

A portrait of a woman with dark hair, looking slightly to the right, set against a dark blue background.

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

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

Traitement du cancer et soins palliatifs

Sommaire

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

Messages clés

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

Introduction

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

Rôle des équipes d'encadrement

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

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

Contexte général

Poids de la maladie

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

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

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

*Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.

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

Disponibilité des services de traitement quand les ressources sont limitées

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

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

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

Du côté des patientes :

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

Du côté des prestataires :

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

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

Diagnostic et options de traitement du cancer du col

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

D'après Sankaranarayanan 1995, Sankaranarayanan 1998.

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

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

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

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

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

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

Au niveau de la politique générale

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

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

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

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

Au niveau de l'organisation

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

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

Mise en place de services de chirurgie radicale

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

Mise en place de services de radiothérapie

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

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

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

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

Organiser les programmes de formation

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

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

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

Etude de cas : campagnes de sensibilisation au cancer du col

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

Proposer aux patientes éducation, information et assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au niveau de la collectivité

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

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

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

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

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

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

Soins palliatifs

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

Types de soins palliatifs

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

Caractéristiques des soins palliatifs

Les soins palliatifs :

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

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

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

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

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

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

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

Les soins à domicile

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

Soutien psychologique, social et spirituel

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

Problèmes d'éthique en soins palliatifs

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

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

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

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

Stratégies pour établir et maintenir des services de soins palliatifs

Surmonter les obstacles à la mise en place des soins palliatifs

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

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

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

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

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

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

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

Au niveau de la politique générale

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

Interventions au niveau de l'organisation

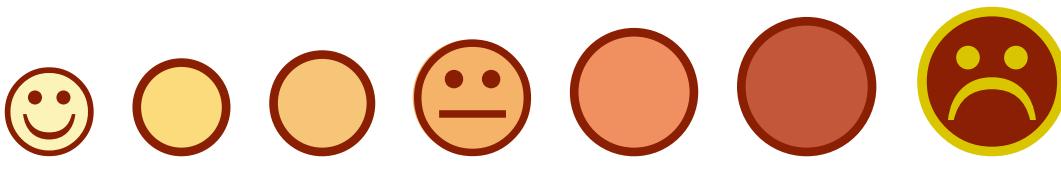
Les publications et les directives de l'OMS relatives au soulagement de la douleur associée au cancer et à d'autres aspects des soins palliatifs constituent une mine de renseignements pour organiser les services de traitement anti-douleur (WHO 1990, WHO 1996, WHO 1998a, WHO 1998b, WHO 2002a, WHO 2002b).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

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

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

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

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



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

Autres interventions

Assurer la prise en charge des autres symptômes physiques

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

Améliorer les compétences des agents de santé en matière de conseil

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

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

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

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

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

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

Approches du soutien psychologique, social et spirituel

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

Bibliographie complémentaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sites Internet utiles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 10.3. Système de classification FIGO du cancer du col

Stade I

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

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

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

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

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

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

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

Stade II

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

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

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

Stade III

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

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

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

Stade IV

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

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

Stade IVB : Extension aux organes distants.

