

# Discussion des résultats et enseignements tirés

Le projet pilote Care4Afrique, mené dans trois pays francophones d'Afrique de l'Ouest, a clairement démontré les avantages et les difficultés d'intégrer dans le système de soins de santé primaires le dépistage opportuniste du cancer du col par IVA immédiatement suivi d'un traitement par ablation thermique. Ce projet a également souligné la nécessité de mettre en place des services de colposcopie et de traitement par LLETZ pour un grand nombre de femmes positives à l'IVA qui ont besoin d'un examen complémentaire et d'un traitement par excision. Les paragraphes suivants donnent une description détaillée des enseignements tirés du projet.

## 4.1 Dépistage opportuniste dans les centres de soins de santé primaires – avantages et inconvénients

Dans les trois contextes africains étudiés, ce projet a montré qu'il était possible de proposer des services de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus au niveau des CSSP. Pour permettre à toutes les femmes qui en ont besoin d'avoir accès au dépistage du cancer du col, il faut que ce service soit intégré à l'ensemble des soins courants dispensés par les structures de santé du niveau primaire.

La plupart des CSSP disposent d'une salle d'examen gynécologique. Les infirmières et les médecins généralistes qui y exercent sont généralement capables de pratiquer un examen sous spéculum et d'autres actes simples, tels que

l'insertion de dispositifs contraceptifs intra-utérins. Le dépistage et la thérapie ablatrice nécessitent bien sûr des équipements supplémentaires. Le projet a ainsi fourni un appareil d'ablation thermique à chaque structure de soins. Il serait cependant préférable d'en fournir deux par structure pour assurer la continuité du service dans l'éventualité où l'un des appareils tomberait en panne.

Pour instaurer et maintenir le dépistage opportuniste dans les CSSP, il est indispensable de former les prestataires de soins et d'assurer des visites de supervision formative. C'est un point particulièrement important en raison de l'important roulement de personnel soignant dans certains établissements.

Atteindre un taux de couverture élevé constitue le principal défi d'une approche opportuniste. En effet, la plupart des femmes éligibles

se rendent dans les CSSP uniquement quand elles sont enceintes ou gravement malades, ce qui n'est pas le meilleur moment pour procéder au dépistage du cancer du col de l'utérus. **L'un des meilleurs moyens d'améliorer la couverture du dépistage passe par la mobilisation communautaire.** Dans le cadre de ce projet pilote, la mobilisation était assurée par les agents de santé communautaires et/ou des campagnes médiatiques, ainsi que lors d'événements particuliers (par exemple, la Première Dame du Bénin a été invitée à lancer le programme de dépistage du cancer du col dans son pays). La mobilisation communautaire doit être permanente et impliquer les différents acteurs (les ministères de l'Éducation et de l'Information, les acteurs de la société civile, les représentants des médias, etc.).

L'âge des femmes dépistées dans les CSSP doit être soigneusement contrôlé. Les femmes de moins de 30 ans consultent souvent pour un examen pelvien à cause de pertes vaginales ou de problèmes menstruels. Dans de nombreuses structures de soins participant à ce projet, on a constaté qu'elles acceptent volontiers les services de dépistage. **Les prestataires pratiquant l'IVA doivent être conscients que le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de moins de 30 ans n'est pas rentable en termes d'utilisation des ressources et peut aussi exposer ces femmes à des risques inutiles.**

#### 4.2 Test de dépistage par IVA – avantages et inconvénients

L'IVA est un test simple, facile à mettre en place dans les structures de soins de santé primaires. Son principal avantage réside dans son caractère rapide qui permet de

décider immédiatement de traiter ou non. Toutefois, l'IVA pose de nombreux problèmes.

Il est largement admis que la fiabilité des résultats de l'IVA est très inégale car elle dépend de la formation, de l'expérience et des compétences de chaque prestataire. Ce projet pilote l'a confirmé en montrant des taux de positivité à l'IVA très différents entre les CSSP d'un même pays et d'une même région. **La nature subjective de l'IVA constitue le principal obstacle à la généralisation de son utilisation pour le dépistage.** La formation initiale et continue des prestataires exige des efforts considérables. De plus, il faut que les prestataires puissent pratiquer régulièrement un nombre suffisant d'IVA pour entretenir un bon niveau de compétences. Il est également essentiel qu'ils soient régulièrement supervisés par un prestataire plus expérimenté pour améliorer la fiabilité des résultats de leur examen. Dans certains endroits, des systèmes de téléconsultation ont été installés pour permettre au prestataire de capturer des images du col de l'utérus avec un téléphone portable et de les partager avec un expert pour bénéficier d'un deuxième avis. La nature subjective de l'IVA rend également difficile le contrôle de la qualité de l'examen.

L'approvisionnement en solution d'acide acétique à la bonne dilution est également un problème dans de nombreux pays d'Afrique. Pour obtenir des résultats fiables à l'IVA, il faut utiliser une solution d'acide acétique dilué entre 3 et 5 % fraîchement préparée. En effet, l'acide acétique étant fortement hygroscopique, il absorbe l'eau présente dans l'air, ce qui fait qu'une solution devient vite trop diluée. Par conséquent, elle doit être préparée chaque jour. En Afrique, de nombreux établissements utilisent du vinaigre destiné à la cuisine, mais cette pratique est fortement

déconseillée car les concentrations indiquées sur les bouteilles ne sont pas toujours exactes.

On peut également observer des variations importantes des performances du test de dépistage par IVA (sensibilité, spécificité et valeurs prédictives) selon les différents contextes. **Une des principales limites de l'approche « dépister-par-IVA-et-traiter » réside dans le pourcentage élevé de femmes traitées inutilement, en raison de la faible valeur prédictive positive (VPP) du test IVA. Ce projet n'a pas été conçu pour évaluer les performances de l'IVA.** Il confirme cependant sa faible VPP dans la mesure où la colposcopie ou la biopsie ont révélé un cancer chez seulement quatre des 21 femmes présentant une suspicion de cancer du col à l'IVA.

#### 4.3 Ablation thermique – avantages et inconvénients

Ce projet a permis d'étudier la faisabilité, la sécurité et l'acceptabilité du traitement par ablation thermique dispensé par du personnel infirmier ou des médecins généralistes possédant différents niveaux d'expertise, dans le cadre des soins primaires, et ce dans trois pays d'Afrique. **Le dépistage a identifié plus de 800 femmes éligibles à un traitement ; 88 % d'entre elles ont été traitées le jour même du dépistage et aucune complication majeure n'a été signalée.** Le pourcentage de femmes qui se sont plaintes de douleurs modérées ou importantes pendant ou après l'intervention était très faible, même en l'absence d'anesthésie locale. Seules six femmes se sont plaintes de douleurs importantes et toutes avaient été traitées dans la même structure de soins d'un pays. Les sondes n'avaient peut-être pas été appliquées correctement. Aucun cas

de saignement (dans les premières 24 heures ou après 24 heures) et d'inflammation de la région pelvienne n'a par ailleurs été signalé.

Quelques centres ont déclaré avoir eu des problèmes techniques avec l'appareil d'ablation thermique, notamment avec les sondes. A partir de leurs commentaires, le fabricant a apporté des améliorations au dispositif pour le rendre plus solide. Il n'y a eu aucune déclaration de traitement interrompu à cause d'une défaillance technique de l'appareil ou d'une batterie déchargée.

La seule limite de l'ablation thermique réside dans le fait qu'un pourcentage considérable de femmes dépistées positives ne sont pas éligibles à ce traitement (39 % dans le cadre de ce projet pilote) et doivent être dirigées vers un traitement par excision. **Le projet a montré qu'il existait une forte variabilité en matière d'évaluation de l'éligibilité à la thérapie ablative.** L'éligibilité dépend bien sûr de l'âge, car on observe une zone de transformation exocervicale chez un pourcentage plus élevé de jeunes femmes que chez des femmes plus âgées. Mais cette variabilité du pourcentage d'éligibilité s'observait aussi à l'intérieur d'une même tranche d'âge. Ainsi, le pourcentage de femmes éligibles dans la tranche d'âge des 30–34 ans était de 30 % au Sénégal et de 83 % en Côte d'Ivoire. En réalité, de nombreuses femmes positives à l'IVA, jugées non éligibles à l'ablation thermique par le prestataire, étaient ensuite considérées comme éligibles à ce traitement par le colposcopiste.

#### 4.4 Colposcopie – faisabilité et difficultés

Le projet a réussi à mettre en place un centre de colposcopie dans chaque pays. Notons qu'il n'a pas été facile de trouver des gynécologues,

au sein des hôpitaux de district, qui soient désireux de se former à la colposcopie et à la LLETZ. Toutefois, ce projet a permis d'en former quelques-uns. La VPP des colposcopistes à détecter des CINI ou des lésions plus graves atteignait 46,7 %, ce qui est plutôt bon dans le cadre d'un programme de dépistage par IVA. Cependant, beaucoup de colposcopistes hésitaient à pratiquer la LLETZ et préféraient orienter les patientes concernées vers un établissement de soins tertiaires. Dans certains pays, il était également compliqué d'assurer un approvisionnement régulier en fournitures nécessaires à l'électrochirurgie (anses et électrodes à boule, interrupteurs manuels, etc.).

#### 4.5 Formation des prestataires de soins

La formation des prestataires de soins à tous les niveaux du système de santé est la clé de la réussite des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus s'appuyant sur l'approche « dépister et traiter ». Ce projet a démontré les impacts en cascade de la formation d'un noyau de maîtres formateurs qui, à leur tour, assureront la formation initiale et continue, et le mentorat d'un grand nombre de prestataires. Dans la mesure où le personnel infirmier et les médecins généralistes des CSSP ont une charge de travail importante et ne peuvent s'absenter très longtemps de leurs postes habituels, il faut si possible leur proposer une formation en ligne qu'ils pourront suivre à leur propre rythme. Le CIRC a ainsi développé un atlas numérique sur l'IVA et la thérapie ablative, *Atlas of Visual Inspection of the Cervix with Acetic Acid for Screening, Triage, and Assessment for Treatment*, en libre accès sur le site <https://screening.iarc.fr/atlasvia.php> (Figure 15).

Cet atlas numérique dispose d'une banque d'images que les formateurs et les stagiaires peuvent consulter. Les stagiaires peuvent ainsi s'appuyer sur les nombreuses images montrant les différents résultats d'une IVA et améliorer la fiabilité de leur examen. Chaque stagiaire doit suivre une formation pratique appropriée et les formateurs doivent s'assurer qu'ils respectent bien une liste de points de contrôle systématiques lorsqu'ils réalisent l'inspection visuelle. Cette liste est disponible sur <https://screening.iarc.fr/atlasviadetail.php?Index=29>.

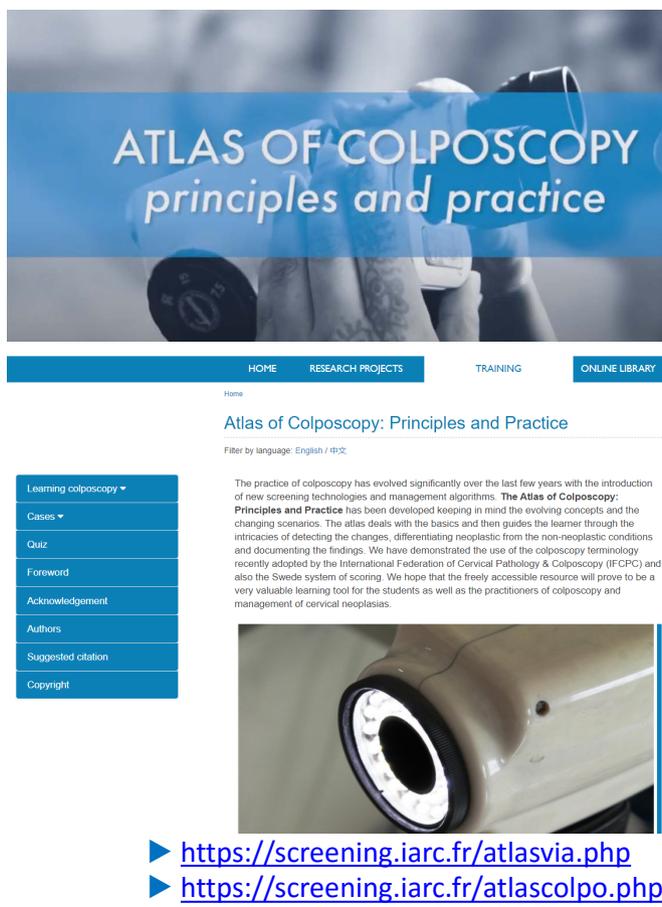
Les stagiaires doivent s'exercer à l'ablation thermique sur des modèles fictifs (par exemple sur du blanc de poulet) avant de pratiquer l'intervention sur une patiente. Il n'existe pas de directive standard concernant le nombre d'ablations thermiques qu'il faut avoir pratiqué pour être jugé compétent. Au terme de la formation, la compétence de chaque stagiaire doit être évaluée de façon objective et un certificat sera remis à ceux qui auront réussi.

Le CIRC a également développé du matériel d'apprentissage autonome en ligne sur la colposcopie et la LLETZ ; il est en accès libre dans *l'Atlas of Colposcopy: Principles and Practice* à <https://screening.iarc.fr/atlascolpo.php> (Figure 15). C'est une ressource extrêmement utile pour les prestataires qui se forment à la colposcopie.

#### 4.6 Assurance qualité des programmes « dépister-par-IVA-et-traiter »

Tout programme de dépistage peut occasionner des préjudices aux participantes si la qualité des services dispensée à tous les niveaux n'est pas correcte. Raison pour laquelle l'assurance qualité exige de mesurer la performance de tous les services, notamment l'exécution du test, mais

**Figure 15.** Prospectus pour promouvoir l'atlas en ligne du CIRC : *Atlas of Visual Inspection of the Cervix with Acetic Acid for Screening, Triage, and Assessment for Treatment* et la page d'accueil du site : *Atlas of Colposcopy: Principles and Practice*.



- ▶ <https://screening.iarc.fr/atlasvia.php>
- ▶ <https://screening.iarc.fr/atlascolpo.php>

également la vérification du diagnostic, le traitement et le suivi.

La performance d'un programme de dépistage se mesure à l'aide d'un ensemble d'indicateurs clés de performance nécessitant la collecte systématique des données. Le logiciel REDCap a permis de développer une base de données électronique toute simple, adaptée aux besoins de chaque pays participant au projet pilote. Les prestataires de soins ont été formés à la consignation appropriée des données sur formulaire papier. Ces données étaient ensuite régulièrement saisies dans la base de données électronique et les indicateurs clés de performance du programme

« dépister-par-IVA-et-traiter » ont pu être estimés comme suit :

- **Le taux de positivité à l'IVA** correspond au pourcentage de femmes positives à l'IVA par rapport au nombre total de femmes dépistées dans une certaine tranche d'âge. Ce taux varie d'une population à l'autre selon la prévalence des lésions cervicales précancéreuses et cancéreuses. Il sera ainsi plus élevé dans les populations avec une forte prévalence de la maladie. Par ailleurs, le taux de positivité à l'IVA est généralement plus élevé chez les femmes plus jeunes. Cependant, une grande variabilité des valeurs

de cet indicateur au sein d'une même population suggère des problèmes de qualité, comme on a pu l'observer dans ce projet. Un taux de positivité à l'IVA trop élevé indique une fausse positivité également plus élevée et par conséquent un plus grand nombre de femmes soumises à un traitement inutile. A l'inverse, un taux de positivité à l'IVA trop faible peut amener à ne pas détecter des lésions cancéreuses et précancéreuses de haut grade.

- **Le taux de traitement** correspond au pourcentage de femmes dépistées positives qui ont bénéficié d'un traitement

approprié des lésions précancéreuses et cancéreuses. Ce taux doit être aussi élevé que possible. Dans le cadre du projet pilote, il atteignait 66,3 % chez les 1340 femmes dépistées positives à l'IVA dans les CSSP. Il était bien plus élevé chez les femmes éligibles à l'ablation thermique et qui pouvaient être aussitôt traitées dans le même centre.

- **Le taux de participation au dépistage et au traitement en une seule visite** correspond au pourcentage de femmes dépistées positives, éligibles au traitement ablatif, et dont les lésions cervicales ont été traitées au cours de la même visite. Il s'agit d'un indicateur déterminant pour évaluer l'efficacité du programme et obtenir un taux élevé d'observance du traitement. Concernant ce projet, 88 % des femmes positives à l'IVA, éligibles à la thérapie ablatif, ont été traitées le jour même du dépistage.
- **Le taux d'observance des examens complémentaires** correspond au pourcentage de femmes positives à l'IVA, orientées vers des examens complémentaires et/ou un traitement,

qui ont suivi la procédure. Concernant ce projet, 565 femmes ont été dirigées vers un examen plus approfondi par colposcopie soit parce qu'elles étaient positives à l'IVA mais non éligibles au traitement ablatif, soit parce qu'elles présentaient une suspicion de lésions cancéreuses. Seules 356 (66,2 %) d'entre elles se sont rendues au centre de colposcopie désigné.

- **Le taux de détection du cancer du col de l'utérus** correspond au nombre de cas de cancer du col détectés pour 1000 femmes dépistées. Au cours de ce projet, trois cas de cancer du col confirmés par l'analyse histopathologique ont été détectés chez les 16 530 femmes dépistées, soit un taux de détection de 0,18 pour 1000. La colposcopie avait également identifié quatre cas de suspicion de cancer, mais les résultats de l'analyse histopathologique n'étaient pas disponibles.
- **Le taux de suivi après traitement par ablation thermique** correspond au pourcentage de femmes dépistées positives, traitées, qui ont été revues au bout d'un an. Ce taux varie selon les pays. Il convient de noter

que 18,8 % des femmes traitées n'étaient pas guéries (c'est-à-dire présentaient encore des lésions cervicales lors de la visite de suivi).

Le processus d'assurance qualité exige i) une surveillance constante des performances du programme à l'aide d'indicateurs clés, ii) la comparaison des taux obtenus avec les valeurs standard attendues, iii) la recherche des causes quand les indicateurs de performance sont médiocres (s'ils sont indiqués) et iv) la prise de mesures nécessaires à leur amélioration. Le projet pilote a suivi cette démarche d'amélioration continue de la qualité. Les indicateurs clés de performance ont été calculés à partir des données saisies dans la base de données électronique et les résultats ont été partagés avec les responsables d'établissement et l'ensemble des prestataires des services de dépistage et de traitement. Cette approche a permis d'identifier les insuffisances et d'y apporter des solutions. Cependant, les mesures correctives prises n'ont pas permis de régler tous les problèmes, témoignant ainsi des difficultés rencontrées pour assurer la bonne qualité d'un programme de dépistage et de traitement basé sur l'IVA dans les PRFI.