe ;

A utiliser avant : (date)

d) Amidon glyciné (ingrédient de la solution de Monsel)

Ingrédients / Quantité :

1. Amidon 30 g
2. Eau stérile pour mélanger 30 ml
3. Glycérine 390 g

Préparation :

- A. Dans un creuset chinois, dissoudre l'amidon dans l'eau stérile.
- B. Ajouter la glycérine. Bien mélanger.
- C. 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. Faire attention à ne pas trop chauffer de façon à ce que la pâte ne jaunisse pas.

Conservation : 1 an

Etiquette : Amidon glyciné ; A conserver dans un endroit frais ; Usage externe uniquement ; A utiliser avant : (date)

Note : Ne pas chauffer sinon le mélange jaunit.

POUR ALLER PLUS LOIN

Généralités sur les DSSR et la promotion de la santé

MDM (2012), Accès aux soins : Les déterminants socioculturels
MDM (2013, révision 2019), Santé sexuelle et reproductive, Cadre de référence,
MDM (2014), Note de présentation : Stratégie DSSR 2014-2017
OMS (1986), Charte d'Ottawa

Textes et documents sur les droits sexuels et reproductifs

CEDEF (1976), Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes
CEDEF (2000), Protocole facultatif
CEPED (2007), Les facteurs de la contraception en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle, Rapport de synthèse
Convention interaméricaine des droits de l'Homme (1969)
Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (1994)
Déclaration et Programme d'action de Beijing (1995), Paragraphe 95
FNUAP (1994), Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Objectifs de Développement Durable (ODD) (2015)
Plan d'action de Maputo (2006)
Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif aux Droits de la Femme en Afrique (2003)
Sommet de Londres sur la planification familiale (2012)

Documents relatifs à la prévention du CCU

JHPIEGO (2005), Prévention du cancer du col de l'utérus : Guide pratique pour les milieux à faibles ressources
La LIGUE CONTRE LE CANCER (janvier 2009), Les cancers de l'appareil génital féminin (col et corps de l'utérus, ovaies), *Grand Public*
MBUMBA and al. (06/02/2017), Cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne : une maladie associée aux papillomavirus humains oncogènes, Emergente et évitable, Médecine et Santé tropicales, *Focus*
OMS (2002), Cervical cancer screening in developing countries, report of WHO consultation, Programme on Cancer control, Department of Reproductive Health and Research, Genève
OMS (2007), La lutte contre le cancer du col de l'utérus - Guide des pratiques essentielles
OMS (Mai 2012), 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)
OMS (2013), 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*
OMS (2014), Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus, Lignes directrices de l'OMS
OMS (2015), Utilisation de la cryothérapie pour le traitement du néoplasie cervicale intraépithéliale, *Lignes directrices de l'OMS*
OMS (2017), Plaidoyer pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique, *Guide du formateur*, Bureau régional de l'Afrique
OMS (2017), Manuel de formation sur la planification stratégique pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique, Guide du formateur
OMS (2017), La lutte contre le cancer du col de l'utérus, Guide des pratiques essentielles, 2ème Edition
OMS (2018), A toolkit for cervical cancer prevention and control programmes, Improving data for decision-making.
OMS (2020), Introduction au cancer du col de l'utérus, site internet officiel
OMS (November 16, 2020), New estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV.
OMS, OPS (2016), Integrating HPV testing in cervical cancer screening programs, a manual for program managers.
OMS, OPS (2018), Plan of action for cervical cancer prevention and control 2018-2030, 56th directing Council 70th session of the Regional Committee of who for the Americas

Documents relatifs aux soins palliatifs et soulagement de la douleur

CHUANG et al. (2016), Management and care of women with invasive cervical cancer: American society of clinical oncology resource-stratified clinical practice guideline, American Society of Clinical Oncology, volume 2, issue 5
KIM et al. (2015), Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer, *Gynaecologic Oncology*, Elsevier
OMS (1987), Traitement de la douleur cancéreuse, Genève

OMS (2018), Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents
RUDD et al. (2017), Cervical cancer in southern Malawi: A prospective analysis of presentation, management, and outcomes, cervical cancer in southern Malawi, *Malawi Medical Journal* 29 (2)
The American Cancer Society (2016), Caring for cancer patients a booklet for caregivers of cancers patients

Documents relatifs au test HPV

ASCIUTTO et al. (2018), Self-sampling with HPV mRNA analyses from vagina and urine compared with cervical samples, *Journal of Clinical Virology*
A LATIFF et al. (2018), Comparative assessment of a self-sampling device and gynaecologist sampling for cytology and HPV DNA detection in a rural and low resource setting: Malaysian experience, comparison of self-sampling and gynaecologist sampling for cytology and HPV DNA detection in Malaysia
ARBYN et al. (2014), Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis, *The Lancet*, volume 15
CASTELL et al (2017), Treatment of cervical intraepithelial lesions, *Wiley*
CATARINO et al. (2014), Feasibility of at-home self-sampling for HPV testing as an appropriate screening strategy for non-participants in Switzerland: preliminary results of the DEPIST study, *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*.
HAGUENOER et al. (2017), L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire, Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, *BEH* 2-3

Documents relatifs au test IVA

OMS (2014), Suivi des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col : contrôle de la qualité des programmes basés sur l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)
OMS), Bases anatomiques et pathologiques de l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) et avec le soluté de Lugol (IVL), Guide pratique pour le dépistage des néoplasies cervicales, Groupe dépistage, Chapitre 1 <https://screening.iarc.fr/viavilichap1.php?lang=2>
OMS (2020), Analyse et compte-rendu des résultats de l'inspection visuelle avec l'acide acétique à 5% (IVA), Guide pratique pour le dépistage des néoplasies cervicales, Groupe dépistage, Chapitre 2, <https://screening.iarc.fr/viavilichap2.php?lang=2>

Documents relatifs à la thermocoagulation

OMS (2013), Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention supplemental material: grade evidence-to-recommendation tables and evidence profiles for each recommendation
VIVIANO et al. (2017), Feasibility of thermocoagulation in a screen-and-treat approach for the treatment of cervical precancerous lesions in sub-Saharan Africa, *BMC Women's health*
NHS Foundation trust (2018), Having a cold coagulation procedure under local or general anaesthetic following a colposcopy, *Guy's and St Thomas*
NAUD et al. (2015), Efficacy, safety, and acceptability of thermocoagulation for treatment of cervical intraepithelial neoplasia in a hospital setting in Brazil, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*
SANDJONG et al. (2015), Evaluation de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin selon l'approche « voir et traiter »
BASU et al. (2017), Management algorithms for cervical cancer screening and precancer treatment for resource-limited settings, *Wiley*
CASTLE et al. (2017), Treatment of cervical intraepithelial lesions, *Wiley*
PAPOUTSIS (October 2017), Cold Coagulation for the treatment of uterine cervix with cervical intraepithelial neoplasia, gynaecologic survey, Chapter 2
CAMPBELL et al. (2016), Use of thermo-coagulation as an alternative treatment modality in a « screen-and-treat » programme of cervical screening in rural Malawi, *International Journal of Cancer*
DRUMMOND et al. (2017), Cervical cancer data and data systems in limited- resource settings: Challenges and opportunities, *Wiley*
DUMONT et al. (2017), Dépistage du cancer du col utérin en milieu rural à Madagascar: faisabilité, couverture et incidence, *Wiley*
UMULISA et al. (2018), Evaluation of human-papillomavirus testing and visual inspection for cervical cancer screening in Rwanda, *BMC Women's Health*
OMS (Juin 2017), Sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne, *Lignes directrices unifiées*

Documents relatifs aux NTIC et leur emploi dans la lutte contre le CCU

AFD (2013), L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine de la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne

AMREF Health Africa (2018), Livre blanc des premières rencontres de la santé numérique en Afrique de l'Ouest (AO), Dakar

GALLAY et al. (2017), Cervical cancer screening in low-resource settings: A smartphone image application as an alternative to colposcopy, *International journal of women's health*

ITU, OMS (2017), Be @lthy Be mobile: A handbook on how to implement Cervical Cancer

Documents relatifs à l'utilisation et l'efficacité des plateformes GeneXpert

CATARINO et al. (2017), Accuracy of self-collected vaginal dry swabs using the Xpert human papilloma virus assay, PLOS

ESBER et al. (2018), Feasibility, validity and acceptability of self-collected samples for Human Papillomavirus (HPV) testing in rural Malawi, *Malawi Medical Journal*

EPERON et al. (2013), Randomized comparison of vaginal self-sampling by standard vs. dry swabs for Human Papillomavirus testing, *BMC Cancer*

KUNCKLER et al. (2017), Cervical cancer screening in a low-resource setting: a pilot study on an HPV-based screen-and-treat approach, *Cancer Medicine*

NDLOVU et al. (2017), Multidisease testing for HIV and TB using the GeneXpert platform: A feasibility study in rural Zimbabwe, PLOS

wet cervical samples for Human Papillomavirus testing, *Journal of Clinical Virology*

VASSILAKOS et al. (2016), Use of swabs for dry collection of self-samples to detect Human Papillomavirus among Malagasy women, *Infectious agents and Cancer*

VERSION 2021 : CONTRIBUTEUR.RICE.S :

Coordination et écriture : Najat Lahmidi
Relecture : Olga Bautista, Laetitia Clouin, Tim Leicester, Marielle Moizan, Charlotte Ngo, Joan-Anastasia Poisson, Joseph Zhiri
Traduction : Caroline Matteo (anglais)
Mise en page : Laurène Chesnel



Le présent document) bénéficie du soutien de l'Agence Française de Développement. Néanmoins, les idées et les opinions présentées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD