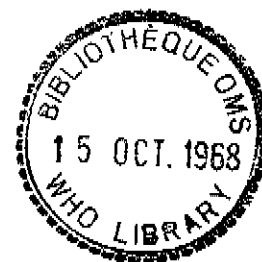




COMITE D'EXPERTS DU DÉPISTAGE
PRÉCOCE DU CANCER

EXEM

Genève, 11-16 novembre 1968



I. PROJET D'ORGANISATION D'UN PROGRAMME DE LUTTE
CONTRE LE CANCER AU CHILI

par le

Dr Rodrigo B. Prado
Chef de la Division de Cytopathologie
et de Lutte contre le Cancer
Directeur du Programme de dépistage du cancer
Université du Chili

Le 5 octobre 1965, un accord a été conclu entre l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Ministère de la Santé publique du Chili et l'Université du Chili pour l'organisation d'un programme de lutte contre le cancer dans notre pays.

Aux termes de l'accord, l'exécution du programme sera dirigée par la Faculté de Médecine de l'Université du Chili, et bénéficiera de la participation du Service national de Santé pour les Salariés et de la Ligue chilienne contre le Cancer, ainsi que de l'assistance technique de l'OPS.

Objectifs

Le programme aura pour but principal le dépistage et le traitement du cancer du col utérin. Le dépistage consistera à diagnostiquer la néoplasie au stade préinvasif.

Les raisons qui ont amené à centrer le programme sur ce type de cancer sont les suivantes :

1. Le cancer du col utérin est la néoplasie qui a le taux d'incidence le plus élevé parmi la population féminine (35 pour 100 000).
2. Il peut être dépisté avec exactitude et pour un coût modique dans ses phases pré-invasives.
3. Le traitement approprié de cette néoplasie au stade préinvasif permet dans tous les cas d'empêcher sa progression vers le stade invasif.

Compte tenu de ces facteurs, le cancer du col utérin doit être considéré comme posant un problème de médecine préventive.

Planification

Pour entreprendre l'organisation d'un programme comme celui qui est prévu, il est indispensable de connaître certains aspects fondamentaux du comportement des néoplasies préinvasives. C'est ainsi que :

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

1. Du point de vue clinique, elles ne se manifestent pas dans 60 % des cas. Dans les autres cas, les altérations constatées ne sont pas spécifiques.
2. Ces lésions se produisent surtout chez les jeunes femmes, entre 20 et 40 ans.
3. Sous l'angle épidémiologique, il faut s'attendre à un taux de prévalence d'environ 6 % des néoplasies préinvasives du col utérin (dysplasies et cancer in situ) parmi les femmes adultes d'une collectivité non soumise à un contrôle.

Il en résulte que si l'on veut organiser un programme de ce genre avec des chances d'obtenir de bons résultats, trois conditions fondamentales sont à remplir :

1. Un pourcentage élevé de la population féminine doit pouvoir être examiné périodiquement.
2. Les examens doivent se faire selon un système qui permette d'obtenir des renseignements diagnostiques en grand nombre.
3. Les dépenses opérationnelles doivent être faibles.

L'expérience prouve, d'après des programmes analogues qui ont été mis sur pied dans d'autres pays, notamment à Vancouver, en Colombie britannique (Canada), que dans le cadre d'un système de médecine socialisée l'organisation la plus efficace comporte un double aspect :

1. Centralisation du diagnostic et du contrôle de la population

Un laboratoire central de cytopathologie doit être chargé du diagnostic cytopathologique et histopathologique. Ce laboratoire doit comprendre le personnel de secrétaires et de statisticiens qui est nécessaire pour assurer la surveillance suivie et le contrôle des cas suspects et des cas positifs.

2. Décentralisation de la collecte des échantillons

Les échantillons examinés au laboratoire doivent avoir été recueillis à l'échelon des dispensaires, des hôpitaux, des cliniques privées, etc. selon une méthode uniforme. Ils peuvent être envoyés au laboratoire directement ou par la poste.

De cette façon, les ressources humaines et matérielles sont utilisées au mieux et pour un minimum de dépenses.

Programme initial ou plan pilote

L'élaboration d'un programme comme celui dont il est question ici posera naturellement des problèmes d'organisation et de fonctionnement liés aux conditions particulières du pays.

Afin de dégager ces problèmes et de bien les résoudre, il est indispensable de prévoir une phase initiale (programme initial ou plan pilote) avant d'appliquer le programme à l'ensemble de la population.

Le programme initial devrait durer au moins trois ans et avoir pour but d'atteindre les objectifs suivants :

1. évaluation de la méthode diagnostique;
2. formation de cytotechniciens;

3. étude et amélioration des méthodes d'obtention des échantillons et de contrôle de la population;
4. détermination des taux d'incidence et de prévalence des néoplasies cervicales préinvasives (dysplasies et cancer in situ).

Evaluation de la méthode diagnostique

Pour pouvoir mesurer l'efficacité d'un programme comme celui qui est prévu, il est indispensable de savoir exactement quelle est la valeur de la méthode diagnostique employée. Il serait antiéconomique d'appliquer une méthode pouvant donner un taux élevé de cas faussement négatifs.

L'évaluation de la méthode employée (cytologie) sera possible par une corrélation cyto-histologique complète de tous les cas qu'elle aura conduits à diagnostiquer comme positifs. Des examens biopsiques seront faits sur toutes les personnes chez lesquelles le cytodagnostic aura établi une dysplasie modérée ou avancée, un cancer in situ ou un cancer invasif. De la sorte il devrait être possible, à la fin de la première année d'exécution du programme, d'apprécier objectivement les résultats à escompter à plus grande échelle.

Formation de cytotechniciens

Etant donné la nécessité d'examiner de très nombreuses femmes pour obtenir des résultats positifs d'un programme de dépistage du cancer, il faudra disposer d'un nombre suffisant de techniciens en cytologie ou cytotechniciens. Ils diagnostiqueront tous les cas négatifs, soit approximativement 90 % de la totalité des cas examinés.

Comme le Chili manque de ces techniciens, il est nécessaire d'en former. C'est ce que l'on a commencé à faire dans le cadre d'un programme auquel participe l'Ecole de technologie médicale de l'Université du Chili.

Méthodes d'obtention des échantillons et de contrôle de la population

La collecte des échantillons et le contrôle de la population ne pourront donner de bons résultats qu'à la condition essentielle de bien faire connaître le problème des néoplasies du col utérin à différents niveaux de la population. En ce sens, il sera indispensable de maintenir un système d'information permanente sur les plans suivants :

1. Sur le plan médical :
 - a) Diplômés d'université
 - b) Ecole de médecine
 - Chaires de clinique (obstétrique et gynécologie)
 - Chaire de médecine préventive
 - Chaire de pathologie
2. Sur le plan paramédical :
 - a) Sages-femmes
 - b) Infirmières
 - c) Personnel sanitaire
 - d) Travailleurs sociaux
3. Sur le plan communautaire : Ce point présente un grand intérêt et sera traité d'une manière spéciale dans le cadre du programme, en faisant appel de préférence à l'assistance de la Ligue chilienne contre le Cancer.

Détermination des taux d'incidence et de prévalence

Il est absolument nécessaire de connaître les taux correspondant aux néoplasies pré-invasives du col utérin afin d'évaluer d'une manière objective les résultats d'un programme de dépistage du cancer. De ce point de vue, alors que la planification initiale doit être fondée sur les chiffres fournis à la suite de l'exécution de programmes analogues, l'évaluation d'un programme déterminé ne devra être faite que lorsqu'on pourra tenir compte des chiffres qu'il aura fournis lui-même.

Dans notre pays, les taux correspondant aux phases préinvasives du cancer du col utérin sont totalement inconnus, mais on sait très bien que le taux d'incidence du cancer invasif du col utérin est de 35,5 pour 100 000.

Le succès du programme se mesurera à la diminution progressive de ce taux. Le taux d'incidence des néoplasies préinvasives restera plus ou moins constant, mais on doit s'attendre à une baisse du taux d'incidence du cancer in situ si les dysplasies sont traitées.

Pour obtenir des taux valables, il faudra :

- a) un bon système de planification épidémiologique et statistique;
- b) un registre du cancer bien au point;
- c) un personnel de secrétariat et de statistique compétent et suffisamment nombreux.

Exécution du programme initial

A condition d'avoir les ressources nécessaires qui seront indiquées plus loin, le programme pourra être mis en route en mars 1966.

Une grande part de ces ressources est déjà disponible, ce qui permet de faire des prévisions pour la première année. Nous examinerons successivement les points suivants :

1. Nombre de femmes examinées;
2. Taux de prévalence;
3. Formation de cytotechniciens.

1. Nombre de femmes examinées

On a calculé que 12 000 femmes seront examinées au cours de la première année. Cette estimation est fondée sur le rendement moyen attendu de l'effectif actuel du personnel de cytotechniciens et du personnel en voie de formation. On n'a retenu en fait que la moitié de ce chiffre, afin de disposer d'une ample marge de sécurité pour la phase initiale du programme.

Ces 12 000 examens se feront parmi les bénéficiaires du Service national de Santé et du Service national de Médecine pour les Salariés, selon la répartition indiquée ci-après (les chiffres ont été communiqués par les représentants de ces deux services).

Service national de Santé

Ce service fournira la majorité des cas, soit 8400. Les échantillons seront pris :

- dans les dispensaires de régulation de la fécondité;

- dans les dispensaires périphériques de gynécologie et d'obstétrique;
- directement dans la collectivité, l'obtention des échantillons étant réalisée en incitant directement la collectivité à s'intéresser à la question. Cette partie du programme sera centrée sur la zone hospitalière du nord de Santiago.

Service national de Médecine pour les Salariés

Ce service fournira 3600 cas pendant la première année du programme. Les échantillons proviendront :

- des dispensaires de soins ante-partum et post-partum;
- des dispensaires de régulation de la fécondité.

Comme on peut le voir, la préférence a été donnée, dans les deux services, aux femmes qui demandent consultation pour des soins ante-partum et post-partum ou pour un traitement de régulation de la fécondité. Il y a deux raisons à ce choix initial :

- a) Ces femmes constituent un groupe facile à contrôler;
- b) Elles sont jeunes et l'on peut s'attendre à trouver parmi elles une assez grande proportion de lésions néoplastiques préinvasives.

L'exception est constituée par le groupe où les échantillons seront obtenus par la motivation directe de la collectivité. Les taux établis pour ce groupe correspondront plus fidèlement à la situation réelle dans l'ensemble du pays, car aucune sélection ne sera opérée. D'autre part, l'expérience acquise avec ce groupe fera apparaître d'une manière plus objective les problèmes à résoudre avant de pouvoir appliquer le programme à d'autres secteurs de la collectivité.

2. Taux de prévalence

Après la première année d'exécution du programme, on devrait pouvoir se faire une idée de la prévalence des néoplasies préinvasives du col utérin (dysplasies et cancer in situ) parmi la population féminine.

L'estimation du taux de prévalence à prévoir pour ce genre de lésions est fondée sur le chiffre obtenu pour le cancer invasif (3 pour 1000).

	<u>Cas</u>	<u>%</u>
Nombre total de femmes examinées	12 000	100
Dysplasies	600	5
Cancer <u>in situ</u>	120	1
Cancer invasif	36	0,3
Cas négatifs	11 244	93,7

Ce ne sont là que des estimations provisoires, mais il n'est guère probable que les chiffres définitifs seront sensiblement inférieurs si notre méthode diagnostique est bonne.

3. Formation de cytotechniciens

Comme nous l'avons déjà dit, cette partie du programme sera mise en oeuvre dans le cadre d'un plan exécuté conjointement avec l'Ecole de technologie médicale de l'Université du Chili.

La formation d'un cytotechnicien exige à peu près un an avant qu'il puisse atteindre son plein rendement (approximativement 100 cas par jour, soit 20 000 cas par an), mais il devrait arriver déjà à la moitié de ce rendement après quatre mois d'instruction.

Une monitrice d'Amérique du Nord ayant une grande expérience est sur place pour former ce personnel. Son contrat d'engagement a été établi grâce au concours de l'OPS.

Les candidats seront choisis parmi les étudiants en technologie médicale qui se spécialisent en histopathologie et vont commencer leur dernier semestre d'études pratiques. Ils recevront une formation intensive en cytopathologie gynécologique tout en préparant une thèse relative à cette spécialité.

L'instruction du premier groupe commencera en août 1966. Cependant, étant donné la nécessité urgente de disposer le plus rapidement possible d'un personnel qualifié, nous organiserons dès le mois de mars un stage destiné à deux techniciens, qui devront être retenus par contrat puisque ce seront des professionnels en titre.

Ainsi, à la fin de la première année du programme, nous devrions pouvoir compter sur cinq cytotechniciens, dont deux seront capables de faire chacun de 12 000 à 15 000 examens par an. Les trois autres devraient atteindre ce chiffre dans les six mois suivants.

Résultats prévus pour les trois premières années du programme.

Compte tenu des résultats attendus du programme de formation de cytotechniciens et à condition de disposer des ressources nécessaires, on peut faire les prévisions suivantes pour les trois années d'exécution du programme initial :

	Première année	Deuxième année	Troisième année
1. Nombre de femmes examinées	12 000	40 000	90 000
2. Cancer <u>in situ</u>	120	280*	500
3. Cytotechniciens en cours de formation	5	4	4
4. Cytotechniciens en fonction	2	5	9

* Ces chiffres sont fondés sur l'hypothèse que toutes les femmes examinées l'année précédente se présenteront de nouveau pour un examen de contrôle. Les cas positifs qui auront été traités seront donc négatifs lors des examens de contrôle ultérieurs.

Ressources nécessaires pour la première année d'exécution du programme

Le programme proprement dit devra être organisé selon les principes exposés plus haut et sur la base d'un examen objectif des résultats obtenus au cours de la phase initiale.

A cette fin, un minimum de ressources sera indispensable, qu'il s'agisse du personnel, du matériel, de l'équipement ou des locaux de laboratoire. Sur ce point, le programme aura le grand avantage de centraliser les efforts et les ressources des diverses institutions intéressées, ce qui signifie non seulement que les concours individuels seront ménagés, mais aussi que la dépense totale sera moindre.

Voyons maintenant quelles seront les ressources nécessaires pour la mise en route et la première année d'exécution du programme d'après ce qui a été dit aux paragraphes précédents.

J'indiquerai d'abord les ressources déjà disponibles que nous devons à l'aide de l'Université du Chili et de l'Organisation panaméricaine de la Santé, puis les ressources nécessaires en personnel, en matériel et en équipement, qui devraient être fournies par le Service national de Santé et le Service national de Médecine pour les Salariés.

Ressources disponibles

1. Contribution de l'Organisation panaméricaine de la Santé

- a) Une somme de US \$6000 pour la rémunération du personnel spécialisé. La plus grande partie de cette somme a été affectée à l'emploi d'une spécialiste d'Amérique du Nord qui sera chargée de former des cytotechniciens. Le reliquat sera utilisé pour la rémunération de travaux techniques ou de secrétariat.
- b) Une somme de US \$4000 pour le matériel et l'équipement. Ces fonds serviront à importer le matériel et l'équipement indispensables que l'on ne peut se procurer dans le pays.
- c) Deux bourses de courte durée chaque année pour le perfectionnement à l'étranger du personnel professionnel médical et paramédical directement affecté au programme.
- d) Des consultants techniques à court terme.

2. Contribution de l'Université du Chili

- a) Laboratoire : L'Université du Chili a fourni un local pour l'installation du laboratoire de cytopathologie où seront centralisés les travaux de diagnostic (cytologie et pathologie) et qui assurera le maintien en observation et le contrôle des cas suspects et des cas positifs. Ce local suffira pour les deux premières années d'exécution du programme; il devra être agrandi ultérieurement en tant que de besoin.
- b) Personnel : Le chef du Service de cytopathologie sera détaché par la Faculté de Médecine. Il aura pour fonction de diriger l'exécution du programme et travaillera à plein temps.
- c) Matériel et équipement : L'Université du Chili fournira, par l'intermédiaire de l'Hôpital J. J. Aguirre, une partie de l'équipement et du matériel de laboratoire, notamment :
 - 5 microscopes binoculaires
 - verrerie et réactifs à sa disposition.

3. Contribution du Service national de Santé et du Service national de Médecine pour les Salariés

L'aide qui devrait être fournie par ces deux services est évaluée aux sommes indiquées ci-après :

Rémunération du personnel

a.	Personnel médical	E°	9.500	
b.	Cytotechniciens	E°	24.000	
c.	Secrétariat	E°	12.000	
d.	Services généraux	E°	3.000	
		E°	<u>48.500</u>	E° 48.500

Matériel de laboratoire

a.	Matériel spécifié	E°	27.000	
b.	Matériel divers	E°	2.500	
		E°	<u>29.500</u>	E° 29.500

Matériel de secrétariat

a.	Matériel spécifié	E°	8.000	
b.	Matériel divers	E°	4.000	
		E°	<u>12.000</u>	E° 12.000
				<u>Total</u> E° 90.000

Sur le nombre total d'examen prévus pour la première année d'exécution du programme (12 000), les bénéficiaires du Service national de Santé s'inscriront pour les 2/3 environ et les bénéficiaires du Service national de Médecine pour les Salariés pour 1/3. Les parts des deux services seraient donc les suivantes :

Service national de Santé	E°	60.000
Service national de Médecine pour les Salariés	E°	30.000
	<u>Total</u>	<u>E° 90.000</u>

La répartition de l'aide fournie par chaque service pourrait être la suivante :

Service national de Santé1. Personnel

1 médecin (2 heures par jour)	E°	4.750	
1 cytotechnicien (à plein temps)	E°	12.000	
2 secrétaires	E°	12.000	
1 employé des services généraux	E°	3.000	
	E°	<u>31.750</u>	E° 31.750

2. Matériel et équipement

a. Laboratoire	E°	20.250	
b. Secrétariat	E°	8.000	
	E°	<u>28.250</u>	E° 28.250
	<u>Total</u>	<u>E° 60.000</u>	

Service national de Médecine pour les Salariés

1. Personnel

1 médecin (deux heures par jour)	E°	4.750		
1 cytotechnicien (à plein temps)	E°	12.000		
			<hr/>	
	E°	16.750		E° 16.750

2. Matériel et équipement

a. Laboratoire	E°	9.250		
b. Secrétariat	E°	4.000		
			<hr/>	
	E°	13.250		E° 13.250
			<hr/>	
				Total E° 30.000

En résumé, on peut évaluer approximativement comme suit l'aide qui devrait être fournie par les diverses institutions participant au programme de lutte contre le cancer (pour la première année d'exécution) :

1. Organisation panaméricaine de la Santé

Rémunération du personnel spécialisé	US \$	6.000	environ	E°	24.000
Importation de matériel et d'équipement	"	4.000	"	E°	16.000
Bourses (2)	"	4.800	"	E°	19.200
Consultants techniques	"	1.800	"	E°	7.200
					<hr/>
Total	US \$	16.600	environ	E°	66.400

2. Université du Chili

Personnel (Directeur du programme)	E°	22.500		
Laboratoire et installations	E°	25.000		
Matériel et équipement de laboratoire	E°	15.000		
			<hr/>	
			Total	E° 62.500

3. Service national de Santé

Evaluation selon détail fourni plus haut	E°	60.000		
--	----	--------	--	--

4. Service national de Médecine pour les Salariés

Evaluation selon détail fourni plus haut	E°	30.000		
--	----	--------	--	--

Ligue chilienne contre le Cancer

La participation de la Ligue chilienne contre le Cancer facilitera les activités tendant à faire connaître le programme dans divers secteurs de la population et permettra de coordonner ces activités.

De ces activités dépend en grande partie le succès d'un programme de ce genre. Toutefois, il ne serait pas souhaitable de les exécuter avant de disposer des ressources en personnel et en matériel qui seront nécessaires pour recueillir une grande masse de renseignements diagnostiques.

Durant la phase initiale, il sera fait appel au concours de la Ligue chilienne contre le Cancer pour étudier les meilleurs moyens de faire connaître le programme. En particulier, sa collaboration sera précieuse pour la mise en oeuvre d'un projet expérimental au niveau des districts dans la zone hospitalière du nord de Santiago.

Aux termes de l'accord conclu pour l'organisation du programme, les ressources fournies par les divers participants seront gérées par la Faculté de Médecine de l'Université du Chili. Le chef du Service de cytopathologie de cette faculté sera chargé de répartir ces ressources et de diriger l'exécution du programme.

Toute décision tendant à modifier fondamentalement le programme ou à faire appel à d'autres institutions devra être approuvée par le comité des directeurs qui sera composé de représentants des institutions participantes, puis par le Ministère de la Santé publique.

Pour tirer le meilleur parti des ressources fournies par l'OPS, il est indispensable de mettre le programme en route le 1er mars 1966 au plus tard, car le contrat de la monitrice venue d'Amérique du Nord prendra fin en novembre et il n'est pas certain qu'elle accepterait une prolongation. C'est pourquoi il faut absolument que nous disposions d'ici là de cinq cytotekniciens.

Pour les raisons qui ont été indiquées, nous estimons qu'il est de la plus haute importance que les conseils techniques du Service national de Santé et du Service national de Médecine pour les Salariés décident le plus tôt possible de l'aide que ces deux services fourniront au titre du programme conformément aux demandes exposées plus haut, qui correspondent au minimum indispensable. Une fois prise cette décision, les ressources allouées devaient être mises à la disposition de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili selon les modalités prescrites.

II. LE PROGRAMME CHILIEN DE DEPISTAGE DU CANCER (Renseignements préliminaires)

INTRODUCTION

Comme il a été indiqué dans les rapports précédents, le programme a pris naissance à la suite d'un accord conclu entre le gouvernement chilien, l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Université du Chili. L'accord a été signé le 5 octobre 1965 et le programme a été mis en route le 1er mars 1966.

Les chiffres que l'on trouvera ici doivent être considérés comme de simples indications d'ordre général sur les résultats obtenus au 31 mars 1968. Des renseignements détaillés sur ces résultats seront publiés prochainement.

LABORATOIRE DE CYTOLOGIE

Ainsi qu'il était indiqué dans le projet original, la cheville ouvrière du programme est un laboratoire central qui reçoit des frottis de divers centres de collecte d'échantillons. Il incombe à ce laboratoire de centraliser les diagnostics établis d'après les frottis et de suivre les cas positifs au moyen d'une liaison permanente avec les centres de collecte des échantillons. En outre, le laboratoire remplit certaines fonctions pédagogiques en assurant la formation de techniciens en cytologie.

Dans le cadre du laboratoire, la section d'histopathologie s'occupe principalement de l'étude des biopsies cylindriques et des biopsies coniques du col utérin qui ont été faites sur des cas positifs du point de vue cytologique. Cette section examine près de 50 % des biopsies coniques effectuées au titre du programme et fournit en même temps une assistance technique aux laboratoires d'histopathologie d'autres hôpitaux, ce qui garantit l'uniformité des critères diagnostiques.

RESULTATS OBTENUS AU 31 MARS 1968

1. POPULATION EXAMINEE

Nombre total d'examen cytoologiques	44 369
Nombre total de femmes examinées	37 681
Nombre moyen de frottis par femme examinée	1,17

Cytodiagnostic

Cas normaux	34 767	92,27 %
Cas douteux	2 070	5,49 %
Dysplasie	512	1,36 %
Cancer <u>in situ</u>	267	0,71 %
Cancer invasif	65	0,17 %
Nombre de cas positifs	844	2,24 %

2. CORRELATION ENTRE LE DIAGNOSTIC CYTOLOGIQUE ET LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE CHEZ LES SUJETS ATTEINTS D'UN CANCER IN SITU

Le tableau suivant porte sur un groupe de 67 sujets chez lesquels on avait diagnostiqué un cancer in situ caractérisé.

Cytodiagnostic	Nombre	%
Cancer invasif	2	3,0
Cancer <u>in situ</u>	49	73,0
Dysplasie avancée	9	13,5
Dysplasie modérée	6	9,0
Dysplasie bénigne	1	1,5
Cas normaux	0	0,0

Les chiffres ci-dessus montrent que le cytodagnostic du cancer in situ dans notre laboratoire est très précis. Dans 75 % des cas, ce diagnostic a révélé un cancer in situ et dans 13 % des cas une dysplasie avancée, qui est considérée comme la phase de la néoplasie intra-épithéliale qui précède immédiatement la formation d'un cancer in situ. Dans deux cas, il s'agissait d'un cancer invasif. Aucun cas normal n'a été constaté.

3. REPARTITION PAR AGE DE 22 464 FEMMES EXAMINEES

Le tableau suivant indique la répartition par âge des 22 464 premières femmes examinées. Leur âge variait de 18 à 78 ans, la moyenne étant de 34,5 ans.

Cytodiagnostic	Nombre de femmes	%	Age moyen
Cas négatifs	21 963	97,83	30,60
Dysplasie	279	1,24	30,45
Cancer <u>in situ</u>	169	0,75	34,76
Cancer invasif	53	0,24	49,62
Nombre total de femmes examinées	22 464	100	34,49

4. RENDEMENT DU LABORATOIRE

Actuellement, 300 examens sont effectués chaque jour par 4 cytotechniciens qualifiés (plus de 18 mois de formation) et par 2 techniciens ayant moins d'un an de pratique. Les premiers font en moyenne 70 examens par jour, les seconds une trentaine. Quatre autres cytotechniciens sont en stage. Nous pensons pouvoir ainsi doubler le rendement actuel en 6 mois.

COUT DU PROGRAMME

Le coût estimatif du programme par sujet examiné (soit 1,2 examen cytologique en moyenne par sujet et 2 biopsies pour les cas positifs dépistés au Laboratoire) s'est établi comme suit :

1ère année (1966)	US \$2,5
2ème année (1967)	US \$1,8
3ème année (1968)	US \$1,4

OBSERVATIONS

L'éducation du public et la formation professionnelle sont organisées par la Faculté de Médecine et par la Ligue chilienne contre le Cancer dans le cadre de programmes coordonnés.

Pendant la période suivante, les aspects du programme qui viennent d'être indiqués retiendront plus particulièrement l'attention.