

Le cancer cervical : Planification de programmes de prévention appropriés

2e édition
2000

path

Program for Appropriate Technology in Health
1455 NW Leary Way, Seattle, WA 98107-5136, USA

Ce document a été élaboré grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates à l'ACCP : Alliance for Cervical Cancer Prevention (2000).



Le cancer cervical : Planification de programmes de prévention appropriés

*2e édition
2000*

path

Program for Appropriate Technology in Health

Ce document a été élaboré grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates à l'ACCP : Alliance for Cervical Cancer Prevention (2000).

© Path, 2000. Tous droits réservés.

Traduit par le Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyons, France.

Utilisation de ce document

Toute partie de ce document, *Le cancer cervical : Planification de programmes de prévention appropriés, 2e édition*, peut être reproduite ou adaptée en fonction des besoins locaux et ce, sans l'autorisation préalable de PATH, à condition que PATH soit cité et que le matériel puisse être utilisé à titre gracieux ou à prix coûtant. Veuillez envoyer un exemplaire de toute adaptation à l'adresse suivante :

Cervical Cancer Prevention Team
PATH (Program for Appropriate Technology in Health)
1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107-5136 USA
Téléphone : (+00 1) (206) 285-3500
Télécopie : (+00 1) (206) 285-6619
Email : accp@path.org

Nous encourageons vivement nos lecteurs à utiliser les différentes sections de ce document afin d'informer d'autres personnes sur les conséquences du cancer cervical et sur les stratégies de prévention réalisables.

Remerciements

Les principaux auteurs du manuel intitulé *Le cancer cervical : Planification de programmes de prévention appropriés, 2e édition* sont Cristina Herdman et Jacqueline Sherris. Ont également participé à cet ouvrage les auteurs suivants : Amie Bishop, Michele Burns, Patricia Coffey, Joyce Erickson, John Sellors et Vivien Tsu. Leur contribution a été essentielle. Ce document a, en outre, pu être élaboré grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, via l'ACCP, Alliance for Cervical Cancer Prevention.

Ce document, *Le cancer cervical : Planification de programmes de prévention appropriés, 2e édition* (version anglaise : *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs, 2nd Edition*), constitue la version revue et corrigée de *Planning Appropriate Cervical Cancer Control Programs*, publié par PATH en 1997. La première édition de cette publication a été préparée par une équipe du programme PATH, qui travaille sur une série de problèmes liés à la prévention du cancer cervical. Jacqueline Sherris en est l'auteur principal ; Amie Bishop, Elisa Wells, Vivien Tsu et Maggie Kilbourne-Brooke ont également participé à cette première version.

Les auteurs souhaitent remercier les personnes ayant fourni des informations relatives aux dossiers présentés. Ces personnes sont : Dr José Camacho (Cuban National Cancer Control Program, Havana, Cuba) ; Dr Carolina Wiesner (National Institute of Cancer, Bogotá, Colombia) ; Dr Concepción Bratti (Proyecto Epidemiológico Guanacaste, San José, Costa Rica) ; Dr Eric Suba (Viet/American Cervical Cancer Prevention Project, San Francisco, California, USA) ; Dr Sharon Fonn (Women's Health Project, Johannesburg, South Africa).

Les auteurs souhaitent également remercier les personnes ayant participé à la révision de ce document : Dr Catterina Ferrecchio (Organisation Panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., USA) ; Dr Lynne Gaffikin (JHPIEGO Corporation, Baltimore, Maryland, USA) ; Dr Martha Jacobs (AVSC International, New York, New York, USA) ; Dr Silvana Luciani (Organisation Panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., USA) ; Dr D.M. Parkin (Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyon, France) ; Dr Raquel Requejo (Organisation Panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., USA) ; Dr Sylvia Robles (Organisation Panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., USA) ; Dr Sankaranarayanan (Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyon, France). Leurs commentaires et leurs conseils ont été essentiels et ont permis d'élaborer un document clair et précis. Toute imprécision présente dans le texte est de la responsabilité de son auteur.

Tous les commentaires concernant ce document sont bienvenus, qu'il s'agisse de suggestions visant à apporter des améliorations ou des commentaires de lecteurs sur l'utilisation de ce document lors de formations de soignants, preneurs de décisions et autres. Veuillez envoyer vos commentaires à l'adresse suivante : accp@path.org.

Table des matières

Résumé des recommandations principales	1
Analyse	
Cancer cervical : amplitude du problème	3
Dossiers	
1. Histoire naturelle du cancer cervical	7
2. Dépistage : test de Papanicolaou (frottis cervical)	11
3. Dépistage : méthodes visuelles	15
4. Dépistage : diagnostics VPH	21
5. Technologies et méthodes thérapeutiques	25
6. Stratégies de suivi	29
7. Cancer cervical : stades avancés et soins palliatifs	33
8. Évaluation et surveillance des programmes	37
9. Prévention du cancer cervical : prise en compte des besoins des femmes	41
10. Lobbying en faveur du dépistage et du traitement du cancer cervical	45
Considérations relatives au programme	
Lancement d'un programme efficace de prévention du cancer cervical	49
Considérations financières	55
Profils des pays	
Afrique du Sud : actions d'une organisation en faveur de l'adoption d'une nouvelle politique de santé	67
Colombie : actions de prévention du cancer cervical, menées au cours de la réforme des soins de santé	69
Costa Rica : soutien des taux de participation dans une région à haute incidence	71
Cuba : utilisation de la recherche lors de l'élaboration de recommandations de dépistage	73
Viêt Nam : établissement d'un programme de dépistage par test de Papanicolaou	75
Glossaire	77
Bibliographie annotée	81



Résumé des recommandations principales

Au cours de la dernière décennie, de nombreux articles ont traité des difficultés liées à la prévention du cancer cervical dans des environnements aux ressources limitées et ont présenté les stratégies susceptibles d'être les plus efficaces dans ce type d'environnement. Ce document passe en revue les recherches récentes, présente les expériences entreprises au cours de ces programmes, ainsi que les analyses associées à la prévention du cancer cervical, en insistant particulièrement sur les implications des programmes et des stratégies adoptés. L'objectif de ce document est d'offrir une aide aux gestionnaires des programmes et aux preneurs de décision lors de l'élaboration de nouveaux programmes de prévention du cancer cervical ou lors de l'extension de programmes déjà existants. Cette publication peut également constituer une référence pour les professionnels de la santé, le personnel administratif, ainsi que pour toute autre personne souhaitant être informée sur les concepts clés associés à la prévention du cancer cervical. Les recommandations de ce document sont applicables à tous les programmes, quel que soit leur emplacement ; sont également incluses dans ces recommandations des remarques propres aux programmes aux ressources limitées.

Pour avoir un impact sur le taux d'incidence du cancer cervical et le taux de mortalité due à ce cancer, les objectifs minimaux répertoriés ci-dessous doivent être atteints :

- ▶ Informer les populations sur le cancer cervical et encourager les femmes âgées de 30 à 50 ans à entrer en contact avec les services de prévention, en soulignant la nécessité pour les femmes entre 35 et 50 ans de subir un test de dépistage du cancer cervical. Les femmes de cette tranche d'âge constituent un groupe cible approprié pour un nouveau programme de prévention du cancer cervical dont les ressources seraient limitées.
- ▶ Dépister toutes les femmes âgées de 35 à 50 ans au moins une fois, avant d'étendre le dépistage à d'autres tranches d'âge ou de diminuer l'intervalle entre les tests de dépistage.*
- ▶ Soigner les femmes atteintes de dysplasie de haut grade, diriger les femmes atteintes de cancer invasif vers les services appropriés et proposer des soins palliatifs aux femmes dont le cancer est à un stade avancé.
- ▶ Recueillir des données statistiques relatives aux prestations de services et, à l'aide de ces données, faciliter le contrôle et l'évaluation continus des activités et des résultats des programmes.

Lorsqu'un nouveau programme est élaboré ou qu'un programme existant est étendu, il est essentiel de mettre en place une gestion solide des stratégies du programme et d'obtenir le soutien et la participation de l'ensemble des intervenants du système de santé. Pour obtenir ce soutien, il est important de faire

* Dans les pays où les ressources sont limitées, l'objectif doit être de dépister chaque femme du groupe cible une fois au cours de son existence, à l'âge de 40 ans, approximativement. Lorsque des ressources sont disponibles, la fréquence de dépistage doit augmenter et un test doit être effectué une fois tous les 10 ans, puis une fois tous les 5 ans pour les femmes âgées de 35 à 55 ans. Lorsque de nombreuses ressources sont disponibles et qu'une large proportion du groupe cible a pu subir un test de dépistage, le dépistage doit être étendu, dans un premier temps aux femmes plus âgées (jusqu'à 60 ans), puis aux femmes plus jeunes (à partir de 25 ans). Lorsque des ressources supplémentaires sont disponibles et qu'une proportion élevée du groupe cible subit un test de dépistage tous les 5 ans, la fréquence de dépistage doit alors être augmentée et un test doit être pratiqué tous les 3 ans, entre 25 à 60 ans.



clairement état de la nécessité impérieuse de mettre en place un programme de prévention du cancer cervical. Il est également essentiel d'effectuer une analyse des coûts estimés et de l'impact attendu des stratégies de programme proposées.

La collaboration des soignants et des femmes susceptibles de participer au programme doit également être obtenue afin que ceux-ci prennent part à l'élaboration du programme, à sa mise en œuvre et à son évaluation. Leurs points de vue et leurs besoins seront ainsi pris en compte. Il est absolument essentiel que la conception et l'instauration des programmes soient basées sur les résultats substantiels de recherches portant sur la prévention du cancer cervical. Enfin, il est nécessaire de définir des objectifs clairs, d'établir des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis et de mettre en place des systèmes de suivi des informations. Ces étapes permettent aux responsables des programmes d'évaluer la réussite des actions entreprises et d'identifier les éléments devant être améliorés.

Afin d'atteindre les objectifs minimaux d'un programme mis en place dans un environnement aux ressources limitées, il est nécessaire de prendre en compte les éléments suivants :

- ▶ Utiliser les points forts des systèmes de santé existant dans le pays ou dans la communauté afin d'augmenter les chances de mettre en place le programme sélectionné ;
- ▶ Obtenir la participation des femmes, de leurs partenaires, des dirigeants de la communauté et d'autres parties prenantes locales, à la conception du programme, à son instauration et à son évaluation ;
- ▶ Coordonner les actions des services de prévention du cancer cervical à celles des programmes de santé offrant des services connexes et/ou ciblant les femmes d'âge moyen, ou intégrer ces services à ces programmes ;
- ▶ Identifier les obstacles gênant l'instauration de prestations de services efficaces et tenter de résoudre ces difficultés, avant de lancer le nouveau programme (il peut s'agir, par exemple, de services de cytologie ou de systèmes d'informations inadéquats) ;
- ▶ Supprimer les réglementations empêchant de faciliter l'accès à ces services, telles que les lois interdisant aux infirmières de pratiquer un test de dépistage ;
- ▶ Vérifier que les soignants, à tous les niveaux du système de santé, reçoivent une formation appropriée portant sur les mesures de prévention du cancer cervical, notamment sur le conseil ;
- ▶ Utiliser des stratégies novatrices, testées sur le terrain et respectueuses des cultures des populations afin de dépister les femmes démunies entre 30 et 50 ans ;
- ▶ Soutenir une recherche ciblée, portant sur les nouvelles méthodes des programmes susceptibles de favoriser l'accès aux services de dépistage tout en diminuant les coûts des programmes.

Grâce à des stratégies de prestation de services créatives et aux actions d'un personnel dévoué et compétent, les programmes de prévention du cancer cervical peuvent faire face aux difficultés inhérentes à la mise en œuvre de services de dépistage et de traitement appropriés et, éventuellement, influencer positivement et durablement sur la santé des femmes.

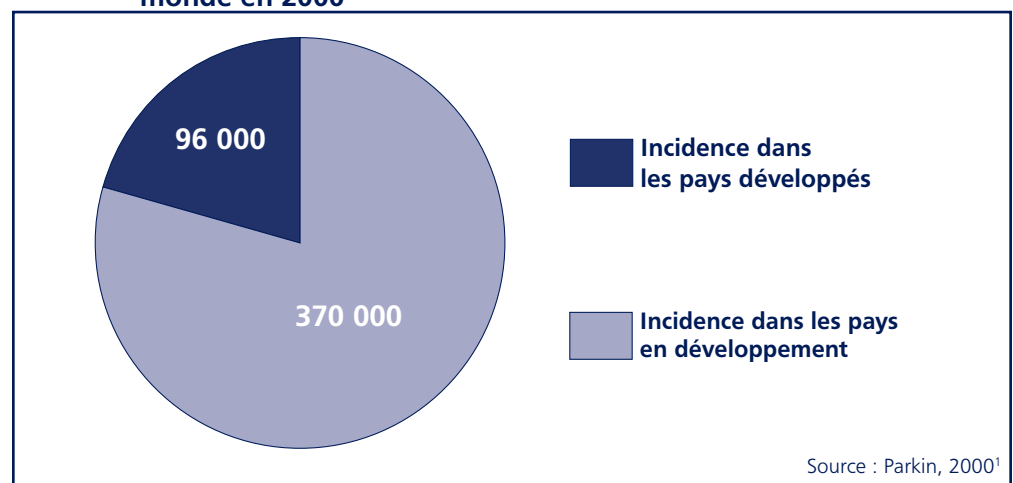
Référence

1. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes : Managerial Guidelines*. Geneva : World Health Organization (1992).

Cancer cervical : amplitude du problème

Le cancer cervical continue ses ravages dans le monde entier, en particulier dans les pays en développement. D'après une estimation établie à partir de la dernière compilation en date de données globales, 466 000 nouveaux cas de cancer cervical sont détectés chaque année dans le monde entier (voir Figure 1).¹ Presque 80 pour cent de ces cas sont dépistés dans les pays en développement, où les programmes de dépistage sont mal implantés ou peu efficaces. Dans les pays en développement, le taux d'incidence du cancer cervical est le deuxième taux le plus élevé (après celui du cancer du sein). Le cancer cervical constitue la première cause de mortalité par cancer. Il cause chaque année la mort de 231 000 femmes dans le monde : 80 % de ces décès se produisent dans les pays en développement.¹

Figure 1. Nombre estimé de nouveaux cas de cancer cervical dans le monde en 2000



Incidence

Les taux d'incidence de cancer cervical les plus élevés, normalisés selon l'âge, ont été mesurés en Mélanésie, en Afrique du Sud, en Amérique Centrale, en Afrique de l'Est et en Amérique du Sud (voir Figure 2). Dans toutes ces régions, les taux d'incidence étaient supérieurs à 40 pour 100 000 femmes.¹ Par exemple, les auteurs d'une étude conduite au Zimbabwe ont mesuré un taux d'incidence de 54 pour 100 000 femmes ; en Guinée, les taux étaient de 46 pour 100 000.^{2,3} Des données permettent donc d'affirmer que les taux d'incidence sont en augmentation dans certaines régions de l'Afrique sub-saharienne.⁴

Les taux d'incidence du cancer cervical nettement plus élevés des pays en développement, en comparaison avec ceux des pays développés, sont essentiellement dus à l'absence de programmes de dépistage efficaces dont les objectifs seraient la détection de lésions précancéreuses et leur traitement avant que ces lésions n'évoluent en cancer invasif. D'après une estimation de 1985, au cours des cinq années précédentes, seuls cinq pour cent des femmes des pays en développement ont subi un test de dépistage de la néoplasie cervicale, alors que dans les pays développés, 40 à 50 pour cent des femmes ont subi ce dépistage.⁵ Il est peu probable que ce rapport ait changé de façon significative. Aux difficultés d'accès aux services de



dépistage s'ajoutent les taux élevés d'infection à virus du papillome humain (VPH), qui constitue la cause principale, sous-jacente, de cancer cervical.

L'estimation, établie en l'an 2000, du taux d'incidence du cancer cervical est supérieure de 25 pour cent à l'estimation de 1990. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec précaution car les données ne sont pas toujours disponibles et les méthodologies utilisées peuvent varier.

Prévalence

D'après une estimation modérée de la prévalence globale basée sur 2 000 données, il existe approximativement 1,4 million de cas de cancer cervical cliniquement avérés (cette estimation a été établie en fonction du nombre de patientes toujours en vie cinq ans après l'établissement du diagnostic).¹ Ces cas ont, dans leur grande majorité, été détectés dans les pays en développement. Cette estimation reflète l'accumulation des cas, chaque année, et le fait que peu de femmes vivant dans les pays en développement bénéficient d'un traitement. D'après les données actuelles relatives à l'histoire naturelle du cancer cervical, le risque de lésions précurseurs du cancer cervical est deux à cinq fois plus élevé que celui de cancer invasif. Par conséquent, 7 000 000 femmes sont susceptibles d'être atteintes de dysplasie de haut grade qu'il faudra identifier et traiter.

Mortalité

Il est évident que le cancer cervical constitue la cause de mortalité féminine la plus élevée dans les pays en développement. Dans ces pays, le taux de mortalité attribuable au cancer cervical, normalisé selon l'âge, est de 9,6 pour 100 000 femmes, soit deux fois le taux mesuré dans les pays développés.⁶ Près de 40 pour cent des décès attribuables au cancer cervical, rapportés dans les pays en développement, se produisent en Asie centrale et en Asie du Sud, une région très peuplée qui comprend l'Inde, le Pakistan et le Bangladesh.¹

Le taux de mortalité attribuable au cancer cervical constitue l'indicateur le plus révélateur de l'impact de ce cancer sur les femmes, leur famille et leur communauté. Dans les pays où les actions de dépistage et les traitements sont rares, les taux de mortalité sont parfois utilisés à la place des taux d'incidence, étant donné qu'en l'absence de dépistage et de traitement, l'issue du cancer cervical est presque toujours fatale. En Asie, en Afrique et dans les îles du Pacifique Sud, les taux de mortalité pourraient être réduits d'au moins 30 pour cent grâce à un dépistage du cancer à un stade précoce et à l'administration d'un traitement approprié, similaires au dépistage et au traitement dont bénéficient les femmes des pays développés.⁶

Répartition par âge

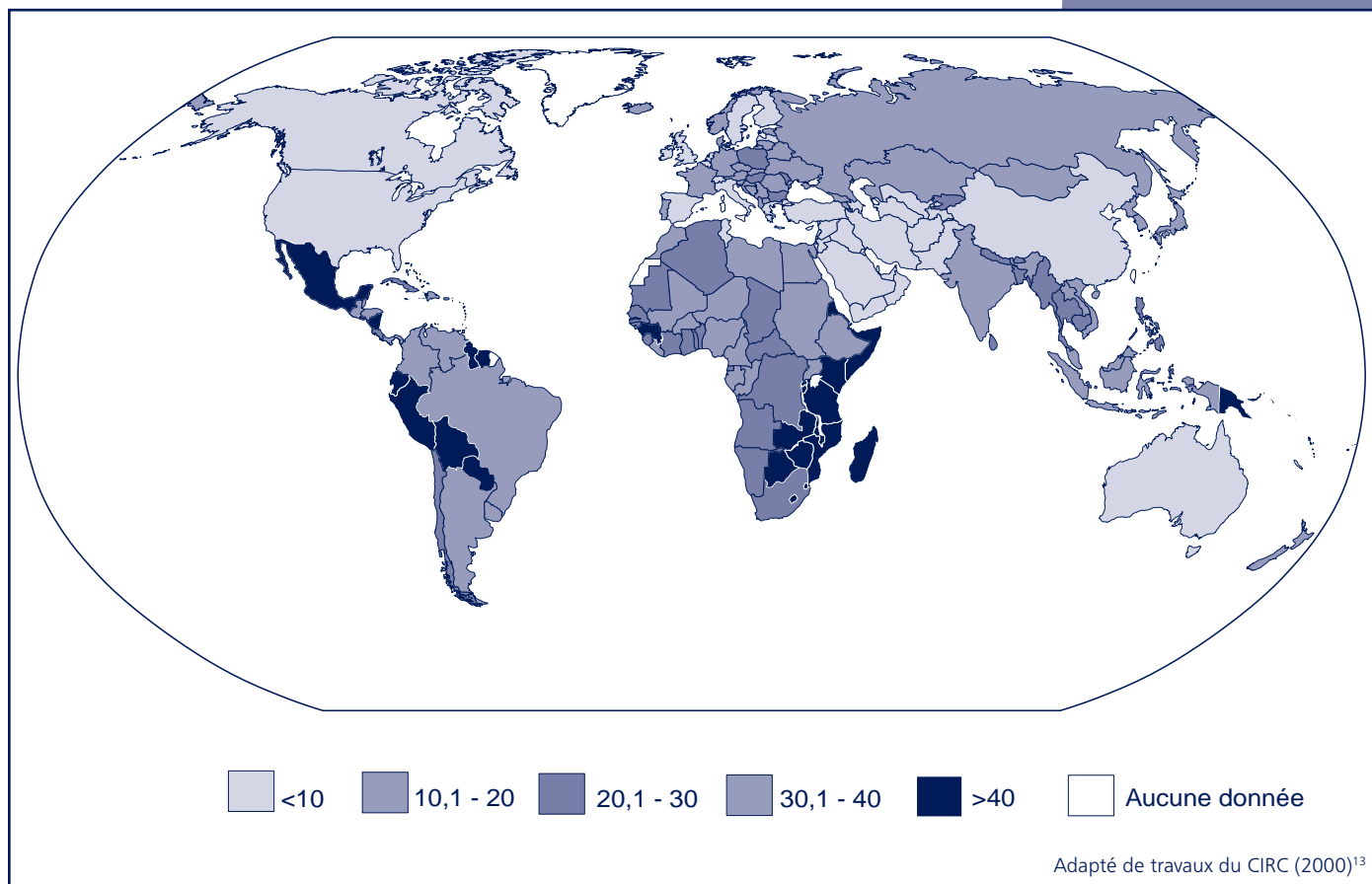
Dans la plupart des pays, le taux d'incidence du cancer cervical invasif est très faible chez les femmes âgées de moins de 25 ans. Il augmente chez les femmes âgées de 35 à 40 ans et atteint une valeur maximale pour les femmes âgées de 50 à 70 ans.⁷ Les données des registres du cancer des pays en développement indiquent qu'approximativement 80 à 90 pour cent des cas avérés détectés dans ces pays le sont chez des femmes âgées de 35 ans ou plus. Les différences comparatives du nombre de cas de cancer cervical dans les différentes tranches d'âge reflètent généralement la structure d'âge

sous-jacente des populations. Ces différences reflètent également le fait que les femmes plus âgées ne sont souvent soumises à aucun dépistage.

Dans quelques pays, les données cliniques suggèrent que les taux par âge ont diminué et sont à présent inférieurs à ceux des pays développés.^{8,9} Ces résultats sont le fait d'un biais, inhérent aux études cliniques ; il est cependant peu probable que de tels résultats puissent être observés sur un véritable échantillon de la population. D'après certaines données, le risque de lésions précancéreuses serait plus élevé chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives.^{10,11} L'évolution des lésions cervicales serait également plus rapide chez les femmes séropositives et entraînerait de façon prématurée l'apparition d'un cancer invasif. Ainsi, une étude rétrospective conduite en Afrique du Sud a permis de déterminer que les femmes séropositives étaient susceptibles d'être atteintes de cancer invasif 10 ans avant les femmes séronégatives.¹²

Les estimations des taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associées au cancer cervical sont inférieures aux taux actuels, essentiellement en raison de l'absence de traitement médical pour de nombreuses femmes atteintes de cancer cervical ; ces femmes ne sont donc pas incluses dans les registres du cancer. Les faiblesses des structures de dépistage et la tendance consistant à ne pas dépister les femmes plus âgées, ni celles atteintes d'un cancer à un stade avancé ou se trouvant dans l'incapacité de payer ce type de service sont autant d'obstacles au calcul d'estimations précises. En outre, le manque de systèmes organisés d'informations sur la santé rend problématique le décompte des femmes atteintes de cancer cervical.

Figure 2. Estimation de l'incidence (normalisée selon l'âge) des nouveaux cas de cancer cervical (2000)



Références

1. Parkin DM. Personal Communication, IARC (July 2000).
2. Chokunonga E, Levy LM, Bassett MT, et al. Cancer incidence in the African population of Harare, Zimbabwe: second results from the cancer registry 1993-1995. *International Journal of Cancer* 85(1):54-59 (January 2000).
3. Koulibaly M, Kabba IS, Cisse A, et al. Cancer incidence in Conakry, Guinea: first results from the Cancer Registry 1992-1995. *International Journal of Cancer* 6(70): 39-45 (January 1997).
4. Wabinga HR, Parkin DM, Wabwire-Mangen F, et al. Trends in cancer incidence in Kyadondo County. *British Journal of Cancer* 82(9):1585-1592 (May 2000).
5. World Health Organization (WHO). Primary prevention of cervical cancer. WHO, Geneva, October 3-November 2, CAN/85.1 (1985).
6. Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 24;83(1):18-29 (September 1999).
7. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva : World Health Organization (1992).
8. Rogo KO, Omany J, Onyango JN, et al. Carcinoma of the cervix in the Africa setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 33:249-255 (November 1990).
9. Lancaster EJ, Banach L, Lekalakala T, et al. Carcinoma of the uterine cervix: results of Ka-Ngwane screening programme and comparison between the results obtained from urban and other unscreened rural communities. *East African Medical Journal* 76(2):101-104 (February 1999).
10. Maggwa B, Hunter D, Mbugua S, et al. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. *AIDS* 7(5):733-738 (May 1993).
11. Motti P, Dallabetta G, Daniel R, et al. Cervical abnormalities, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus infections in women in Malawi. *Journal of Infectious Disease* 173(3):714-717 (March 1996).
12. Lomalisa P, Smith T, Guidozi F. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical cancer in South Africa. *Gynecological Oncology* 77(3):460-463 (June 2000).
13. International Agency for research on Cancer. GLOBOCAN 2000. Lyon, France: IARC (2000).

Histoire naturelle du cancer cervical

Afin de planifier et de mettre en œuvre un programme de prévention du cancer cervical rationnel, efficace et peu coûteux, il est impératif d’avoir une compréhension claire de l’histoire naturelle de la maladie. Au cours de ces dernières années, les modèles acceptés d’histoire naturelle du cancer cervical ont changé. Cette histoire naturelle a un impact direct sur les stratégies de dépistage, de traitement et de suivi ; les planificateurs de programmes devraient donc baser leurs stratégies de prévention du cancer cervical sur les modèles d’histoire naturelle les plus récents.

Les premiers programmes de prévention du cancer cervical se fondaient sur l’hypothèse selon laquelle la maladie se développait à partir de lésions précurseurs (généralement connues sous le terme de dysplasies), évoluant progressivement de la dysplasie légère à la dysplasie modérée, puis sévère, et évoluant finalement en carcinome *in situ* (CIS) et en cancer. En fait, il apparaît désormais que le précurseur direct du cancer cervical est la dysplasie de haut grade. Son évolution en cancer peut se dérouler sur dix ans (voir Figure 3). La plupart des dysplasies de bas grade régressent ou n’évoluent pas, en particulier lorsqu’il s’agit de cas incidents de dysplasie de bas grade détectés chez des femmes âgées de moins de 35 ans. La probabilité de régression diminue pour les cas prévalents.

Figure 3. Histoire naturelle du cancer cervical et implication des programmes de dépistage et de traitement

Infection à VPH	Dysplasie cervicale de bas grade	Dysplasie cervicale de haut grade	Cancer invasif
<p>Caractéristiques : L’infection à VPH est extrêmement fréquente chez les femmes en âge de procréer. L’infection à VPH peut rester stable, évoluer en dysplasie ou devenir indétectable.</p> <p>Gestion : Les verrues génitales résultant d’une infection à VPH peuvent être traitées. Il n’existe cependant aucun traitement contre les VPH. La prévention primaire préconise l’utilisation de préservatifs qui permettent de garantir une certaine protection.</p>	<p>Caractéristiques : La dysplasie de bas grade est, en règle générale, temporaire et disparaît graduellement. Certains cas, cependant, évoluent en dysplasie de haut grade. L’infection à VPH peut parfois être à l’origine d’une dysplasie de haut grade qui se déclare plusieurs mois, voire plusieurs années, après l’infection.</p> <p>Gestion : En règle générale, il est préférable de surveiller la dysplasie de bas grade plutôt que de la traiter étant donné que la plupart des lésions régressent spontanément ou n’évoluent pas.</p>	<p>Caractéristiques : La dysplasie de haut grade, précurseur du cancer cervical, est nettement moins fréquente que la dysplasie de bas grade. La dysplasie de haut grade peut être le résultat d’une dysplasie de bas grade ou, dans certains cas, être la conséquence directe d’une infection à VPH.</p> <p>Gestion : La dysplasie de haut grade doit être traitée, car une proportion significative de ce type de dysplasie évolue en cancer.</p>	<p>Caractéristiques : Les femmes atteintes de dysplasie de haut grade risquent d’être atteintes de cancer invasif ; cette évolution est en général lente et se déroule sur plusieurs années.</p> <p>Gestion : Le traitement du cancer invasif doit se dérouler en milieu hospitalier ; il s’agit d’un traitement coûteux et souvent peu efficace.</p>

La première cause sous-jacente de cancer cervical est le virus du papillome humain (VPH). L’infection à VPH est une infection courante, transmise sexuellement.¹ Il faut cependant souligner que moins de cinq pour cent

L'histoire naturelle du cancer cervical semble indiquer que le dépistage doit avant tout concerner les femmes le plus à risque d'être atteintes de lésions précancéreuses (soit les femmes âgées de trente à cinquante ans). La fréquence de ce dépistage peut être faible et le dépistage peut cependant conserver un impact significatif.

des femmes infectées par le VPH et dont l'infection n'est pas traitée sont finalement atteintes d'un cancer cervical. Certains sous-types génétiques de VPH sont plus fortement associés au cancer cervical que d'autres et l'infection à VPH persistante entraîne plus fréquemment l'apparition de dysplasie de haut grade et de cancer.² Le tabagisme peut favoriser l'évolution d'une dysplasie en cancer cervical. La défaillance du système immunitaire, en particulier celle liée à l'infection par le VIH, constitue également un facteur de risque. Certains facteurs hormonaux, tels que la jeunesse de la mère à la naissance de son premier enfant, l'utilisation de contraceptifs hormonaux et une parité élevée jouent également un rôle.³ La plupart des autres facteurs dont l'association avec le cancer cervical a été établie (par exemple, l'âge lors des premiers rapports et le nombre de partenaires sexuels) sont très vraisemblablement les indicateurs d'une exposition au VPH plutôt que des facteurs de risque indépendants.^{4,5}

Environnements aux ressources limitées : informations clés

Les découvertes récentes relatives à l'histoire naturelle du cancer cervical doivent être prises en considération lorsque sont arrêtées un certain nombre de décisions concernant les éléments suivants :

- ▶ date de lancement d'un programme de dépistage ;
- ▶ fréquence du dépistage ; et
- ▶ quand recommander un traitement et/ou le suivi adéquat.

L'histoire naturelle du cancer cervical semble indiquer que le dépistage doit avant tout concerner les femmes le plus à risque d'être atteintes de lésions précancéreuses (soit les femmes âgées de trente à cinquante ans). Le cancer cervical se développe le plus souvent après 40 ans et atteint un taux d'incidence maximal à la cinquantaine. La dysplasie peut généralement être détectée dix ans avant l'apparition du cancer. Le taux d'incidence de dysplasie est le plus élevé pour les femmes âgées d'environ 35 ans. Pour les femmes non dépistées, âgées de plus de 50 ans, le risque de cancer cervical demeure relativement élevé. Cependant, ce risque est faible pour les femmes de cette tranche d'âge si un ou plusieurs tests de dépistage (pratiqués alors qu'elles avaient entre trente et cinquante ans) ont donné des résultats négatifs. Il est à noter que le dépistage de femmes post-ménopausées peut voir un impact positif limité en raison de la sensibilité plus faible du dépistage par test de Papanicolaou : les modifications se produisant alors dans le tissu cervical et l'observation difficile de la zone de transformation, d'où la plupart des cancers cervicaux sont issus, entraînent en effet une diminution de la sensibilité de ce type de dépistage. Enfin, on peut considérer qu'en règle générale, la détection d'un nombre plus élevé de cas de cancer cervical chez des femmes plus jeunes reflète la structure d'âge de la population ou les modèles de dépistage plutôt qu'un déplacement des taux d'incidence propres à chaque tranche d'âge.

Les modèles d'histoire naturelle et les données cliniques semblent indiquer que le cancer cervical est issu de lésions précurseurs et que son évolution est, en général, lente. Par conséquent, le test de dépistage peut être effectué de façon peu fréquente et conserver cependant un impact significatif sur les taux de morbidité et de mortalité. Un test de dépistage pratiqué tous les trois ans a presque autant d'impact qu'un test de dépistage annuel. Un test de dépistage pratiqué tous les 10 ans peut avoir un impact significatif sur le taux d'incidence du cancer cervical, si l'on compare ce taux au taux obtenu

Tableau 1. Réduction potentielle des taux cumulés de cancer cervical avec des fréquences de dépistage différentes

Fréquence de dépistage*	Réduction des taux cumulés (exprimée en pourcentage) [†]
1 an	93
2 ans	93
3 ans	91
5 ans	84
10 ans	64

Adapté de travaux du CIRC, 1986.⁶

*Dépistage de toutes les femmes âgées de 35 à 64 ans dont au moins l'un des précédents tests de dépistage a été négatif.

[†]Lors de la lecture de ces taux de réduction, on considère que la sensibilité de dépistage est de 100 pour cent et que la couverture de dépistage est de 80 pour cent. On considère en outre qu'un traitement efficace est administré de façon systématique en cas de détection d'une dysplasie de haut grade.

en l'absence de dépistage (voir Tableau 1).⁶ L'objectif du dépistage devrait alors porter sur la couverture de la population plutôt que sur la fréquence de dépistage.

D'après les connaissances actuelles sur l'histoire naturelle du cancer cervical, il est fortement recommandé, en cas de ressources limitées, de traiter les dysplasies de haut grade et de mettre en place des mécanismes de suivi afin d'accompagner les femmes atteintes de dysplasie de bas grade. Certaines études semblent démontrer qu'environ un tiers des lésions précancéreuses non traitées évolueront en cancer au cours des 10 ans. La plupart des dysplasies de bas grade régressent de façon spontanée ou n'évoluent pas.^{7,8}

Implication de la politique de santé

Afin de proposer des services qui auront un impact maximal sur le taux d'incidence du cancer cervical et sur le taux de mortalité attribuable à ce cancer, les programmes doivent avoir pour objectif de :

- ▀ Couvrir, lors du dépistage initial, le nombre maximal de femmes pour lesquelles le risque d'être atteintes des précurseurs du cancer cervical est le plus élevé : la tranche d'âge de 35 à 50 ans constitue une base de départ raisonnable, sauf si des données fiables, recueillies auprès de la population, indiquent que le dépistage de femmes plus jeunes doit également être effectué. Au fur et à mesure que les programmes gagnent en maturité et obtiennent une couverture adéquate de la population, le dépistage doit être progressivement étendu aux femmes âgées de 30 à 60 ans ;
- ▀ Soigner prioritairement les femmes dont les résultats de test révèlent la présence de lésions précancéreuses de haut grade, diriger les femmes atteintes de cancer à un stade avancé vers des hôpitaux pouvant les accueillir ou proposer des soins palliatifs ;



- ▶ Diffuser auprès des soignants et des personnalités du monde médical un récapitulatif des informations existantes, ainsi que les principaux articles de recherche portant sur l'histoire naturelle du cancer cervical afin que les raisons motivant les recommandations de dépistage et de traitement soient comprises ;
- ▶ Vérifier que des procédures de recherche et de suivi sont en place et qu'elles sont effectives et ce, afin de garantir une fréquence de dépistage des femmes atteintes de dysplasie de bas grade plus élevée que la fréquence de dépistage de la population dans son ensemble, afin également de permettre une surveillance des femmes chez lesquelles des anomalies plus graves sont détectées ;
- ▶ Soutenir la mise en place de recherches ciblées sur les tests VPH peu coûteux et précis : en effet, l'identification du statut VPH d'une femme donne aux soignants des indications concernant l'évolution potentielle de l'infection. À terme, le test VPH pourrait représenter un élément important des programmes de dépistage ciblés et constituer une aide précieuse lors de la prise de décisions thérapeutiques.

Références

1. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. *Journal of National Cancer Institute* 87(11):796-802 (June 1995).
2. Ho GY, Burk RD, Klein S, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 87(18):1365-1371 (September 1995).
3. Muñoz N, Bosch FX. Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspectives for prevention. *Salud Publica de Mexico* 39(4):274-282 (July-August 1997).
4. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva : World Health Organization (1992).
5. Brinton LA. Epidemiology of cervical cancer—an overview. In: *The Epidemiology of Cervical Cancer and Human Papillomavirus*. Muñoz N et al., eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publication No. 119:3-23 (1992).
6. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publications 7: 33-144 (1986).
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252-258 (February 1999).
8. Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mild cervical dysplasia during longterm followup. *Obstetrics and Gynecology* 67(5):665-669 (May 1986).

Dépistage : test de Papanicolaou (frottis cervical)

Du point de vue de la santé publique, le but du dépistage est de fournir un moyen accessible, peu coûteux, d'identifier les personnes qui, dans une population donnée, sont susceptibles d'être atteintes d'une maladie particulière.

Du point de vue de la santé publique, l'objectif de tout type de dépistage est de permettre de déterminer facilement, à peu de frais, les sujets d'une population donnée susceptibles d'être atteint(e)s d'une certaine maladie. Les critères de décision sur lesquels se basent le choix de l'instauration, ou non, d'un programme de dépistage sont les suivants :

- ▶ La maladie en question constitue-t-elle un problème de santé publique ?
- ▶ Existe-t-il un traitement acceptable de la maladie détectée ?
- ▶ Existe-t-il une phase symptomatique précoce ou une phase détectable latente ?
- ▶ Les mécanismes de l'histoire naturelle de la maladie sont-ils compris ?
- ▶ Existe-t-il un consensus sur les personnes à traiter ?
- ▶ Existe-t-il des structures permettant diagnostic et traitement et sont-elles accessibles ?
- ▶ Existe-t-il un équilibre économique entre l'identification des cas à traiter et les soins médicaux à administrer ?
- ▶ Le programme est-il viable ?

Ces facteurs sont pris en compte de façon collective afin d'établir le degré de priorité ou d'évaluer la nécessité des interventions de dépistage.

De par le monde, les actions de prévention du cancer cervical ont essentiellement porté sur le dépistage des femmes risquant d'être atteintes de cette maladie, ainsi que sur le traitement des lésions précancéreuses. Le dépistage par test de Papanicolaou (ou par frottis cervical) fut élaboré au cours des années 30 et désigné par le nom de son inventeur, le Dr George Papanicolaou. Les programmes de dépistage par test de Papanicolaou, également connus sous l'appellation de programmes de dépistage cytologique, ont obtenu des résultats impressionnants dans certains pays en développement et permis de réduire les taux d'incidence du cancer cervical, ainsi que le taux de mortalité.¹ Dans les régions où le dépistage est de bonne qualité et où la couverture de la population est importante, le taux d'incidence du cancer cervical peut être réduit de 90 pour cent. Par exemple, en Finlande, un programme national de dépistage du cancer cervical fut lancé en 1963 et permit de diminuer le taux d'incidence du cancer cervical et de le ramener à 5,5 cas pour 100 000 femmes, l'un des taux les plus bas dans le monde.² En revanche, dans les pays en développement où sont comptabilisés 80 pour cent de tous les nouveaux cas, le taux de femmes ayant subi un test de dépistage au cours des cinq dernières années est estimé à 5 pour cent.

Un test de Papanicolaou est un examen cytologique dont l'objectif est de détecter les cellules cervicales anormales. La procédure consiste à prélever des cellules du col de l'utérus, puis à les fixer sur une lame de verre. Les lames sont alors envoyées à un laboratoire de cytologie et lues par un cytologiste ou par un cytotechnicien diplômé. En règle générale, les résultats de cet examen sont disponibles en l'espace de quelques semaines. Dans la plupart des pays développés, il est conseillé aux femmes devenues sexuellement actives de se soumettre à leur premier frottis cervical, puis de s'y soumettre régulièrement, à un intervalle variant de un à trois ans. De nombreuses directives nationales



La sensibilité et la spécificité indiquent la capacité du test à faire la distinction entre les individus souffrant d'une maladie donnée et les individus non atteints. La sensibilité est la proportion des individus souffrant d'une maladie, correctement identifiés par le test comme étant effectivement atteints par cette maladie. La spécificité est la proportion des individus correctement identifiés par le test comme ne souffrant pas de la maladie en question. La valeur prédictive positive désigne la probabilité d'être atteint de la maladie, lorsque le résultat du test est positif. La valeur prédictive négative désigne la probabilité de ne pas être atteint de la maladie, lorsque le résultat du test est négatif.

tendent à recommander un prélèvement de frottis cervicaux moins fréquent, étant donné que l'évolution du cancer cervical et de ses précurseurs s'avère généralement lente et qu'elle se déroule sur plusieurs années. La plupart des protocoles recommandent que les femmes atteintes de lésions de bas grade se représentent ultérieurement afin de se soumettre à des frottis cervicaux de suivi de routine. En cas de détection d'un état pré-invasif de haut grade, un autre examen est en général pratiqué via colposcopie (examen du col utérin à l'aide d'un appareil de grossissement spécial) et biopsie. Un traitement des zones suspectes est alors pratiqué (par excision chirurgicale ou ablation).

Bien que les stratégies de dépistage basées sur le prélèvement de frottis cervicaux aient été mises en place dans de nombreux pays en développement, les résultats obtenus sont souvent limités. Au Mexique, par exemple, où des programmes de dépistage nationaux par frottis cervical ont été mis en place depuis 1974, le taux de mortalité (16 pour 100 000 femmes) est demeuré inchangé pendant 15 ans.³ Cet échec est largement dû au fait que les femmes plus jeunes des zones urbaines furent soumises plusieurs fois à des tests de dépistage alors que des femmes plus âgées, « à risque », échappèrent au dépistage.

Pour permettre l'établissement d'une stratégie de dépistage par frottis cervical efficace, il est nécessaire de réunir les conditions minimales suivantes :

- ▶ Soignants formés au prélèvement de frottis cervicaux (y compris les non-médecins, tels que les infirmières, sages-femmes et assistants des médecins) ;
- ▶ Accès aux fournitures, notamment aux écouvillons, lames et produits fixateurs ;
- ▶ Accès à l'équipement : table d'examen, spéculum, source lumineuse et fiches de laboratoire/cahier journal ;
- ▶ Systèmes de liaison, notamment de transport, vers un laboratoire de cytologie digne de confiance employant des cytologistes et des cyotechniciens diplômés ;
- ▶ Stratégies permettant de garantir la qualité des frottis cervicaux prélevés et la précision de la lecture cytologique qui en est faite ;
- ▶ Mécanismes éprouvés permettant une communication rapide des résultats de la lecture des frottis cervicaux ;
- ▶ Systèmes de renvoi efficaces vers les services adéquats pour diagnostic et traitement.

Les soignants travaillant dans des environnements aux ressources limitées signalent fréquemment qu'il est difficile de réunir l'ensemble des conditions susmentionnées, ce qui rend donc difficile l'accomplissement des objectifs des programmes instaurés. En outre, dans de nombreux pays, les programmes de dépistage se basant sur le prélèvement de frottis cervicaux tendent à être mis en place sans planification aucune et ces services sont souvent proposés, moyennant finance, à des femmes plus jeunes et pour lesquelles le risque d'être atteintes de cancer est relativement faible. Seules les femmes pour lesquelles le risque est le plus élevé semblent souvent ignorer que le cancer cervical est une maladie pouvant être évitée et que le prélèvement d'un frottis cervical joue un rôle préventif important. En outre, la plupart des femmes n'ont pas accès aux services de diagnostic, de traitement et de suivi.

Les études portant sur les programmes de dépistage cytologique ont permis de recueillir toute une série de données sur la spécificité et la sensibilité du test de Papanicolaou.^{4,5} Ce test est considéré comme étant spécifique en ce qui

Quelques nouvelles technologies de dépistage cytologique

Plusieurs nouvelles technologies sont en cours d'étude afin de tenter d'améliorer la précision du dépistage par frottis cervical. Ces méthodes semblent prometteuses. Elles sont cependant coûteuses et utilisent essentiellement la technologie.⁸

Le traitement monocouche, en milieu aqueux, de prélèvements cervicaux, par test de Papanicolaou, ThinPrep™ par exemple, vise à diminuer le nombre d'erreurs d'échantillonnage et à améliorer la qualité de l'échantillon en suspendant les cellules cervicales dans une solution liquide. La solution est filtrée afin que soient retirés les éléments muqueux, les levures et les bactéries susceptibles de gêner une inspection précise du prélèvement. La solution est alors appliquée en une couche fine sur une lame de verre, ce qui facilite l'évaluation des cellules cervicales par un technicien. Une étude menée au Costa Rica a permis de démontrer que, dans le cadre de la détection de lésions de haut grade et de cancer, les taux de spécificité et de sensibilité de la méthode ThinPrep (lorsque celle-ci était effectuée par un cytopathologiste expérimenté) étaient équivalents à ceux du test de l'ADN du VPH. ThinPrep permet également d'identifier avec une plus grande précision des cellules de type ASCUS que ne le permet l'étude des frottis cervicaux conventionnels.⁷

Les tests de Papanicolaou automatisés, tels que PAPNET® et AutoPap®, visent à réduire les erreurs d'interprétation survenant lors de la lecture des lames en laboratoire : l'analyse informatisée effectuée doit établir une évaluation des lames et détecter les signes de cancer cervical. Ces technologies automatisées, développées, à l'origine, pour les dépistages secondaires, mettent en évidence des cellules cervicales potentiellement anormales afin que celles-ci soient analysées par des pathologistes. Récemment, la méthode AutoPap a reçu l'aval de l'organisation américaine Food and Drug Administration (FDA) et peut désormais être utilisée dans le cadre de dépistages primaires.

concerne la détection de lésions de haut grade et de cancer. De nombreuses femmes non atteintes de dysplasie sont donc correctement identifiées par le test comme n'étant pas atteintes de dysplasie.

Les taux de sensibilité obtenus pour le test de Papanicolaou sont cependant modérés, indiquant ainsi qu'une faible proportion de femmes atteintes de dysplasie ont été correctement identifiées par le test comme étant atteintes de dysplasie. Ces taux de sensibilité peuvent même être plus faibles parmi les femmes post-ménopausées en raison des changements physiologiques affectant alors le col de l'utérus. Une méta-analyse récente a permis de démontrer que le taux global de sensibilité de la cytologie cervicale était de 51 pour cent et que le taux de spécificité était de 98 pour cent.⁶ Comme l'on pouvait s'y attendre, cette méta-analyse permet d'établir que la valeur prédictive positive du test de Papanicolaou était fortement influencée par le taux de prévalence de la maladie. Un taux de prévalence de la maladie plus élevé (soit, une valeur prédictive positive plus élevée) était associée à des estimations plus élevées du taux de sensibilité et à des estimations plus faibles du taux de spécificité. Une étude menée au Costa Rica permit de démontrer que, lors de l'identification de cellules squameuses atypiques de signification non déterminée (ASCUS), les taux de sensibilité et de spécificité du dépistage par frottis cervical étaient de 78 pour cent et de 94 pour cent, respectivement.⁷ Plusieurs nouvelles méthodes de dépistage par frottis cervical sont actuellement en cours d'étude, l'objectif étant de tenter de diminuer le taux de faux négatifs. Le test de Papanicolaou demeure donc pour l'instant une méthode de dépistage imparfaite, mais au rôle important.

Terminologie

Deux systèmes formels de classification sont utilisés lors de l'identification de lésions précurseurs du cancer cervical. Dans le système de classification Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale (NCI ou CIN en anglais), la dysplasie cervicale légère est classée en tant que CIN I, la dysplasie modérée, en tant que CIN II et la dysplasie sévère, en tant que CIN III. Le carcinome *in situ* appartient à la catégorie CIN III. Le système de classification de Bethesda comprend les catégories suivantes : cellules squameuses atypiques de signification non déterminée (ASCUS) ; lésions squameuses intra-épithéliales



de bas grade (LSIL), qui correspondent aux lésions de type CIN I ; lésions squameuses intra-épithéliales de haut grade (HSIL), qui incluent les lésions CIN II et CIN III.

Implication de la politique de santé

Afin de proposer les services les plus efficaces possibles et réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au cancer cervical, les planificateurs de programmes de dépistage par frottis cervical doivent tenter d'atteindre les objectifs suivants :

- ▶ Garantir un accès continu et adéquat à toutes les fournitures nécessaires à l'obtention de frottis cervicaux de bonne qualité ;
- ▶ Former des soignants non-médecins afin qu'ils soient capables d'effectuer des examens pelviens et de prélever des échantillons cytologiques, ce qui permettrait ainsi de garantir une couverture de la population plus importante et également une optimisation de la précision de ces tests ;
- ▶ Intégrer les coûts de la formation continue des soignants au budget du programme afin de maintenir et d'améliorer les compétences des soignants participant aux programmes de dépistage ;
- ▶ Développer un partenariat avec un laboratoire de cytologie digne de confiance qui soit à même de fournir rapidement des résultats de test précis ;
- ▶ Surveiller et soutenir les stratégies visant à obtenir une précision optimale pour toutes les phases techniques du dépistage par frottis cervical, et tout particulièrement lors du prélèvement d'échantillons et du traitement en laboratoire ;
- ▶ Soutenir les recherches au cours desquelles sont étudiées les stratégies d'optimisation des méthodes de dépistage cytologique ou autre.

Références

1. Eddy DM. Secondary prevention of cancer: an overview. *Bulletin of the World Health Organization* 64(3):421-428 (1986).
2. Hakama M, Joutsenlahti U, Virtanen A, et al. Mass screening for cervical cancer in Finland 1963-71. Organization, extent, and epidemiological implications. *Annals of Clinical Research* 7:101-111 (April 1975).
3. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruiz P, et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (May-June 1999).
4. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 16:132(10):810-819 (May 2000).
5. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *American Journal of Epidemiology* 141:680-689 (April 1995).
6. *Evaluation of Cervical Cytology*. Summary, Evidence report/Technology Assessment: Number 5. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD (January 1999). <http://www.ahrq.gov/clinic/cervsumm.htm>.
7. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 283(1):87-93 (January 2000).
8. Brown A, Garber A. Cost-effectiveness of 3 methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing. *Journal of the American Medical Association* 281(4):347-353 (January 1999).

Dépistage : méthodes visuelles

Un certain nombre d'obstacles se dressent face à la mise en œuvre de services de qualité, basés sur la cytologie, en particulier dans les pays en développement. Ces nouvelles méthodes de dépistage des lésions précurseurs du cancer cervical suscitent donc un intérêt réel. Deux approches, en particulier, semblent prometteuses : le dépistage par inspection visuelle et le test VPH (voir *Dossier n° 4*, Dépistage : diagnostics VPH, page 21).

Des recherches considérables ont récemment été entreprises afin d'étudier la précision et l'acceptabilité de l'inspection visuelle comme moyen de détection des lésions cervicales précurseurs et/ou du cancer. Le dépistage par inspection visuelle consiste à identifier les lésions cervicales sans avoir recours à des examens cytologiques (test de Papanicolaou). Il existe plusieurs types de dépistage par inspection visuelle. Au cours d'études récentes, l'inspection visuelle (IV) fut utilisée : il s'agissait simplement d'observer le col de l'utérus à l'œil nu et de rechercher tout signe de cancer à un stade précoce. Également connue sous le terme de « sous-stadification », cette méthode ne permettait pas une identification précise des lésions précancéreuses.¹ L'inspection visuelle avec acide acétique (IVA) est considérée comme étant une approche de dépistage susceptible de donner de meilleurs résultats lors de l'identification des lésions précancéreuses de haut grade.

Inspection visuelle avec acide acétique (IVA)

Cette méthode de dépistage consiste à badigeonner le col de l'utérus à l'aide d'une solution d'acide acétique (vinaigre) avant de procéder à un examen visuel du col. En raison de différences structurelles et de vitesses d'absorption différentes, les cellules précancéreuses en contact avec cette solution blanchissent temporairement. D'autres méthodes de dépistage ont recours à l'application d'une solution iodée (solution de Lugol) : les cellules cervicales normales prennent une coloration brune, alors que les cellules anormales ne prennent aucune coloration ou ont un aspect jaunâtre.

L'IVA semble être, pour de nombreuses raisons, une méthode adaptée aux environnements dont les ressources sont limitées. Par exemple, les coûts associés au lancement et au maintien de programmes de dépistage par IVA sont plus faibles que ceux associés à d'autres méthodes de dépistage. L'IVA constitue également une méthode simple, ayant un recours limité à la technologie et ne nécessitant pas véritablement d'infrastructure particulière pour être pratiquée de façon adéquate si les services thérapeutiques sont déjà en place. Les soignants non-médecins peuvent effectuer cette procédure, à condition qu'ils aient suivi une formation continue adéquate. En outre, les résultats obtenus par le biais de cette procédure sont immédiatement disponibles, ce qui permet, en théorie, de traiter la patiente au cours de la même visite (voir *Dossier n° 5*, Technologies et méthodes thérapeutiques, page 25).

Plusieurs études portant sur la précision de l'IVA ont permis de déterminer que la technique peut devenir, à terme, relativement précise.² Des différences entre les protocoles des études, entre les populations étudiées et les résultats obtenus rendent cependant difficile la présentation des résultats sous forme résumée. En outre, de nombreuses études souffrent d'un biais de vérification, le test de référence n'ayant pas été effectué sur tous les sujets participant aux études en question : notamment, les femmes dont les résultats de test étaient négatifs ne furent pas soumises à ce test de référence. Ce biais tend à gonfler



Tableau 2. Résultats des études portant sur le dépistage par IVA

Auteur principal (année)	Pays	Nombre de femmes	Sensibilité*	Spécificité*	Niveau de qualification du soignant
University of Zimbabwe/ JHPIEGO (1999) ^{3†‡}	Zimbabwe	2 130	77 %	64 %	Infirmier/Infirmière-Sage femme
Sankaranarayanan (1999) ^{4†}	Inde	1 351	96 %	65 %	Infirmier/Infirmière
Sankaranarayanan, et al. (1998) ^{5†}	Inde	2 935	90 %	92 %	Cytotechnicien(ne)
Megevand, et al. (1996) ^{6†}	Afrique du Sud	2 426	66 %	98 %	Infirmier/Infirmière
Cecchini (1993) ^{7†}	Italie	2 105	75 %	75 %	Non spécifié
Denny, et al. (2000) ^{8†§}	Afrique du Sud	2 944	67 %	88 %	Infirmier/Infirmière
Belinson, et al. (2001) ^{9†‡}	Chine	1 997	71 %	74 %	Oncologue-gynécologue

Adapté des travaux de Cullins et al., 1999.¹⁰

* Nombre de ces estimations de performances de test comportent un biais de vérification (pour plus d'informations, se reporter au texte). L'étude menée au Zimbabwe est la seule étude publiée au cours de laquelle a été effectuée une vérification du statut de l'échantillon aléatoire des femmes dont le résultat de test était négatif.

† IVA utilisée pour détecter HSIL et cancer invasif.

‡ Sans biais de vérification.

§ Résultats d'IVA positifs confirmés par histologie ; un examen colposcopique négatif ou les résultats négatifs d'autres tests dont l'évaluation est en cours permettent de déterminer l'absence de cancer.

¶ IVA utilisée pour détecter CINII et grades supérieurs.

le taux de sensibilité estimé d'un test de dépistage. Cependant, il est possible de tirer certaines conclusions d'ordre général concernant l'utilité de l'IVA dans les environnements aux ressources limitées (voir Tableau 2). En règle générale, le taux de sensibilité de l'IVA dans le cadre de la détection de la dysplasie de haut grade est au moins égal au taux de sensibilité du dépistage cytologique, alors que le taux de spécificité de l'IVA demeure légèrement plus faible.

Les lésions détectées par IVA varient en taille, épaisseur, opacité et définition des marges. Ainsi, des lésions aux marges nettes, plus opaques, plus épaisses et plus étendues, tendent à indiquer que le stade de la maladie est plus avancé. Afin de mettre en œuvre des protocoles médicaux appropriés, les soignants doivent observer avec soin les caractéristiques d'une lésion. Il est évident que la formation des soignants représente l'un des principaux obstacles à la mise en place et à la standardisation efficaces de l'IVA. En effet, il est relativement difficile d'apprendre aux soignants à reconnaître les caractéristiques, aux différences souvent subtiles, associées aux divers degrés de dysplasie. Il n'est pas certain que l'IVA puisse être utilisée dans le cadre de programmes de dépistage à grande échelle et, dans une large mesure, la décision d'utiliser l'IVA repose sur le degré d'efficacité des formations et des stratégies de surveillance.

La spécificité de l'IVA demeure une inconnue, en raison des éventuels surtraitements dus aux faux négatifs. Le surtraitement peut être à l'origine de risques supplémentaires pour la santé des femmes ; il peut également provoquer une surcharge du système de santé et entraîner une augmentation des dépenses de santé. Lors du dépistage de femmes âgées d'une cinquantaine d'années, l'IVA est également moins efficace ; la jonction squamo-cylindrique (point de rencontre des cellules cylindriques et des cellules squameuses de l'exocol) tend en effet à se retirer au-delà de l'orifice interne et rend ainsi l'observation des lésions difficile. Il est à noter que le prélèvement de frottis cervicaux est

également plus difficile chez les femmes post-ménopausées. En dépit de ces obstacles, l'IVA semble constituer une option susceptible de jouer un rôle important dans la détection de lésions précancéreuses dans de nombreux types d'environnement, que ce soit en association avec une autre méthode de dépistage ou comme alternative à l'une de ces méthodes de dépistage.

Inspection visuelle avec grossissement

Pour pratiquer une IVA avec grossissement (IVA/G), le soignant utilise l'Aviscope™, un appareil portable d'inspection visuelle, à la puissance de grossissement faible (4x), et disposant d'une source lumineuse intégrée. À l'aide de cet appareil, le col de l'utérus peut être observé après application d'acide acétique. Lors d'une petite étude menée en Indonésie, une version plus ancienne de l'appareil (avec un grossissement de 2,5x) a été évaluée. L'étude a permis de déterminer que les taux de sensibilité et de spécificité de l'IVA/G pouvaient dépasser les 90 pour cent dans le cadre de l'identification de lésions cervicales pré-invasives.¹¹ Les résultats préliminaires d'une étude en cours, menée à Calcutta, en Inde, indiquent un taux de sensibilité de l'IVA/G de 69 pour cent et un taux de spécificité de 82 pour cent.¹² Il n'a cependant pas encore été déterminé s'il est nettement préférable d'utiliser l'Aviscope, même si une augmentation du taux de spécificité est envisageable et s'avérerait particulièrement intéressante. L'Aviscope, pour l'instant non disponible sur le marché, pourrait également être utilisé au cours de dépistages comportant deux étapes, comme complément de l'IVA ou de test VPH.

Autres méthodes d'inspection visuelle

Une autre méthode d'inspection visuelle mérite également d'être mentionnée. La méthode de cervicographie consiste à photographier le col de l'utérus après application d'une solution d'acide acétique. Les photographies développées, appelés cervigrammes, sont projetées sous forme de diapositives et interprétées par des cytologistes diplômés. Tout comme les autres méthodes d'inspection visuelle, la sensibilité de la méthode de cervicographie est comparable à celle de la cytologie, alors que sa spécificité semble être plus faible. Cette méthode offre l'avantage de fournir un enregistrement permanent du col de l'utérus. Les cervigrammes peuvent également constituer des outils éducatifs utiles. La cervicographie est cependant une méthode relativement coûteuse et requiert une infrastructure logistique fiable.¹³

Nouvelles technologies de dépistage

Plusieurs nouvelles technologies de dépistage utilisant des méthodes de détection électronique sont en cours d'étude. Des méthodes, telles que la spectroscopie fluorescente, la spectroscopie par infrarouges et la méthode PolarProbe®, ont recours à une détection électronique photosensible et analysent les différences physiques et biochimiques entre les tissus normaux et néoplasiques. La détection électronique offre l'avantage de proposer un diagnostic immédiat, réduisant ainsi le temps d'attente entre pose du diagnostic et traitement. Une étude récente a permis de démontrer que la spectroscopie fluorescente permettait un diagnostic des lésions plus efficace que la colposcopie. Cependant, en dépit de résultats préliminaires prometteurs, les études rigoureuses sont peu nombreuses, les rôles cliniques éventuels sont peu clairs et la faisabilité de ces méthodes dans des environnements aux ressources limitées n'a pas été établie.



Implication de la politique de santé

Avant de pouvoir tirer des conclusions sur les points forts et les limites de l'IVA, il est nécessaire de recueillir plus de données. Cependant, cette méthode peut déjà être considérée comme une alternative prometteuse au dépistage cytologique pour la détection de lésions précancéreuses dans les environnements aux ressources limitées. Les gestionnaires de programmes ou les personnes chargées de l'élaboration des politiques de santé envisageant d'utiliser le dépistage par IVA dans le cadre de programmes de prévention du cancer cervical devraient :

- élargir les directives afin que les soignants non-médecins, tels que les infirmières et les sages-femmes, puissent, le cas échéant, pratiquer les tests de dépistage, et notamment l'IVA ;
- s'assurer que les soignants reçoivent régulièrement une formation adéquate afin qu'ils soient parfaitement capables de pratiquer une IVA et d'identifier les lésions observées ;
- surveiller les performances de l'IVA et développer les procédures adéquates permettant d'améliorer l'efficacité de cette méthode afin qu'elle soit effectuée de façon appropriée et qu'elle contribue à la réduction du nombre de cas de cancer cervical ;
- mettre en place des protocoles de suivi associant dépistage, diagnostic, traitement et surveillance des femmes atteintes de dysplasie légère ou ayant subi un traitement pour des affections plus graves ;
- étudier des façons d'optimiser la précision de l'IVA et identifier les facteurs clés participant à sa viabilité en tant que méthode de dépistage ;
- soutenir la recherche afin d'étudier le mode d'utilisation de l'IVA dans le cadre de protocoles séquentiels, peu coûteux ; par exemple, étudier le mode d'utilisation de l'IVA dans le cadre d'un processus de dépistage à deux étapes avec l'IVA/G ou le test VPH.

Références

1. Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B, et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (March 1997).
2. Kitchener HC, Symonds P. Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries [comment]. *Lancet* 13(353):856-857 (March 1999).
3. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening : test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).
4. Sankaranarayanan R, Shyamalakumary B, Wesley R, et al. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *International Journal of Cancer* 80(1):161-163 (January 1999).
5. Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T, et al. Visual inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 83(10):2150-2156 (November 1998).
6. Megevand E, Van Wyk W, Knight B, et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics & Gynecology* 88(3):383-386 (September 1996).
7. Cecchini S, Bonardi R, Mazzotta A, et al. Testing cervicography and cervicoscopy as screening tests for cervical cancer. *Tumori* 79:22-25 (February 1993).
8. Denny L, Kuhn L, Pollack A, et al. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer* 15;89(4):826-833 (August 2000).
9. Belinson JL et al. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstetrics & Gynecology* 98:441-444 (2001).
10. Cullins VE, Wright TC, Beattie KJ, et al. Cervical cancer prevention using visual screening methods. *Reproductive Health Matters* 7(14):134-143 (November 1999).
11. Sjamsuddin S, Prihartono J, Nuranna L, et al. Aided visual inspection: preliminary results of the Indonesian gynoscope assessment. In: *Proceedings from a Working Meeting on Cervical Cancer Prevention, Screening, and Treatment*. PATH and AVSC International. Montreal, Canada (September 1994).
12. Sankaranarayanan R. Personal communication, IARC (July 2000).
13. Spitzer M. Cervical screening adjuncts : recent advances. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179(2):544-556 (August 1998).



Dépistage : diagnostics VPH

Le virus du papillome humain (VPH) est l'une des infections à transmission sexuelle (IST) les plus courantes et a été défini comme étant la première cause de cancer cervical.¹ De par le monde, le test VPH et son éventuelle utilisation dans les programmes de prévention du cancer cervical suscitent un intérêt croissant, que ce test soit associé à des méthodes de dépistage cytologique ou qu'il soit utilisé dans le cadre d'un dépistage primaire. Dans le même temps, de nombreuses questions portant sur le mode d'utilisation des tests VPH dans le cadre de ces programmes demeurent sans réponse ; notamment, les cofacteurs déterminant quelles femmes infectées par le VPH sont le plus susceptibles d'être atteintes de cancer n'ont pas été identifiés. Au cours d'une vie, le risque d'infection à VPH varie entre 70 et 80 pour cent et ce, dans de nombreux pays ; d'autres facteurs jouent donc un rôle déterminant dans l'apparition du cancer cervical chez certaines femmes (il s'agit d'un pourcentage faible, moins de cinq pour cent).^{2,3}

S'il existe toute une série de méthodes de laboratoire permettant la détection du VPH dans des échantillons cervicaux, il n'existe qu'une seule entreprise, Digene Corporation, disposant de l'aval de l'organisation américaine Food and Drug Administration l'autorisant à fournir un kit commercial permettant la détection des types de VPH à haut risque. Le test le plus souvent utilisé, fourni par cette compagnie, est le kit Hybrid Capture II (HC II) qui permet de déterminer si une personne est infectée par un ou plusieurs des types viraux de VPH à haut risque : types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 et 68. Le test HC II est également intégré à certains des programmes de dépistage et est en général utilisé en association avec des méthodes de dépistage cytologique existantes.

Une étude menée au Costa Rica, auprès de 9 000 femmes sexuellement actives, âgées de 18 ans et plus, a permis de déterminer la sensibilité du test HC II : 88,4 pour cent, et sa spécificité : 89 pour cent, dans le cadre de la détection de lésions cervicales de haut grade et de cancers. Lorsque les mesures étaient effectuées par tranche d'âge, la spécificité était la plus élevée (93,2 pour cent) pour les femmes âgées de 41 ans et plus. En règle générale, le test VPH utilisant le test HC II présentait une sensibilité plus élevée que le test de Papanicolaou conventionnel (88 vs. 78 pour cent) lors de la détection de lésions de haut grade et de cancers, mais était moins spécifique (89 vs. 94 pour cent).⁴

Dans le cadre de la détection de la dysplasie de haut grade, le taux de sensibilité du test HC II varie entre 80 et 90 pour cent ; le taux de spécificité varie, quant à lui, entre 57 et 89 pour cent.⁵ Une étude menée au Zimbabwe a permis de déterminer que, lors de la détection de lésions

de haut grade (HSIL), le taux de sensibilité du test était de 81 pour cent et le taux de spécificité, de 62 pour cent. Les taux de sensibilité et de spécificité pour la détection des lésions de bas grade étaient de 64 et de 65 pour cent, respectivement.⁶

En règle générale, le test VPH a une valeur prédictive négative pouvant atteindre 99 pour cent, ce qui permet de rassurer complètement les patientes. La signification de la valeur prédictive négative du test pour un suivi à long terme demeure cependant inconnue. Le taux de spécificité du test semble être habituellement plus élevé chez les femmes plus âgées que chez les femmes plus jeunes. Ce test n'est pourtant pas particulièrement spécifique. Ces données révèlent qu'il existe un risque de surtraitement, bien que certaines études tentent actuellement de résoudre ce problème par l'utilisation d'une valeur seuil de positivité. L'ensemble des caractéristiques de ce test, son objectivité et sa reproductibilité, en font une méthode de dépistage prometteuse.



Quelle sera l'utilisation du test VPH ?

Quelle utilisation sera faite du test VPH dans les programmes de prévention du cancer cervical ? La réponse à cette question demeure encore vague, mais les chercheurs ont déjà élaboré différentes propositions. Pour les méthodes les plus courantes, les chercheurs proposent d'utiliser le test VPH comme suit :

- ▶ en tant que moyen de triage des femmes dont les résultats de frottis cervicaux sont à la limite de la significativité (ASCUS) : les femmes dont les résultats de test de détection de types de VPH à haut risque sont positifs seront placées sous une surveillance plus étroite que celles dont les résultats sont négatifs, ou invitées à se présenter à un examen colposcopique ;
- ▶ en tant que moyen de surveillance des femmes traitées pour des lésions de type HSIL ou pour un cancer micro-invasif : les femmes dont les résultats de test de détection des types VPH à haut risque sont positifs seront placées sous une surveillance plus étroite que celles dont les résultats sont négatifs ;
- ▶ en tant que test de dépistage primaire de lésions HSIL chez les femmes âgées de 30 à 35 ans ou plus : les femmes dont les résultats de test de détection des types VPH à haut risque sont positifs devront subir un examen via colposcopie ou toute autre technique de visualisation du col utérin.⁵

Dans les pays en développement, les tests disponibles sont souvent trop coûteux et les moyens technologiques que leur mise en œuvre requiert empêchent leur utilisation généralisée, même si la recherche a démontré

la forte potentialité de ces tests pour l'identification de dysplasies de haut grade chez des femmes âgées de 35 ans ou plus. Il faudra sans doute patienter avant de pouvoir intégrer le test de l'ADN de VPH aux programmes de prévention du cancer cervical, mis en place dans les pays en développement : des tests VPH moins coûteux doivent être développés et l'utilisation de ces tests dans un environnement non laborantin doit être plus aisée. Les tests actuellement disponibles doivent être traités pendant six heures et ce traitement requiert un équipement et des fournitures de laboratoire relativement importants. Dans l'idéal, une technologie de détection de VPH, adapté à une utilisation de terrain, doit faire appel à un équipement de soutien minimal et doit permettre une détection rapide, précise et peu coûteuse. Dans le même temps, les programmes de dépistage utilisant le test VPH doivent être

élaborés avec soin afin que le test soit d'une efficacité optimale lors de la détection de dysplasies de haut grade et qu'il permette éventuellement de réduire le taux d'incidence du cancer cervical et le taux de mortalité associé à ce type de cancer.

Auto-prélèvement d'échantillons

D'après plusieurs études prometteuses, les femmes peuvent utiliser des tampons vaginaux ou des écouvillons afin d'effectuer, avec succès, un auto-prélèvement d'échantillons cervicaux pouvant être analysés et soumis à une recherche d'ADN de VPH. Les résultats de ces études ont des implications importantes pour les programmes situés dans les pays où les obstacles, d'ordre culturel ou liés aux programmes, peuvent limiter l'acceptation des procédures gynécologiques standard et rendre leur accès plus difficile. D'après une étude

Diverses méthodes d'auto-prélèvement d'échantillons sont en cours d'étude (ces échantillons doivent être soumis à un test VPH), l'objectif étant d'améliorer l'acceptabilité du dépistage. Par exemple, une étude canadienne a permis d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité du test VPH en comparant des échantillons prélevés par le médecin à des échantillons vaginaux, vulvaires et urinaires prélevés par la patiente. L'étude a établi que l'auto-prélèvement était une méthode acceptable pour les femmes et présentait une sensibilité suffisamment élevée pour justifier une évaluation plus poussée.

récente, menée en Afrique du Sud, dont l'objectif était d'évaluer le test HC II, l'auto-échantillonnage de prélèvements cervicaux serait moins spécifique que le test de Papanicolaou conventionnel lors de la détection de lésions de haut grade chez des femmes âgées de 35 ans ou plus, mais il serait de sensibilité égale.⁸ Ces résultats indiquent que le taux de sensibilité des échantillons prélevés par les patientes est adéquat et que cette méthode d'échantillonnage, acceptable d'un point de vue culturel, donnera des résultats satisfaisants. Afin d'obtenir un auto-échantillonnage de prélèvements cervicaux efficace, il est nécessaire que les soignants expliquent correctement aux femmes comment procéder de façon optimale. Ils doivent également s'assurer que les explications ont été bien comprises.

Test VPH : de la nécessité d'informer

Pour la plupart des femmes concernées, la détection d'une infection transmise sexuellement (ITS) est une source d'inquiétude. Les femmes chez lesquelles une IST est détectée souhaitent souvent savoir comment elles ont été infectées, comment l'infection peut être traitée et comment éviter de transmettre l'infection à leur partenaire. Les femmes dont les résultats de test VPH sont positifs (dans certaines régions, le taux global de femmes infectées, tous âges confondus, peut dépasser les 70 pour cent) ressentent souvent une très grande anxiété car elles craignent, à terme, d'être atteintes de cancer, même lorsque le risque de cancer est très faible. Bien qu'un traitement des verrues génitales (causées par certains types de VPH) soit disponible, il n'existe actuellement aucun traitement pour le VPH, la prévention reste très difficile et il n'existe aucun moyen véritable de savoir quelles sont les femmes qui pourraient être atteintes de la maladie.

En outre, le cancer cervical et son association à l'activité sexuelle demeurent tabou dans de nombreuses régions du monde. Les femmes peuvent être encore plus réticentes et ne pas chercher à entrer en contact avec les services de dépistage si un test d'IST doit être pratiqué au cours du dépistage en question. Les soignants, dans leur désir d'épargner à leurs patientes des angoisses inutiles, peuvent se trouver confrontés à des décisions difficiles et être tentés de présenter des informations peu précises lors de leur description du test aux femmes venant les consulter. Certains soignants décident même parfois de ne pas mentionner le lien existant entre cancer cervical et VPH. Ces problèmes doivent être évalués avec soin lorsque le lancement d'un programme de dépistage avec test d'ADN de VPH est envisagé.

Implication de la politique de santé

- ▶ Élaborer des stratégies de dépistage du VPH qui permettront d'optimiser l'identification des femmes pour lesquelles il existe un risque de cancer cervical tout en minimisant le nombre de femmes dont les résultats de test VPH sont positifs mais pour lesquelles le risque d'une évolution vers un cancer cervical est très faible.
- ▶ Vérifier que les systèmes de santé sont à même de répondre aux différents besoins (des systèmes éducatif et d'information, des structures hospitalières et de conseil), engendrés par la détection de VPH, de lésions précancéreuses et de cancer cervical.
- ▶ Soutenir la recherche afin de développer des tests VPH qui puissent être utilisés dans des environnements aux ressources limitées et qui permettent aux soignants de déterminer le risque de cancer d'une femme en fonction d'une variété de facteurs de risque, notamment le statut VPH.



- ▮ Évaluer les besoins en information et déterminer quels sont les messages de conseil les plus efficaces, à adresser aux femmes pour lesquelles il existe un risque d'infection à VPH ou chez lesquelles une infection à VPH a déjà été détectée.

Références

1. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute* 87(11):796-802 (June 1995).
2. Cox JT. Epidemiology of cervical intraepithelial neoplasia: the role of human papillomavirus. *Baillieres Clinic Obstetric Gynaecology* 9(1):1-37 (March 1995).
3. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *American Journal of Medicine* 5;102(5A):3-8 (May 1997).
4. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 283(1):87-93 (January 2000).
5. Cuzick J. Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening [editorial]. *Journal of the American Medical Association* 283(1):108-109 (January 2000).
6. Womack SD, Chirenje ZM, Gaffikin L, et al. HPV-based cervical cancer screening in a population at high risk for HIV infection. *International Journal of Cancer* 85(2): 206-210 (January 2000).
7. Sellors J, Lorincz A, Mahony J, et al. Comparison of self-collected vaginal, vulvar and urine samples with physician-collected cervical samples for human papillomavirus testing to detect high-grade squamous intraepithelial lesions. *Canadian Medical Association Journal* 5;163(5):513-518 (September 2000).
8. Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *Journal of the American Medical Association* 283(1):81-86 (January 2000).

Technologies et méthodes thérapeutiques

Dans la plupart des pays en développement, la gestion des affections cervicales pré-invasives a évolué et les méthodes chirurgicales hospitalières laissent peu à peu la place à des méthodes moins effractives, pratiquées en ambulatoire. Cette évolution est le fait de plusieurs facteurs, notamment : l'apparition de la colposcopie, l'amélioration des connaissances de l'histoire naturelle de la dysplasie cervicale et la disponibilité de technologies thérapeutiques efficaces et peu coûteuses. Cependant, dans nombre des pays en développement où diagnostics et traitements sont effectués, les cliniciens sont contraints de soigner les patientes en milieu hospitalier et d'utiliser des méthodes telles que la conisation et l'hystérectomie pour traiter la dysplasie.¹ Bien que ces méthodes soient, dans certains cas, adaptées, elles entraînent parfois des complications et des effets secondaires relativement graves. L'utilisation de méthodes de traitement moins effractives peut permettre de diminuer les risques pour la santé des femmes. En outre, la conisation et l'hystérectomie sont des procédures très coûteuses qui requièrent une infrastructure relativement importante.²

Avec les méthodes de traitement en ambulatoire, les soignants ont traditionnellement recours à la colposcopie (méthode d'examen utilisant une loupe grossissante spéciale et permettant l'observation du col utérin) afin d'établir une évaluation préthérapeutique ; cette évaluation permet par la suite de diriger les biopsies, de poser un diagnostic et, dans la plupart des cas, de faciliter le traitement. Cependant, les colposcopes sont généralement très chers (au moins 3 000 dollars américains), une formation solide est requise afin de pouvoir les utiliser et, dans de nombreux pays en développement, se les procurer s'avère difficile. L'identification et l'évaluation d'alternatives à la colposcopie, par exemple d'appareils de grossissement portables, peuvent faciliter de façon significative la gestion des affections précancéreuses dans les environnements aux ressources limitées.

Quels sont les types de lésion à traiter ?

L'histoire naturelle du cancer cervical (notamment le rôle du VPH) est désormais mieux connue : à présent, dans les pays en développement, la stratégie thérapeutique la plus courante consiste donc à traiter uniquement les lésions précancéreuses de haut grade (HSIL ou CIN II/III) et à placer sous surveillance les femmes atteintes d'une dysplasie de bas grade (LSIL ou CIN I). (Voir *Dossier n° 1*, Histoire naturelle du cancer cervical, page 7). Les stratégies nationales individuelles varient en fonction des données épidémiologiques locales, des possibilités locales de traitement ou de suivi et des considérations financières. Par exemple, lorsqu'il est peu probable que les patientes viennent se représenter afin de subir un contrôle de suivi (en raison, peut-être, des longs trajets à parcourir entre leur domicile et les structures sanitaires), il peut s'avérer judicieux de traiter les dysplasies légères des femmes plus âgées.

Technologies de traitement appropriées

Relativement simples, les procédures en ambulatoire peuvent être utilisées pour détruire ou retirer des lésions précancéreuses. Le traitement spécifique utilisé varie en fonction de la gravité, de la taille et de l'emplacement de la lésion.

Les méthodes ablatives, qui détruisent les tissus anormaux, comprennent la cryothérapie, la coagulation à froid, la vaporisation laser et l'électrochirurgie



(cautérisation). Parmi toutes ces méthodes, la cryothérapie, qui utilise une sonde de basse température afin de geler les cellules anormales et ne requiert pas de courant électrique, est peut-être la méthode la plus adaptée aux environnements dont les ressources sont limitées en raison de sa simplicité d'utilisation et des faibles coûts qu'elle génère. Le taux d'efficacité de cette méthode dans le traitement de la dysplasie de haut grade varie entre 80 et 90 pour cent.²

Les méthodes thérapeutiques excisionnelles offrent l'avantage de fournir des échantillons tissulaires permettant la pose d'un diagnostic histopathologique (si possible) et réduisant ainsi le risque de non-détection d'un cancer invasif. L'une des méthodes excisionnelles courantes est la procédure d'excision chirurgicale à l'anse (LEEP), également connue sous l'appellation d'excision à l'anse large de la zone de transformation (LLETZ). La méthode LEEP utilise un fil électrique fin permettant de retirer l'intégralité de la zone de transformation. Les autres fournitures de base requises sont les suivantes : table d'opération, spéculum, source lumineuse, matériel de stérilisation, évacuateur de fumée et antibiotiques. Le taux d'efficacité de LEEP lors du traitement de la dysplasie de haut grade varie entre 90 et 95 pour cent, mais cette méthode requiert un équipement plus lourd que celui nécessaire à la cryothérapie. En outre, les effets secondaires sont plus graves (voir Tableau 3). La méthode LEEP devrait au moins être pratiquée dans les hôpitaux centraux ; la cryothérapie pourrait en revanche être plus largement pratiquée dans les régions plus isolées.²

Tableau 3. Deux possibilités de traitement en ambulatoire dans le cas de la dysplasie/du carcinome *in situ**

	Cryothérapie	LEEP
Efficacité	80-90 %	90-95 %
Effets secondaires potentiels	Écoulement aqueux, infection	Hémorragie, infection
Anesthésie obligatoire	Non	Oui
Échantillon tissulaire obtenu	Non	Oui
Alimentation électrique obligatoire	Non	Oui
Coût	Relativement faible	Relativement élevé

Source : Bishop, et al., 1995.²

*Le traitement spécifique utilisé dépend de la taille, de la gravité et de l'emplacement de la lésion. La cryothérapie ne doit pas être utilisée dans le cas de lésions qui ne sont pas entièrement couvertes par la surface de la sonde et/ou qui ne sont pas entièrement visibles sur l'exocol, en raison d'une extension dans le canal endocervical.

Un personnel soignant extrêmement compétent et le recours à la colposcopie en soutien à l'opération permettent de garantir la sécurité de la patiente et l'efficacité du traitement. Étant donné que toutes les techniques thérapeutiques sont associées à des taux récurrents de dysplasie pouvant atteindre les 10 pour cent, il est recommandé d'effectuer des visites de suivi après traitement, approximativement à trois ou six mois d'intervalle et ce, pendant un an, puis annuellement, même si certains cliniciens estiment que des intervalles plus importants entre les visites de suivi sont envisageables.

La méthode « observer et traiter », utilisée dans la gestion des lésions pré-invasives, est en cours d'étude : les chercheurs souhaitent déterminer si cette méthode permettra de diminuer le nombre de visites qu'une femme doit effectuer à un centre de soins de santé. Les femmes dont les résultats de frottis cervicaux sont non satisfaisants sont invitées à se présenter à un examen colposcopique, à la suite duquel les lésions détectées sont immédiatement traitées via LEEP. L'échantillon histologique prélevé est alors analysé afin de vérifier que le diagnostic posé était exact et le traitement, adapté. Ce protocole est utilisé dans certaines régions des États-Unis, d'Europe, du Canada, ainsi que dans d'autres régions du monde.

Dans le cadre d'une gestion des lésions pré-invasives, certains programmes ont commencé à intégrer une méthode modifiée d'observation et de traitement. Cette méthode modifiée utilise l'inspection visuelle avec application d'acide acétique (IVA) afin de mettre en évidence les lésions suspectées d'être des lésions précancéreuses (mais pour lesquelles aucun diagnostic n'a été établi) ; ces lésions sont alors immédiatement traitées par cryothérapie ou LEEP. La méthode consistant à observer et traiter immédiatement les lésions ne passe pas par les étapes habituelles de diagnostic de la colposcopie et de la biopsie. Est ainsi éliminé le délai d'attente des résultats de la biopsie avant le traitement ; en outre, le nombre de visites qu'une femme doit effectuer afin de recevoir un traitement adéquat est réduit.^{3,4,5}

D'autres variations de la méthode modifiée d'observation et de traitement immédiat sont en cours d'étude. Par exemple, une méthode consistant à effectuer un premier examen visuel, puis un second accompagné d'un traitement (« observer, observer et traiter ») est en cours d'évaluation au Kenya et au Pérou : cette méthode consiste à utiliser l'IVA pour un dépistage primaire. Les femmes avec lésions suspectes sont invitées à se soumettre à une IVA avec grossissement et traitement immédiat si nécessaire.

La méthode modifiée d'observation et de traitement immédiat utilisée dans le cadre de l'identification et du traitement de lésions précancéreuses est une méthode prometteuse ; elle reste cependant controversée en raison du risque élevé de surtraitement.

Traitement du cancer invasif

Les programmes de prévention du cancer cervical doivent au moins proposer certains traitements chirurgicaux, telles que la conisation ou l'hystérectomie, afin que les cas de cancer précoce puissent être traités. La chirurgie pelvienne étendue et la radiothérapie peuvent permettre de traiter les lésions en cas d'invasion d'organes annexes au col de l'utérus. La probabilité de la réussite de tels traitements diminue cependant lorsque le cancer est à un stade plus avancé. En outre, en cas de cancer incurable, des soins palliatifs doivent pouvoir être proposés aux patientes (voir *Dossier n° 7*, Cancer cervical : stades avancés et soins palliatifs, page 33).

Implication de la politique de santé

Les planificateurs des programmes de prévention du cancer cervical doivent avoir à l'esprit les objectifs suivants :

- Utiliser autant que possible les technologies thérapeutiques en ambulatoire ;
- Améliorer l'accès aux services thérapeutiques par le biais des opérations suivantes :



- s'assurer que la cryothérapie peut être effectuée au niveau local et que la méthode LEEP soit disponible dans les hôpitaux régionaux ou centraux ;
- élargir les directives relatives aux soignants afin que les non-médecins puissent effectuer des traitements en ambulatoire tels que la cryothérapie.
- Traiter uniquement les dysplasies de haut grade ou les dysplasies sévères et non toutes les dysplasies, étant donné que la plupart des dysplasies de bas grade régressent spontanément ;
- Encourager la recherche afin que soient étudiés les protocoles et méthodologies de traitements alternatifs et que le nombre de visites requis pour les opérations de dépistage, diagnostic, traitement et suivi puisse être réduit ;
- Encourager la recherche afin que soient étudiées les implications éthiques et cliniques associées au surtraitement, difficilement évitable lorsque sont utilisées des stratégies telles que la méthode modifiée « observer et traiter » ;
- Proposer des soins palliatifs à un niveau de santé primaire (voir *Dossier n° 7, Cancer cervical : stades avancés et soins palliatifs, page 33*).

Références

1. Bishop A, Sherris J, Tsu V. *Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: A Situation Analysis*. Seattle, WA: PATH (July 1995).
2. Bishop A, Wells E, Sherris J, et al. Cervical cancer : evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* (6):60-71 (November 1995).
3. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection of acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).
4. Cullins VE, Wright TC, Beattie KJ, et al. Cervical cancer prevention using visual screening methods. *Reproductive Health Matters* 7(14):134-143 (November 1999).
5. McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation. (July 2000 draft).

Des systèmes d'information efficaces sont essentiels à la réussite du suivi des patientes. Ils peuvent également permettre d'améliorer l'évaluation et la surveillance des programmes, l'assurance qualité et l'identification des femmes à risque.

En cas de détection de lésions cervicales via un test de dépistage, la patiente concernée doit généralement effectuer une ou plusieurs visites de suivi. Ces visites successives peuvent être nécessaires à l'établissement d'un diagnostic, à la surveillance et/ou au traitement des lésions (la visite de contrôle suivant le traitement en fait également partie). Cependant, dans les pays en développement, ces visites peuvent être la source de difficultés pour les femmes en raison d'obstacles financiers, pratiques et logistiques. En outre, certaines patientes peuvent ne pas se présenter à ces visites de suivi car elles ne comprennent pas la nécessité d'une évaluation plus poussée ou ont peur qu'on leur communique de mauvaises nouvelles sur leur état de santé. D'autres encore ne se présenteront pas à ces visites par embarras ou par peur du diagnostic ou du traitement.

Les planificateurs de programme et les personnes chargées de l'élaboration des politiques de santé doivent s'attaquer à ces problèmes. Ils doivent également disposer de systèmes d'information adéquats : les employés des programmes peuvent ainsi vérifier qu'après le dépistage, les traitements nécessaires ont bien été effectués.

Généralités

Les planificateurs de programme et les personnes chargées de l'élaboration des politiques de santé doivent prendre en compte plusieurs éléments clés susceptibles de contribuer au succès des stratégies de suivi des programmes de prévention du cancer cervical :

Conception et développement de systèmes d'informations fonctionnels

Les dossiers des patientes doivent permettre aux responsables des programmes de retrouver les informations concernant chaque femme, notamment ses résultats de tests de dépistage, les consultations de diagnostic, l'issue du traitement effectué, ainsi que ses coordonnées. Ces dossiers doivent être classés de façon à ce que les femmes puissent être rappelées afin de subir des tests de dépistage à des intervalles appropriés ou pour être soumises à un nouveau test de dépistage, accompagné d'un diagnostic et d'un traitement lorsque les résultats du test de dépistage sont anormaux. Pour y parvenir, un simple registre de la population suivie peut être établi à l'aide d'un système de cartes basique. Les cartes doivent indiquer le nom de la femme, son numéro d'identification, son adresse, sa date de naissance, les coordonnées d'un membre de la famille, la date de chaque test de dépistage, les résultats de ces tests, ainsi que toutes les informations concernant le renvoi vers un autre service pour traitement. Les rapports pathologiques doivent être remplis à l'aide de la carte de la patiente. Étant donné que le dépistage, le diagnostic et le traitement peuvent être fournis par différentes organisations, il peut s'avérer nécessaire de passer des accords formels ou informels qui permettent et facilitent l'échange des informations.

Outre ces cartes d'informations cliniques, les femmes doivent recevoir une carte d'enregistrement de dépistage (avec numéros d'identification associés aux dossiers cliniques), répertoriant leurs visites de dépistage et les résultats de ces visites. Ces cartes doivent permettre aux femmes de se souvenir de la date de leur prochaine visite et informer les soignants de l'historique de leur dépistage en cas de déménagement. Dans l'idéal, les informations des dossiers des patientes doivent être associées à des bases de données régionales ou



Des systèmes d'information de dépistage du cancer cervical peuvent être maintenus dans la communauté par le biais des organisations de femmes ou grâce à des soignants mobiles, complétant ainsi les systèmes d'information des cliniques et des hôpitaux. Un examen des besoins individuels en matière de dépistage et de suivi peut être intégré aux réunions régulières de l'organisation ; ces réunions peuvent s'avérer particulièrement utiles pour les femmes analphabètes.

nationales, ou à des registres du cancer afin de permettre un recueil facile de données sur la base d'indicateurs clés. Si un tel système ne peut être mis en place, le recours à des méthodes de surveillance sentinelle pour le recueil et le contrôle des données pourrait constituer une alternative pratique.

Réduction du nombre de visites à la clinique après le dépistage

Dans de nombreux environnements aux ressources limitées, et en particulier dans les zones rurales, l'accès des femmes aux services de santé peut être limité en raison de la distance entre leur domicile et les cliniques, les coûts des transports et leurs responsabilités professionnelles ou familiales. La réduction du nombre de visites aux cliniques (les femmes s'y rendent afin d'y subir un test de dépistage, une visite de contrôle ou un traitement) facilite l'accès aux services concernés où sont dispensés les soins nécessaires. Grâce aux méthodes dérivées de la méthode « observer et traiter », les femmes n'auraient plus à attendre les résultats de la biopsie avant de se représenter pour subir un traitement. L'utilité clinique de telles approches est cependant toujours en cours d'étude (*Voir Dossier n° 5, Technologies et méthodes thérapeutiques, page 25*).

Intégration de services

L'intégration des programmes de prévention du cancer cervical à d'autres services de soins de santé peut être une stratégie efficace et encourager les femmes à entrer en contact avec les services de dépistage et à y recevoir les soins de suivi nécessaires. L'intégration de programmes de prévention dans des services existants réussira uniquement si les services existants atteignent déjà les femmes âgées de 30 à 35 ans ou plus. Une étude menée en Amérique Latine a permis de démontrer que si les cliniques du planning familial parviennent à atteindre de nombreuses femmes, elles touchent souvent des femmes plus jeunes pour lesquelles le risque de cancer cervical n'est pas élevé.¹ Les programmes qui proposent des soins en obstétrique (mère/enfant), des traitements pour les infections sexuellement transmissibles, des services de stérilisation, de traitement de l'hypertension ou d'autres services en externe peuvent avoir la capacité de fournir un service de dépistage du cancer cervical et disposer de mécanismes établis permettant d'assurer les soins de suivi adéquats.

Éducation des femmes

Les recherches qualitatives menées dans plusieurs pays indiquent que de nombreuses femmes ne sont pas conscientes qu'un diagnostic précoce et un traitement des lésions cervicales peuvent permettre d'éviter le développement du cancer cervical. En outre, les femmes ne saisissent pas toujours qu'il est important qu'elles se présentent aux visites de suivi (que ce soit pour obtenir un diagnostic, suivre un traitement ou subir un nouveau dépistage) lorsque leurs résultats de test de dépistage sont anormaux. Les soignants et les formateurs doivent donc acquérir les compétences nécessaires (compétences en conseil, éducatives) afin de faire en sorte que les femmes ayant besoin de services supplémentaires en comprennent l'importance.

Implication de la politique de santé

Afin de faire face aux difficultés inhérentes au développement de stratégies de suivi réalisables, les planificateurs de programme et les personnes chargées de l'élaboration de la politique de santé doivent envisager la mise en œuvre des initiatives présentées ci-dessous :

- ▶ Développer des systèmes d'information qui permettent aux programmes de rechercher les résultats de test de dépistage des patientes, les orientations vers de nouveaux services pour diagnostic, l'issue du traitement et les coordonnées de la personne à contacter si nécessaire ;
- ▶ Encourager les chercheurs à étudier des méthodes alternatives de dépistage et de traitement permettant de réduire le nombre de visites en clinique requises ;
- ▶ Favoriser, si possible, l'intégration des programmes de dépistage et de traitement du cancer cervical dans les programmes de la santé reproductive existants qui atteignent ou sont à même d'atteindre des femmes plus âgées et disposent de systèmes d'information fonctionnels et effectifs ;
- ▶ S'assurer que les femmes reçoivent les informations et les conseils adéquats concernant leur état de santé, que l'importance des visites de suivi et le déroulement de chaque étape de l'intervention (dépistage, diagnostic et traitement) leur sont expliqués.

Référence

1. Robles S, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of PAHO* 30(4):290-301 (December 1996).



Cancer cervical : stades avancés et soins palliatifs

Soins palliatifs :

- ▶ affirment le principe de vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- ▶ ne facilitent ni ne retardent la mort ;
- ▶ fournissent un traitement contre la douleur et autres symptômes de détresse ;
- ▶ tentent de répondre aux besoins psychologiques et spirituels des patientes ;
- ▶ proposent un système de prise en charge pour aider les patientes à vivre le plus activement possible avant de mourir ;
- ▶ proposent un système de prise en charge afin d'aider les familles à faire face à la maladie de leur proche et pour les accompagner au cours de leur deuil.

(Organisation mondiale de la santé, 1990)¹

Tout programme de prévention du cancer doit tenter de répondre aux besoins des patients atteints de cancer à un stade avancé. Les programmes de prévention du cancer cervical auront toujours à faire face à des cas de cancer diagnostiqués à un stade avancé de la maladie. Pour de nouveaux programmes, il peut s'agir d'une véritable difficulté étant donné qu'un programme de dépistage mené à grande échelle permet d'identifier des cas jusqu'à alors ignorés. Pour les programmes dont les ressources sont limitées, il est extrêmement difficile d'obtenir le personnel, l'équipement, les médicaments et les structures nécessaires au traitement du cancer invasif. Par conséquent, les efforts doivent porter essentiellement sur la mise à disposition de soins palliatifs pour les femmes atteintes de cancer à un stade avancé ou en phase terminale.

Les soins palliatifs sont des soins actifs et complets de la personne dont la maladie ne répond pas au traitement curatif ou lorsque aucun traitement curatif n'est disponible. Le soulagement de la douleur physique, le contrôle des autres symptômes et la prise en compte des problèmes émotionnels, psychologiques, sociaux et spirituels sont au centre de la démarche des soins palliatifs. Le but de ces soins est de préserver la meilleure qualité de vie possible pour les patients et leur famille.

Alors que nombreux sont ceux qui considèrent que l'octroi humanitaire doit être proposé aux femmes très gravement atteintes, les soins palliatifs rencontrent encore des obstacles importants dans de nombreuses régions du monde. Parmi ces obstacles, on compte l'absence de politiques de santé nationales concernant la lutte contre la douleur liée au cancer, concernant également d'autres aspects des soins palliatifs, et le manque de formation des soignants et des personnes chargées de l'élaboration de ces politiques. En outre, de nombreux pays imposent des restrictions à l'encontre des médicaments qui permettent de soulager efficacement des douleurs violentes, souvent en raison d'inquiétudes concernant la légalité de certaines drogues opioïdes classifiées comme narcotiques. Dans les pays où l'accès à de telles drogues n'est absolument pas réglementé, le prix souvent élevé de ces médicaments les place hors de l'atteinte des personnes en ayant besoin.

Les réglementations internationales en matière de narcotiques ont entraîné une carence en opiacés et/ou une augmentation prohibitive de leur prix dans certaines régions. Certaines des inquiétudes particulières à l'origine de ces restrictions sont peut-être sans fondement. Par exemple, certaines données semblent indiquer que l'utilisation médicale d'opioïdes est rarement associée à une dépendance psychologique de ces drogues. En outre, peu de données étayaient l'hypothèse selon laquelle les patients atteints de cancer développeraient une tolérance croissante aux opioïdes. De fait, les doses administrées sont en général augmentées car la douleur tend à augmenter au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Enfin, le détournement éventuel de médicaments à des fins illicites peut faire l'objet de directives nationales définissant les usages spécifiques et les conditions de distribution à respecter.

Les soins palliatifs soutiennent les patientes et les soignants

Dans de nombreuses régions, afin de pouvoir proposer des soins palliatifs, il est primordial que les soignants expliquent leur diagnostic de cancer



Hospice Uganda, fondé en 1993, a pour objectif de proposer des soins palliatifs aux patients atteints de cancer. Hospice Uganda tente donc de faciliter l'accès des personnes les plus gravement atteintes aux médicaments de lutte contre la douleur. L'organisation se base sur une approche holistique des soins, utilisant l'échelle analgésique de l'OMS pour lutter contre la douleur. Hospice Uganda milite en faveur d'un meilleur accès à ces médicaments au niveau communautaire et forme des soignants non-médecins afin qu'ils puissent reconnaître la douleur et administrer des analgésiques.

En 1992, la Cour Suprême du Costa Rica déclara que chaque costaricain avait le droit de mourir dans la dignité et sans souffrance. Cette décision fut motivée par les souffrances d'une patiente atteinte d'un cancer cervical en phase terminale et qui ne put obtenir suffisamment de médicaments analgésiques en raison de la réglementation alors en vigueur régissant les pharmacies hospitalières.

cervical et les implications de cette maladie aux patientes et à leur famille. En règle générale, il est difficile pour les infirmiers/infirmières et les médecins de présenter le pronostic de maladie grave et de décès sans formation particulière ; en outre, les normes culturelles en place peuvent pousser le soignant à ne pas informer la patiente du diagnostic de cancer ou de phase terminale. Il en résulte qu'un diagnostic de cancer cervical, s'il est présenté, l'est souvent rapidement et de façon superficielle. Une formation portant sur la communication avec les patientes peut permettre aux soignants de développer les compétences nécessaires et d'aborder alors les sujets du cancer et de la mort avec les patientes et leur famille.

Les soignants doivent également recevoir une formation sur le soulagement de la douleur ; ils doivent apprendre à traiter les autres symptômes de la maladie et être capables d'offrir soutien et conseil aux patientes et à leur famille. Lorsque cette formation est mise en place, les organisateurs des programmes doivent s'assurer que les médicaments dont l'efficacité est reconnue dans le soulagement des douleurs provoquées par le cancer, notamment la morphine et la codéine, sont disponibles.

Afin de faciliter l'accès aux soins palliatifs dans les environnements aux ressources limitées, une étape importante doit être franchie : il est nécessaire d'admettre qu'une grande majorité des femmes atteintes de cancer cervical en phase terminale doivent être soignées chez elles. Par conséquent, il semble relativement logique d'établir des systèmes et des mécanismes permettant de soutenir les familles ayant recours aux soins à domicile plutôt que d'augmenter les ressources pour les soins hospitaliers ou les hospices spéciaux, qui ne sont accessibles qu'à une faible minorité des personnes en ayant besoin. Des techniques simples peuvent être enseignées aux proches et aux soignants afin qu'ils aident les malades à manger, respirer et changer de position plus facilement lorsqu'elles sont allongées. Les soignants offrant aux familles conseils et prise en charge élémentaires peuvent grandement améliorer le confort et le bien-être des personnes gravement malades, de leurs proches ou des autres soignants.

Implication de la politique de santé

Afin de garantir l'accès des femmes atteintes de cancer cervical à un stade avancé à des soins palliatifs efficaces, humanitaires, les programmes de cancer cervical, associés aux programmes plus généraux de lutte contre le cancer, doivent tenter d'atteindre les objectifs suivants :

- ▶ Informer, à tous les niveaux, les personnes chargées de l'élaboration des politiques, ainsi que les soignants, sur la mise en place de soins palliatifs appropriés ;
- ▶ Enseigner aux soignants les principes des soins palliatifs, notamment les utilisations médicales des drogues opioïdes ;
- ▶ Déterminer quelles réglementations relatives à l'utilisation des drogues et quelles politiques médicales/pharmaceutiques sont susceptibles de limiter inutilement l'accès aux médicaments nécessaires et notamment l'accès aux opioïdes ;
- ▶ Former les soignants aux techniques de conseil et de communication interpersonnelle afin de leur permettre d'aborder les sujets du cancer et de la mort avec les patientes et leur famille ;

- ▮ Évaluer et mettre en œuvre des stratégies de soutien des familles lorsque les soins palliatifs sont administrés au domicile de la patiente ; il s'agit notamment d'enseigner aux membres de la famille à administrer les médicaments nécessaires et à utiliser des techniques simples permettant d'améliorer le confort et le bien-être de la personne malade.

Référence

1. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee*. Technical Report Series 804. Geneva: WHO (1990).



Évaluation et surveillance des programmes

La surveillance et l'évaluation des opérations et de l'impact d'un programme de prévention du cancer cervical sont des étapes primordiales et permettent de déterminer si le programme atteint véritablement et efficacement ses objectifs. Les résultats de la surveillance et de l'évaluation du programme peuvent être utilisés afin de garantir une prestation des services appropriée et d'améliorer les opérations du programme. Des résultats d'évaluation positifs peuvent également être utilisés afin de faire appel à une prise en charge politique et financière continue du programme.

Indicateurs d'évaluation sélectionnés

INDICATEURS DE PROCESSUS

Dépistage :

- ▶ pourcentage de femmes âgées de 30 à 50 ans* ayant subi un dépistage au cours des cinq dernières années ;
- ▶ pourcentage de femmes âgées de 30 à 50 ans ayant subi un dépistage pour la première fois au cours des cinq dernières années[†] ;
- ▶ pourcentage des soignants choisis qui effectuent le dépistage ou dirigent les femmes afin qu'elles subissent un examen de dépistage ;
- ▶ pourcentage d'hôpitaux proposant des services de dépistage du cancer cervical[†] ;
- ▶ pourcentage de tous les résultats de test de dépistage positifs dans le cas de lésions à haut grade ou de cancer[†] ;
- ▶ pourcentage de tests de dépistage inappropriés/non concluants ;
- ▶ pourcentage de tests de dépistage faux positifs ;
- ▶ pourcentage de femmes âgées de 30 à 50 ans connaissant les principaux messages de dépistage ;
- ▶ pourcentage de femmes âgées de 30 à 50 ans ayant une attitude positive envers les services de dépistage[†].

Diagnostic et traitement :

- ▶ pourcentage de femmes ayant des résultats de test positifs et pour lesquels un diagnostic a été établi dans les trois mois suivants ;
- ▶ pourcentage de femmes chez lesquelles une dysplasie de haut grade a été diagnostiquée et qui ont été traitées dans les trois mois suivants[†] ;
- ▶ pourcentage des femmes traitées suivies dans l'année ;
- ▶ pourcentage des lésions pré-invasives traitées en ambulatoire.

INDICATEURS DE L'IMPACT :

- ▶ incidence du cancer cervical invasif ;
- ▶ taux de mortalité liée au cancer cervical.

*Tranche d'âge appropriée dans le cadre d'un nouveau programme aux ressources limitées.

[†]Indicateurs minimaux proposés pour les nouveaux programmes.

Certaines opérations de l'évaluation peuvent être longues et coûteuses. Il est donc important que les programmes de prévention du cancer cervical établissent des stratégies d'évaluation et de surveillance qui soient réalisables en fonction des ressources financières et techniques à disposition. Si possible, il est préférable de mettre en place ces stratégies avant le début des activités du programme (ainsi que les mécanismes permettant de communiquer rapidement les données relatives à l'évaluation entre les sites du programme).

Méthodes réalisables dans les environnements aux ressources limitées

Dans l'idéal, l'évaluation d'un programme de prévention du cancer cervical doit porter à la fois sur les activités en cours (par exemple, il faut évaluer le fonctionnement des services de dépistage et de traitement du programme ou déterminer si les femmes dont l'état est incurable reçoivent des soins palliatifs) et sur l'impact à long terme (par exemple, le programme a-t-il permis de diminuer le taux d'incidence du cancer cervical et le rapport coût/efficacité calculé est-il intéressant ?). Comme l'évaluation des activités du programme (indicateurs de processus) est en général plus rapide, plus facile et moins coûteuse que l'évaluation de l'impact à long terme, elle devrait constituer la première stratégie d'évaluation des nouveaux programmes et des programmes dont les ressources sont limitées.

L'évaluation efficace d'un programme de prévention du cancer cervical implique (1) l'identification des indicateurs d'évaluation mesurables (indicateurs de processus et d'impact) ; (2) le développement d'une stratégie d'évaluation appropriée (par exemple, via la comparaison des performances par rapport à des objectifs définis pour une période de temps limitée) ; (3) le recueil d'informations concernant des indicateurs sélectionnés ; (4) l'analyse des informations recueillies et la communication des résultats. Des méthodes qualitatives et quantitatives de recueil des données peuvent être utilisées.

Un certain nombre d'indicateurs peuvent être utilisés afin d'évaluer les activités et l'impact d'un programme de prévention du cancer cervical (reportez-vous à la liste ci-contre). Pour chaque indicateur, les évaluateurs du programme doivent déterminer ce que représente un objectif atteint. Cette définition est souvent établie en fonction de la maturité et de l'étendue du programme et est également basée sur les ressources dont le programme dispose afin de mettre en œuvre ses activités. Par exemple, un programme récent peut être considéré



La surveillance et l'évaluation des opérations et de l'impact d'un programme de prévention du cancer cervical sont essentielles et permettent de déterminer si le programme atteint véritablement ses objectifs de façon efficace.

comme une réussite s'il permet de dépistage de 30 pour cent des femmes âgées de 35 à 50 ans au cours de sa première année de fonctionnement. En revanche, un programme plus ancien peut être considéré comme une réussite s'il permet le dépistage d'au moins 90 pour cent de ces femmes.

Afin de garantir un impact maximal, les résultats de l'évaluation doivent être communiqués aux membres du personnel concernés, accompagnés, si nécessaire, des recommandations relatives aux mesures correctives à prendre. Par exemple, si une évaluation établit qu'un nombre peu important de femmes invitées à se présenter à une visite de diagnostic bénéficient véritablement de ces services, il est nécessaire d'entreprendre une action afin d'en déterminer les raisons. Des mécanismes doivent être mis en place afin de tenter de résoudre le problème, tels que l'instauration de moyens de transport vers une clinique où un diagnostic pourra être établi ou le développement de nouveaux liens fonctionnels avec les personnes à même de poser le diagnostic. Lors des discussions concernant les éventuelles solutions à apporter aux problèmes identifiés au cours d'une évaluation, il peut s'avérer utile de faire participer les personnes qui fournissent ces services ou en bénéficient et de recueillir des informations plus détaillées sur le problème en question.

Des systèmes d'information efficaces sont essentiels

L'établissement de systèmes d'information fonctionnels est essentiel à la réussite de l'évaluation et de la surveillance d'un programme. Les dossiers des patientes doivent permettre au personnel des programmes de suivre chaque patiente et de connaître, notamment, ses résultats de dépistage, les dates de ses visites de diagnostic et l'issue du traitement entrepris (voir *Dossier n° 6, Stratégies de suivi, page 29*). Dans l'idéal, les informations issues des dossiers des patientes devraient être liées à des bases de données régionales ou nationales afin de permettre un regroupement aisé des données sur la base d'indicateurs d'évaluation clés. S'il existe, un registre national du cancer peut être utilisé afin de contrôler les variations des taux d'incidence du cancer cervical. En l'absence d'un tel registre, le recueil de données dans une région bien définie, dans un premier temps, puis progressivement élargie, peut permettre d'en constituer un. Il n'est cependant pas nécessaire que le registre couvre l'intégralité de la population pour générer des données utilisables lors de la surveillance de l'évolution de la maladie.

Les systèmes d'information peuvent aider les planificateurs des programmes et les soignants à accomplir les tâches suivantes :

- ▶ Identifier les personnes ayant le plus besoin de ce type de services (par exemple, les femmes n'ayant jamais été dépistées, les femmes devant subir un dépistage de façon périodique, les femmes dont les résultats de dépistage sont anormaux et qui doivent être suivies) ;
- ▶ Contacter les femmes afin de leur communiquer les résultats du test de dépistage ;
- ▶ Surveiller la couverture ou le taux de réponse du programme de recrutement ;
- ▶ Enregistrer les anomalies cytologiques détectées lors du dépistage ;
- ▶ Vérifier que les femmes concernées reçoivent les soins de suivi adéquats ;
- ▶ Recueillir et évaluer les données de laboratoire et relatives à la qualité du diagnostic ;
- ▶ Effectuer la comparaison de données relatives à l'impact des programmes au niveau régional et/ou national.

Implication de la politique de santé

L'évaluation est un composant nécessaire des programmes de prévention du cancer cervical. Lors de la mise en place d'un programme, il est important d'effectuer les opérations suivantes :

- ▶ Instaurer, dès le début du programme, un projet d'évaluation et de surveillance afin de garantir une définition claire des objectifs et des activités de soutien ;
- ▶ Choisir des indicateurs réalistes et mesurables permettant de corréler les buts et les objectifs du programme, facilitant ainsi l'évaluation de l'état d'avancement du programme et l'identification des zones devant être améliorées ;
- ▶ Établir des systèmes d'information appropriés, soutenant les activités d'évaluation et de surveillance ;
- ▶ Réagir rapidement aux résultats de l'évaluation afin de maximiser les points forts du programme, afin également d'apporter sans délai les améliorations nécessaires.



Prévention du cancer cervical : prise en compte des besoins des femmes

Les femmes à risque doivent recevoir des informations précises et complètes afin de pouvoir comprendre les options de prévention et utiliser les services de dépistage. Les programmes de prévention du cancer cervical doivent faire face à des obstacles d'ordre pratique, émotionnel et culturel qui jouent un rôle dans le choix des femmes d'avoir ou non recours aux services de dépistage. Les femmes peuvent hésiter à subir un test de dépistage par embarras, peur de la procédure de dépistage ou peur du cancer. Très souvent, elles se méfient des

membres du personnel soignant et sont soumises à diverses pressions familiales les empêchant d'entrer en contact avec les services de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de soins gynécologiques. Par conséquent, il est nécessaire de les informer de façon adéquate et ce, d'une façon respectueuse et prenant en compte les paramètres culturels environnants.^{1,2,3}

L'un des principaux obstacles : l'ignorance

Dans de nombreux pays, l'ignorance des femmes concernant le cancer cervical et sa prévention représente l'un des principaux obstacles à l'accès aux services de dépistage. Une étude nigérienne concernant des femmes âgées de 20 à 65 ans a permis de démontrer que seulement 15 pour cent de ces femmes avaient entendu parler de la maladie.³ Une autre étude, moins importante, menée au Kenya, a démontré que 60 pour cent des soignants étaient capables d'identifier le cancer cervical comme étant la menace cancéreuse la plus importante sévissant dans leur communauté. En revanche, 10 pour cent des patientes seulement ont identifié le cancer cervical. En matière de prévention du cancer cervical, 80 pour cent des patientes n'avaient pas la moindre idée des moyens à mettre en œuvre. Le test de Papanicolaou n'a été mentionné que par 2 pour cent des personnes interrogées.² Lors d'une étude mexicaine, les femmes interrogées ont cité un certain nombre d'obstacles les empêchant de prendre contact avec les services de dépistage, notamment leur manque de connaissances concernant le cancer cervical ou le test de Papanicolaou, la croyance que le cancer est une maladie incurable et mortelle, les problèmes liés aux relations entre soignants et patientes, l'opposition du partenaire sexuel et le rejet de l'examen pelvien.¹

Afin de garantir que les programmes répondent aux besoins des femmes et prennent en compte leurs inquiétudes, il est important d'obtenir la participation des femmes à risque de cancer cervical au développement des actions des programmes et des principaux messages informatifs. Les méthodes participatives de recherche qualitative, telles que les discussions de groupe, les entretiens détaillés ou les cartographies de communauté avec les femmes d'âge différent et leurs partenaires peuvent fournir des informations précieuses sur les besoins et inquiétudes de ces femmes. Les gestionnaires de programmes souhaitant bénéficier continuellement d'informations peuvent souhaiter mettre sur pied une équipe consultative constituée de femmes et d'autres membres influents de la communauté.

La participation des femmes à la conception du programme permet de garantir que des arguments convaincants seront présentés à la population cible du programme, que ces arguments seront avancés par les sources préférées de la population visée et que ces informations seront présentées sur les sites que ces femmes auront choisis. La disponibilité de services répondant à leurs besoins et tenant compte de leurs inquiétudes encourage les femmes à se soumettre à un test de dépistage et à se présenter aux visites de suivi nécessaires.

D'une région à l'autre, les approches les plus efficaces permettant aux femmes à risque de prendre conscience de l'existence de moyens de prévention du cancer cervical varient. Les principes généraux associés aux besoins des femmes sont présentés ci-après.

Élaboration de messages informatifs à l'attention des femmes

L'accès limité des femmes aux informations sur le cancer cervical constitue l'un des obstacles les plus significatifs qu'elles rencontrent lors de leur tentative de prise de contact avec les services de dépistage de la maladie. L'un des principaux objectifs des programmes doit être d'atteindre les femmes pour lesquelles le risque de lésions de haut grade, pouvant être traitées, est le plus élevé (il s'agit en général de femmes âgées de 35 à 50 ans) : des messages invitant les femmes à entrer en contact avec les services de dépistage du cancer



cervical doivent être utilisés. Les principaux messages informatifs doivent expliquer les points suivants :

▮ Le cancer cervical est une maladie à évolution lente ;

- ▮ Le test de dépistage peut détecter des lésions précancéreuses, pouvant être traitées, avant qu'elles n'évoluent et ne deviennent un cancer ;
- ▮ Les femmes âgées de 35 ans et plus sont plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer cervical que les femmes plus jeunes ;
- ▮ Les femmes entre trente et cinquante ans doivent subir au moins un test de dépistage ;
- ▮ La procédure de dépistage est relativement simple et rapide ;
- ▮ Le dépistage n'est généralement pas douloureux ;
- ▮ Le petit nombre de femmes devant être traitées après le dépistage le sont souvent par le biais d'une simple procédure en externe permettant de retirer la lésion.

La présentation et la formulation spécifiques des messages d'encouragement doivent être élaborées par des membres de la population visée et testées préalablement sur cette population afin de garantir que les messages sont appropriés et de compréhension aisée.

Le meilleur format de communication des messages varie d'une communauté à l'autre. Dans certaines communautés, les annonces radiophoniques effectuées par des dirigeants des services de santé publique peuvent être les plus efficaces et entraîner une prise de conscience des populations concernées. Dans d'autres communautés, encourager la prise de parole d'infirmières à des réunions de groupes de femmes peut s'avérer être l'approche la plus adaptée.

Les femmes ont besoin des informations qui, non seulement décrivent les éléments essentiels de la prévention du cancer cervical, mais qui expliquent également les concepts des soins de santé préventifs. Les informations présentant la relative facilité d'exécution du dépistage des femmes, les coûts qui y sont associés, ainsi que les avantages de ce dépistage et d'une intervention précoce, entraîneront très certainement un changement positif dans les comportements, favorisant les mesures de prévention. L'association du dépistage avec d'autres événements de la vie ou avec d'autres besoins, tels que le fait de devenir grand-mère ou la volonté de recours à un moyen de contraception, peuvent permettre d'améliorer l'acceptabilité du dépistage. Il est également primordial que la prévention du cancer cervical soit placée dans le contexte plus général des besoins et des priorités en matière de santé des femmes.

Les femmes préfèrent être informées sur le cancer cervical

Via certains canaux :

- ▮ messages radiophoniques
- ▮ publicités dans les journaux ou articles de journaux
- ▮ affiches ou brochures
- ▮ pièces de théâtre
- ▮ réunions communautaires abordant des thèmes de santé
- ▮ contact personnel direct

Par certains membres de la communauté, tels que :

- ▮ médecins
- ▮ infirmiers/infirmières ou infirmiers praticiens/infirmières praticiennes
- ▮ sages-femmes
- ▮ membres du personnel de santé publique
- ▮ dirigeants de la communauté
- ▮ promouvants de santé de la communauté
- ▮ membres et dirigeantes de groupes de femmes
- ▮ guérisseurs traditionnels et personnes assistant aux naissances traditionnelles
- ▮ autres femmes

Dans un lieu particulier :

- ▮ centres de santé
- ▮ hôpitaux
- ▮ églises
- ▮ centres de planning familial ou centres spécialisés dans les soins à la mère et à l'enfant
- ▮ lieu de travail personnel ou lieu de travail du partenaire ; centre de recherche d'emploi
- ▮ réunions publiques
- ▮ écoles (par le biais de leurs enfants en âge d'aller à l'école)
- ▮ groupes de femmes ou clubs locaux

Savoir communiquer

Le cancer cervical, comme de nombreuses autres maladies, est un sujet tabou dans certaines communautés. Les femmes sont donc souvent peu préparées à aborder le sujet de la prévention du cancer cervical avec les soignants qu'elles

rencontrent, leurs partenaires ou leurs proches. Les conseils donnés par les soignants informent les femmes et les aident à acquérir les compétences nécessaires afin qu'elles abordent la question du cancer cervical avec les personnes qui leur sont proches. Les conseils peuvent s'avérer particulièrement utiles pour les femmes dont les lésions précancéreuses sont traitées et qui doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels plusieurs semaines après le traitement. Les femmes se trouvant dans ce type de situation peuvent tirer grand avantage des explications des soignants sur l'abstinence sexuelle ; elles peuvent alors présenter ces explications à leurs partenaires. La participation des partenaires à la discussion peut également jouer un rôle important.

Accès aux services

Les femmes sont plus susceptibles de rechercher les services de soignants sensibles à leurs besoins et désireux d'y répondre. Les services doivent respecter la culture environnante et être disponibles dans les langues parlées par les femmes le plus à risque. Pour les femmes ayant un emploi ou exerçant une activité journalière, des services devront éventuellement être mis en place aux emplacements les plus adéquats et les horaires proposés devront être adaptés à l'emploi du temps des femmes visées : par exemple, horaires en soirée ou en fin de semaine. Les coûts ne doivent pas rendre ces services inaccessibles aux femmes en ayant besoin. En outre, le caractère confidentiel des consultations et la vie privée des personnes concernées doivent être respectés.

Les inquiétudes des femmes à risque sont souvent liées à la crainte du traitement que leur réserve le soignant avec lequel elles seront en contact. Ces inquiétudes peuvent prendre une ampleur telle qu'elles empêchent les femmes d'entrer en contact avec les services de dépistage ou avec d'autres services de santé. Les soignants capables d'établir avec ces femmes un rapport basé sur le respect peuvent alors leur fournir les informations dont elles ont besoin et les rassurer afin qu'elles se présentent aux visites de suivi nécessaires. Les services de conseil qui tentent de répondre aux questions des femmes sont un composant essentiel des services de prévention du cancer cervical.

Les femmes souhaitent parfois bénéficier des services de prévention du cancer cervical si ceux-ci font partie d'autres services qu'elles considèrent comme étant importants. Par exemple, il peut s'avérer plus pratique de proposer des services de prévention du cancer cervical dans un centre de soins primaires où les femmes plus âgées sont déjà soignées. En outre, il serait ainsi plus aisé d'encourager les femmes à entrer en contact avec les services de dépistage et de suivi, si nécessaire.

Implication de la politique de santé

Lorsqu'ils développent des mécanismes effectifs pour répondre aux besoins des femmes en matière de services de prévention du cancer cervical et d'informations, les planificateurs des programmes doivent se fixer les objectifs suivants :

- ▶ Obtenir la participation des femmes à risque lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de prévention du cancer cervical ;
- ▶ Vérifier que les efforts de dépistage atteignent la majorité des femmes âgées de 35 à 50 ans (notamment dans les populations isolées, telles

L'objectif de nombreux programmes de dépistage du cancer cervical est de soumettre les femmes à un test de dépistage une fois tous les cinq ou dix ans. Dans ces circonstances, une « campagne stratégique » peut être efficace. Une campagne bien conçue, informant périodiquement toutes les femmes de la population cible peut réellement informer les femmes de façon efficace sur l'importance du dépistage et sur les lieux où se rendre afin de bénéficier des services adéquats.



que les femmes pauvres, citadines, les femmes vivant en zone rurale, les femmes des populations indigènes et les femmes analphabètes) ;

- ▶ Élaborer des messages forts, culturellement acceptables, en collaboration avec la communauté que le programme est censé toucher ;
- ▶ Apprendre aux femmes à communiquer afin de leur permettre d'aborder les questions de la prévention du cancer cervical avec des amis et/ou des membres de leur famille ;
- ▶ Former les soignants afin qu'ils puissent communiquer avec respect et efficacité avec les femmes souhaitant bénéficier de services de dépistage ;
- ▶ Vérifier que les services de prévention du cancer cervical sont accessibles aux femmes en minimisant leurs coûts et en proposant des services à des emplacements et à des horaires appropriés ;
- ▶ Intégrer des services de prévention du cancer du col utérin au sein d'autres services considérés comme importants pour les femmes.

Références

1. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399-408 (April 1999).
2. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Assessing health need/community demand for cervical cancer control: results from a study in Kenya. *Reproductive Health Reports* No. 1 (December 1996).
3. Ajayi IO, Adewolfe IF. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine* 44(2):41-43 (February 1998).

Lobbying en faveur du dépistage et du traitement du cancer cervical

L'action de lobbying correspond à toute activité organisée dont l'objectif est de changer les politiques, positions ou programmes en vigueur. Cette action peut s'exprimer sous des formes diverses. Par exemple, un lobbying local peut avoir lieu au sein d'une organisation existante afin de provoquer un changement de la politique interne. Un lobbying au niveau national peut avoir pour objectif de persuader le Ministère de la Santé de soutenir de nouvelles initiatives ou de les renforcer à l'échelle nationale.

Les individus et les organisations militant en faveur de nouvelles actions de prévention du cancer cervical ou pour l'amélioration de programmes existants doivent être prêts à élaborer un dossier solide, soulignant la nécessité de mettre en œuvre un dépistage efficace et des protocoles thérapeutiques, et la faisabilité de telles démarches. Les défenseurs de la prévention du cancer cervical comptent dans leurs rangs toute personne qui participe à un effort organisé visant à obtenir un soutien public et/ou à obtenir le soutien de la politique de santé en faveur des actions de prévention. Ces défenseurs peuvent être des soignants, des éducateurs, des dirigeants de différentes communautés, des groupes de femmes et d'autres personnes.

Le lobbying peut s'exercer sous différents aspects. Il peut être exercé au sein d'une organisation existante et constituer un moyen de pression visant à modifier la politique ou des procédures internes. Par exemple, un programme de prévention du cancer cervical d'un centre de santé peut comporter une réglementation encourageant les femmes jeunes à subir un test de dépistage cytologique. Dans ce cas, une stratégie peut être élaborée afin de convaincre les preneurs de décisions de changer la tranche d'âge cible et de dépister les femmes entre trente et cinquante ans car, chez ces femmes, le risque de lésions cervicales précancéreuses est le plus élevé.

Le lobbying peut également s'avérer efficace à plus grande échelle. Par exemple, une campagne de lobbying menée au sein d'une communauté peut convaincre les responsables des services de santé locaux de mettre en place des services de dépistage du cancer cervical dans les hôpitaux. Une campagne menée à plus grande échelle peut tenter de convaincre des fonctionnaires du Ministère de la Santé de soutenir une nouvelle initiative de prévention du cancer cervical au niveau national ou de renforcer les actions déjà existantes.

Indépendamment du niveau, local ou national, auquel les défenseurs interviennent lorsqu'ils militent en faveur d'un changement de politique, ils doivent défendre leur cas devant des personnes ou des groupes influents avec force et conviction. La plupart des programmes de prévention du cancer cervical doivent être pris en charge par des preneurs de décision importants, tels que des fonctionnaires du Ministère de la Santé, afin d'être mis en œuvre avec succès. Même lorsque des organisations non gouvernementales prennent la responsabilité d'instaurer des services de dépistage, l'infrastructure nécessaire à l'implémentation de programmes de prévention du cancer cervical, tels que des laboratoires de cytologie, dépend souvent du gouvernement. Les centres de santé, les cliniques et les hôpitaux pris en charge par le gouvernement et fonctionnant à un niveau national ou sous-national nécessitent une prise en charge officielle, garantie de leur succès.

La prise en charge à haut niveau des programmes de prévention du cancer cervical peut être représentée de différentes façons. Le gouvernement peut accepter, par exemple, d'augmenter le financement des actions de prévention ou il peut ordonner à un comité d'élaborer des directives nationales concernant



la prévention du cancer cervical. Une autre forme de soutien peut être affichée par un membre influent du gouvernement offrant un appui verbal ou acceptant de faire partie d'un comité consultatif.

Établir la défense de la prévention du cancer cervical

Les preneurs de décision disposent d'un temps limité, doivent faire face à des priorités sanitaires multiples alors que les ressources disponibles avec lesquelles répondre à tout un éventail d'exigences sont limitées. Comme le cancer cervical est associé à l'activité sexuelle, certains preneurs de décision peuvent ne pas bénéficier de la volonté politique nécessaire pour soutenir ou attirer l'attention sur un problème de santé pouvant être considéré comme sujet à controverse. La mise en œuvre de recherches et une planification appropriée sont des éléments primordiaux de toute défense réussie soutenant la mise en place de nouveaux programmes de prévention du cancer cervical ou l'amélioration de programmes déjà existants.

Obtenir des informations

Les personnes souhaitant améliorer les programmes de prévention du cancer cervical doivent avant tout évaluer le niveau des besoins en services et la faisabilité de la mise en œuvre de tels services dans la région cible. Ces informations permettront de justifier le bien-fondé de leurs efforts et permettront également de les guider. Les informations essentielles doivent présenter les données actuelles sur la maladie et ses précurseurs dans des populations définies, la disponibilité et l'utilisation de services de prévention et de traitement, et les politiques actuellement en place qui influent sur l'accès aux services et sur leur utilisation. Les personnes et les organisations militant en faveur d'une action de lutte contre le cancer cervical dans une région où il n'en existe aucune doivent compiler les informations nécessaires afin de convaincre les preneurs de décision de la nécessité d'entreprendre une telle action. Les informations recueillies ne constituent pas uniquement un moyen de pression ; elles peuvent également être utilisées lors de l'élaboration des stratégies des programmes, une fois que le soutien à la cause défendue est acquis.

Développer les buts et objectifs d'une campagne de lobbying

L'identification des buts et des objectifs d'une campagne de lobbying doit être basée sur les résultats des informations clés décrites ci-dessus. Les défenseurs d'une action doivent analyser les informations à l'aide de critères pré-établis les aidant à identifier et à classer les besoins dans une région cible. Le premier besoin identifié via ce processus devient généralement le but de la campagne de lobbying. Les canaux permettant d'atteindre les preneurs de décision peuvent également être identifiés à cette étape. Les objectifs qui sont spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps doivent alors être développés afin de permettre la réalisation de l'objectif à long terme de la campagne de lobbying.

Les buts d'une campagne de lobbying incluent, par exemple :

- ▶ L'augmentation des fonds gouvernementaux alloués aux programmes de prévention du cancer cervical ;
- ▶ L'élaboration de directives nationales de dépistage et de traitement du cancer cervical ;
- ▶ La révision de politiques de santé spécifiques, telles que la tranche d'âge de la population ciblée par le dépistage.

Les objectifs d'une campagne de lobbying incluent par exemple :

- ▮ La rencontre avec trois fonctionnaires du Ministère de la Santé au cours des six premiers mois du projet ;
- ▮ La distribution de 25 kits informatifs aux dirigeants de la communauté visée au cours des trois premiers mois du projet ;
- ▮ La tenue de réunions techniques sur le cancer cervical à trois hôpitaux au cours des trois premiers mois du projet.

Établir une coalition large

L'établissement d'une coalition large incluant une série d'organisations et de personnes permet de démontrer, aux personnes chargées de l'élaboration des politiques de santé, l'existence d'un soutien important en faveur de la prévention du cancer cervical. Les femmes de la population cible doivent faire partie de cette coalition afin de s'assurer que leurs besoins et inquiétudes sont pris en compte. Les membres de la coalition doivent collaborer afin de développer un plan d'action, lancer des activités favorisant une meilleure prise de conscience de la population et faire face aux mouvements d'opposition.

Mobiliser l'opinion publique

Pour être des plus efficaces, les campagnes de lobbying doivent capter l'attention et obtenir le soutien des preneurs de décision, des figures publiques clés, de l'opinion publique et de la presse. Ces groupes s'influencent les uns les autres directement et indirectement ; les personnes participant à une campagne de lobbying doivent donc fournir des informations adaptées aux besoins spécifiques de chaque groupe. Par exemple, les réunions communautaires informelles utilisant un matériel éducatif pour personnes illettrées peuvent permettre une meilleure prise de conscience de la population dans certaines communautés, alors que les réunions avec des administrateurs d'hôpitaux nécessitent une présentation plus formelle et plus technique des données épidémiologiques et financières.

Évaluer les efforts du lobbying

Il existe de nombreuses façons d'évaluer les actions d'une campagne de lobbying et même les données de processus les plus élémentaires peuvent constituer des informations précieuses permettant de guider les activités de lobbying. L'évaluation du processus peut fournir des informations concernant le nombre d'activités ayant eu lieu (par exemple, le nombre de brochures d'information distribuées aux personnes chargées de l'élaboration des politiques ou le nombre de réunions publiques tenues). L'évaluation de l'impact permet d'illustrer les progrès effectués en direction des buts à long terme, tels que l'augmentation du taux de financement des programmes de prévention du cancer cervical au cours d'une période de temps donnée.

Les résultats des évaluations peuvent fournir des informations précieuses permettant d'adapter les actions des campagnes de lobbying et de motiver les personnes y participant. Les résultats peuvent également être utilisés pour identifier les composants les plus efficaces, ainsi que les composants les moins efficaces, d'une action de lobbying.



Implication de la politique de santé

Lorsqu'ils élaborent une stratégie visant à préconiser un recours accru aux services de prévention du cancer cervical, les planificateurs de programme doivent se fixer les objectifs suivants :

- ▶ Obtenir des informations concernant la région cible afin d'évaluer précisément les besoins relatifs à ces services et la faisabilité de leur implémentation ;
- ▶ Admettre que même en cas de besoins évidents pour de tels services, l'absence d'infrastructure, de volonté politique ou de financement peuvent rendre le développement de nouvelles interventions irréalisables ou empêcher l'amélioration d'interventions existantes ;
- ▶ Développer une coalition large comprenant les principaux dirigeants, démontrant ainsi l'importance du sujet en question ;
- ▶ Être prêt à faire face à l'opposition de ceux dont les points de vue sont différents ou qui représentent d'autres intérêts en élaborant une stratégie et en développant des messages convaincants en faveur de la santé publique ;
- ▶ Élaborer des messages militants persuasifs afin qu'ils touchent différents publics cibles ; garder à l'esprit cependant que des messages élaborés pour des responsables des services de santé au niveau national peuvent ne pas être adaptés à des soignants évoluant à un niveau communautaire ;
- ▶ Intégrer aux activités des programmes une stratégie publicitaire sur le long terme afin d'instaurer un soutien continu en faveur de la prévention du cancer cervical.

Lancement d'un programme efficace de prévention du cancer cervical

Lorsque les responsables de la planification des programmes doivent évaluer s'il est nécessaire de lancer un programme de prévention du cancer cervical et qu'ils doivent définir la stratégie à adopter, ils doivent prendre en compte le *niveau minimal de services* nécessaire à la réduction des taux de morbidité et de mortalité attribuables au cancer cervical. Les ressources techniques et financières pouvant être utilisées par un programme, ainsi que l'infrastructure sanitaire déjà en place, sont des facteurs déterminants et permettent d'évaluer si un certain nombre de services de prévention du cancer cervical peuvent être mis en place. Les preneurs de décision doivent systématiquement prendre ces facteurs en compte afin de pouvoir déterminer s'il est approprié et, éventuellement, possible de créer de nouveaux services ou de développer des services existants.

Évaluation des ressources existantes et de l'environnement du programme

Avant tout lancement d'un programme de santé, il est important de s'assurer de la nécessité d'un tel programme, d'évaluer l'environnement de ce programme et les ressources existantes.

Les données relatives à l'incidence du cancer cervical des registres locaux et nationaux, lorsqu'elles existent, peuvent permettre les preneurs de décision de **s'assurer de la nécessité** d'un programme de dépistage du cancer cervical et de services de traitement, en particulier lors de la comparaison avec d'autres problèmes sanitaires également prioritaires. En règle générale, un taux d'incidence normalisé sur l'âge, supérieur de 30 à 40 pour cent pour 100 000 femmes, indique que ces services sont véritablement nécessaires. Un taux de prévalence élevé des maladies sexuellement transmissibles (MST) est également représentatif de ce besoin (par exemple, si le taux d'incidence de la syphilis, de la gonorrhée, des infections à VPH ou des pararickettsioses est supérieur à huit pour cent). En l'absence de données locales ou nationales, relatives à l'incidence des MST ou du cancer, la consultation des soignants peut aider les preneurs de décision à appréhender l'importance du problème.

Les preneurs de décision devraient également **évaluer les facteurs susceptibles d'influer sur la création de services** de dépistage et de traitement du cancer cervical : l'environnement local et les ressources permettant l'instauration de ces services. Dans certains cas, un soutien important de la communauté et des services déjà en place offrent de solides fondations à ces nouveaux services. Dans d'autres cas, les faiblesses de l'équipe soignante et une infrastructure peu solide peuvent rendre impossible la mise en place de services de base de dépistage et de traitement du cancer cervical. L'évaluation de ces éléments peut être effectuée par la consultation des données existantes, relatives aux hôpitaux et services cliniques, par les enquêtes à petite échelle concernant les soignants et par les discussions de groupes d'étude faisant intervenir les femmes, les soignants et les membres influents de la communauté. Les éléments suivants doivent être évalués :

1. Soutien de la communauté, des soignants et du monde politique lors du lancement des services

Il est nécessaire de déterminer si les personnes élaborant les politiques de santé, les soignants et les dirigeants des communautés concernées



comprennent l'approche de santé publique de prévention du cancer cervical adoptée et s'ils y souscrivent (par exemple, en cas de ressources limitées, cette approche consistera en la mise en œuvre d'un dépistage ciblé et peu fréquent, associé à un traitement en ambulatoire des lésions précancéreuses). En outre, il est important d'évaluer si les décisionnaires, les soignants et les dirigeants des communautés concernées sont en faveur des soins de prévention, en particulier dans le cas de femmes plus âgées, s'ils considèrent que le cancer cervical constitue un problème de santé prioritaire en comparaison avec d'autres problèmes de santé et s'ils sont désireux d'investir financièrement dans des actions de prévention du cancer cervical.

2. Ressources et conditions permettant la prestation de services, et infrastructures existantes

Ces ressources et conditions sont les suivantes :

- a. nombre et emplacement des hôpitaux et cliniques ;
- b. capacité de ces structures à prendre de nouvelles responsabilités afin d'assurer des opérations de dépistage et de proposer des traitements ;
- c. niveau de formation et degré de compétences du personnel soignant.

En outre, les éléments suivants doivent également être évalués :

- d. disponibilité de l'équipement et des fournitures nécessaires ;
- e. disponibilité, capacité et fiabilité des laboratoires de cytologie ;
- f. disponibilité et fonctionnement des réseaux de renvoi.

3. Connaissance du cancer cervical parmi les femmes âgées de 35 à 50 ans

Les éléments essentiels devant être évalués sont : les convictions et conceptions erronées des femmes concernant le cancer cervical en tant que problème de santé, leur connaissance et acceptation des options de prévention, leurs sources d'information préférées, leurs sites préférés de prestation de services et les liens existant entre les groupes communautaires.

Les évaluations de ce type offrent aux responsables des programmes de précieuses informations leur permettant de décider si la mise en place de tels services est nécessaire. En outre, ces informations permettront également d'élaborer ces services et fourniront une mesure de base à partir de laquelle surveiller et évaluer les progrès accomplis, fournis afin d'atteindre les objectifs du programme.

Élaboration d'un programme : utilisation des résultats de l'évaluation

Les informations recueillies grâce à l'évaluation de l'environnement local et des ressources existantes fournissent des lignes directrices utiles aux responsables des programmes lors de l'élaboration de stratégies permettant de mettre en place des services d'information sur le cancer cervical, ainsi que des services de dépistage et de traitement. Ces informations permettent également de définir quels types d'action entreprendre afin d'obtenir le soutien de la population et/ou du gouvernement en faveur des programmes. Dans de nombreux cas, les difficultés liées à la mise en œuvre de tels services seront également mises à jour et pourront être traitées par le biais d'activités menées dans le cadre des programmes. De même, les informations recueillies peuvent révéler les points forts d'une communauté, jusqu'à présent ignorés, permettant de favoriser la mise en place du programme.

Vous trouverez ci-après quelques exemples de difficultés fréquemment rencontrées et les actions à entreprendre pour tenter d'y remédier :

- Constat :** Les soignants sont en faveur d'un dépistage fréquent des femmes dès l'âge de 18 ans.
- Action possible :** Fournir des informations d'ordre sanitaire et financier afin que le dépistage cible les femmes âgées d'une trentaine d'années ou plus.
- Constat :** Les femmes craignent que le test de dépistage ne leur apportent de « mauvaises nouvelles ».
- Action possible :** Élaborer des messages rassurants soulignant le fait que, grâce au dépistage, les femmes peuvent éviter d'être atteintes de maladies graves. Évaluer l'impact de ces messages auprès d'un échantillon de la population avant de les diffuser auprès de l'ensemble de la population.
- Constat :** Une femme, personnalité influente et respectée de la communauté, a pu bénéficier, avec succès, d'un traitement précoce de graves lésions précancéreuses.
- Action :** Obtenir la participation de cette femme à des manifestations publiques afin qu'elle y explique l'importance du dépistage.

Niveau minimal de services requis

Pour être efficace, un programme de prévention du cancer cervical doit être constitué des éléments suivants : éducation, dépistage et traitement. Ces services doivent atteindre la majorité des femmes à risque. La mise en place d'un de ces éléments sans l'implémentation des autres n'aura pas d'impact positif notable. Par exemple, les services de dépistage doivent être soutenus par des actions éducatives visant à encourager les femmes à entrer en contact avec les services de dépistage. Il est également important qu'ils soient soutenus par l'action de services offrant aux patientes les traitements nécessaires afin de garantir une gestion appropriée des maladies détectées par le biais du dépistage.

Dans un premier temps, les programmes doivent permettre de dépister les femmes pour lesquelles le risque de lésions cervicales est le plus élevé (le ciblage de femmes âgées de 35 à 50 ans semble constituer un point de départ raisonnable). Pour y parvenir, des messages éducatifs efficaces doivent être diffusés, le dépistage des femmes à risque, effectué au moins une fois, et des traitements et des soins palliatifs doivent être proposés aux femmes en ayant besoin (voir Figure 4). L'expérience démontre qu'un programme, afin d'être le plus efficace possible et d'avoir un impact maximal, doit disposer d'un système de gestion des informations et ce, avant même son lancement. Tout programme doit en effet répondre à un certain nombre de caractéristiques spécifiques, techniques et financières ; il est notamment nécessaire de disposer d'un certain nombre de soignants et de cytologistes. Toutes ces caractéristiques sont fonction de la taille de la population ciblée et de l'infrastructure sanitaire existante.



Figure 4. Conditions minimales requises pour le lancement d'un programme : principaux objectifs du programme et apports nécessaires à leur réalisation*

Informations, éducation et communication (IEC)

But : Informer la population à propos du cancer cervical et encourager un comportement de prévention et de prise en charge personnelle chez les femmes âgées de 35 à 50 ans.[†]

Apports nécessaires :

- ▀ La collaboration de femmes issues de la population cible à l'élaboration des messages IEC. Ces messages (1) fourniront aux femmes âgées de 35 à 50 ans des informations utiles sur le cancer cervical et les services de prévention disponibles et (2) les encourageront à contacter les services en question et à y subir un traitement, le cas échéant.
- ▀ La présence de soignants ayant suivi une formation et capables de conseiller les femmes et de les renseigner sur le processus de dépistage, tout en leur offrant des services alliant respect et confidentialité.

Dépistage

But : Faire subir un test de dépistage à toutes les femmes âgées de 35 à 50 ans au moins une fois.

Apports nécessaires au dépistage cytologique :

- ▀ Soignants formés, capables de prélever un frottis cervical (non-médecins compris) ;
- ▀ Matériel de prélèvement des frottis cervicaux ;
- ▀ Équipement permettant la réalisation d'un examen pelvien (notamment des tables, des spéculums et une source lumineuse) ;
- ▀ Laboratoire de cytologie efficace, employant des cytologistes ayant reçu une formation ;
- ▀ Mécanisme éprouvé de communication rapide des résultats de tests de Papanicolaou ;
- ▀ Système de renvoi efficace des patientes, facilitant la pose d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement.

Apports nécessaires à l'inspection visuelle avec acide acétique (IVA) :

- ▀ Soignants ayant reçu une formation propre à la pratique d'un examen IVA (non-médecins compris) ;
- ▀ Équipement permettant la réalisation d'un examen pelvien (notamment des tables, des spéculums et une source lumineuse) ;
- ▀ Système de renvoi efficace des patientes, facilitant la pose d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement.

Diagnostic et traitement

But : Traiter les femmes souffrant d'une dysplasie de haut grade, diriger celles atteintes de cancer invasif vers des hôpitaux pouvant les accueillir et offrir des soins palliatifs en cas de cancer en stade avancé.

Apports nécessaires :

- ▀ Soignants (non-médecins également, le cas échéant), formés et capables d'observer le col cervical, et de traiter les dysplasies de haut grade/les carcinomes *in situ* ;
- ▀ Colposcopes ou tout autre type de matériel permettant de visualiser le col cervical ;
- ▀ Équipement permettant le traitement de la dysplasie de haut grade (cryothérapie ou excision à l'anse) ;
- ▀ Traitement chirurgical accessible dans un hôpital central en cas de cancer invasif à un stade précoce ;
- ▀ Soins palliatifs en cas de cancer à un stade avancé (contrôle de la douleur et conseil).

Surveillance et évaluation

But : Recueillir des données relatives aux informations et aux services proposés afin de faciliter la surveillance et l'évaluation constantes des activités et de l'impact des programmes.

Apports nécessaires :

- ▀ Système d'informations local permettant de déterminer le nombre de femmes ayant subi un test de dépistage et l'identité de ces femmes, permettant également de rechercher les résultats des examens cytologiques et de suivre les actions et leurs résultats ;
- ▀ Registre clinique des résultats de tests de Papanicolaou ;
- ▀ Évaluation qualitative effectuée par les patientes de l'adéquation des informations et des services.

* L'importance de l'apport nécessaire (par exemple, le nombre de soignants formés, capables de prélever un frottis cervical) dépend de l'importance de la population à laquelle les services sont proposés, des ressources disponibles et de l'infrastructure des services de santé.

† La tranche d'âge allant de 35 à 50 ans est adaptée à un programme nouveau dont les ressources sont limitées. Une fois le programme en place, la tranche d'âge peut être étendue, dans un premier temps aux femmes plus âgées (jusqu'à 60 ans), puis aux femmes plus jeunes (à partir de 30 ans) afin de correspondre au profil épidémiologique local.

Étapes essentielles de la planification du programme

Lorsque les preneurs de décision choisissent de créer des services de prévention du cancer cervical, ils doivent comparer les informations sur les ressources/l'infrastructure existantes avec les données estimées nécessaires à l'accomplissement des objectifs minimaux de cette prestation de services, pour une population donnée (voir Figure 4). Les programmes peuvent alors définir quelles sont les ressources financières et techniques supplémentaires à apporter car nécessaires au lancement du programme, et déterminer si ces ressources sont disponibles. Les programmes ne répondant pas aux caractéristiques nécessaires à la prestation d'un service minimal doivent reporter leur début d'activité jusqu'à ce que soient réunies les conditions minimales requises.

1. Pour effectuer cette comparaison, il faut avant tout définir la population ciblée par les activités du programme. Le groupe cible approprié d'un nouveau programme, déjà mentionné dans l'un des paragraphes précédents, est constitué des femmes âgées de 35 à 50 ans. En outre, la plupart des nouveaux programmes tendent à limiter, dans un premier temps, la portée géographique de leurs activités, commençant par exercer celles-ci dans une zone bien délimitée avant de s'étendre progressivement à d'autres régions, dans la mesure de leurs ressources financières et capacités techniques. Les informations recueillies au cours de l'évaluation peuvent permettre aux planificateurs des programmes de choisir l'emplacement de certains services en fonction des zones où les besoins sont les plus aigus.
2. Une fois la taille et la composition de la population cible déterminées, les planificateurs de programmes peuvent quantifier le nombre et les types d'employés, d'équipements et de structures qui seront nécessaires afin que le programme réponde aux besoins de la population, tant au niveau du dépistage qu'au niveau thérapeutique et informatif. Afin d'effectuer cette quantification, les planificateurs de programmes doivent collaborer avec les membres du personnel soignant (tels que les soignants spécialisés dans les soins de santé relatifs à la reproduction et les employés de laboratoires de cytologie) ; ils pourront ainsi déterminer les conditions devant être réunies afin de pouvoir atteindre les objectifs des services du programme. Par exemple, les employés des laboratoires de cytologie seront capables d'estimer les ressources (en matériel, en fournitures et ressources humaines) nécessaires au prélèvement d'un nombre donné de frottis cervicaux et pourront alors comparer leurs estimations aux capacités de service existantes.
3. Une fois effectuée la quantification des ressources nécessaires à la mise en place d'un niveau minimal de services, les planificateurs de programmes doivent estimer les coûts de ces services (voir Considérations financières, page 55). Les coûts varient en fonction de différents facteurs : l'emplacement géographique (car les coûts locaux des fournitures varient), la disponibilité de l'équipement et des structures, les compétences actuelles et l'efficacité des professionnels intervenant au cours de ce programme. Si de nombreux facteurs nécessaires à une prestation de services minimale sont déjà réunis dans une région donnée, les coûts relatifs à l'intégration de services de prévention du cancer cervical peuvent être minimes. En revanche, s'il est nécessaire de faire un investissement financier important afin de permettre l'achat de matériel, la création de structures hospitalières et la mise en œuvre de programmes de formation, les coûts de lancement du programme peuvent s'avérer relativement élevés. Si ces coûts constituent finalement un obstacle important au lancement du programme, il faut, avant toute



décision, établir une estimation des dépenses effectuées par le système de santé pour soigner les patientes atteintes de cancer cervical (par exemple, coûts des opérations chirurgicales, des hospitalisations et des séances de radiothérapie). En cas de ressources sanitaires limitées, il est préférable d'investir dans des actions de prévention du cancer plutôt que dans la mise en œuvre de traitements pour des cancers à un stade avancé, opération toujours coûteuse et très souvent vouée à l'échec.

Les programmes disposant de ressources financières supplémentaires ou bénéficiant d'une infrastructure relativement bien développée peuvent envisager d'autres objectifs que ceux répertoriés à la figure 4. Le cas échéant, les planificateurs d'un programme doivent définir les approches possibles afin d'étendre la portée de ce programme, dans la mesure des ressources disponibles, notamment par les actions suivantes :

- ▶ Augmenter la fréquentation des services de dépistage pour les femmes appartenant à la tranche d'âge à haut risque ;
- ▶ Élargir le groupe ciblé par une modification de la tranche d'âge, en incluant avant tout des femmes plus âgées (jusqu'à 60 ans), puis des femmes plus jeunes (à partir de 30 ans) ;
- ▶ Diminuer l'intervalle entre les tests de dépistage des femmes à haut risque ;
- ▶ Permettre l'implantation de services thérapeutiques dans d'autres régions afin de diminuer la distance à parcourir pour les femmes devant subir un traitement.

Considérations financières

Les implications financières du contrôle du cancer cervical doivent être prises en considération lors de la planification d'un nouveau programme de dépistage ou de l'extension d'un programme existant. Les responsables des programmes doivent en général tenir compte des informations financières suivantes :

- ▶ Coûts incrémentiels annuels associés aux services de cancérologie cervicale, ces services étant considérés comme partie intégrante des services dédiés à la santé des femmes ;
- ▶ Rapport coût/efficacité associé à la mise en place d'interventions efficaces de lutte contre le cancer cervical (par exemple, coût par vie sauvée, coût par cas détecté) ;
- ▶ Rapport coût/efficacité relatif des interventions liées au cancer cervical, en comparaison avec d'autres interventions de santé importantes.

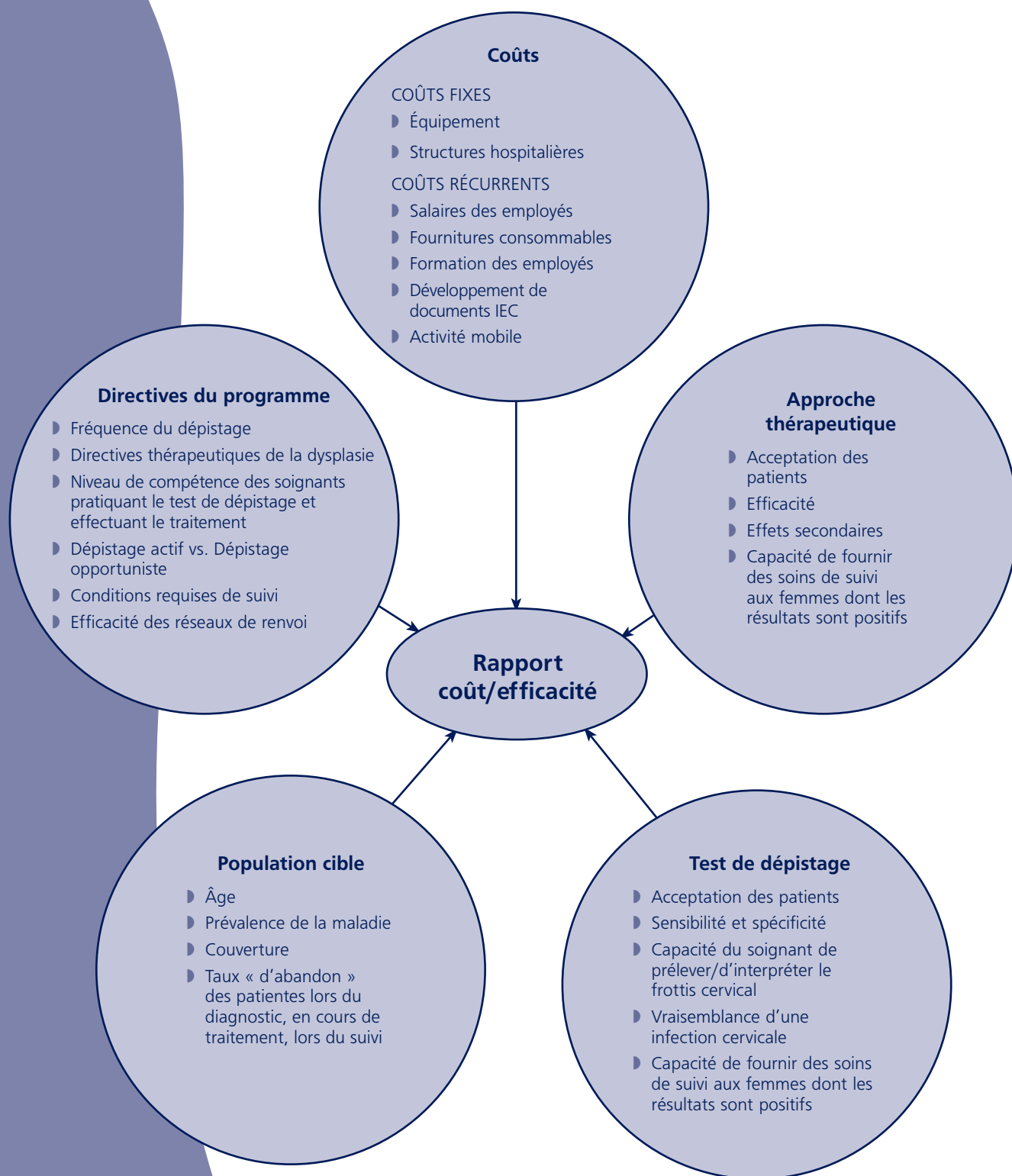
Pour évaluer le premier type de coût, il est nécessaire de calculer les dépenses attendues d'une stratégie donnée de contrôle du cancer, qu'il s'agisse d'interventions de dépistage ou d'interventions thérapeutiques. Ces dépenses comprennent les dépenses essentielles nécessaires (annualisées ou dévalorisées) et les dépenses incrémentielles régulières (relatives au personnel, aux fournitures, ainsi qu'à d'autres besoins courants, non inclus dans les évaluations). Pour effectuer une analyse des coûts précise, il est nécessaire de connaître la prévalence de la dysplasie, le taux de progression moyen dysplasie-cancer et l'efficacité des interventions de dépistage et des interventions thérapeutiques proposées. Certaines dépenses attendues peuvent diminuer progressivement, grâce aux économies d'échelle, d'autres, augmenter. Ces types de modification doivent être pris en considération. L'exemple de l'Afrique du Sud, page 59, permet d'illustrer les problèmes et les résultats de ce type d'analyse.

Pour déterminer le rapport coût/efficacité, une analyse de ce rapport peut être effectuée au cours de laquelle les dépenses attendues, décrites ci-dessus, sont comparées aux éventuels bénéfices engendrés par une nouvelle intervention. Cette analyse permet d'obtenir un rapport coût/efficacité des coûts, comparés aux bénéfices pour la santé (par exemple, coût par cas détecté, vies sauvées ou autres bénéfices). L'exemple du Chili, page 58, par le biais d'une mise en valeur des différences entre deux approches de programme proposées, démontre à quel point les rapports coût/efficacité peuvent être utiles. Lorsque d'autres analyses des rapports coût/efficacité ont été effectuées pour d'autres interventions thérapeutiques, les coûts des stratégies de contrôle du cancer cervical peuvent être comparés aux coûts d'autres interventions de santé.

Afin d'effectuer des analyses de rapport coût/efficacité dans le cadre d'un contrôle du cancer cervical, il est nécessaire de disposer de données précises sur les dépenses essentielles attendues, ainsi que sur les dépenses incrémentielles, relatives à une nouvelle intervention de santé. Les parties impliquées doivent également s'accorder sur un certain nombre d'hypothèses associées à la stratégie de contrôle proposée. Ces hypothèses incluent la prévalence de la dysplasie cervicale et du cancer invasif, le taux de progression dysplasie-cancer, la sensibilité de la méthode de dépistage et l'efficacité du traitement de la dysplasie (voir Figure 5). En outre, les programmes doivent avoir (ou acquérir) la compétence technique permettant de recueillir les données nécessaires et d'effectuer les calculs des analyses de coûts.



Figure 5. Composants intervenant dans le rapport coût/efficacité d'une intervention sur un cancer cervical



Remarque : la figure ci-dessus est utilisée à titre d'illustration et n'est pas nécessairement exhaustive.

Une fois l'analyse de coûts est effectuée, il faut procéder à l'interprétation des résultats obtenus. Il est essentiel de comprendre que la sélection des paramètres peut avoir des conséquences significatives sur les résultats d'une analyse. Par exemple, en règle générale :

- ▶ Admettre l'hypothèse d'une incidence initiale de base plus élevée pour le cancer cervical entraîne une augmentation du rapport coût/efficacité.
- ▶ Admettre l'hypothèse d'une sensibilité de dépistage moins élevée entraîne une diminution du rapport coût/efficacité.
- ▶ Admettre l'hypothèse d'une couverture du programme plus importante entraîne une augmentation du rapport coût/efficacité.
- ▶ Admettre l'hypothèse d'une infrastructure sanitaire existante et adéquate entraîne une augmentation du rapport coût/efficacité.

Et, plus important que tout, les chefs de projet doivent admettre que les résultats des rapports coût/efficacité constituent effectivement une aide à la prise de décision, mais qu'ils n'en sont pas le composant clé. Des facteurs d'ordre médical, éthique, culturel et pratique jouent également un rôle important et doivent être pris en considération afin que soit prise une décision adaptée concernant l'allocation de ressources de santé.

Ce manuel ne présente pas d'explication détaillée des analyses de coûts. La section suivante présente cependant quelques exemples illustrant le rôle joué par les analyses de coûts dans les choix effectués en faveur de différentes stratégies. Cette section offre également des informations utiles sur les implications financières des différentes stratégies de dépistage et des différents traitements.

Exemples d'analyses des coûts des programmes de dépistage du cancer cervical

Afrique du Sud : l'analyse des coûts souligne l'importance du dépistage¹

Une évaluation exhaustive des facteurs intervenant dans le dépistage du cancer cervical fut effectuée en Afrique du Sud. Cette évaluation comprenait notamment une analyse des coûts totaux relatifs à l'implémentation d'un programme. Les coûts estimés d'un programme sont supérieurs aux coûts estimés dans de nombreux autres pays africains (par exemple, au Zimbabwe, le coût total estimé d'un seul examen de dépistage est de 3,50 dollars américains et il est de 3 dollars au Kenya). Cette analyse de coûts constitue donc un exemple utile de l'utilisation qui peut être faite des informations sur les coûts totaux. Cette analyse permet la quantification des coûts des opérations suivantes :

- ▶ Dépistage (prélèvement/analyse des frottis cervicaux) : 22 dollars américains par examen de dépistage effectué par un spécialiste, 11 dollars américains par examen de dépistage effectué dans le secteur public ;
- ▶ Traitement de la dysplasie (colposcopie et laser ou cryothérapie) : 89 dollars américains par traitement ;
- ▶ Traitement de cancer invasif (biopsie, hystérectomie, radiothérapie) : 3 573 dollars américains par cas.

Les auteurs de l'analyse comparèrent alors les coûts totaux de deux types de programme : (1) au cours du premier programme, aucun examen de dépistage n'était effectué ; en revanche ; l'accent était mis sur le traitement des cas de



cancer invasif symptomatique ; (2) au cours du second type de programme, un examen de dépistage était pratiqué et les lésions précancéreuses et cancéreuses détectées étaient traitées. D'après l'analyse, le coût de la première méthode thérapeutique, consistant à ne traiter que les cancers invasifs, était d'un montant supérieur à 80 pour cent aux coûts engendrés par un programme de dépistage faisant appel à des fournisseurs du secteur public. Lorsque des spécialistes effectuaient le dépistage, 12 pour cent d'économies seulement étaient réalisés. Les postulats de l'analyse étaient les suivants : une prévalence de CIN de 2 pour cent et un taux de progression de CIN de 50 pour cent ; ces hypothèses de départ étaient raisonnables, étant donné le peu de données recueillies sur la dysplasie cervicale en Afrique du Sud. Même lorsque, dans les hypothèses de départ, la prévalence envisagée était de 1,5 pour cent ou le taux de progression, de 25 pour cent, un programme de dépistage utilisant des structures du secteur public demeurerait moins coûteux qu'un programme basé sur une approche thérapeutique uniquement. En revanche, si des valeurs moins élevées étaient envisagées comme postulats de départ, le programme de dépistage utilisant les structures du secteur public devenait l'option la plus coûteuse.

Rapport coût/efficacité de deux stratégies de dépistage au Chili²

L'analyse du rapport coût/efficacité présentée ci-après compare deux stratégies de dépistage du cancer cervical mises en place au Chili. Cette comparaison permet d'illustrer la relative efficacité du test de dépistage pratiqué sur la plupart des femmes à risque, mais à une fréquence moins élevée, en comparaison avec l'efficacité d'un test de dépistage pratiqué sur moins de la moitié des femmes à risque, à une fréquence plus élevée. Grâce à ce type d'analyse, les gestionnaires des programmes disposent d'éléments leur permettant éventuellement de choisir quelles stratégies de programme mettre en œuvre.

Tableau 4. Comparaison entre deux stratégies de dépistage

	Programme 1	Programme 2
Âge	De 30 à 55 ans	De 30 à 50 ans
Fréquence de dépistage	3 ans	10 ans
Couverture	30 %	90 %
Réduction de la mortalité	15 %	44 %
Coût par cas détecté	2,522 dollars américains	2,522 dollars américains

Source : Eddy, 1986.²

Afrique du Sud : rapport coût/efficacité d'une méthode de dépistage non cytologique³

Au début de l'année 2000, une analyse du rapport coût/efficacité de différentes stratégies de dépistage, diagnostic et traitement de la dysplasie cervicale fut conduite en Afrique du Sud. L'analyse suggérait qu'un test de dépistage pratiqué une fois au cours de l'existence d'une femme associé à un test VPH (virus du papillome humain) peu coûteux, voire à une inspection visuelle (IVA), était susceptible d'être efficace d'un point de vue clinique, mais également économique, et pourrait permettre une réduction du taux de la mortalité associée au cancer cervical.

Les auteurs de cette analyse adoptèrent une perspective sociétale et de santé publique, et établirent des estimations des taux d'incidence du cancer, de l'espérance de vie, et évaluèrent les coûts de vie et le rapport coût incrémentiel/efficacité, associés à l'utilisation de trois tests de dépistage : IVA, tests de Papanicolaou et tests ADN de HPC (test Digene Hybrid Capture II).

Des résultats de test positifs étaient censés entraîner un examen colposcopique/ une biopsie et un traitement par cryothérapie, ou un traitement immédiat par cryothérapie. L'analyse était basée sur l'histoire naturelle de la maladie, ainsi que sur des données cliniques, épidémiologiques et relatives aux performances des tests recueillies en Afrique du Sud, tirées de la littérature ou obtenues à partir d'autres sources.

Le modèle suggérait que seul un test de dépistage pratiqué au cours de la vie d'une femme entre 35 et 50 ans permettrait de réduire l'incidence du cancer cervical en Afrique du Sud de 25 à 30 pour cent. Des tests de dépistage plus fréquents permettraient une réduction plus importante du taux d'incidence. La stratégie dont le rapport coût/efficacité était le plus intéressant était celle au cours de laquelle un test unique de VPH était pratiqué, suivi d'un traitement par cryothérapie en cas de résultats positifs au test VPH (l'hypothèse étant que la sensibilité du test de VPH était supérieure à 75 pour cent pour la détection de la dysplasie et que ce test coûtait 6 dollars américains ou moins). D'autres hypothèses prenaient en compte le taux d'abandon des patientes et le taux de prévalence dans la communauté. Si le coût du test de VPH excédait les 6 dollars (américains) ou que la sensibilité du test de VPH était inférieure à 60 pour cent, la stratégie dont le rapport coût/efficacité était le plus intéressant comportait une inspection visuelle IVA suivie d'un traitement par cryothérapie.

Comparaison du rapport coût/efficacité du dépistage du cancer cervical aux rapports coût/efficacité d'autres interventions médicales

Pour être utile, toute analyse des coûts de santé doit prendre en considération d'autres problèmes de santé. Dans la plupart des pays en développement, il existe de nombreux problèmes de santé graves qui se « disputent » les ressources disponibles. Dans les régions où le cancer cervical représente un problème sanitaire important, d'autres problèmes concernant la santé des femmes existent probablement, par exemple : taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles, infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), et tuberculose. Les problèmes de santé graves affectant les enfants incluent notamment : des taux élevés de morbidité et de mortalité néonatales, diarrhée, diverses maladies infectieuses et déficits nutritionnels.

Les données recueillies au début des années 1990 suggèrent que le cancer cervical figure parmi les cinq principales causes de décès des femmes âgées de 45 à 59 ans, vivant dans les pays en développement (avec la tuberculose et les maladies cardiovasculaires). Même pour les femmes âgées de 30 à 44 ans, le cancer cervical demeure parmi les dix principales causes de mortalité (les taux de mortalité liés à la tuberculose, aux accidents à l'accouchement, aux affections cardiovasculaires, à la cirrhose et au VIH étant plus élevés). La Banque mondiale a déterminé que le cancer cervical entraînait une intervention thérapeutique dont le rapport coût/efficacité était moyen en comparaison à d'autres interventions de santé. Ce rapport était en revanche très élevé lorsque la comparaison portait sur d'autres stratégies de contrôle du cancer. D'après la Banque mondiale, le dépistage des femmes tous les cinq ans coûterait environ 100 dollars américains par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI[†]) gagnée

[†]Les années AVCI constituent une mesure du nombre d'années de vie gagnées, associant le nombre d'années de vie en bonne santé perdues en raison d'une morbidité et d'une mortalité précoces. Pour effectuer cette mesure, des estimations de poids calculées en fonction de l'âge et de l'invalidité sont utilisées.



(et ce, à supposer qu'un système approprié permettant d'envoyer les femmes dans les services compétents existe). Ce montant représente une fraction des coûts estimés des traitements du cancer cervical et du cancer du sein. Cependant, en comparaison à d'autres interventions, le cancer du sein est relativement coûteux.

Le tableau 5 établit une comparaison entre les coûts du dépistage du cancer cervical et les coûts des autres interventions de santé.^{4,5}

Tableau 5. Comparaison des coûts associés au cancer cervical aux coûts d'autres interventions de santé

Intervention	Coût par DALY (en dollars américains)
Prévention du cancer du poumon (programmes antitabagisme)	20
Vaccination contre la polio	20 dans un environnement où le taux de mortalité est élevé 40 dans un environnement où le taux de mortalité est faible
Gestion des maladies sexuellement transmissibles	1-55
Dépistage du cancer cervical	100
Intégration de soins anténataux/ associés à l'accouchement dans le cadre de la mortalité maternelle	30-250
Traitement de la malaria	200-500
Contrôle de la malaria (via un programme de contrôle des moustiques)	5-250, selon le type de moustique
Traitement du cancer cervical/Soins palliatifs	2 600

Source : Jamison 1993,⁴ Murray 1994.⁵

Implications financières des stratégies de dépistage et des stratégies thérapeutiques sélectionnées

Dépistage

Les coûts de dépistage varient en fonction du coût et de la précision de la méthode sélectionnée, des populations dépistées, de la fréquence du dépistage, des taux d'abandon des patientes à chaque phase du dépistage et du traitement, ainsi que des stratégies de recrutement adoptées.

- ▮ *Méthodes de dépistage* : Le rapport coût/efficacité des méthodes de dépistage est affecté par (1) les procédures cliniques avec les patientes, (2) les coûts des examens de dépistage et des analyses de laboratoire et (3) la précision de la technologie de dépistage utilisée.
- ▮ *Frottis cervicaux* : Le dépistage cytologique par frottis cervical est la méthode de dépistage la plus largement utilisée. Dans les pays en développement, le coût estimé du frottis cervical varie entre 3 et 10 dollars américains (ce montant couvre le prélèvement du frottis et la lecture de celui-ci). Lorsque la lecture du frottis est effectuée par un cytotechnicien, puis par un cytopathologiste, plutôt que d'être simplement effectuée par un cytotechnicien, le coût de revient est nettement plus élevé que lorsque la lecture est effectuée par un cytotechnicien formé, remplacé éventuellement par un cytopathologiste. La précision du frottis cervical est très variable, étant donné qu'elle dépend de la qualité de l'échantillon et des ressources dont dispose le laboratoire. Le rapport coût/efficacité

peut être nettement déséquilibré si le frottis cervical est de mauvaise qualité et si la qualité des services des laboratoires de cytologie n'est pas contrôlée de façon rigoureuse.

- ▀ *Inspection visuelle* : Cette approche, avec ou sans grossissement, peut constituer une option de dépistage peu coûteuse étant donné qu'elle requiert uniquement l'utilisation d'acide acétique (appliqué sur le col de l'utérus), voire un appareil de grossissement, de petite taille, réutilisable (coûtant approximativement 450 dollars américains). Le rapport coût/efficacité dépendra en partie de la spécificité de la méthode et des besoins relatifs au traitement ou au suivi. Il est cependant nécessaire d'effectuer d'autres recherches afin d'évaluer l'efficacité de cette approche.
- ▀ *Test VPH* : Actuellement, le test de recherche d'ADN de VPH, effectué dans le cadre d'une évaluation du risque de cancer cervical, est pratiqué essentiellement au cours de recherches. En règle générale, les tests disponibles coûtent entre 16 et 22 dollars américains par test et requièrent l'utilisation d'équipement et de fournitures de laboratoire relativement coûteuses. Les nouveaux tests seront éventuellement plus faciles à utiliser et s'avéreront moins coûteux. Par exemple, le recours à l'auto-échantillonnage peut permettre de réduire les coûts en raison d'une dépendance moindre envers le soignant et d'une acceptation accrue de la part des patientes (en supposant que la précision des échantillons ainsi prélevés est comparable à celle des échantillons prélevés par le soignant). Les résultats des recherches en cours devraient permettre de déterminer comment obtenir une efficacité optimale du test VPH lors de programmes de dépistage.
- ▀ *Population cible* : Le rapport coût/efficacité augmente lorsque les taux de dysplasie des populations cibles sont plus élevés. En règle générale, le risque est le plus élevé pour les femmes âgées de 35 à 50 ans ; en outre, le nombre de résultats de tests anormaux est le plus élevé chez les femmes appartenant à cette tranche d'âge. Le ciblage de ce groupe permet donc d'augmenter l'efficacité du dépistage.
- ▀ *Fréquence de dépistage* : Le rapport coût/efficacité d'un dépistage relativement peu fréquent est peu intéressant. D'après l'Organisation mondiale de la santé, le dépistage pratiqué tous les 10 ans ou tous les 5 ans permet de réduire le taux cumulé du cancer cervical de 64 et de 84 pour cent, respectivement. Un dépistage pratiqué chaque année entraîne une diminution incrémentielle relativement faible du taux d'incidence du cancer et le rapport coût/efficacité d'une telle stratégie est nettement moins intéressant.
- ▀ *Taux d'abandon des patientes* : Les programmes établissant des systèmes d'informations et d'approche des populations encouragent ainsi les femmes à revenir pour connaître les résultats de leurs examens, bénéficier de conseils appropriés et, le cas échéant, bénéficier d'un traitement et des soins de suivi qui y sont associés. Le rapport coût/efficacité diminue lorsque les femmes ne se représentent pas afin d'obtenir le traitement ou les soins de suivi nécessaires.
- ▀ *Méthode de recrutement* : Afin d'approcher les femmes pour qu'elles soient soumises à un test de dépistage, les programmes doivent



déterminer le type de méthode de recrutement à utiliser : méthode active ou passive. Une approche active est plus coûteuse mais est susceptible d'augmenter la couverture des groupes à haut risque et, par conséquent, d'augmenter l'efficacité du dépistage. La méthode de recrutement passive ou opportuniste ne requiert aucun investissement financier supplémentaire et peut être adaptée aux environnements dans lesquels les femmes à haut risque sont déjà sous la surveillance d'autres services.

Traitement de la dysplasie

Les coûts relatifs au traitement de la dysplasie varient en fonction des coûts et de la précision de la méthode sélectionnée, de la stratégie d'offre du service choisie, du type de soignant, du grade de la dysplasie traitée et du taux d'incidence des effets secondaires et des complications.

- **Méthodes de traitement** : Les méthodes en ambulatoire, telles que la cryothérapie et l'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP), sont moins coûteuses, leur taux d'efficacité est similaire et elles entraînent moins de complications que les méthodes telles que la conisation et l'hystérectomie. Toutes ces méthodes, en revanche, requièrent la pratique d'un examen colposcopique ou le recours à une méthode alternative permettant d'observer le col de l'utérus. Un colposcope coûte, en règle générale, 3 000 dollars américains.
- **Cryothérapie** : Les coûts initiaux de la cryothérapie varient de 1 000 à 3 000 dollars américains, alors que les coûts récurrents (entraînés par l'achat de produits réfrigérants ou d'autres fournitures consommables) sont généralement peu importants. Les soignants non-médecins peuvent recevoir une formation afin d'appliquer cette méthode, ce qui permet de diminuer les coûts relatifs aux salaires. En outre, cette méthode ne requiert pas d'électricité ce qui permet de réduire les frais généraux. Cependant, cette méthode peut s'avérer moins efficace dans le traitement de lésions cancéreuses étendues que d'autres méthodes.
- **LEEP** : Les coûts initiaux de LEEP varient entre 4 000 et 6 000 dollars américains. Les coûts récurrents sont moyennement élevés et incluent le prix des anses (de 15 à 60 dollars par anse), les frais relatifs aux produits d'anesthésie locale, le prix des électrodes et de l'évacuateur de fumée. La méthode est relativement plus efficace (90 à 95 pour cent) dans le traitement de toutes les lésions CIN, ce qui peut en partie permettre de contrebalancer ses coûts initiaux relativement élevés par rapport à ceux de la cryothérapie. En revanche, les effets secondaires et les complications associés à LEEP, en particulier les hémorragies, représentent un problème plus important.
- **Conisation et hystérectomie** : Ces deux méthodes ne peuvent être utilisées qu'en milieu hospitalier et requièrent un équipement sophistiqué et un personnel extrêmement qualifié. Une anesthésie générale doit également être pratiquée, ce qui peut s'avérer très coûteux. En outre, ces méthodes sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires et des complications importantes, tels qu'une hémorragie, une sténose cervicale, un avortement spontané et une infection. Dans les pays en développement, le prix de telles

opérations peut être de 75 dollars américains, voire plus, pour une conisation, et de 1 500 dollars pour une hystérectomie.

- ▮ *Stratégies d'offre des services* : Les différentes options sont les suivantes : offre des services thérapeutiques centralisée, répartie par district ou mobile. L'approche dont le rapport coût/efficacité est le plus intéressant dépend de la disponibilité du personnel, de la distance à parcourir, des transports et de la disponibilité de l'équipement et des fournitures. Lorsque les services sont centralisés, les dépenses liées aux déplacements sont pris en charge par les patientes, mais les taux de suivi peuvent être moins élevés, ce qui peut diminuer la valeur du dépistage.
- ▮ *Soignants* : Actuellement, les traitements de CIN sont en général pratiqués par des médecins. Dans certaines études, les infirmières reçoivent une formation afin d'être capables d'effectuer des traitements par cryothérapie. Ce type d'approche est susceptible d'entraîner une réduction des coûts et d'augmenter la disponibilité des services.
- ▮ *Grade de la dysplasie traitée* : La régression de plus de la moitié des dysplasies de bas grade sans recours à un traitement offre la possibilité d'obtenir une efficacité optimale pour un coût minimal en ne traitant que les dysplasies de grade moyen ou de haut grade, voire uniquement les dysplasies de haut grade.

Traitement du cancer

En règle générale, le traitement du cancer cervical est extrêmement coûteux et se solde parfois par un échec. Lorsque l'hystérectomie et la radiothérapie peuvent être utilisées, il est recommandé d'avoir recours à ces traitements en cas de cancer de stade précoce. En fonction de leur disponibilité, ces services peuvent coûter des centaines, voire des milliers de dollars à la patiente. Pour les cancers de stade plus avancé, il est recommandé d'avoir recours aux soins palliatifs (conseil et traitement de la douleur doivent notamment être mis en place). Lors des soins palliatifs, les coûts des médicaments, ainsi que les services de conseillers, sont pris en charge. Dans certains cas, les frais d'hospitalisation sont également couverts. Dans de nombreux pays, les fonds limités destinés à la lutte contre le cancer sont utilisés à l'achat de médicaments de chimiothérapie et de matériel de radiothérapie, plutôt qu'à l'amélioration des méthodes de détection et des traitements des lésions cancéreuses pré-invasives.

Implication de la politique de santé

Les nouvelles interventions de prévention du cancer cervical, ou les interventions dont la portée est étendue, doivent avoir les objectifs suivants afin de maximiser leur rapport coût/efficacité :

- ▮ Les actions des programmes doivent viser les femmes pour lesquelles le risque d'être atteintes de lésions précancéreuses est le plus élevé. Ces femmes sont en général âgées de 35 à 50 ans.
- ▮ La stratégie de dépistage sélectionnée doit être aussi peu coûteuse et aussi précise que possible. Elle doit également être suivie des recommandations reconnues, relatives à la fréquence du dépistage : le dépistage doit être pratiqué tous les trois, cinq ou dix ans, voire être unique en cas de ressources très limitées.



- ▶ Il est nécessaire de maximiser la couverture du dépistage avant de tenter d'en augmenter la fréquence.
- ▶ Le traitement sélectionné doit être le moins coûteux et aussi sûr et efficace que possible. Il doit également être basé sur des protocoles thérapeutiques recommandés.
- ▶ Des analyses de coûts doivent être mises en place afin de constituer, en cas de besoin, une aide à la prise de décision.
- ▶ Un personnel soignant non-médecin doit être formé à la gestion d'un programme de dépistage efficace et, en cas de besoin, à la mise en œuvre de services thérapeutiques.
- ▶ Des systèmes efficaces d'approche et d'information des populations doivent être développés afin d'augmenter au maximum la proportion de femmes recevant les soins de suivi nécessaires.

Références

1. Fonn S, et al. *Towards a National Screening Policy for Cancer of the Cervix in South Africa*. Paper N-31 (February 1993).
2. Eddy D, 1986, as described in Miller, *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: WHO (1992).
3. Goldie SJ, et al. *Cost Effectiveness of Cervical Cancer Screening in Home Resource Settings*. Presented at a Special Workshop on Screening in Developing Countries at the 10th International Papillomavirus Conference, Barceloná, Spain (July 26, 2000).
4. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. World Bank, Oxford University Press, Oxford, UK (1993).
5. Murray C, Lopez A. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. *Bulletin of the World Health Organization*. 72(3):447-480 (1994).

Profils des pays

Vous trouverez ci-après les profils de cinq programmes de prévention du cancer cervical, interventions et études menées dans divers pays. Différentes approches y sont présentées ; certaines de ces approches disposent d'un financement relativement solide et sont mises en place à une échelle régionale ou nationale, alors que d'autres sont développées à un niveau local et hospitalier. Plusieurs résumés définissent également le rôle joué par la recherche dans le développement de programmes efficaces, ainsi que celui des actions de publicité en faveur de tels programmes.

Outre ces descriptions, tous ces profils fournissent également des informations sur les difficultés rencontrées par les soignants et les gestionnaires des programmes au cours de la mise en place de ceux-ci, et présentent les conséquences de ces efforts sur d'autres programmes. Certains thèmes communs apparaissent ; le rôle essentiel des actions suivantes est notamment souligné :

- ▶ Établir une gestion solide et définir un engagement à long terme du système de santé et ce, à tous les niveaux ; établir également des politiques de santé de soutien ;
- ▶ Développer des stratégies visant à accroître la prise de conscience des preneurs de décision/obtenir leur soutien afin de mettre en place des politiques et des programmes de prévention du cancer cervical efficaces ;
- ▶ Informer les femmes à risque sur le cancer cervical et faire participer les patientes éventuelles et les membres de la communauté à la planification des programmes afin que les inquiétudes des patientes et les obstacles culturels soient pris en compte ;
- ▶ Coordonner/Intégrer les efforts de prévention du cancer cervical à d'autres services et/ou programmes ;
- ▶ Proposer des cours de formation/recyclage à des membres clés du programme, y compris aux non-médecins, cytologistes et autres ;
- ▶ Développer des systèmes d'information adéquats et des protocoles du contrôle de la qualité afin de faciliter la surveillance et l'évaluation des programmes.

Les coordonnées des gestionnaires de chaque programme ou projet sont indiquées à la fin de chaque profil. Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations sur ces différents programmes, vous pouvez ainsi contacter ces personnes directement.



AFRIQUE DU SUD : actions d'une organisation en faveur de l'adoption d'une nouvelle politique de santé

En Afrique du Sud, le cancer cervical, représentant plus de 30 pour cent des cas de tous les cancers, est le cancer féminin le plus fréquent. Chez les sud-africaines blanches, il s'agit, toujours par ordre de fréquence, du quatrième type de cancer. On estime qu'environ 76 femmes sur 100 000, âgées de 35 à 64 ans, sont atteintes de cancer cervical et qu'une femme sur 41 souffrira de cancer cervical au cours de son existence. Quelques 5 000 nouveaux cas sont rapportés chaque année ; environ 90 pour cent de ces cas sont détectés chez des femmes âgées de plus de 35 ans. Annuellement, on compte 1 500 décès par cancer cervical.

À ce jour, l'Afrique du Sud n'a pas réussi à mettre en place des actions de prévention du cancer cervical efficaces. Depuis les années 1970, diverses politiques de santé ont été élaborées, visant à lutter contre le cancer cervical, mais elles se sont en général soldées par un échec. En 1993, les chercheurs du projet intitulé Women's Health Project (WHP) de l'Université de Witwatersrand, à Johannesburg, ont reconnu l'inefficacité de ces politiques et ont étudié le rapport coût/efficacité des différents éléments d'un programme de dépistage, notamment l'intervalle entre deux examens de dépistage. Un récapitulatif de leurs découvertes fut présenté dans un article critique intitulé *Toward a National Screening Policy for Cancer of the Cervix in South Africa*. En conclusion, les auteurs de l'article déclaraient qu'une politique visant à faire subir un examen de dépistage à 100 ou à 60 pour cent de toutes les femmes âgées de plus de 20 ans, tous les cinq ans, aurait un rapport coût/efficacité *au moins équivalent* à celui de la politique actuelle qui consistait à soigner les femmes sans disposer d'un programme de dépistage organisé. En outre, le recours à des spécialistes pour effectuer le prélèvement de frottis cervicaux n'était pas réaliste et entraînait un rapport coût/efficacité élevé. Enfin, les auteurs proposèrent que les directives sud-africaines recommandent la pratique d'un examen de dépistage pour toutes les femmes au cours des cinq ans à venir.

Actions en faveur d'un changement de politique

Les membres du projet WHP présentèrent les résultats de leurs recherches au cours d'une rencontre réunissant les preneurs de décisions les plus influents. L'objectif de cette réunion était d'établir un consensus sur l'élaboration de directives efficaces, relatives à la prévention du cancer cervical. Lors de cette rencontre, les résultats des recherches et les perspectives féminines furent évalués en regard des ressources disponibles ; les participants de la rencontre parvinrent à un accord et décidèrent de soutenir la proposition selon laquelle trois frottis devaient être prélevés au cours de la vie d'une femme. La légitimité de cette proposition fut renforcée par le soutien d'une grande partie des preneurs de décision. Cette recommandation fut alors présentée en 1994, au cours de la Women's Health Conference, et elle devint l'une des treize recommandations devant être approuvées, publiées et mises en valeur au cours de conférences de presse et par la diffusion de documents à vocation informative et éducative. L'organisation WHP fit également pression sur le comité parlementaire : Parliamentary Select Committee on Health, ainsi que sur le Director General for Health, qui apportèrent leur soutien à cette politique.

De par son action à long terme auprès des femmes lors de divers projets sanitaires, WHP a tenté de répondre aux besoins individuels des femmes. L'organisation encouragea la participation des femmes aux processus de



recherche et d'élaboration des recommandations relatives à la prévention du cancer cervical, et milita en faveur de l'adoption d'une nouvelle politique de santé au niveau national. En 1997, WHP fut nommée au National Cancer Control Advisory Committee. Peu après, la proposition complète en faveur d'une stratégie nationale de contrôle du cancer (National Cancer Control Strategy) fut présentée au Ministère de la santé (Department of Health) et, après deux ans de débats internes, les recommandations relatives à la prévention du cancer cervical furent adoptées.

De l'élaboration d'une politique de santé à sa mise en application

L'organisation WHP participe désormais à diverses actions visant à mettre en place la nouvelle politique de prévention du cancer cervical. WHP a associé ses efforts à ceux d'une province d'Afrique du Sud et tente d'évaluer les actions pilotes de mise en place des stratégies ; WHP pourra ensuite, à partir de ces observations, proposer une marche à suivre afin de développer les services de dépistage du cancer cervical. En outre, avec l'aide d'autres organisations non gouvernementales et en partenariat avec certains services de santé, WHP développe les services de soins de santé primaires afin d'y intégrer le dépistage du cancer cervical. WHP collabore également avec le National Department of Health afin de mettre en place les éléments nécessaires à l'instauration d'un programme de dépistage du cancer cervical au niveau national (WHP tente notamment de développer un système uniforme de rapport des résultats cytologiques).

Difficultés du programme

- ▶ Toute nouvelle politique de santé nécessite un financement. Les allocations budgétaires appropriées doivent accompagner la mise en œuvre des nouvelles politiques.
- ▶ De nombreux facteurs complexes (par exemple, des facteurs politiques, interpersonnels, économiques) peuvent interférer et nuire à la réussite des nouvelles politiques.

Implication pour d'autres programmes

- ▶ En matière de prévention du cancer cervical, il est essentiel de connaître les besoins des femmes et d'en tenir compte pour développer des politiques de santé efficaces. Connaître les inquiétudes particulières des femmes relatives au cancer cervical offre légitimité et contexte aux recommandations élaborées.
- ▶ Les propositions réalistes doivent tenir compte des facteurs économiques, mais ceux-ci ne doivent pas constituer l'unique élément déterminant du développement de ces politiques.
- ▶ La collaboration avec d'autres organisations respectées peut permettre d'exercer une pression plus importante, par une association des talents et des ressources ; cette collaboration peut également permettre de donner visibilité et crédibilité aux actions entreprises pour modifier les politiques appliquées.

Pour obtenir de plus amples d'informations, veuillez contacter :

Dr. Sharon Fonn
Director of Research
Women's Health Project
P.O. 1038
Johannesburg 2000
République d'Afrique du Sud
Téléphone : 27-11-489-9917
Télécopie : 27-11-489-9922

Basé sur : Klugman, B. "Responding to Demands, Initiating Policy : The Story of the South African Women's Health Project." In Turshen, M. (ed.) *Women's Health, Africa*. World Press Inc., USA (à paraître).

COLOMBIE : actions de prévention du cancer cervical, menées au cours de la réforme des soins de santé

La réforme des soins de santé, menée en Colombie, a permis d'apporter de nettes améliorations à certains aspects de la santé des femmes. Cependant, le cancer cervical demeure un problème de santé grave dans l'ensemble du pays, en dépit des efforts entrepris afin de rendre le dépistage plus accessible. La réforme nationale du système de santé a rendu encore plus complexe la mise en place de services de prévention du cancer cervical adéquats.

Une étude, conduite en 1999, a permis de démontrer que le cancer cervical était la cause principale de décès par cancer chez les femmes colombiennes. On estime que 32 femmes sur 100 000 sont atteintes d'un cancer cervical. En outre, les données suggèrent que le taux de mortalité attribuable au cancer cervical n'a pas diminué depuis le début des années 60 et qu'il aurait même subi une légère augmentation.

Description du programme

Le système colombien de santé publique, des organisations privées, telles que PRO-FAMILIA et la Ligue colombienne nationale contre le cancer proposent depuis le milieu des années 1970 un dépistage par test de Papanicolaou. Cependant, comme l'indiquent les paragraphes précédents, ces efforts ne semblent pas avoir eu d'impact sur la morbidité et la mortalité attribuables au cancer cervical. En 1990, un programme de contrôle du cancer cervical, devant durer cinq ans, fut lancé à l'échelle nationale. Ce programme devait permettre de réduire de 25 pour cent l'incidence du cancer cervical invasif. Les trois principaux objectifs du programme étaient les suivants :

- ▶ Proposer un dépistage par test de Papanicolaou à une certaine partie de la population féminine (60 à 90 pour cent des femmes âgées de 25 à 69 ans) et ce, au cours d'une période de trois ans, en tentant tout particulièrement d'atteindre les femmes de statut socio-économique faible ;
- ▶ Proposer des soins de suivi à 90 pour cent de toutes les femmes chez lesquelles étaient prélevé un frottis cervical au cours du programme ;
- ▶ Établir des centres de soins, où effectuer diagnostic et traitement, et vers lesquels diriger les femmes atteintes de lésions précancéreuses.

Le programme fut intégré aux services de santé existants et permit la formation de plus de 4 000 infirmiers/infirmières, 39 gynécologues et 36 anatomo-pathologistes. Il permit l'achat de fournitures et d'équipement, ainsi que la mise en place de stratégies importantes d'information, d'éducation et de communication (IEC), visant à informer les communautés sur le cancer cervical. Ces stratégies comprenaient notamment des ateliers auxquels participaient les services de santé locaux et les femmes disposant d'une certaine influence dans la communauté. Le programme devait également permettre la centralisation des services de cytologie et la standardisation des protocoles.

La décentralisation du système de santé avait pour objectif de renforcer les activités de prévention du cancer cervical au niveau local et d'encourager la création de systèmes de surveillance et de services réseau efficaces. Cependant, la détérioration des conditions politiques et sociales en Colombie a entraîné des difficultés considérables et gêné la création de services de



prévention de haute qualité. Les données les plus récentes indiquent que cinq ans après le début de ce programme, le taux d'incidence du cancer cervical et le taux de mortalité attribuable à ce cancer sont demeurés inchangés.

Difficultés du programme

- ▶ Il était difficile de clarifier les rôles et les responsabilités au cours de la transition vers un système de santé décentralisé. Au cours de la période de transition légale en 1993, la répartition des responsabilités entre les nouvelles divisions de santé n'était pas claire, concernant notamment la mise en place de services de dépistage et de programmes éducatifs. Cette situation fut, dans un premier temps, à l'origine d'une diminution de la couverture de la population. Grâce au développement de mécanismes financiers gouvernementaux plus efficaces, le problème semble être en bonne voie de résolution.
- ▶ Les programmes furent mis à rude épreuve lorsqu'il fallut trouver un équilibre entre la qualité des soins et la surveillance des dépenses. La mise en place d'une réforme du système de santé mit en évidence la difficulté de fournir des services efficaces et peu coûteux, tout en permettant un large accès à des services de qualité.
- ▶ Les structures ne comportaient pas le nombre adéquat de cytologistes formés. Les femmes avaient en général une bonne connaissance du dépistage par prélèvement de frottis cervical ; cependant, les municipalités pauvres manquaient de cytologistes formés capables de fournir ce type de service.

Implication pour d'autres programmes

- ▶ La décentralisation ou d'autres types de changements gouvernementaux peuvent poser de sérieuses difficultés et gêner le maintien de services de bonne qualité et la continuité des soins. La répartition des rôles et des responsabilités de ces structures de santé, que celles-ci soient nouvelles ou réorganisées, ainsi que l'autorité des prises de décision, doivent être clairement établies et communiquées afin de garantir une activité continue des services sans interruption ni réduction.

- ▶ Il est essentiel de développer un système d'information efficace qui permette d'évaluer régulièrement les activités et accomplissements des programmes. Cette évaluation peut permettre d'identifier les réussites des programmes et les aspects devant être améliorés.
- ▶ Les obstacles éventuels à la mise en place des programmes doivent être identifiés dès le début. Dans le cas du programme colombien, le manque de cytotechniciens constituait un obstacle clé à la réussite du programme. En outre, avec un nombre croissant de femmes souhaitant être soumises à un dépistage par frottis cervical, il devenait urgent de former plus de cytologistes. Dans la plupart des pays, le développement de systèmes permettant de garantir que les cytotechniciens ne viendront pas à manquer est essentiel.

Pour obtenir de plus amples d'informations, veuillez contacter :

Dr Carolina Wiesner
Coordinator of Cancer Control
and Prevention Programs
National Cancer Institute
Calle 1, No. 9-85
Bogota, Colombie
Télécopie : 57-1-289-0056

En cours de projet, le nouveau gouvernement prit conscience des défauts que présentait un système de santé national centralisé et approuva la législation permettant de créer le nouveau système de sécurité sociale colombien. Avec ce système, financé par les contributions des salariés et les subsides du gouvernement, la responsabilité de l'amélioration de l'infrastructure permettant la mise en place de services de prévention du cancer cervical revint aux autorités de santé locales. En outre, via la nouvelle législation, des mécanismes financiers étaient mis en place et participaient au financement de ces activités.

COSTA RICA : soutien des taux de participation dans une région à haute incidence

Guanacaste est une province rurale située dans le nord-ouest du Costa Rica. Le nombre total d'habitants de la province est estimé à 240 000, ce qui représente environ huit pour cent de l'ensemble de la population du pays. En 1990, le taux global de mortalité était relativement peu élevé, soit environ 3,7 pour 1 000 habitants. Le taux de mortalité infantile était moyen, à 14,6 pour 1 000 naissances vivantes, et l'espérance de vie était de 73,6 ans.

En dépit de l'existence d'un programme national de dépistage et de traitement du cancer cervical, les taux du cancer cervical invasif ont toujours été élevés à Guanacaste. Au cours d'une période de cinq ans, de 1988 à 1992, les taux d'incidence du cancer cervical invasif variaient entre 24 et 45 pour 100 000 femmes. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale et au moins quatre fois supérieur aux taux comparables mesurés aux États-Unis. Au Costa Rica, la principale différence entre les régions à faible taux d'incidence et celles à taux d'incidence élevé peut sans doute être associée à une prévalence fluctuante des facteurs de risque plutôt qu'à l'intensité du dépistage.

Description du programme

Afin de tenter de comprendre les raisons pour lesquelles l'incidence du cancer cervical est demeurée élevée dans la région de Guanacaste, en dépit de la possibilité de se soumettre à un dépistage et de bénéficier de traitements, la Fondation costaricaine de formation aux sciences médicales, dépendant du Bureau de la sécurité sociale du Costa Rica, mit en place une étude d'une durée de neuf ans et qui se termina à la fin de l'année 2001. L'objectif de cette étude était de mieux comprendre le rôle de l'infection à VPH et de ses cofacteurs dans l'étiologie de la néoplasie cervicale de haut grade, et également d'évaluer les nouvelles technologies de dépistage du cancer cervical. L'étude fut conduite en collaboration avec le National Cancer Institute des États-Unis. Cet institut participait également au financement de l'étude.

L'étude commença en 1992 par l'enrôlement de 10 000 femmes. Toutes les femmes ayant une activité sexuelle (identifiées via un questionnaire) subirent un examen pelvien, une inspection visuelle du col utérin et un frottis cervical classique. En outre, trois nouvelles technologies de dépistage du cancer cervical furent utilisées : (1) la cytologie en monocouche, en milieu liquide, utilisant ThinPrep® ; (2) la détection de l'ADN de VPH via le test VPH Hybrid Capture I ; et (3) la cervicographie. En cas d'anomalies, les femmes étaient invitées à subir un examen colposcopique, au cours duquel toutes les lésions visibles étaient biopsiées et traitées selon les protocoles locaux existants.

Dès leur enrôlement, les femmes furent suivies, à des intervalles différents. Les femmes atteintes de lésions cervicales de bas grade furent examinées tous les six mois. Un examen annuel fut pratiqué dans les cas suivants : anomalies moins graves détectées grâce à l'un des tests de dépistage, nombre rapporté de partenaires sexuels supérieur ou égal à cinq, test VPH positif. Un sous-groupe des femmes restantes était également soumis à un examen annuel. Quant aux femmes n'entrant pas dans ces cas de figure, le programme en sélectionna environ 60 pour cent, de façon aléatoire, afin



qu'elles subissent un nouvel examen de dépistage, à la cinquième ou sixième date anniversaire de leur enrôlement. À tout moment de l'étude, les femmes chez lesquelles était détectée une dysplasie de haut grade via l'un des tests de dépistage furent dirigées vers le Bureau de la sécurité sociale afin de subir un traitement approprié. Leur participation à l'étude était alors interrompue.

Les taux de participation ont été supérieurs à 93 pour cent, à toutes les étapes de l'étude, qu'il s'agisse de la participation aux entretiens, de la présentation aux examens ou lors du prélèvement d'échantillons biologiques. Les taux de participation aux visites de suivi sont restés supérieurs à 90 pour cent, principalement en raison des ressources disponibles de l'étude. Grâce à ces ressources, il a été possible de rendre personnellement visite aux femmes devant être suivies. Toujours grâce à ces ressources, une politique de la « porte ouverte » a également pu être mise en place, permettant aux participantes d'obtenir des dates de rendez-vous leur convenant ; si nécessaire, les frais de voyage pour se rendre à ces rendez-vous étaient également pris en charge. En outre, les membres du personnel de l'étude avaient reçu une formation particulière leur permettant de fournir des soins de haute qualité et ils avaient acquis les compétences nécessaires relatives aux procédures devant être pratiquées. Ces services resteront en activité jusqu'à ce que toutes les femmes aient été suivies pendant sept ans.

Grâce aux résultats de cette étude, de nouvelles recommandations de politique de dépistage, ainsi que des recommandations de gestion des lésions précancéreuses, devraient voir le jour. Leur élaboration est en cours. Les résultats propres à la phase d'enrôlement de l'étude ont permis d'obtenir des données importantes, utiles à la réorganisation du programme de dépistage national. Une analyse détaillée concernant le rapport bénéfices/coûts est en cours. Ses résultats offriront une ligne directrice à suivre lors de l'élaboration des recommandations du programme.

Difficultés du programme

- ▶ Le coût dû au maintien à temps complet du nombre nécessaire d'employés permettant d'obtenir des taux de suivi élevés est important.
- ▶ Il s'est avéré difficile de garantir l'utilisation des protocoles standard pour les examens coloscopiques et le suivi histologique qui y est associé.

Implication pour d'autres programmes

- ▶ Il est possible d'obtenir une participation élevée aux programmes de dépistage du cancer cervical et aux visites de suivi grâce à une attention personnalisée portée aux patientes, à l'adaptation des calendriers hospitaliers et à l'allocation de ressources pour le suivi.
- ▶ Les résultats de recherches bien conçues peuvent être utilisés efficacement lors de l'élaboration de politiques nationales.

Pour obtenir de plus amples d'informations, veuillez contacter :

Dr. Concepción Bratti
Principal Investigator
Proyecto Epidemiológico Guanacaste
3er Piso Edificio de Residencias Medicas
Hospital Mexico, La Uruca
Costa Rica
Téléphone : 506-296-1036 ou 296-1467
Télécopie : 506-296-1465

CUBA : utilisation de la recherche lors de l'élaboration de recommandations de dépistage

Cuba est l'île des Antilles la plus importante : elle compte plus de 11 millions d'habitants, dont 2 millions environ vivent à la Havane, capitale du pays. Sa terre fertile, ses productions abondantes de sucre et de tabac ont longtemps contribué à sa prospérité, lui permettant d'être le pays le plus riche de la région des Caraïbes. Cependant, des difficultés économiques et politiques importantes l'ont ébranlé au cours des dernières décennies et notamment au cours de dix dernières années.

À Cuba, le cancer cervical constitue un problème d'importance modérée. Les estimations indiquent un taux d'incidence normalisé sur l'âge de 9 cas pour 100 000 femmes en 1996. Les taux d'incidence par tranche d'âge sont de 5 pour 100 000 femmes, âgées de 20 à 24 ans, de 20 pour 100 000 femmes âgées de 25 à 29 ans, de 43 pour 100 000 femmes âgées de 40 à 44 ans et de 50 pour 100 000 femmes, âgées de 45 à 49 ans. Le cancer cervical est, en termes de fréquence, le quatrième type de cancer féminin et, si l'on considère le taux de mortalité attribuable au cancer pour l'ensemble de la population, il représente la dixième cause de mortalité.

Depuis 1968, les directives sanitaires nationales de Cuba recommandent qu'un dépistage soit effectué tous les deux ans, dès l'âge de 20 ans. En 1986, le Programme national cubain de contrôle du cancer (faisant office de conseiller technique auprès du Ministère de la santé publique) reconnut que, si le diagnostic de dysplasie était relativement fréquent chez les femmes de moins de 30 ans, les lésions régressaient dans la plupart des cas et ne nécessitaient donc pas de traitement. Pour les femmes âgées de plus de 35 ans, le risque d'être atteintes d'un cancer cervical était nettement plus élevé. Se basant sur cette information, le Programme national cubain de contrôle du cancer émit la recommandation suivante : lorsque les programmes ne pouvaient proposer qu'un seul dépistage à une femme au cours de sa vie, ce dépistage devait être effectué à l'âge de 35 ans ou plus. Ces recommandations furent communiquées aux soignants, ainsi qu'à la population. Cependant, le Ministère de la santé publique ne les adopta pas officiellement. Les données recueillies au cours des évaluations de programmes nationaux de prévention contre le cancer cervical en 1993 et en 1996 indiquent que les femmes à haut risque demeuraient hors d'atteinte des programmes de dépistage. De fait, moins de 40 pour cent des femmes âgées de 40 ans et plus subissaient un examen de dépistage.

En 1997, des démarches furent entreprises par le Programme national cubain de contrôle du cancer afin de convaincre le Ministère de la santé publique de modifier officiellement ses recommandations. Le Programme national cubain de contrôle du cancer compila les résultats des recherches actuelles et présenta un dossier solide aux preneurs de décision et aux cliniciens, fournissant les évaluations les plus récentes concernant l'âge auquel effectuer l'examen de dépistage et la fréquence à laquelle procéder. L'organisation parvint à persuader les preneurs de décision et les cliniciens de donner leur soutien afin que l'âge recommandé de dépistage passe de 20 à 25 ans et que la fréquence de dépistage diminue et passe à trois ans. Reconnaissant qu'il était essentiel d'effectuer des tests de haute qualité, que ce soit d'un point de vue financier ou par rapport à la qualité du service fourni, le Programme national cubain de contrôle du cancer obtint également un soutien lors de la mise en place



de services de formation continue, qu'il s'agisse de formations cliniques ou de laboratoire. Les nouvelles recommandations incluent une évaluation périodique de tous les aspects relatifs à l'offre de service et la modification correspondante des recommandations thérapeutiques et de dépistage.

Les résultats de ces actions de prévention contre le cancer cervical furent impressionnants. En 1982, 21 pour cent de tous les cancers détectés étaient des cancers de stade I, alors qu'en 1996, ces cancers représentaient 40 pour cent des cancers détectés. Le taux des cancers de stade IV diminua et passa de 15 pour cent (1982) à 3 pour cent en 1996. Actuellement, soixante dix pour cent des cas découverts sont des cancers de stade 0 et I.

Difficultés du programme

- ▮ Certaines convictions étaient bien ancrées, notamment celles sur les femmes le plus à risque d'être atteintes de cancer cervical et la fréquence à laquelle effectuer le dépistage. Le Programme national cubain de contrôle du cancer élaborera des recommandations valides, en tenant compte des résultats de recherches sérieuses, ce qui permit de surmonter les obstacles existants.
- ▮ Dans les années 90, Cuba traversa des difficultés économiques qui gênèrent les actions de prévention et notamment le traitement rapide des échantillons cytologiques.
- ▮ Il était impératif de vaincre les obstacles culturels empêchant les femmes d'obtenir des examens pelviens. Afin de garantir une couverture de dépistage adéquate correspondant à la diminution de la fréquence de dépistage, le programme mit en place des actions visant à atteindre le maximum de femmes et tenta de mobiliser les communautés.

Implication pour d'autres programmes

- ▮ Les résultats des recherches sont essentiels au développement de directives et de politiques de prévention du cancer cervical valides. Grâce à la recherche, de nouvelles politiques peuvent être élaborées ou des politiques existantes, modifiées, permettant ainsi d'améliorer de façon nette l'efficacité d'un programme.
- ▮ Afin de mettre en place des actions de prévention efficaces, il est essentiel de tenter d'obtenir en permanence un dépistage de qualité et une couverture de la population adéquate. Les responsables des programmes doivent s'assurer qu'ils fournissent une couverture adéquate de la population féminine cible avant de réduire les intervalles entre les examens de dépistage.

Pour obtenir de plus amples d'informations, veuillez contacter :

Rolando Camacho, M.D.
President, Cuban National Cancer
Control Program
Havana, Cuba
Téléphone : 53-7-55-2577
Télécopie : 53-7-55-2587
Adresse électronique : gnoncol@infomed.sld.cu

VIÊT NAM : établissement d'un programme de dépistage par test de Papanicolaou

Le cancer cervical est la principale cause de mortalité féminine liée au cancer dans la République Socialiste du Viêt Nam. Jusqu'à une date récente, le Viêt Nam était l'un des nombreux pays en développement où les programmes de dépistage par test de Papanicolaou étaient virtuellement inexistantes. En raison de la conviction répandue selon laquelle la mise en place, dans ces pays, de programmes de dépistage cytologique à grande échelle était trop coûteuse, Viêtnameis et autorités sanitaires internationales doutaient de la viabilité de programmes de dépistage par test de Papanicolaou au Viêt Nam. Ce résumé décrit les actions entreprises afin d'instaurer un tel programme au Viêt Nam.

Description du programme

Le projet de prévention intitulé « Viet/American Cervical Cancer Prevention Project », lancé en 1993 par des médecins, au Viêt Nam et aux États-Unis, soutient le développement d'un programme de prévention du cancer cervical exhaustif et au rapport coût/efficacité intéressant. En 1999, l'organisation effectua une analyse du rapport coût/efficacité. Les résultats de cette analyse indiquaient que l'instauration au Viêt Nam d'un programme de dépistage national par test de Papanicolaou (basé sur des intervalles de cinq ans entre les examens de dépistage) coûterait moins de 150 000 dollars américains (1999, valeur constante) par an, au cours des dix ans nécessaires (d'après les estimations) au développement du programme. Ce chiffre englobe les coûts relatifs aux salaires, fournitures jetables, équipement, espaces clinique et de laboratoire, et les frais généraux associés au dépistage par test de Papanicolaou et au traitement préventif. Ne sont pas inclus les coûts relatifs à la formation dispensée par des intervenants étrangers, visant à encourager la mobilisation de la communauté, traitant des examens cytologiques ou abordant les questions thérapeutiques. Cette estimation ne tient également pas compte des coûts associés au traitement et aux soins dispensés aux femmes atteintes de cancer cervical invasif. (Actuellement, les femmes vietnamiennes atteintes de cancer cervical invasif sont soignées par chirurgie ou radiothérapie.)

Les coûts annuels de maintien d'un programme furent estimés à un montant inférieur à 0,092 dollar américain par femme de la population cible soumise au dépistage (femmes âgées de 30 à 55 ans) ; ce coût semble abordable, étant donné le revenu moyen par personne de 300 dollars américains. Les responsables du projet Viet/American Cervical Cancer Prevention Project estimèrent qu'à ce niveau d'investissement, l'incidence du cancer cervical et le taux de mortalité correspondant mesurés au Viêt Nam pouvaient être réduits de 37 pour cent avec un taux de participation de 60 pour cent des femmes appartenant à la population cible, et de 58 pour cent avec un taux de participation féminin de 100 pour cent.

En 1999, avec la bénédiction des organismes suivants : Ho Chi Minh City Department of Health Services, Ho Chi Minh City Cancer Center, Ho Chi Minh City Department of Maternal and Child Health Services et Binh Thanh District Community Health Center, le programme de dépistage par test de Papanicolaou, basé sur la population, fut lancé à Ho Chi Minh, avec un taux initial de dépistage de 150 femmes par jour. En cas de diagnostic (par test de Papanicolaou) de lésions de type AGCUS, de lésions intra-épithéliales



de haut grade ou de carcinome, les femmes sont invitées à subir un examen colposcopique. En cas de dysplasie cervicale de haut grade, confirmée par biopsie, le traitement consiste en une excision électrochirurgicale à l'anse. En cas de cancer invasif, les femmes atteintes sont exclues du programme afin que soit établie la stadification des lésions détectées, qu'un traitement adéquat soit appliqué et que ces femmes puissent bénéficier de soins de suivi. Des programmes de plus petite envergure ont également été établis à Hanoi, Hue et Danang et seront développés à plus grande échelle dès que les ressources le permettront. Au fur et à mesure du développement du programme de prévention du cancer cervical dans le pays tout entier, les besoins primaires en ressources humaines devront être pris en compte : cytotechniciens chargés de l'analyse des frottis cervicaux et personnel formé capable de prélever les frottis, devant travailler en étroite collaboration avec toute une série d'organisations étrangères aux communautés concernées. Reste à déterminer s'il sera possible de répondre à ces besoins en ressources humaines.

Désormais, les objectifs du projet Viet/American Cervical Cancer Prevention Project sont les suivants : (1) développer au Viêt Nam les compétences nécessaires à l'instauration de services de dépistage cytologique de haute qualité ; (2) déterminer si les expériences conduites au Viêt Nam sont applicables à d'autres environnements.

Difficultés du programme

Le développement réussi d'un programme de dépistage au Viêt Nam comportait un certain nombre de difficultés, dont :

- ▶ le développement de méthodes efficaces, ancrées dans les communautés concernées, visant à optimiser le niveau de participation des femmes de la population cible devant être soumises à un examen de dépistage ;
- ▶ la mise en place et le maintien de programmes efficaces d'assurance et de contrôle de la qualité, en particulier dans les laboratoires de cytologie centralisés ;
- ▶ l'amélioration des services de traitement curatif pour les femmes atteintes d'un cancer cervical invasif ;
- ▶ le maintien d'excellentes relations professionnelles entre les différents groupes et institutions afin de garantir la réussite des actions de prévention du cancer cervical au Viêt Nam.

Implication pour d'autres programmes

- ▶ Les résultats de l'étude suggèrent que les programmes de dépistage par test de Papanicolaou peuvent être mis en place dans certains environnements, avec un investissement financier relativement peu élevé, à condition qu'une aide extérieure soit disponible et prenne en charge formation et assistance technique.
- ▶ Les résultats d'une analyse bien conçue du rapport coût/efficacité peuvent constituer une base argumentative solide permettant d'obtenir un soutien pour les actions de prévention du cancer cervical.
- ▶ La formation de soignants non-médecins (afin que ceux-ci puissent prendre une part active aux actions des services de dépistage cytologique) constitue une stratégie efficace et peu coûteuse.

Pour obtenir de plus amples d'informations, veuillez contacter :

Dr. Eric Suba
President and Executive Director
The Viet/American Cervical Cancer
Prevention Project
2295 Vallejo Street, Suite 507
San Francisco, CA 94123
États-Unis
Téléphone : (650) 742-3162
Télécopie : (650) 742-3055
Adresse électronique : Eric.Suba@kp.org

Glossaire

Acide acétique Solution d'acide acétique de trois à cinq pour cent, appliquée au tissu cervical afin de faciliter l'identification de tissus anormaux. L'acide acétique interagit avec les cellules atteintes, entraînant le blanchiment des lésions épithéliales.

Adénocarcinome Néoplasme malin, dont le site primaire est l'épithélium glandulaire du col cervical. L'adénocarcinome représente approximativement cinq pour cent des cas de cancer cervical dans le monde.

Année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) Mesure des années de vie gagnées par laquelle est estimé le nombre d'années de vie saine perdues en raison d'une morbidité et d'une mortalité prématurées. Pour effectuer cette mesure, des estimations de poids calculées en fonction de l'âge et de l'invalidité sont utilisées.

Auto-prélèvement Processus au cours duquel une femme, et non un soignant, recueille sur elle-même l'échantillon devant être analysé (par exemple, un échantillon d'urine ou un échantillon de sécrétion vaginale ou vulvaire, prélevé à l'aide d'un écouvillon).

Bethesda (système de classification) Présenté en 1988 par le National Cancer Institute des États-Unis, ce système comprend deux grandes catégories dans lesquelles sont classés les états précurseurs de cancer cervical : les lésions squameuses intra-épithéliales de bas grade (LSIL), comprenant l'atypie cellulaire et CIN I, et les lésions squameuses intra-épithéliales de haut grade (HSIL), comprenant CIN II et CIN III. Ce système instaure une terminologie cohérente, comprend un énoncé relatif à l'adéquation de l'échantillon cytologique et utilise des sous-catégories permettant de décrire plus précisément les modifications cytologiques.

Biopsie à l'emporte-pièce Méthode par laquelle un petit échantillon de tissu est prélevé afin d'être soumis à une analyse histologique.

Carcinome *in situ* (CIS) Modifications cellulaires localisées survenant dans l'épithélium pavimenteux stratifié mais sans extension au stroma sous-jacent via la membrane basale. En règle générale, le carcinome *in situ* est considéré comme étant le précurseur du cancer épidermoïde infiltrant.

Cellule épithéliale Cellule plate, fine, située dans le tissu qui constitue la surface de la peau, recouvre les voies respiratoires et digestives supérieures, ainsi que le vagin et la partie externe du col.

Cervicographie Technique permettant de photographier le col cervical afin d'identifier la dysplasie ou le cancer. Les photographies sont alors envoyées à un organisme où les informations sont centralisées. Elles y seront évaluées.

CIN (ou NCI : Néoplasie cervicale intra-épithéliale) - Système de classification Présenté dans les années 60, le système de classification CIN, permettant une classification des résultats cytologiques (de frottis cervicaux), indique le niveau de gravité des lésions cervicales. La dysplasie cervicale légère est classée dans la catégorie CIN I, la dysplasie cervicale modérée, dans la catégorie CIN II, et la dysplasie cervicale sévère et le carcinome *in situ*, dans la catégorie CIN III.



Colposcopie Examen du vagin et du col cervical pratiqué à l'aide d'un instrument, le colposcope. Cet instrument permet, via le grossissement d'images, l'observation des tissus vaginal et cervical.

Cryothérapie Traitement en ambulatoire. Des températures extrêmement basses (inférieures à -60 °C) sont utilisées afin de geler et détruire les tissus anormaux.

Crypte cervicale Ouverture apparaissant à la surface du nouvel épithélium pavimenteux cervical. Les ouvertures de cryptes ou de glandes les plus éloignées de l'orifice marquent la limite externe de la zone de transformation.

Cytologie ou cytologie exfoliative Termes utilisés pour décrire l'évaluation de cellules (obtenues par frottis cervical). L'objectif de cette évaluation est la recherche d'anomalies associées aux états CIN et au cancer cervical.

Dépistage par test de Papanicolaou automatisé Lecture informatisée des frottis cervicaux permettant l'identification des frottis dont les caractéristiques sont anormales afin que ceux-ci soient examinés par des cytologistes.

Diathermie Génération de chaleur résultant du passage d'un courant électrique haute fréquence.

Dysplasie du col utérin Anomalie épithéliale de l'épithélium pavimenteux cervical. Les autres termes utilisés pour décrire ce processus pathologique sont la néoplasie cervicale intra-épithéliale (NCI ou CIN en anglais) ou la lésion squameuse intra-épithéliale (SIL).

Électrocautérisation (Électrocoagulation) Processus au cours duquel une sonde métallique, chauffée par électricité, est utilisée afin de détruire les tissus anormaux.

Endocol Membrane muqueuse du canal cervical.

Excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP) Également connue sous le nom d'excision à l'anse large de la zone de transformation (LLETZ : large loop excision of the transformation zone), LEEP est une méthode thérapeutique de biopsie excisionnelle pratiquée en ambulatoire. Via ce procédé, l'intégralité de la zone de transformation peut être retirée à l'aide d'une électrode métallique très fine, chargée avec un courant alternatif à haute fréquence et basse tension (600 kHz).

Exocol Partie externe du col cervical, comprenant l'orifice cervical.

Inspection visuelle avec acide acétique (IVA) Examen du col cervical pratiqué à l'aide d'un spéculum, avec application d'une solution d'acide acétique diluée, de trois à cinq pour cent. Cet examen permet la détection des dysplasies cervicales. Effectué sans appareil de grossissement, l'IVA est parfois désignée par les termes suivants : « inspection visuelle directe » ou « inspection visuelle à l'œil nu ».

Inspection visuelle avec acide acétique et grossissement (IVA/G) Examen du col cervical pratiqué à l'aide d'un spéculum, avec application d'une solution d'acide acétique et utilisation d'une loupe grossissante portable, de faible puissance (en opposition au colposcope). Cet examen permet de faciliter le dépistage de la dysplasie (et/ou éventuellement de guider la biopsie et d'orienter le traitement en ambulatoire des lésions pré-invasives).

Jonction pavimento-cylindrique Point de rencontre sur le col cervical entre les cellules cylindriques et les cellules squameuses exocervicales. Cette jonction marque la limite la plus éloignée de la zone de transformation à

l'extérieur du canal cervical ou, dans le cas de femmes post-ménauposées, à l'intérieur même du canal cervical.

Lésion squameuse intra-épithéliale de bas grade (LSIL) Terme du système Bethesda de classification des maladies qui décrit des anomalies cervicales légères, présentes uniquement dans la couche superficielle des cellules. En cas de lésion intra-épithéliale de bas grade, un tiers (ou moins) de l'épithélium contient des cellules dysplasiques. En règle générale, ce type de lésion régresse et le tissu redevient normal.

Lésion squameuse intra-épithéliale de haut grade (HSIL) Terme du système Bethesda de classification des maladies qui décrit des anomalies cellulaires cervicales, des stades modérés aux stades les plus graves. Ces anomalies sont plus susceptibles d'évoluer en cancer que les lésions intra-épithéliales de bas grade (LSIL). En cas de lésion intra-épithéliale de haut grade, plus d'un tiers de la profondeur de l'épithélium cervical contient des cellules dysplasiques.

Lugol (solution de) Solution iodée pouvant être utilisée à la place de la solution d'acide acétique afin d'effectuer un dépistage par inspection visuelle. Cette solution brunit les cellules cervicales normales, les cellules anormales conservant une apparence jaunâtre ou non colorée.

Micro-invasion Présence de cellules cancéreuses dans le tissu stromal, immédiatement adjacent à l'épithélium, avec envahissement d'une profondeur de quelques millimètres (à peine) ; il s'agit du stade le plus précoce de l'invasion néoplasique maligne.

Orifice Ouverture ou entrée du canal endocervical.

Sensibilité Test caractéristique permettant de déterminer la proportion de personnes atteintes d'une maladie donnée, et dont les résultats du test de dépistage de la maladie ont été positifs, à juste titre. La sensibilité d'un test indique le seuil précis d'identification de la maladie.

Sous-stadification Inspection visuelle sans utilisation d'acide acétique ni grossissement, visant à identifier un cancer en stade précoce.

Spécificité Test caractéristique permettant de déterminer la proportion de personnes ne souffrant d'aucune maladie particulière et dont les résultats de test, négatifs, permettent une classification correcte de ces personnes. La spécificité d'un test indique le degré de réaction du test à une maladie particulière.

Spéculoscopie Inspection visuelle du col cervical pratiquée à l'aide d'une source lumineuse chimioluminescente et d'un appareil de grossissement.

Sténose cervicale Rétrécissement du canal cervical.

Test de Papanicolaou Test consistant en l'examen de frottis de sécrétions vaginales ou cervicales à la recherche de cellules exfoliées, afin que soient repérées les cellules anormales.

Virus du papillome humain (VPH) Agent transmis sexuellement qui infecte les cellules du col cervical et peut entraîner, à terme, des modifications cellulaires qui à leur tour entraîneront un cancer cervical.

Zone de transformation (zone T) Zone de l'exocol identifiée par les ouvertures de cryptes cervicales les plus éloignées. La zone de transformation s'étend jusqu'à la jonction pavimonto-cylindrique, située près de l'entrée du canal endocervical. En règle générale, le cancer cervical trouve son origine dans la zone de transformation.



Bibliographie annotée

Généralités

- Abwao S, Greene P, Sanghvi H, et al. (eds). *Prevention and Control of Cervical Cancer in the East and Southern Africa Region*. Summary of proceedings of regional meeting held in Nairobi, Kenya, 29 March to 1 April, 1998. [Disponible sur Internet à l'adresse suivante : http://www.rho.org/meeting_report_Kenya.pdf].

Ce document présente des résumés d'articles techniques, les sessions de discussion consécutives et les profils des pays. Sont également inclus les plans d'action développés par les 15 équipes nationales y ayant participé, une présentation des sources de financement et des ressources techniques disponibles, ainsi que les recommandations élaborées conjointement à l'issue de la rencontre qui a duré trois jours.

- Bishop A, Wells E, Sherris J, et al. Cervical Cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* (6):60-71 (November 1995).

Cet article défend vigoureusement les approches rationnelles de santé publique en matière de prévention et de traitement du cancer cervical, mettant l'accent sur les stratégies pratiques pouvant être utilisées dans les pays en développement. Les auteurs font remarquer que des ressources faibles, une infrastructure limitée et l'existence d'autres priorités dans le domaine de la santé ont empêché la plupart des systèmes de santé des pays en développement de mettre en place des programmes efficaces. Il est recommandé d'utiliser ces méthodes de dépistage du cancer cervical dans le cadre de programmes dont les ressources sont limitées : (1) dépistage de femmes âgées de 30-35 ans ou plus ; (2) dépistage pratiqué de façon relativement peu fréquente ; (3) utilisation de méthodes alternatives plutôt que de techniques de dépistage conventionnelles. Lorsqu'un traitement s'avère nécessaire, les auteurs discutent de l'éventualité d'un traitement en ambulatoire, par l'utilisation de méthodes telles que la cryothérapie ou la procédure d'excision par électrochirurgie à l'anse (LEEP). En effet, ces méthodes permettent de traiter de façon efficace la plupart des lésions précancéreuses et de réduire le nombre de visites à la clinique. Les auteurs recommandent aux soignants et personnes impliquées de coordonner leurs efforts afin de parvenir à mettre en place une couverture de dépistage et de traitement plus large. Les auteurs insistent également sur le fait que l'utilisation de méthodes alternatives requiert des modifications de politique, processus au cours duquel la participation de la communauté s'avère essentielle.

- Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *American Journal of Epidemiology* 141:680-689 (April 1995).

Au cours de cette méta-analyse, 62 études publiées avant août 1992 ont été examinées. Y étaient comparés les résultats du test de Papanicolaou et les résultats des examens histologiques. Les données de 59 études visaient à évaluer la précision de l'examen de Papanicolaou. Les estimations de la sensibilité de cet examen étaient comprises entre 11 et 99 pour cent et les estimations concernant sa spécificité, entre 14 et 97 pour cent. Les auteurs ont établi qu'une spécificité de 90-95 pour cent d'un examen de Papanicolaou correspondait à une sensibilité de 20-35 pour cent. La méthodologie de nombre de ces études comportait des faiblesses. Les auteurs sont cependant parvenus à la conclusion qu'une augmentation de la sensibilité correspondait presque toujours à une diminution de la spécificité et inversement, et que l'examen de Papanicolaou ne pouvait pas obtenir une sensibilité et une spécificité élevées de façon concomitante. Les auteurs ont recommandé qu'à l'avenir, les normes méthodologiques d'évaluation de test de diagnostic soient rigoureusement suivies.

- Fahs MC, Plichta SB, Mandelblatt JS. Cost-effective policies for cervical cancer screening: an international review. *Pharmacoeconomics* 3: 211-230 (March 1996).

Cette révision internationale de la littérature relative au cancer cervical concerne essentiellement des études traitant du rapport coût/efficacité du dépistage du cancer cervical. Les auteurs concluent que les programmes de dépistage dont l'organisation est centralisée, mis en place par le secteur public, sont les types de programme dont le rapport coût/efficacité est le plus intéressant. De nombreux programmes ne sont pas efficaces (et ont



un impact limité), en raison d'un « surdépistage » de femmes à faible risque, plus jeunes, appartenant à une classe aisée de la population, et d'un « sous-dépistage » de femmes plus âgées, plus pauvres et appartenant à un groupe minoritaire. Les auteurs établissent également que le rapport coût/efficacité est plus intéressant si le dépistage commence pour des femmes âgées de 25 à 35 ans. L'âge approprié de fin du dépistage permettant un rapport coût/efficacité intéressant est moins défini. Les auteurs ont déterminé que l'intervalle de dépistage comportant le meilleur équilibre entre coût et nombre d'années de vie gagnées se situait entre 3 et 5 ans. Cependant, lorsqu'un dépistage répété n'est pas possible, même un test par an peut permettre de réduire le taux de mortalité d'une population. Les efforts pour approcher les femmes non dépistées sont particulièrement importants, étant donné que le risque de développer un cancer cervical est plus élevé pour cette population. Les auteurs ont remarqué que trois facteurs jouent un rôle particulièrement important dans le rapport coût/efficacité d'un programme de dépistage : la proportion des femmes dépistées par le programme, la qualité de l'examen de Papanicolaou et le coût de cet examen.

- ▶ Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruiz PA, et al. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *International Journal of Epidemiology* 27:1-7 (June 1998).

Cette étude cas témoins a permis d'évaluer l'effet préventif du programme de dépistage du cancer cervical dans la ville de Mexico, entre septembre 1990 et décembre 1992. Les auteurs ont sélectionné 233 cas de cancer *in situ* et 397 cas de cancer invasif parmi les patientes se rendant dans les services de gynécologie de six hôpitaux de Mexico afin d'y obtenir la confirmation histologique du diagnostic cytologique de néoplasme cervical. Les 1 003 témoins constituaient un échantillon établi au hasard, stratifié par l'âge, des résidents de la zone métropolitaine de Mexico. Lors de l'entretien, les questions relatives à l'historique des frottis cervicaux portaient, dans le cas des femmes véritablement atteintes de cancer, sur l'année précédant l'établissement du diagnostic. Les cas témoins, quant à elles, devaient répondre à des questions portant sur l'année précédant l'entretien. Les auteurs ont découvert que le dépistage du cancer cervical avait un effet protecteur, dans le cas du cancer cervical invasif. Pour les femmes ayant déjà eu des frottis cervicaux, qui ne cherchaient pas à être dépistées en raison de symptômes gynécologiques et qui avaient reçu leurs résultats de frottis, le risque de développer un cancer cervical invasif était 2,63 fois inférieur (OR = 0,38 ; 95 pour cent CI : 0,28-0,52). Aucun effet protecteur n'a été trouvé pour les cancers *in situ*.

- ▶ Jones SB. Cancer in the developing world: a call to action. *British Medical Journal* 319:505-508 (August 1999)

Cet article présente la synthèse de plusieurs thèmes abordés lors d'une conférence de l'OMS de 1999, portant sur les stratégies de lutte contre le cancer pour le nouveau millénaire « Cancer Strategies for the New Millennium ». L'auteur utilise des diagrammes afin de présenter l'incidence globale des cancers par pays, type de cancer, incidence et taux de mortalité. Il fait remarquer que, dans le cas des pays en développement, l'impact des cancers varie. Pour les cancers dont la cause est connue, tel que le cancer cervical, l'auteur recommande d'utiliser des méthodes de prévention peu coûteuses tout en développant de nouvelles technologies, dont l'utilisation est appropriée dans des environnements de faibles ressources. L'auteur fait également remarquer que des essais cliniques sont en cours et portent sur deux vaccins prophylactiques contre le VPH, ainsi que sur un vaccin thérapeutique qui stimule l'immunité cellulaire contre les protéines virales E6 et E7. Le développement de ces vaccins et les méthodes de détection faisant intervenir des technologies simples sont extrêmement prometteurs et devraient permettre, à terme, de contrôler le cancer cervical dans les pays en développement.

- ▶ Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 80:827-841 (March 1999).

Cette révision exhaustive du fardeau mondial que représente le cancer présente une estimation des taux d'incidence annuels (bruts et normalisés selon l'âge) et du nombre de nouveaux cas de 25 différents cancers dans 23 régions du monde pour l'année 1990. Cette année-là, plus de 371 000 nouveaux cas de cancer cervical ont été identifiés chez les femmes dans le monde entier. D'après les estimations, près de 290 000 de ces cas se sont déclarés dans les pays en développement. En 1990, l'incidence de cancer cervical la plus élevée, normalisée selon l'âge, a été mesurée en Afrique australe, en Amérique centrale et en Mélanésie, où les taux mesurés étaient de 40 pour 100 000 femmes. Des taux supérieurs à 30 pour 100 000 ont été observés en Afrique de l'est, dans les Caraïbes et en Amérique sub-tropicale.

- ▶ Parkin DM, Sankaranarayanan R. Prevention of cervical cancer in developing countries. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 11(Suppl 1):3-20 (August 1999).

Dans cet article, les auteurs passent en revue les méthodes de prévention du cancer cervical disponibles dans les pays en développement. L'article présente le virus du papillome humain (VPH) comme étant l'agent étiologique le plus important et décrit les difficultés rencontrées lors des tentatives de prévention primaire du VPH. Sont également décrites les méthodes et difficultés rencontrées lors du dépistage/de la détection précoce du cancer cervical via des stratégies d'éducation sanitaire et par « sous-stadification » (les auteurs arrivent à la conclusion que cette méthode présente un rapport coût/efficacité peu intéressant). L'article décrit également le dépistage de cancer pré-invasif via la pratique de frottis cervicaux, l'efficacité de cet examen et les difficultés liées à l'organisation de programmes de dépistage dans les pays en développement, ainsi que l'inspection visuelle avec utilisation d'acide acétique. Les auteurs rapportent que cette dernière méthode est de sensibilité égale à celle des frottis cervicaux, mais de spécificité généralement inférieure. Finalement, les auteurs examinent les tests VPH. Ils ne portent aucune conclusion définitive et préfèrent attendre le développement de tests pouvant être effectués rapidement et dont l'utilisation sera peu coûteuse.

- ▶ PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Preventing cervical cancer in low-resource settings. *Outlook* 18(1):1-8 (September 2000). (<http://www.path.org/outlook/>)

Ce numéro de *Outlook* présente des informations mises à jour décrivant le problème du cancer cervical dans les pays en développement, les principes de base du contrôle du cancer cervical, les différentes méthodes de dépistage et de traitement, et plus encore.

- ▶ Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 83:18-29 (September 1999).

Cet article présente des estimations mondiales de mortalité annuelle pour tous les cancers et pour 25 sites de cancer spécifiques, à partir de 1990. Les taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge et le nombre de décès ont été informatisés pour 23 zones géographiques. Dans cette étude, le nombre global de décès dus au cancer cervical en 1990 est estimé à 190 000. Quatre-vingt pour cent de ces décès ont eu lieu dans les pays en développement, où le cancer cervical demeure la première cause de décès par cancer chez la femme (suivie de près par les cancers du sein et de l'estomac). Quelques 40 pour cent des 148 500 décès par cancer cervical estimés des pays en développement se produisent en Asie du Sud et du Centre, une région qui inclut l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh et l'Iran, entre autres.

- ▶ Ponten J, Adami HO, Bergstrom R, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer* 60:1-26 (January 1995).

Cette révision extensive rassemble les données recueillies dans le monde entier, relatives au cancer cervical. Les sujets traités incluent la biologie tumorale et l'histoire naturelle du cancer cervical, l'étiologie de la maladie (incluant l'impact du VPH), les stratégies mises en œuvre pour réduire le taux de mortalité sans avoir recours au dépistage (notamment le traitement de la maladie à un stade précoce) et le dépistage cytologique. Les auteurs concluent que l'histoire naturelle et les motifs pathologiques du cancer cervical sont similaires d'une région du monde à une autre. Ils soutiennent que l'utilisation du test VPH comme stratégie de contrôle du cancer cervical demeure expérimentale et que le traitement de la maladie à un stade précoce, lorsqu'il est applicable, permet de réduire le taux de mortalité. Ils traitent des difficultés liées à l'instauration d'une couverture maximale via un dépistage cytologique, sans gaspillage des ressources (gaspillage dû au dépistage fréquent de femmes pour lesquelles le risque de développer la maladie est plus faible).

- ▶ Rogo KO, Omany J, Onyango JN, et al. Carcinoma of the cervix in the African setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 33:249-255 (November 1990).

Les données concernant 1 210 patientes traitées au Kenya entre 1974 et 1979 forment la base de cette étude. Les auteurs comparent les données obtenues au Kenya à des statistiques sur l'incidence du cancer cervical dans les pays en développement. Ils démontrent que les patientes kenyanes sont à la fois plus jeunes (moyenne d'âge de 42 ans contre 54 ans) et plus à même d'être atteintes de la maladie à un stade plus avancé (55 pour cent pour



le stade 3, contre 25 pour cent). Un suivi des patientes peu efficace et des ressources thérapeutiques limitées ont contribué à l'obtention de taux de survie faibles. Les auteurs citent certains facteurs supplémentaires, susceptibles d'avoir également contribué à ce taux de mortalité élevé, tels que la taille de la tumeur, la nutrition et l'immunité individuelle. Les auteurs sont parvenus à la conclusion qu'une autre étude portant sur les différences de résultats doit être menée. Ils ont également souligné le fait que le dépistage cytologique est moins efficace dans les pays en développement.

- Sherris JD. Cervical cancer prevention: a strategic opportunity to improve women's reproductive health. *International Family Planning Perspectives* 25 (Suppl):556-557 (1999).

Cet article présente un résumé des problèmes associés à la prévention du cancer cervical dans les pays en développement et définit les étapes nécessaires au renforcement des efforts de prévention. L'article présente également les résultats initiaux du Cervical Cancer Consultative Group qui, en 1977, a établi une liste de dix questions, considérées comme étant de la plus haute importance dans le cadre du développement de la stratégie de prévention du cancer cervical dans les environnements de faibles ressources. L'auteur conclut en affirmant que les activités visant à répondre à ces questions contribueront à réduire le taux de mortalité dû au cancer cervical dans les pays en développement, où l'on compte, chaque année, quelques 200 000 décès.

Épidémiologie et histoire naturelle du cancer cervical

- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute* 87(11):796-802 (June 1995).

Cette étude a permis de confirmer l'existence d'une association globale, extensive, entre l'infection à virus du papillome humain (VPH) et le cancer cervical. Cette étude a deux objectifs : déterminer si l'association entre le cancer cervical et VPH existe dans le monde entier et étudier les variations géographiques dans la répartition des 20 types de VPH associés à des cancers. Les enquêteurs ont recueilli plus de 1 000 échantillons sur des patientes souffrant de cancer cervical dans 22 pays dans lesquels l'incidence de cancer cervical mesurée est élevée. L'ADN de VPH a été détecté dans 93 pour cent des tumeurs. Bien que les types de VPH diffèrent quelque peu en fonction de la région géographique, la présence du VPH 16 a été établie dans 50 pour cent des échantillons. Le deuxième type prédominant, le VPH 18, a été détecté dans 14 pour cent des échantillons.

- Brinton LA. Epidemiology of cervical cancer—an overview. In: *The Epidemiology of Cervical Cancer and Human Papillomavirus*. Muñoz N et al., eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Scientific Publication No. 119:3-23 (1992).

De nombreuses études portant sur l'épidémiologie du cancer cervical sont passées en revue dans cette publication datant de 1992, qui examine les facteurs autres que le VPH, associés au cancer cervical. Dans des tableaux récapitulatifs présentant les résultats de plusieurs études, l'auteur démontre l'existence d'une association forte entre le risque de cancer cervical et le nombre de partenaires sexuels, et également entre le risque de cancer cervical et l'âge lors des premiers rapports (ces facteurs peuvent constituer des marqueurs de risque lié au VPH). L'auteur examine alors les données épidémiologiques relatives aux rôles interactifs ou participatifs d'autres facteurs de risque supposés, tels que la relation entre la présence de VPH et d'autres maladies transmises sexuellement. Elle passe également en revue les résultats d'études concernant des facteurs de risque dont l'intervention est plus hypothétique, en particulier le tabagisme et l'utilisation de contraceptifs oraux. En conclusion, l'auteur remarque que le risque pathologique peut être affecté par les changements de comportement liés au monde moderne, notamment l'âge plus précoce des femmes lors des premiers rapports sexuels, l'exposition accrue des femmes plus jeunes au tabagisme et l'utilisation de contraceptifs oraux, ainsi que les modifications de comportement de leurs partenaires sexuels.

- Ho GY, Burk RD, Klein S, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 87(18):1365-1371 (September 1995).

Cette étude a analysé les facteurs qui déterminent la persistance ou la régression des néoplasies cervicales intra-épithéliales (NCI ou CIN en anglais) et a permis de démontrer que les néoplasies persistantes sont liées

à une infection à VPH chronique, et en particulier à une infection à VPH dont la charge virale est élevée. L'étude comptait 100 femmes américaines atteintes de CIN II. Chez un tiers de ces femmes (environ), la lésion a régressé ; les 70 femmes restantes ont été soumises à un examen, tous les trois mois pendant 15 mois. Chez les femmes atteintes d'une infection à VPH chronique, le risque de CIN persistante était quatre fois plus élevé que chez les femmes non infectées par le VPH. Les auteurs ont souligné le fait que la pratique répétée de test peut aider les cliniciens à faire la différence entre les femmes chez lesquelles une régression spontanée est susceptible de se produire et les femmes chez lesquelles les lésions ne disparaîtront pas ou évolueront.

- ▶ Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252-258 (February 1999).

Cet article passe en revue une cohorte historique de femmes à Toronto, au Canada, dont les antécédents de frottis cervicaux ont été enregistrés dans l'un des principaux laboratoires cyto-pathologiques. Ces auteurs ont étudié la progression et la régression de la dysplasie cervicale dans cette cohorte, de 1962 à 1980. La taille de la cohorte et la durée couverte par l'analyse permettent d'établir une distinction entre cette étude et d'autres études, tendant à être de moindre importance et dont la durée est inférieure (l'article inclut un tableau récapitulatif utile présentant les résultats des études précédentes). Les résultats de l'étude confirment les résultats des études moins importantes : le risque d'évolution de dysplasie légère en cancer cervical *in situ* (CIS) est faible. Il est environ de 1 pour cent par an. Les résultats de l'étude corroborent la recommandation relative au suivi des patientes atteintes d'une dysplasie légère. Il est recommandé de pratiquer ce suivi via un examen cytologique périodique plutôt que de faire immédiatement subir à la patiente un examen colposcopique. L'étude a également permis de démontrer que le risque d'évolution d'une dysplasie modérée en CIS est d'importance moyenne, situé entre les risques associés aux dysplasies faible et sévère, soit de 16 pour cent en 2 ans.

- ▶ Lancaster EJ, Banach L, Lekalakala T, et al. Carcinoma of the uterine cervix: results of Ka-Ngwane screening programme and comparison between the results obtained from urban and other unscreened rural communities. *East African Medical Journal* 76(2):101-104 (February 1999).

Cette étude rappelle les données obtenues à partir de 10 000 frottis cervicaux prélevés sur des femmes fréquentant les cliniques de gynécologie et d'obstétrique de Ka-Ngwane, à Prétoria (en zone urbaine) et dans le territoire du Transkei (en zone rurale), en Afrique du Sud. L'étude a mis en évidence que les frottis cervicaux étaient positifs (révélant une présence pathologique, qu'il s'agisse de dysplasie légère ou de cancer) chez 3 pour cent des patientes de Ka-Ngwane, chez 5 pour cent des patientes du Grand Prétoria et chez plus de 6 pour cent des patientes dans le territoire du Transkei. Le cancer cervical représentait 12 pour cent des cas positifs de Ka-Ngwane, 5 pour cent des cas positifs de Prétoria et 26 pour cent des cas positifs du Transkei. La majorité des femmes dont les résultats étaient positifs n'avaient pas 41 ans (l'article n'indiquait pas la répartition en fonction de l'âge des 10 000 patientes). Les auteurs sont parvenus à la conclusion qu'il existe une incidence élevée de dysplasie et de cancer cervical dans les populations sud-africaines chez lesquelles aucun dépistage n'a auparavant été effectué, et qu'il est urgent de mettre en place des programmes de dépistage et d'éducation dans la région. Les auteurs soulignent également le fait qu'une proportion significative des cas de cancer cervical est observée chez des femmes de moins de 40 ans.

- ▶ Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mild cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstetrics and Gynecology* 67(5):665-669 (May 1986).

Cette étude suédoise a permis d'évaluer les données de suivi de 555 femmes chez lesquelles avait été diagnostiquée une dysplasie cervicale légère entre 1962 et 1983. Soixante-deux pour cent de ces dysplasies légères ont régressé, 22 pour cent ont persisté et 16 pour cent ont évolué. Les patientes chez lesquelles une régression a été observée ont été suivies sur 39 mois, en moyenne ; les patientes chez lesquelles la dysplasie s'est avérée persistante ont été suivies sur une période moyenne de 52 mois. En cas d'évolution de la dysplasie légère vers un état plus grave, la durée moyenne d'évolution était de 48 mois. Deux cas de cancer invasif se sont déclarés chez des femmes n'ayant pas été suivies pendant plusieurs années au cours de l'étude. Les cancers invasifs ont été diagnostiqués 79 mois et 125 mois après l'établissement du diagnostic initial de dysplasie légère. Cette étude est souvent citée afin de corroborer le fait qu'une proportion significative de



dysplasie légère n'évolue pas en un état pathologique plus grave. Dans le même temps, les résultats de l'étude indiquent l'importance d'un suivi régulier pour les femmes chez lesquelles a été diagnostiquée une dysplasie légère, étant donné la probabilité d'évolution en un état plus grave dans plus d'un cas sur six.

- ▀ Robles S, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of PAHO* 30(4): 290-301 (December 1996).

Utilisant les données de l'Organisation panaméricaine de la santé, cet article définit l'évolution des taux de mortalité liée au cancer cervical sur le continent américain. Alors que l'incidence du cancer cervical au Canada et aux États-Unis a diminué de façon régulière au cours des 30 dernières années (jusqu'à atteindre le chiffre de 1,4 et 1,7 décès/100 000, respectivement, en 1990), dans la plupart des pays latino-américains et des Caraïbes, les données, lorsqu'elles sont disponibles, indiquent des taux de mortalité liée au cancer cervical croissants ou constants (en général avoisinant 5 à 6 décès/100 000). D'après les auteurs, bien que les diminutions des taux de mortalité liée au cancer cervical ne puissent pas toutes être attribuées au dépistage, une corrélation peut cependant être clairement établie. Ils suggèrent que les services de dépistage latino-américains ont été associés aux services du planning familial et de soins prénataux, et n'ont pas ciblé, comme ils l'auraient dû, les femmes plus âgées pour lesquelles le risque de cancer cervical était plus élevé.

- ▀ Schiffman MH. New epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 87(18):1345-1347 (September 1995).

Cet article aborde la question de la relation existant entre la détection persistante de l'ADN de VPH (en particulier en cas de détection de taux élevés d'ADN) et le diagnostic non moins persistant de CIN. Une étude complémentaire menée par Ho, et al., publiée dans le même numéro de ce journal, a présenté une comparaison entre les natures transitoires d'une infection à VPH et de CIN et leur aspect persistant. Schiffman note que les résultats de Ho, et al., révèlent les implications liées au développement des stratégies de dépistage, notamment pour le test de l'ADN de VPH. L'auteur présente plusieurs résultats et indique les facteurs qui rendent l'analyse épidémiologique difficile : (1) on peut observer la présence de CIN sans VPH, bien que ce cas de figure ne se produise que dans 10 pour cent des cas, ou moins ; (2) jusqu'à 10 pour cent des femmes peuvent être atteintes de lésions originales CIN II ou CIN III plutôt que d'être atteintes de lésions évoluant des stades pathologiques les moins graves vers les stades les plus graves ; (3) les incertitudes entourant le diagnostic et l'absence d'une norme de référence compliquent l'interprétation des données ; (4) des lésions discrètes aux histoires naturelles distinctes peuvent être présentes dans le col cervical (par exemple, des lésions CIN I peuvent progressivement évoluer et devenir des lésions CIN III ou simplement apparaître au côté de lésions CIN III).

Rôle des tests VPH et vaccins VPH pouvant éventuellement être utilisés lors du contrôle du cancer cervical

- ▀ Cuzick J. Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening [editorial]. *Journal of the American Medical Association* 283(1):108-109 (January 2000).

Cet éditorial présente deux articles, publiés dans le numéro de *JAMA* du 5 janvier 2000, l'un écrit par Schiffman, et al., et l'autre, par Wright, et al.. L'auteur de l'éditorial souligne l'importance du rôle joué par ces deux articles lors de la définition de l'utilisation de VPH dans le cadre du dépistage primaire du cancer cervical. L'article de MH Schiffman traitait de la performance du test de l'ADN de VPH, en fonction de différents seuils de positivité du test (le test dont le seuil de positivité VPH était de 1 pg/ml était le plus efficace) et de l'âge de la patiente (la spécificité était la plus élevée avec les résultats de test obtenus chez les femmes plus âgées). L'étude conduite par Wright évaluait les résultats du test de l'ADN de VPH obtenus dans une population n'ayant été soumise à aucun dépistage. Les échantillons étaient obtenus par auto-prélèvement ou prélevés par le clinicien. La sensibilité des échantillons obtenus par auto-prélèvement était inférieure à celle des autres échantillons ; cependant, dans ces mêmes conditions environnementales, cette sensibilité était supérieure à celle des tests de Papanicolaou. La spécificité, quant à elle, demeurait problématique. L'auteur concluait en indiquant que le test de l'ADN de VPH constituait une méthode offrant des possibilités intéressantes relatives à la mise en œuvre d'un dépistage du cancer cervical dans des environnements où les

méthodes classiques n'étaient pas toujours applicables. D'autres études doivent être menées afin de définir les méthodes les plus appropriées qui permettront éventuellement de réduire les taux de morbidité et de mortalité.

- ▀ Galloway DA. Is vaccination against human papillomavirus a possibility? *Lancet* 351:22-24 (1998).

La vaccination contre le VPH est envisageable car le virus du papillome humain n'a pas tendance à muter et comporte uniquement huit gènes. Les modèles animaux suggèrent que les vaccinations thérapeutique et prophylactique sont possibles. Afin d'avoir une action substantielle sur la prévalence du cancer cervical, un vaccin prophylactique doit être multivalent et engendrer des titres élevés d'anticorps neutralisants à la surface de la muqueuse. Le vaccin thérapeutique vise à éliminer le cancer résiduel, doit permettre la régression du cancer existant et/ou prévenir l'évolution de lésions de bas grade. La base scientifique d'un vaccin thérapeutique demeure cependant incomplète car deux questions restent en suspens. L'une porte sur l'antigène devant être ciblé et l'autre, sur le type de réponse immunitaire entraînant la régression. En dépit de ces difficultés, en dépit également d'autres obstacles, l'auteur affirme en conclusion que la vaccination contre le VPH offre des perspectives de grande envergure.

- ▀ Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce EC, Berumen-Campos J, et al. Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico: a case-control study. *Archives of Medical Research* 28(2):265-271 (1997).

Cette étude cas témoins avait pour objectif d'évaluer l'association entre les types de VPH 16 et 18 et le cancer cervical touchant des femmes vivant dans la ville de Mexico. Une recherche des types de VPH 16 et 18 a été effectuée chez 148 cas et 204 témoins, à l'aide de la technique d'amplification en chaîne par polymérase (ACP). La présence de VPH 16 a été détectée dans 48,3 pour cent des 60 cas de cancer *in situ*, dans 48,8 pour cent des 88 cas de cancer invasif et dans 13,2 pour cent des témoins. La présence de VPH 18 a été détectée uniquement dans 6,7 pour cent des cas de cancer invasif. Le rapport de cotes de l'infection à VPH 16 dans les cas de cancer *in situ* était de 5,17 et, pour les cas de cancer invasif, de 3,84. Les résultats indiquent que le risque de lésions cervicales était plus élevé pour les femmes ayant une réaction ACP fortement positive ; le rapport de cotes correspondant était de 38, alors que les rapports des réactions ACP moyenne et faible étaient de 23 et de 11, respectivement. Les résultats constituaient une preuve supplémentaire de l'existence d'une association entre l'infection à VPH 16 et 18 et le cancer cervical. D'après les auteurs, le test de Papanicolaou demeure la méthode la plus efficace de contrôle du cancer cervical.

- ▀ Hillemanns P, Kimmig R, Huttemann U, et al. Screening for cervical neoplasia by self-assessment for human papillomavirus DNA [research letter]. *Lancet* 354:1970 (December 1999).

Cette étude a permis d'effectuer une évaluation de la sensibilité des tests VPH sur les échantillons prélevés par les patientes et de comparer cette sensibilité aux taux de détection des échantillons prélevés au niveau du col cervical par des gynécologues. 247 patientes d'une clinique de colposcopie allemande ont elles-mêmes recueilli un échantillon au niveau de leur vagin, à l'aide d'un écouvillon, et ont été examinées par des gynécologues qui ont prélevé des frottis cervicaux et ont effectué un prélèvement supplémentaire à l'aide d'un écouvillon. Quatre-vingt quatorze pour cent des patientes ont indiqué qu'elles préféreraient effectuer le prélèvement elles-mêmes. La présence de VPH a été détectée dans 53 pour cent des prélèvements effectués par les patientes, contre 42 pour cent lorsqu'il s'agissait de prélèvements effectués par des médecins. Les deux méthodes de test avaient toutes deux une sensibilité de 93 pour cent dans le cas de la dysplasie de haut grade et du cancer cervical invasif. Les auteurs concluent que l'auto-prélèvement est une méthode efficace permettant de détecter la présence de VPH et peut s'avérer utile dans des environnements où le dépistage cytologique n'est pas immédiatement disponible, en particulier si les résultats de cette étude peuvent être reproduits dans des études plus importantes.

- ▀ Lowy DR, Schiller JT. Papillomaviruses: prophylactic vaccine prospects. *Biochimica et Biophysica Acta* 1423: M1-M8 (1998).

Cet article traite essentiellement d'un type de vaccin prophylactique : les particules de type viral, dont l'utilisation est envisagée afin de lutter contre le VPH. La structure moléculaire et l'immunogénicité des capsides virales font des particules de type viral un vaccin potentiellement intéressant. Les études effectuées



sur le chien, le lapin et la vache ont confirmé que ces particules offrent une protection contre l'infection à VPH, probablement en introduisant des anticorps neutralisants. Cependant, il n'est pas avéré que l'immunisation systémique utilisant des particules de type viral offre à l'homme une protection contre les infections à VPH des muqueuses des voies génitales. Pour s'en assurer, il faudra peut-être utiliser un protocole d'immunisation différent. En revanche, des protéines non structurales peuvent être ajoutées afin d'améliorer leur efficacité en tant que vaccins ; ces particules ressemblant aux virus chimériques peuvent éventuellement être capables d'éliminer les lésions cervicales précoces ayant échappé à la neutralisation.

- Manos MM, Kinney WK, Hurley LB, et al. Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results. *Journal of the American Medical Association* 281(17):1605-1610 (May 1999).

Lors de cette étude menée aux États-Unis, en Californie, une nouvelle méthode de dépistage a été comparée à une méthode plus traditionnelle. L'objectif était de déterminer si cette nouvelle méthode pouvait être plus efficace en cas d'identification de cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASCUS : atypical squamous cells of undetermined significance). Au total, 995 femmes dont les résultats de frottis cervicaux révélaient la présence de cellules de type ASCUS ont participé à cette étude. La nouvelle méthode a été appliquée : le test de l'ADN de VPH a été pratiqué sur 995 échantillons ASCUS et les femmes dont les résultats indiquaient la présence d'une infection à VPH ont été immédiatement dirigées vers des services où elles pourraient être soumises à un examen colposcopique. Dans le cadre de la détection de lésions squameuses intra-épithéliales de haut grade (HSIL), les auteurs ont pu établir que la sensibilité de cette méthode était équivalente ou supérieure à celle de la méthode traditionnelle consistant à prélever de façon répétée des frottis cervicaux. En outre, comme cette méthode de dépistage utilise le même échantillon lors du test VPH et de l'examen cytologique, le nombre d'examen colposcopiques et de visites de suivi s'en trouve réduit (ce qui permet également de diminuer l'anxiété des patientes et de réduire le nombre de ces patientes échappant au suivi). Les auteurs estiment que les économies réalisées par la diminution du nombre des visites et des procédures permettraient de compenser les coûts liés à la mise en place du test de l'ADN de VPH.

- Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 283(1):87-93 (January 2000).

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la capacité d'un test de dépistage de VPH à détecter des lésions cervicales de haut grade et des cancers sur une cohorte de plus de 9 000 femmes sexuellement actives, âgées de 18 ans et plus, vivant dans la province de Guanacaste, au Costa Rica. Le test VPH a été effectué ; en outre, des frottis cervicaux conventionnels ont été prélevés et une inspection visuelle, par cervicographie, a été pratiquée. Les échantillons furent également préparés afin d'être soumis à une analyse cytologique ThinPrep. L'étude a démontré que le dépistage du VPH (utilisant le test Digene Hybrid Capture II avec un seuil de détection à 1 pg/ml pour 13 types de VPH oncogéniques) permet la détection de 88,4 pour cent des lésions cervicales de haut grade et des cancers, avec une spécificité de 89 pour cent. Lorsque les résultats ont été calculés en fonction des tranches d'âge, réparties par tertile (de 18 à 30 ans, de 31 à 40 ans et à partir de 41 ans), la spécificité était la plus élevée (94 pour cent) chez les femmes plus âgées. Le pourcentage de lésions/cancers détectés était le plus faible (75 pour cent), pour le test Hybrid Capture (dont le seuil de détection est de 10 pg/mL pour 11 types oncogéniques). En règle générale, le test de l'ADN de VPH utilisant le test Hybrid Capture II était plus sensible que le test de Papanicolaou conventionnel (88,4 vs. 77,7 pour cent) lors de la détection de lésions de haut grade et de cancers, mais moins spécifique (89 vs. 94 pour cent). En conclusion, les auteurs ont indiqué que, s'il était nécessaire de recueillir plus de données sur les divers facteurs susceptibles d'influer sur les résultats des tests de VPH, la méthode en elle-même était en revanche parvenue « à maturation technique » et devrait, progressivement, prendre une place importante parmi les méthodes de dépistage des facteurs déclencheurs du cancer cervical.

- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology* 189(1):12-19 (September 1999).

Dans cette étude, les chercheurs ont réexaminé les données d'une étude précédente (Bosch et al., 1995) ayant confirmé l'existence d'une association globale entre l'infection à VPH et le cancer cervical par la détection de l'ADN de VPH dans 93 pour cent des cas (plus de 1 000 échantillons de cancer cervical, provenant du monde entier, étaient inclus à cette étude). Le réexamen des données a permis de démontrer que de nombreux échantillons chez lesquels la présence de VPH était détectée avaient fait partie de résultats faux négatifs dans l'étude précédente en raison d'événements d'intégration affectant les séquences L1, une hypothèse qui avait été avancée par Bosch et al. En analysant à nouveau les échantillons et en excluant de l'étude les spécimens inadéquats, les auteurs de la présente étude ont démontré que la prévalence globale du VPH dans le cancer cervical était de 99,7 pour cent. Ce pourcentage est, à ce jour, le pourcentage rapporté le plus élevé. Les auteurs affirment que l'extrême rareté des cas de cancer cervical dont les analyses indiquent l'absence de VPH justifie la pratique d'un test de VPH, en association avec l'utilisation des méthodes de dépistage conventionnelles, ou même en remplacement de ces méthodes.

- Womack SD, Chirenje ZM, Gaffikin L, et al. HPV-based cervical cancer screening in a population at high risk for HIV infection. *International Journal of Cancer* 85(2):206-210 (January 2000).

Les auteurs de cette étude à laquelle ont participé 466 Zimbabwéennes ont évalué l'efficacité potentielle du test de VPH afin de dépister la présence de dysplasie cervicale chez des femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les frottis cervicaux et les échantillons utilisés afin de détecter la présence du VPH et du VIH (à l'aide du test Digene HC II) ont été prélevés chez toutes les femmes participant à l'étude. Les résultats de l'étude ont révélé la présence du VIH chez plus de la moitié des femmes testées. Cette positivité était associée à une multiplication par deux de la prévalence du VPH et à une multiplication par trois de la prévalence de lésions de type HGSIL. La sensibilité et la spécificité du test de l'ADN de VPH dans le cas de lésions de type HGSIL étaient de 91 pour cent (95 % CI - 78-97 %) et de 41 pour cent (95 % CI - 35-48 %) chez les femmes séropositives ; elles étaient de 62 (95 % CI - 32-86 %) et de 75 pour cent (95 % CI - 68-80 %) chez les femmes séronégatives. La valeur prédictive négative du test de chaque groupe était supérieure à 95 pour cent. En conclusion, les auteurs indiquent que le test de l'ADN du VPH ne devrait pas être utilisé pour le dépistage de lésions de type HGSIL chez les femmes séropositives en raison de sa spécificité relativement faible. Ils insistent également sur le fait que les femmes atteintes d'une infection à VPH doivent être suivies de façon régulière car le risque de développement de lésions cervicales est élevé chez ces femmes. Enfin, la décision d'utiliser le test de l'ADN de VPH comme test de dépistage du cancer cervical doit être prise en fonction des priorités sanitaires locales, des réglementations en place et des ressources disponibles.

- Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *Journal of the American Medical Association* 283(1):81-86 (January 2000).

Cette étude évalue l'efficacité des tests de dépistage du VPH (pratiqués sur des échantillons prélevés par les patientes et par les cliniciens) utilisés dans le cadre du dépistage de lésions cervicales de haut grade et de cancers. Le groupe soumis à ces tests comportait plus de 1 400 femmes noires d'Afrique du Sud n'ayant auparavant jamais subi de test de dépistage. Ces femmes étaient âgées de 35 à 65 ans. Les examens pratiqués ont été les suivants : test de VPH, prélèvement d'un frottis cervical classique, test de MST, inspection visuelle du col à l'aide d'une solution d'acide acétique (avec et sans grossissement) et cervicographie. La sensibilité du test de l'ADN de VPH (pour plus d'informations sur le test Digene Hybrid Capture II, voir l'article de Schiffman, publié en l'an 2000) des prélèvements vaginaux recueillis par les patientes était de 66,1 pour cent pour la détection des lésions de haut grade et des cancers ; le taux de faux positifs était de 17,1 pour cent. La sensibilité du test de l'ADN du VPH des prélèvements recueillis par les cliniciens était de 83,9 pour cent ; le taux de faux positifs était de 15,5 pour cent. En comparaison, la sensibilité des frottis cervicaux conventionnels (avec des lésions de type SIL de bas grade et une anomalie cytologique plus élevée classée considérée comme positive) était de 60,7 pour cent et le taux de faux positifs, de 3,2 pour cent. En résumé, lors de la détection de lésions cervicales de haut grade chez des femmes âgées de 35 ans et plus, le test de l'ADN du VPH utilisant



des prélèvements vaginaux recueillis par les patientes était moins spécifique, mais de sensibilité égale à celle des tests de Papanicolaou (veuillez noter que les prélèvements effectués par les patientes étaient recueillis dans une clinique après présentation d'instructions spécifiques sur le mode de prélèvement de l'échantillon ont été données). En conclusion, les auteurs indiquent que le test de l'ADN de VPH utilisant des échantillons vaginaux prélevés par les patientes devrait permettre de simplifier le dépistage du cancer cervical dans de nombreux environnements et ce, en dépit de la spécificité faible qui demeure problématique. Les auteurs discutent également de l'intérêt d'évaluer des protocoles de dépistage comportant deux étapes (par exemple, un test de VPH suivi d'un frottis cervical ou d'une inspection visuelle) afin d'améliorer la spécificité.

Prévention primaire du cancer cervical

- ▶ Koutsky LA, Kiviat NB. Genital human papillomavirus. In: *Sexually Transmitted Diseases* 3rd ed. Holmes KK, et al., eds. New York: McGraw-Hill (1999).

Ce chapitre offre une présentation détaillée des problèmes liés au virus du papillome humain génital, donne la définition du virus du papillome humain et fournit les informations relatives à la prévalence et à l'incidence, à la répartition géographique, à la transmission, aux facteurs de risque, aux manifestations cliniques, à la gestion et à la prévention.

- ▶ Shepherd J, Weston R, Peersman G, et al. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Cette méta-analyse étudie l'efficacité de l'éducation sanitaire dans le cadre de la réduction du risque de cancer cervical lié au comportement sexuel de la femme, cette réduction devant entraîner une diminution de la transmission du virus du papillome humain (VPH). Cette analyse incluait dix études de programmes éducatifs qui avaient tous pour objectif premier la prévention de la transmission du VIH et d'autres MST, plutôt que la prévention liée au cancer cervical. Cette analyse a démontré que les interventions éducationnelles visant les femmes appartenant à des milieux socio-économiques défavorisés et fournissant à la fois informations et développement des compétences de négociation sexuelle permettaient l'adoption de comportements de réduction du risque sexuel, du moins pour un temps. Ce type de programme est donc susceptible de permettre la réduction de la transmission du VPH et d'entraîner par voie de conséquence une diminution de l'incidence du cancer cervical.

- ▶ Wen LM, Estcourt CS, Simpson JM, et al. Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective? *Sexually Transmitted Infections* 75(5):312-316 (1999).

Cette étude, menée dans la clinique de MST la plus importante d'Australie, comptait 977 patient(e)s ayant des verrues génitales et 977 témoins. Témoins et patient(e)s étaient de même sexe et leurs dates de consultation à la clinique étaient identiques. L'étude avait pour objectif de déterminer les facteurs de risque associés à l'acquisition de verrues génitales et de découvrir si les préservatifs protégeaient contre l'infection. L'étude a permis de déterminer que les facteurs de risque indépendants entraînant l'acquisition de verrues génitales étaient l'âge précoce lors des premiers rapports, le nombre croissant de partenaires sexuels au cours d'une vie (en particulier pour les hommes) et le tabagisme (pour les hommes uniquement). En outre, d'après les auteurs, bien que les études précédentes n'aient pas réussi à démontrer l'effet protecteur du préservatif, la présente étude a permis de mettre en évidence qu'une utilisation régulière de préservatifs permettait de réduire de façon significative, pour hommes et femmes, le risque d'acquisition de verrues génitales.

- ▶ World Health Organization (WHO). *Primary Prevention of Cervical Cancer*. CAN/85.1. Geneva: WHO (October 3-November 2, 1985).

Un groupe de consultation de l'OMS s'est réuni en 1985 afin d'étudier les approches possibles de prévention primaire du cancer cervical. Étant donné que le cancer cervical est fortement associé à un début précoce de la sexualité et à la multiplicité des partenaires sexuels, le groupe de l'OMS a recommandé l'instauration de programmes d'éducation sexuelle et la conduite d'études du comportement sexuel, tout en reconnaissant qu'il était difficile de modifier les comportements. Les membres du groupe ont également recommandé que

le développement de vaccins contre le VPH devienne hautement prioritaire, tout comme la conduite d'autres études portant sur l'intervention éventuelle du tabagisme dans le déclenchement du cancer cervical. Les auteurs soulignent qu'aucune donnée ne suggère l'existence d'un quelconque rôle protecteur joué par des mesures d'hygiène particulières, par la circoncision masculine ou par l'alimentation. En outre, les données sur le rôle des contraceptifs injectables ou oraux sont peu concluantes. Les auteurs encouragent donc l'utilisation de méthodes à adjuvants, en particulier de préservatifs.

Dépistage : évaluation d'autres méthodes

- ▶ Coppleson M. An electronic approach to the detection of precancer and cancer of the uterine cervix: a preliminary evaluation of Polarprobe. *International Journal of Gynecological Cancer* 4:79-83 (1994).

Cet article décrit les résultats préliminaires obtenus à l'aide d'un appareil électronique utilisé pour la détection du cancer cervical et de ses précurseurs. Cet appareil est connu sous le nom de Polarprobe. Le système Polarprobe est un appareil de diagnostic informatisé, comportant une sonde de la taille d'un stylo qui est insérée dans le vagin et déplacée dans le col utérin. La sonde est connectée à un ordinateur portable, définissant les propriétés électriques et optiques du tissu cervical et compare les informations obtenues aux données des tissus normaux et anormaux. L'étude a permis d'établir des algorithmes de reconnaissance à partir de l'analyse des résultats de 106 volontaires, puis de 77 autres volontaires. Lors de la comparaison du diagnostic obtenu à l'aide du système Polarprobe avec d'autres diagnostics obtenus par le biais d'examen histologiques et colposcopiques, la concordance entre les deux types de diagnostic était de 85 pour cent pour les anomalies intra-épithéliales de bas grade, de 90 pour cent pour les anomalies de haut grade et de 99 pour cent pour les cancers.

- ▶ Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruiz P, et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (May-June 1999).

L'évaluation de ce programme de dépistage du cancer cervical, conduit au Mexique, à l'échelle nationale, cherche à établir les raisons de l'échec du programme (mis en œuvre en 1974) dont l'objectif était de réduire le taux de mortalité liée au cancer cervical. Les auteurs ont démontré que l'efficacité faible du programme de dépistage était principalement le résultat des problèmes liés à la couverture de la population et à la qualité des frottis cervicaux. La qualité des frottis est mauvaise : 64 pour cent d'un échantillon aléatoire de spécimens ne comportaient pas de cellules endocervicales et les taux de faux négatifs des laboratoires d'analyse cytologique variaient entre 10 et 54 pour cent. Les femmes ont tendance à entrer en contact avec les services de dépistage après l'apparition des symptômes, plutôt que de les contacter dans le cadre d'une démarche de type préventif. La couverture des programmes de dépistage par frottis cervicaux est particulièrement peu importante en milieu rural, où 30 pour cent des femmes sont soumises à un dépistage contre les 64 pour cent, âgées de 15 à 49 ans, de la ville de Mexico. Les recherches qualitatives ont permis de mettre en évidence des difficultés supplémentaires, notamment le désir des patientes d'être en contact avec des soignants de sexe féminin et la réputation des services publics comme étant impersonnels et n'offrant pas de cadre respectueux de leur intimité. Dans les zones rurales, le cancer et la mort étaient des termes synonymes et les femmes craignaient de provoquer la désapprobation de leurs partenaires sexuels par une prise de contact avec les services de dépistage. Les auteurs présentent une proposition de réorganisation du programme de dépistage mexicain comportant cinq stratégies principales : (1) la mise en œuvre d'une couverture plus importante ; (2) l'amélioration du contrôle de qualité du mode de prélèvement des frottis cervicaux ; (3) une amélioration de l'interprétation des tests de Papanicolaou ; (4) la garantie d'un traitement pour les patientes dont les tests présentent des anomalies ; et (5) une amélioration du suivi.

- ▶ Megevan E, Van Wyk W, Knight B, et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics & Gynecology* 88(3):383-386 (September 1996).

Les auteurs de cette étude prospective à laquelle ont participé 2 426 femmes dans une zone défavorisée de Cape Town, en Afrique du Sud, ont examiné l'efficacité de l'inspection visuelle du col utérin avec utilisation d'acide acétique comme alternative au dépistage cytologique. Lorsque les résultats du dépistage de l'inspection visuelle ou du dépistage cytologique étaient positifs, les patientes concernées devaient subir un examen colposcopique



et une biopsie. Les résultats des examens histologiques de chaque femme étaient positifs, quel que soit le test. Les auteurs rapportèrent que les résultats de l'inspection visuelle de 76 femmes étaient positifs ; chez 61 de ces 76 cas, les frottis cervicaux prélevés ultérieurement révélèrent la présence de lésions intra-épithéliales épidermoïdes (SIL) ; la présence de ces lésions n'a pas été démontrée chez les 15 autres femmes. Les résultats de l'inspection visuelle pratiquée chez les 2 350 femmes restantes furent négatifs. Sur ces 2 350 femmes, 254 avaient des résultats de frottis cervicaux positifs ; seulement 11 de ces femmes étaient atteintes d'une lésion SIL de haut grade, dont le dépistage cytologique avait cependant été confirmé par un examen histologique. L'inspection visuelle a permis la détection des lésions SIL de haut grade chez 20 femmes sur les 31 femmes atteintes, et dont les lésions étaient détectées lors des examens cytologiques et histologiques. En conclusion, les auteurs ont indiqué que lorsque le dépistage cytologique des lésions précancéreuses n'était pas disponible, l'inspection visuelle avec utilisation d'acide acétique méritait d'être envisagée comme méthode de dépistage alternative.

- Murthy NS, Agarwal SS, Prabhakar AK, et al. Estimation of reduction in life-time risk of cervical cancer through one life-time screening. *Neoplasma* 40(4):255-258 (1993).

Cette étude prend comme point de départ la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), émise en 1986, selon laquelle tout pays aux ressources limitées doit tenter de soumettre chaque femme à un test de dépistage une fois au cours de sa vie. L'objectif de l'étude est de déterminer l'âge auquel le dépistage, s'il est pratiqué, permettra la réduction globale la plus importante du taux de mortalité liée au cancer cervical. L'étude, utilisant les données recueillies dans trois villes de l'Inde, a comparé les taux d'incidence du cancer cervical de femmes n'ayant pas subi de test de dépistage aux taux d'incidence de femmes en ayant subi un au cours de leur vie, mais à des âges différents (entre 20 et 64 ans). Prenant en compte le nombre de cas de cancer cervical prévenus et le nombre d'années de vie productive sauvées, les auteurs ont démontré que le test de dépistage était le plus efficace si la femme était âgée de 45 ans.

- Ottaviano M, La Torre P. Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 143:139-142 (1982).

Les auteurs de cette étude comptant 2 400 patientes, âgées de 18 à 65 ans et vivant à Florence, en Italie, ont évalué l'efficacité de l'inspection visuelle et de la colposcopie, avant et après l'application d'acide acétique, et ont comparé les résultats des deux techniques. Ils ont démontré qu'avant l'application d'acide acétique, aucun diagnostic clinique ne pouvait être posé (sauf en cas de carcinome avéré), que ce soit avec l'inspection visuelle ou l'examen colposcopique. Lors de la comparaison entre l'inspection visuelle à l'œil nu avec acide acétique (IVA) et la colposcopie avec acide acétique, la technique IVA a permis d'identifier une zone de transformation atypique chez 307 des 312 femmes ayant subi un examen colposcopique (soit 98,4 pour cent). Ce fut également le cas pour 1 568 des 1 584 des femmes (soit 98,9 pour cent), alors que l'examen colposcopique n'avait rien révélé d'anormal au niveau du col utérin. Les auteurs ont donc conclu que la détection des lésions cervicales précancéreuses ne devait pas être basée sur l'examen au colposcope.

- Pengsaa P, Vatanasapt V, Sriamporn S, et al. A self-administered device for cervical cancer screening in northeast Thailand. *Acta Cytologica* 41(3):749-754 (May-June 1997).

Les objectifs de cette étude étaient de comparer les résultats de tests de dépistage pratiqués sur des échantillons obtenus par un appareil d'auto-prélèvement aux résultats d'échantillons obtenus par le biais de méthodes de prélèvement de routine. Il s'agissait également d'évaluer l'acceptation de ce nouvel appareil par un groupe de femmes vivant en milieu rural dans le nord-est de la Thaïlande. Au total, 552 femmes ont participé à cette étude. Les femmes ont reçu une formation leur permettant d'utiliser l'appareil d'auto-prélèvement et ont été réexaminées une semaine plus tard par un gynécologue utilisant une méthode de prélèvement de routine. Dans les deux cas, les spécimens ont été colorés comme des frottis cervicaux. La méthode d'auto-prélèvement a permis la détection d'anomalies sur 13 frottis cervicaux, 11 de ces résultats étant confirmés par l'examen d'un médecin. Aucun résultat n'a été faux négatif, mais la méthode d'auto-prélèvement n'était pas aussi précise que l'examen du médecin et ne permettait pas la détection d'inflammation aussi efficacement. Les réponses aux questionnaires ont révélé une bonne acceptation générale de l'appareil par les femmes. Les auteurs ont conclu que, dans les zones sans personnel médical formé capable d'effectuer des tests de façon régulière, la méthode d'auto-prélèvement peut constituer un outil de dépistage utile.

- Richard R. Screening: the next century. *Cancer* 76:1919-1927 (November 1995).

Cet article fournit une présentation exhaustive des méthodes de dépistage existantes et éventuelles, pouvant être mises en œuvre dans les pays développés et en développement. Outre les frottis cervicaux, les technologies examinées destinées aux pays en développement incluent l'inspection visuelle à l'œil nu avec et sans acide acétique (sous-stadification), l'inspection visuelle assistée et la cervicographie. Les appareils permettant l'analyse automatisée des frottis cervicaux et les tests de l'ADN de VPH sont également passés en revue, les ressources, faibles ou suffisantes, des environnements concernés étant prises en compte. L'auteur étudie également l'efficacité des différentes méthodes de dépistage, tente de déterminer si ces méthodes peuvent être utilisées et quel sera leur rapport coût/efficacité, tant pour des environnements aux ressources limitées que pour des environnements non défavorisés.

- Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T, et al. Visual inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 83(10):2150-6 (November 1998).

Cette étude menée dans l'état du Kerala, en Inde, avait pour objectif de comparer l'inspection visuelle du col utérin après application d'acide acétique (IVA) avec le dépistage cytologique et ce, dans le cadre de la détection du cancer cervical et de ses précurseurs. Les sujets dont les résultats étaient positifs, pour l'examen IVA ou les frottis cervicaux, ainsi que celles ayant un col utérin d'apparence anormale (définie comme telle d'après les critères suivants : saignement au toucher, excroissance suspecte ou autre anomalie cervicale) étaient invitées à se soumettre à un examen colposcopique et à une biopsie, le cas échéant, afin qu'une évaluation diagnostique puisse être effectuée. Sur les 3 000 femmes que comptait l'étude, 298 (9,9 pour cent) avaient des résultats d'IVA positifs, 307 (10,2 pour cent) présentaient une atypie ou une dysplasie (révélées par l'étude de leurs frottis cervicaux) et 182 (6,1 pour cent) avaient des résultats positifs, que ce soit dans le cas de l'inspection visuelle ou du dépistage cytologique. 215 autres femmes (7,2 pour cent) ont été invitées à se soumettre à un examen colposcopique car l'examen au spéculum a révélé la présence d'anomalies au niveau de leur col utérin ; l'inspection visuelle et l'étude des frottis cervicaux n'avaient cependant révélé aucune anomalie. L'inspection visuelle a permis la détection de 46 des 51 vrais positifs (90,1 pour cent) et la cytologie, la détection de 44 d'entre eux (86,2 pour cent). Les auteurs concluent que si l'IVA continue de donner des résultats satisfaisants, cette technique est susceptible d'être utilisée efficacement dans les pays en développement dans lesquels la mise en place d'un dépistage cytologique est impossible, mais également dans les pays développés comme méthode complémentaire afin de tenter d'améliorer la sensibilité de la cytologie cervicale.

- Sankaranarayanan R, Shymalakumary B, Wesley R, et al. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *International Journal of Cancer* 80(1):161-163 (January 1999).

Les auteurs de cette lettre à l'éditeur présentent un compte-rendu de l'étude qu'ils réalisent actuellement. Cette étude, menée dans l'état de Kerala, en Inde, a pour objectif la comparaison de la performance de l'inspection visuelle avec acide acétique (IVA) à celle de la cytologie cervicale lors de la détection de lésions cervicales. L'étude comptait 1 351 femmes, âgées de 22 à 70 ans (moyenne d'âge : 39 ans). L'IVA, utilisée par les infirmiers/infirmières, permettait de détecter 95,8 pour cent des dysplasies et des cancers ; le dépistage cytologique permettait la détection de 62 pour cent de ces affections (l'IVA détectait plus de dysplasies légères et modérées que la cytologie). La spécificité approximative de l'IVA était de 68 pour cent et celle de la cytologie était de 89,5 pour cent. L'auteur souligne que l'efficacité de l'IVA lors de la détection des lésions précancéreuses dans cet environnement, ainsi que la connaissance immédiate de ses résultats, en faisaient une méthode de recherche de cas intéressante pour les pays en développement.

- Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179(2): 544-556 (August 1998).

Cet article passe en revue six technologies proposées comme méthodes devant permettre l'amélioration de l'efficacité du dépistage du cancer cervical : le dépistage cytologique automatisé, la cytologie en monocouche (par exemple, ThinPrep), le test VPH, la cervicographie, la spéculoscopie et le système Polarprobe. L'auteur indique que le dépistage cytologique automatisé peut s'avérer efficace dans le cadre d'un dépistage primaire,



même si cette méthode requiert l'implémentation, dans divers environnements, de tests à grande échelle. D'après l'auteur, les données sont insuffisantes et ne permettent pas de conclure que les technologies en milieu liquide permettant de faire des étalements sur lame en monocouche sont plus efficaces que les méthodes de dépistage standard par tests de Papanicolaou. Le test VPH donne de bons résultats dans les protocoles de dépistage utilisant plusieurs types de test et en tant que méthode principale de dépistage dans le cas de femmes âgées de plus de 35 ans. En conclusion, la cervicographie et la spéculoscopie sont peu susceptibles d'être utilisées lors de programmes de dépistage à grande échelle. Le système Polarprobe est une technologie en cours d'étude qui mesure les chutes de tension électrique et la diffusion de la lumière à travers le tissu cervical, et les résultats préliminaires sont prometteurs (voir Coppleson, 1994).

- ▶ University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).

Cette étude portait sur les tests de dépistage pratiqués par des infirmières/sages femmes sur presque 11 000 femmes fréquentant 15 cliniques de soins primaires au Zimbabwe. Les auteurs de l'étude ont démontré que, lors de l'identification de lésions de type HGSIL et de lésions plus graves, l'inspection visuelle avec acide acétique (IVA) avait une sensibilité de 76,6 pour cent et une spécificité de 64,1 pour cent. L'analyse des frottis cervicaux a révélé une sensibilité de 44,3 pour cent et une spécificité de 90,6 pour cent. De fait, le commentaire accompagnant la publication du *Lancet* souligne que l'étude fournit des informations précieuses sur la faisabilité et l'efficacité des méthodes de dépistage alternatives dans les établissements de soins de santé primaires des pays en développement et confirmait la sensibilité relative de l'IVA en comparaison à celle des frottis cervicaux dans certains environnements. Le commentaire indiquait également que d'autres méthodes pouvaient être utilisées, la spécificité de l'IVA restant cependant relativement faible en comparaison à celle des frottis cervicaux ; en outre, il existe un risque de traitement excessif. Les auteurs de l'article ont également discuté de la nécessité d'évaluer soigneusement les implications pour les programmes et les patientes d'un taux élevé de faux positifs.

- ▶ Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B, et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (March 1997).

Cette étude avait pour objectif l'évaluation de la performance de l'inspection visuelle effectuée par des soignants paramédicaux ayant été formés à détecter la présence de lésions cervicales, précurseurs de cancer, ainsi que de cancers, dans les environnements de faibles ressources. Dans l'état du Kerala, en Inde, 2 843 femmes mariées ont participé à cette étude et ont été soumises à une inspection visuelle du col utérin. Un examen cytologique a également été pratiqué. Les résultats de l'inspection visuelle ont été positifs chez 1 279 et 179 de ces femmes (soit 45 pour cent et 6,3 pour cent respectivement) ; les critères de seuil bas et élevé ont été utilisés. Avec un seuil bas, les valeurs de la sensibilité et de la spécificité de détection de la dysplasie modérée et des stades de lésions plus graves étaient de 65,8 pour cent et de 55,3 pour cent respectivement ; les seuils de détection de la dysplasie sévère et des affections plus graves étaient de 71,9 pour cent et de 55,3 pour cent, respectivement, et de 92,3 pour cent et de 55,2 pour cent, respectivement, pour le cancer invasif. Avec un seuil élevé, les valeurs de la sensibilité ont diminué de façon significative et la spécificité a augmenté d'environ 94 pour cent. Les auteurs de l'étude ont conclu que l'utilisation d'une inspection visuelle à l'œil nu ne semblait pas être une approche aussi prometteuse que d'autres procédures, telles qu'une procédure pré-sélective permettant de pratiquer des examens cytologiques ou que des mesures faisant un appel limité à la technologie. En outre, le rapport coût/efficacité de l'inspection visuelle ne serait vraisemblablement pas intéressant.

Traitement : évaluation de méthodes simples

- ▶ Anderson ES, Husth M. Cryosurgery for cervical intraepithelial neoplasia: 10-year follow-up. *Gynecologic Oncology* 45:240-242 (1992).

Cette étude visait à évaluer les résultats à long terme du traitement de CIN par cryothérapie. Au Danemark, quelques 261 patientes ont été suivies sur une période de 5 à 10 ans après avoir subi un traitement par cryothérapie. Les auteurs ont rapporté que le taux global de guérison après 5 ans était de 83,5 pour cent. Les taux de guérison des patientes atteintes de CIN III étaient très nettement inférieurs aux taux de guérison

des patientes souffrant de CIN I et de CIN II, résultats qui rejoignent les résultats d'autres études. En cas d'atteinte endocervicale, le taux de guérison était également moins élevé. En conclusion, les auteurs ont indiqué que cette étude à long terme avait permis de démontrer l'efficacité de la cryothérapie. Ils lancent cependant un avertissement, soulignant le fait que cette étude a également permis de mettre en évidence la nécessité d'utiliser d'autres méthodes de traitement en cas d'atteinte endocervicale et de pratiquer un suivi des patientes rigoureux, étant donné le risque d'échec thérapeutique.

- ▶ Bishop A, Sherris J, Tsu V. *Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: A Situation Analysis*. Seattle, WA: PATH (July 1995).

Cette révision exhaustive passe en revue les problèmes associés au traitement de la dysplasie cervicale dans les pays en développement et traite notamment de l'utilisation de technologies et de la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques appropriées, présente les traitements actuels de CIN dans les pays en développement, les analyses des coûts de ces traitements et les directives devant permettre la mise en place d'un plan d'action thérapeutique.

- ▶ Burger RA, Monk BJ, Van Nostrand KM, et al. Single-visit program for cervical cancer prevention in a high-risk population. *Obstetrics and Gynecology* 86(4): Part 1, 491-498 (October 1995).

Cette étude comportait trois objectifs : 1) dépister et traiter (en une seule visite) les femmes pour lesquelles il existait un risque croissant d'être atteintes par un cancer cervical ; 2) déterminer la faisabilité de cette approche basée sur une visite unique ; 3) évaluer son acceptabilité auprès des patientes participant à l'étude. Quelques 126 femmes de la Californie du Sud, aux États-Unis, ont été recrutées pour l'étude, par l'intermédiaire de médias hispanophones ; toutes les femmes recrutées avaient au moins un facteur de risque de cancer cervical et la plupart mentionnèrent au moins un obstacle les empêchant de bénéficier de soins de santé, généralement le coût des traitements. Le programme basé sur une visite unique incluait la pratique d'un frottis cervical, une évaluation cytologique immédiate et, pour celles dont les résultats cytologiques indiquaient la présence d'une lésion SIL de haut ou de bas grade, une excision électrochirurgicale à l'anse ou une biopsie. Les patientes subissant une excision ou une biopsie étaient invitées à se présenter de nouveau, deux semaines plus tard, afin d'être examinées. L'étude a permis de démontrer que l'approche consistant à dépister et à traiter la lésion au cours de la même visite pouvait être utilisée et qu'elle était bien acceptée. Le traitement pratiqué s'avérait excessif (c'est-à-dire qu'aucune anomalie histologique n'était identifiée dans le spécimen excisé) dans 5 pour cent des cas (estimation) ; les auteurs trouvent ce chiffre acceptable, étant donné qu'en contrepartie cette méthode, qui ne nécessitait pas de visites de suivi, était peu coûteuse, efficace et pratique.

- ▶ Flannelly G, Langan H, Jandial L, et al. A study of treatment failures following large loop excision of the transformation zone for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 104(6):718-722 (June 1997).

Cette étude visait à examiner l'efficacité à long terme de l'excision à l'anse large de la zone de transformation (LLETZ ; large loop excision of the transformation zone) au cours du traitement de CIN et d'évaluer les qualités diagnostiques relatives de la colposcopie et de la cytologie dans le cadre du suivi de ces femmes. Au cours de cette étude, les auteurs ont passé en revue les données des examens histologiques, colposcopiques et cytologiques des 1 000 premières femmes à avoir été traitées par LLETZ à la Colposcopy Clinic, Aberdeen Royal Infirmary, en Écosse, de 1989 à 1991. Au total, 2 812 années de suivi de patientes ont été revues. Le taux récurrent de CIN était de 27/1 000 années et le taux récurrent cumulatif à quatre ans était de 10,1 pour 100 femmes. Dans 47 pour cent des cas avec résultats colposcopiques anormaux et CIN avérée, un frottis cervical pratiqué en même temps que les autres examens ne révélait aucune dyscaryose. Les auteurs en ont conclu que LLETZ constituait une méthode de traitement de CIN efficace et que la colposcopie s'avérait utile au cours du suivi de ces femmes, permettant un traitement plus rapide des lésions persistantes. Les auteurs recommandent que tout protocole de suivi inclue une évaluation colposcopique et un suivi cytologique, à pratiquer après le traitement, pendant au moins quatre ans.



- ▶ Hulman G, Pickles CJ, Gie CA, et al. Frequency of cervical intraepithelial neoplasia following large loop excision of the transformation zone. *Journal of Clinical Pathology* 51:375-377 (May 1998).

Cette étude rétrospective, menée au Royaume-Uni, comptait 669 femmes et devait permettre d'évaluer le risque de CIN persistante/récurrente après traitement par excision à l'anse large de la zone de transformation (LLETZ). Lorsqu'ils pratiquent une biopsie de type LLETZ, les médecins doivent conserver autant de tissus sains que possible tout en retirant l'intégralité de la lésion CIN. Il peut parfois s'avérer difficile pour les médecins de déterminer l'étendue de la lésion CIN dans le canal endocervical. Les biopsies LLETZ peuvent alors être incomplètes ou équivoques. Cette étude a permis de démontrer que le taux de récurrence/persistance de CIN était nettement moins élevé en cas d'excision complète de la lésion. Il a également été prouvé que le taux de persistance/récurrence augmentait en fonction du grade de CIN (par exemple, ce taux passait de 6,7 pour cent chez les patientes atteintes de CIN I à 21,7 pour cent chez les patientes atteintes de CIN III). Les auteurs concluent que les médecins devraient suivre avec une attention particulière les patientes atteintes de CIN de haut grade ou celles dont l'excision a été incomplète ou équivoque.

- ▶ Megevand E, Van Wyk W, Knight B, et al. Can cervical cancer be prevented by a see, screen, and treat program? A pilot study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174(3):923-928 (March 1996).

Cette étude prospective avait pour objectif de déterminer s'il était possible de poser sur site un diagnostic de cancer cervical et de proposer un traitement, le cas échéant, ce, grâce à une clinique mobile. Ces différentes opérations devaient être pratiquées au moment du dépistage et avec un temps d'attente minime. Au total, 5 054 femmes se sont présentées à la clinique de Cap Town, en Afrique du Sud, où elles ont pu bénéficier d'un frottis cervical gratuit. En outre, elles y reçurent des informations sur le cancer cervical et sa prévention. Lors de la phase 1 de l'étude, les femmes chez lesquelles était diagnostiquée une lésion intra-épithéliale de haut grade étaient dirigées vers une clinique proche afin d'y subir un examen colposcopique et un traitement. Au cours de la phase 2, examen colposcopique et traitement étaient effectués sur site. Trente-quatre pour cent des 86 femmes atteintes de lésions de haut grade se sont présentées à la clinique colposcopique et y ont reçu un traitement approprié (taux de défection : 66 pour cent). En revanche, 97 pour cent des 33 femmes atteintes de lésions de haut grade au cours de la phase 2 se sont présentées à la clinique et y ont reçu un traitement approprié (taux de défection : 3 pour cent). Les auteurs ont souligné que l'éducation représentait l'une des composantes essentielles de tout programme de dépistage réussi. Ils ont conclu que la plupart des femmes se soumettront à un examen colposcopique et accepteront le traitement lorsque les résultats du dépistage sont obtenus rapidement et qu'il existe un établissement colposcopique sur le site de dépistage.

- ▶ Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, et al. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 92(5):737-744 (November 1998).

L'objectif de cet essai clinique randomisé était de comparer les complications et les taux de guérison de trois méthodes permettant de traiter les lésions intra-épithéliales squameuses (SIL) du col utérin. L'analyse comparait les données de 390 femmes traitées via des méthodes différentes. Ces méthodes, réparties de façon aléatoire après regroupement des patientes par grade de lésion, degré d'envahissement des glandes endocervicales et taille de la lésion, étaient les suivantes : cryothérapie, vaporisation laser, excision électrochirurgicale à l'anse. Les patientes étaient suivies sur une période allant de 6 à 37 mois, la période moyenne de suivi étant de 16 mois. Les auteurs n'ont mis en évidence aucune différence statistiquement significative entre les résultats des trois groupes, qu'il s'agisse des taux de complications, de la persistance de la maladie au cours des six mois suivant le traitement ou de sa récurrence au moins six mois après le traitement. Ils ont cependant démontré que le risque de persistance était 18 fois plus élevé (rapport de risque [RR], 18,9 ; intervalle de confiance de 95 pour cent [IC], 3,2, 110,6) chez les femmes atteintes de lésions couvrant plus des deux tiers de la surface du col utérin. Les auteurs ont également découvert que le taux de récurrence était plus élevé chez les femmes âgées de trente ans et plus (RR, 2,1 ; IC de 95 pour cent, 1,2, 4,3), en cas d'infection à VPH, types 16 ou 18 (RR, 2,1 ; IC de 95 pour cent, 1,1, 4,0) et en cas d'antécédents de CIN (RR, 2,1 ; IC de 95 pour cent, 1,1, 3,9). Les auteurs ont conclu que les taux de réussite de ces trois méthodes thérapeutiques étaient comparables, tout comme l'étaient les risques de complications susceptibles de survenir au cours de la période de suivi de cette étude.

Cancer cervical et VIH

- Fruchter RG, Maiman M, Arrastia CD, et al. Is HIV infection a risk factor for advanced cervical cancer? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(3):241-245 (July 1998).

Cette étude avait pour objectif de comparer des femmes séropositives et séronégatives atteintes de cancer cervical, en prenant en considération les marqueurs indiquant un stade avancé de la maladie. L'étude a comparé 28 patientes séropositives et 132 patientes séronégatives, souffrant toutes de cancer cervical ; les points de comparaison portaient sur le stade de la maladie, les variables comportementales et démographiques, ainsi que les facteurs de risque susceptibles de provoquer l'apparition de stades avancés de la maladie. Les résultats de l'analyse rétrospective des données indiquent que chez les femmes séropositives le taux de néoplasie cervicale intra-épithéliale ou de frottis cervicaux anormaux non évalués était cinq fois supérieur à celui mesuré chez les femmes séronégatives. Une analyse univariée a permis de déterminer que l'infection à VIH était trois fois supérieure à la normale en cas de cancer cervical à un stade avancé. Cependant, une analyse multivariée a permis de mettre en évidence que les principaux marqueurs prédictifs de cancer cervical avancé chez les femmes séropositives et séronégatives étaient similaires et que seules l'absence de dépistage cytologique et la présence prolongée de symptômes étaient des marqueurs significatifs de cancer à un stade avancé. Les auteurs ont indiqué qu'il était vraisemblable qu'une proportion importante des femmes séropositives, atteintes de cancer cervical, avaient été infectées par le VIH après le début du processus néoplasique et que, par conséquent, ce processus n'était sans doute pas la conséquence d'une immunodéficience. Ces résultats tendaient à démontrer l'existence d'une association entre les facteurs de risque comportementaux des deux maladies plutôt que l'intervention du virus de l'immunodéficience humaine dans l'étiologie de la maladie.

- La Ruche G. Human papillomavirus and human immunodeficiency virus infections: relation with cervical dysplasia-neoplasia in African women. *International Journal of Cancer* 76:480-486 (1998).

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les facteurs associés aux lésions squameuses intra-épithéliales (SIL) et au cancer cervical invasif, tout en portant une attention particulière au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au virus du papillome humain (VPH). Les femmes furent recrutées dans trois différentes cliniques gynécologiques d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, et soumises à un dépistage visant à détecter la présence d'anomalies cervicales éventuelles. Les femmes furent réparties dans trois groupes de cas témoins : le premier groupe était constitué de 151 femmes atteintes de lésions intra-épithéliales de bas grade et de 151 témoins, le second groupe, de 60 femmes atteintes de lésions de haut grade et de 240 témoins, et le troisième groupe, de 13 femmes atteintes de cancer invasif et de 65 témoins. Les résultats provenant des analyses multivariées ont démontré que les facteurs associés à la présence de lésions de bas grade étaient une positivité au VPH, une séropositivité au VIH-1 et une parité supérieure à 3. Les facteurs associés à la présence de lésions de haut grade étaient une positivité au VPH, le mastiquage de tabac, une séropositivité au VIH-1 et l'illettrisme. Le seul facteur associé au cancer invasif était la positivité au VPH. Les résultats ont indiqué que le risque de lésions squameuses intra-épithéliales était bien plus élevé chez les femmes infectées à la fois par le VIH et le VPH que chez les femmes infectées par l'un ou l'autre des virus. Se basant sur les résultats de cette étude, les auteurs suggèrent que le dépistage cervical soit appliqué préférentiellement aux femmes ayant un niveau scolaire faible ou une parité élevée.

- Leroy V, Ladner J, De Clercq A, et al. Cervical dysplasia and HIV type 1 infection in African pregnant women: a cross sectional study, Kigali, Rwanda. *Sexually Transmitted Infections* 75:103-106 (April 1999).

Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence des lésions squameuses intra-épithéliales cervicales (SIL) et leur association à l'infection à VIH-1 et à l'immunodéficience chez les femmes enceintes, à Kigali, au Rwanda. Au total, 103 femmes séropositives et 107 femmes séronégatives participèrent à l'étude. Les participantes furent recrutées à la maternité du Centre Hospitalier de Kigali. Lors de leur admission dans l'étude, les femmes étaient soumises à un dépistage visant à détecter les maladies sexuellement transmissibles (MST), notamment la syphilis, la gonorrhée, les pararickettsioses et la trichomonase. Les numérations cellulaires de CD4 furent effectuées et des frottis cervicaux, prélevés. Les résultats de l'étude ont indiqué que la prévalence des lésions intra-épithéliales chez les femmes séropositives était nettement supérieure à celle mesurée chez les femmes séronégatives : 24,3 pour cent contre 6,5 pour cent, respectivement. En

outre, l'incidence des MST chez les femmes atteintes de lésions intra-épithéliales tendait à être supérieure à celle mesurée chez les femmes non atteintes de lésions intra-épithéliales (37,5 pour cent et 24,7 pour cent, respectivement), mais cette différence n'était pas suffisamment marquée pour avoir une valeur statistique. Les auteurs ont conclu que la prévalence des lésions intra-épithéliales était élevée dans cette population de femmes enceintes à la prévalence VIH/MST élevée. Ils soulignent que cette étude transversale ne permet pas d'établir une relation de cause à effet entre l'infection à VIH et la présence de lésions intra-épithéliales. D'autres facteurs, tels que l'âge, l'âge au moment des premiers rapports, la parité, les MST et le nombre de partenaires sexuels, peuvent être des facteurs de perturbation et gêner l'analyse de cette association.

- ▮ Palefsky JM, Minkoff H, Kalish LA, et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):226-236 (February 1999).

Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence de l'infection cervico-vaginale à VPH, ainsi que les facteurs de risque de cette infection, chez les femmes séropositives. Au total, 1 778 femmes séropositives et 500 femmes séronégatives ont été recrutées au sein d'un groupe de femmes participant à l'étude intitulée « Women's Interagency HIV Study ». Les résultats de l'étude ont confirmé les observations précédentes, à savoir que l'infection à VPH est significativement plus fréquente chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives à haut risque. En comparaison avec les femmes séronégatives, les femmes séropositives dont la numération cellulaire de CD4 est inférieure à 200/mm³ étaient exposées au risque d'infection à VPH le plus élevé, indépendamment de la charge d'ARN de VIH ; suivaient les femmes dont la numération cellulaire de CD4 était supérieure à 200/mm³ et dont la charge d'ARN à VIH était supérieure à 20 000 copies/ml, puis les femmes dont la numération de CD4 était supérieure à 200/mm³ et la charge d'ARN à VIH, inférieure à 20 000 copies/ml. D'autres facteurs de risque concernant les femmes séropositives intervenaient, tels que le groupe ethnique/racial (Africains Américains versus Caucasiens, OR = 1,64), le tabagisme (oui versus non, OR = 1,55) et le fait d'être plus jeune (âge < 30 ans versus ≥ 40 ans, OR = 1,75). Les résultats de l'étude semblent indiquer que la détection de VPH chez les femmes séropositives représente plus vraisemblablement la réactivation ou la persistance de types de VPH pré-existants plutôt qu'une infection à VPH récente.

Points de vue des patientes

- ▮ Ajayi IO, Adewolfe IF. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine* 44(2):41-43 (February 1998).

Cette étude transversale concernant des femmes âgées de 20 à 65 ans visait à déterminer quelles étaient les connaissances des femmes nigérianes sur le cancer cervical, leurs sources d'information et leur attitude générale envers le cancer. Au total, 254 femmes furent sélectionnées au hasard, parmi les patientes et les personnes les accompagnant, dans le service des consultations externes de médecine générale d'un hôpital tertiaire, à Ibadan, au Nigeria ; elles durent remplir un questionnaire structuré. Les auteurs ont découvert que 90 pour cent de ces femmes avaient entendu parler du cancer (le plus souvent, il s'agissait du cancer du sein [64,5 pour cent]). Quinze pour cent de ces femmes seulement avaient entendu parler du cancer du col de l'utérus. Les médias et les autres femmes constituaient les principales sources d'information sur le cancer. Plus de la moitié des personnes interrogées n'avaient aucune connaissance anatomique sur le cancer cervical, son apparence clinique ou ses causes. Les auteurs ont conclu que les connaissances sur le cancer cervical étaient faibles et qu'il était nécessaire d'informer les femmes nigérianes sur le cancer cervical et ses premiers symptômes.

- ▮ Jameson A, Sligo F, Comrie M. Barriers to Pacific women's use of cervical screening services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(1):89-92 (April 1999).

Les auteurs de cette étude ont tenté de déterminer quels étaient les obstacles gênant les services chargés de la diffusion d'informations sur le dépistage du cancer cervical, du point de vue de femmes des îles du Pacifique vivant en Nouvelle-Zélande. Des entretiens poussés, basés sur le face à face et au cours desquels de nombreuses questions étaient posées, permettaient d'évaluer les attitudes de 20 femmes du Pacifique. Les femmes ont identifié de nombreux obstacles, notamment leur sentiment d'être perçues comme étant des cas

sociaux, la croyance en la nature sacrée de la sexualité, leur anxiété concernant le manque de confidentialité au sein des groupes de la communauté et la relation établie entre le prélèvement de frottis cervicaux et l'activité sexuelle. Les femmes participant à l'étude ont également exprimé une préférence marquée pour les sources d'information formelles et interpersonnelles, plutôt que pour les sources informelles. Les sources formelles comprenaient les médecins, les infirmières/infirmiers, les cliniques, les hôpitaux et les centres de santé destinés aux femmes. Les femmes préféraient également être en contact avec des soignants de sexe féminin. Elles s'accordèrent également pour dire qu'en premier lieu, un membre des services de santé des îles du Pacifique devait participer à la diffusion de l'information plutôt qu'au prélèvement de frottis cervicaux. Elles recommandèrent également que soient utilisées des images multi-rationnelles de femmes dans les publicités, illustrant ainsi que les frottis cervicaux étaient nécessaires pour toutes les femmes.

- ▀ Lauer DR, Kruse K, Baggot A. Women's uncertainties, coping, and moods regarding abnormal Papanicolaou results. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine* 8(8):1103-1112 (October 1999).

Les auteurs de cette étude avaient pour objectif d'analyser les réactions à l'annonce de résultats anormaux lors d'un dépistage du cancer cervical. Les objectifs précis étaient les suivants : (1) comparer l'incertitude des femmes concernant les implications de frottis cervicaux anormaux, ainsi que la détresse psychologique de ces femmes au fil du temps ; et (2) décrire les liens entre le sentiment d'incertitude, la capacité de réaction apparente, les stratégies de réaction utilisées et qui se sont avérées utiles et la détresse psychologique. Entre janvier 1995 et mars 1996, 75 femmes venant de différents centres de santé et dont les résultats de frottis cervicaux étaient anormaux participèrent à l'étude. Quarante femmes complétèrent des questionnaires de suivi avant de subir un examen colposcopique et 35 de ces femmes complétèrent également un questionnaire après leur examen colposcopique de suivi. Les résultats de l'étude indiquèrent que l'incertitude des femmes concernant l'anormalité des résultats de frottis cervicaux diminuait avec le temps. Les résultats négatifs d'évaluation de l'humeur, reflétant la détresse psychologique, restaient identiques. Les auteurs de l'étude parvinrent à établir un lien entre l'incertitude liée aux frottis cervicaux, l'ambiguïté par rapport au cancer et l'incapacité apparente à gérer des résultats de frottis cervicaux. La stratégie de réaction par la catharsis (soit, l'expression des émotions) était associée à une plus grande détresse psychologique (les résultats négatifs d'évaluation de l'humeur étaient élevés) à l'annonce de la nouvelle, mais l'acceptation était associée à une détresse psychologique moindre. Les auteurs en ont conclu que les interventions cliniques peuvent tenter de lutter contre les sentiments d'incertitude et encourager les stratégies d'adaptation, telles que la relaxation, l'acceptation et les divertissements afin de diminuer la détresse psychologique des femmes dont les résultats de frottis cervicaux sont anormaux.

- ▀ Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399-408 (April 1999).

Au cours de cette étude qualitative, les obstacles gênant la détection précoce du cancer cervical étaient analysés. Quatre groupes étaient au centre de l'étude : deux de ces groupes étaient situés dans l'environnement urbain de la ville de Mexico, tandis que les deux autres avaient pour environnement les communautés rurales de l'état de Oaxaca. Dans chaque environnement, l'un des groupes étudiés était constitué de femmes chez lesquelles un frottis cervical (au moins) avait été prélevé par le passé et l'autre groupe, de femmes n'ayant jamais eu de frottis cervical. Les auteurs déterminèrent que les obstacles au prélèvement de frottis cervicaux incluaient, entre autres : le manque de connaissances sur l'étiologie du cancer cervical, l'ignorance de l'existence du frottis cervical, la perception du cancer comme étant une maladie incurable et mortelle, les problèmes relationnels entre soignants et patientes, la priorité donnée aux besoins essentiels dans un contexte de pauvreté extrême, l'opposition des partenaires sexuels masculins, le rejet de l'examen pelvien, les longues attentes associées au prélèvement d'échantillons et à l'obtention des résultats et les coûts élevés associés aux soins de santé. Se basant sur ces résultats, les auteurs recommandent que les femmes soient mieux informées, afin de tenter de créer une « culture de prévention » qui intègre la mise en place d'un programme de détection précoce du cancer cervico-utérin. Ils recommandent que la campagne de prévention inclue notamment des informations sur l'âge à partir duquel/jusqu'auquel les prélèvements devraient être effectués, la durée à respecter entre deux prélèvements, les instructions relatives à la préparation des échantillons, une description de la procédure de prélèvement à suivre, des instructions indiquant la date et le lieu de présentation des résultats et l'étiologie de base du cancer cervical. Ils suggèrent également que plusieurs stratégies de



communication soient utilisées afin d'encourager le prélèvement de frottis cervicaux, notamment lors de contacts entre le personnel soignant et les femmes, par la diffusion d'informations à la radio, par des affiches et des brochures, par l'intermédiaire de groupes de la communauté et par l'intégration de messages de prévention relatifs au cancer cervical au sein de programmes de santé existants.

- ▀ Lazcano-Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E, et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* 8(5):698-704 (September 1997).

Les auteurs de cette étude souhaitaient déterminer quelles étaient les principales raisons conduisant les femmes à participer aux programmes de dépistage cytologique du cancer cervical (Cervical Cytology Screening Programs) dans les populations où la mortalité due au cancer cervical était élevée. Au total, 4 208 femmes, âgées entre 15 et 49 ans, vivant dans l'état d'Oaxaca (zone rurale) et dans la ville de Mexico (zone urbaine) furent sélectionnées au hasard par un échantillonnage familial, pratiqué à l'échelle nationale. Les auteurs ont pu déterminer que la connaissance des objectifs du prélèvement cervical prédisposait fortement les femmes à recourir aux programmes de dépistage, que ce soit dans l'état d'Oaxaca ou dans la ville de Mexico. D'autres facteurs étaient susceptibles d'indiquer une telle participation, tels qu'un milieu socio-économique aisé, un niveau d'éducation élevé et l'accès à la sécurité sociale. Les auteurs confirmèrent que la couverture peu importante des programmes de dépistage constituait, au Mexique, un problème important.

- ▀ Marcus AC, Crane LA. A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Preventative Medicine* 27:13-31 (1998).

Cet article présente la littérature publiée sur les stratégies d'intervention visant à encourager le dépistage du cancer cervical et à diminuer le nombre de femmes dont les frottis cervicaux sont anormaux et qui échappent au suivi. Les auteurs découvrirent que les campagnes de prévention menées par l'intermédiaire des médias donnaient des résultats variés. L'efficacité de ces campagnes semble être optimale (1) lorsque plusieurs médias sont utilisés, (2) lorsque les programmes de dépistage mis en avant sont spécifiques, qu'ils éliminent ou réduisent les obstacles existants pour les femmes, (3) ou lorsque ces médias sont associés à d'autres stratégies. Les auteurs soulignent également les nombreux exemples de participation réussie de professionnels étrangers aux communautés concernées et qui ont néanmoins pris part aux campagnes de promotion du dépistage du cancer cervical. Les salles d'examen mobiles ont rencontré un franc succès. L'envoi de lettres personnalisées aux populations de patientes se sont avérées efficaces ; cependant, l'envoi massif de lettres n'a pas donné de résultats véritablement intéressants. Plusieurs stratégies efficaces ont été identifiées ; elles permettent de diminuer le nombre de femmes échappant au suivi, notamment par le biais de plusieurs contacts de suivi, l'envoi de courriers éducatifs, des programmes audiovisuels, des présentations éducatives sur site, des aides au transport et des bons de réduction.

- ▀ Masood, S. A plea for a worldwide volunteer cervical cancer education and awareness program. A proposal from the International Academy of Cytology Committee on Cancer Detection for Medically Underserved Women. *Journal of Clinical Cytology and Cytopathology* 43(4):539-543 (July-August 1999).

Cet éditorial passe brièvement en revue le fardeau que représente le cancer cervical et explore les raisons pour lesquelles le cancer cervical tue encore. D'après l'auteur, les deux raisons principales de l'incapacité de la communauté médicale à éradiquer le cancer cervical sont (1) le manque de programmes de dépistage efficaces, en particulier visant les femmes ayant un accès limité aux soins médicaux, et (2) les problèmes continuels associés au prélèvement des frottis cervicaux. Les auteurs recommandent que les programmes de dépistage, afin d'être efficaces, intègrent des programmes éducatifs et favorisent l'accès aux services de santé pour toutes les femmes, indépendamment de l'âge, de la race, du groupe ethnique et du statut socio-économique. Il est essentiel d'atteindre les femmes, de les éduquer, de développer des tests de dépistage efficaces et de mettre en place des structures de soins répondant aux besoins des populations. L'intégration de programmes éducatifs, d'examen par prélèvements de frottis cervicaux et d'autres méthodes de diagnostic, telles que la colposcopie, à une clinique mobile, constitue une approche novatrice susceptible de convaincre les femmes d'avoir recours aux programmes de prévention du cancer.

- ▶ PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Assessing Health Need/Community Demand for Cervical Cancer Control: Results From a Study in Kenya. *Reproductive Health Reports* No. 1 (December 1996).

Ce rapport présente brièvement les objectifs d'un outil d'évaluation, soit : déterminer les besoins en matière de soins de santé / demandes des communautés, concernant les services de traitement du cancer cervical. Sont également présentés les résultats de l'utilisation de cet outil sur deux sites kenyans. L'outil est reproduit dans son intégralité dans le rapport, avec les questionnaires utilisés auprès de soignants et d'éventuelles patientes des services de traitement du cancer cervical lors d'entretiens portant sur ces services, ainsi que sur des services de santé connexes.

Documents relatifs aux ressources essentielles

- ▶ Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992).

Les directives présentées dans ce document mettent l'accent sur les problèmes de gestion devant être pris en compte lors de la mise en place d'un programme de dépistage cytologique. Après avoir passé en revue l'histoire naturelle du cancer cervical, les directives examinent précisément les stratégies permettant de : prendre la décision de mettre en place un programme de dépistage du cancer cervical ; déterminer par l'intermédiaire de quels secteurs des services de santé proposer le dépistage ; déterminer à partir de quel âge une femme peut subir un dépistage et à quelle fréquence ; définir les besoins en éducation sanitaire ; définir les besoins de contrôle et d'examen ; traiter d'autres problèmes. Ces directives proposent alors des stratégies spécifiques permettant la mise en place d'un dépistage du cancer cervical dans des environnements de soins de santé primaires et mettent en évidence les problèmes liés aux systèmes d'information sur le dépistage du cancer cervical, concernant, notamment, les objectifs de ces systèmes d'information, leurs caractéristiques et les exigences relatives aux données.

- ▶ PAHO (Pan American Health Organization). Cancer of the uterine cervix. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 30(4) (December 1996). (Disponible en anglais et en espagnol).

Ce numéro spécial du bulletin de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) (PAHO Bulletin) comprend 11 revues et articles de recherche traitant du cancer cervical dans les Caraïbes et en Amérique du Sud. Les articles donnent des informations sur l'épidémiologie du cancer cervical dans ces régions, indiquent le degré d'efficacité du test de Papanicolaou dans plusieurs pays et, enfin, présentent les connaissances et inquiétudes de femmes relatives à ce test, au Chili et au Mexique. Sont également inclus de brefs communiqués portant sur les activités spécifiques de programmes de dépistage, des rapports établis sur le terrain, ainsi qu'une liste de lectures recommandées.

- ▶ PAHO (Organización Panamericana de la Salud). *Manual de normas y procedimientos para el control del cancer de cuello uterino*. Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX Para Ejecutores de Programas de Salud, No. 6, Washington, DC (1990).

Cette publication hispanophone de l'Organisation Panaméricaine de la Santé passe en revue les principaux aspects techniques et organisationnels relatifs au contrôle du cancer cervical, en insistant particulièrement sur les normes et procédures adaptées à un environnement latino-américain/antillais. Ce document est constitué de sections présentant le contrôle du cancer cervical dans ses grandes lignes, les directives relatives au dépistage cytologique, les procédures de diagnostic et de traitement, la gestion d'un programme efficace et la surveillance et l'évaluation d'un programme. Cette publication comprend également plusieurs annexes utiles dans lesquelles sont présentés les besoins en fournitures et matériel spécifiques, les indicateurs d'évaluation des programmes de contrôle du cancer cervical et les formulaires d'inscription des programmes de dépistage cytologique et des cliniques.



- ▶ World Health Organization (WHO). *Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guidelines*. Geneva: WHO (1998).

Ces directives furent élaborées afin d'être utilisées conjointement avec les directives de gestion émises par l'OMS présentées précédemment (Miller, 1992). Une introduction générale présente tout d'abord le problème du cancer cervical et le rôle de la cytologie cervicale dans le contrôle du cancer cervical. Les directives fournissent alors des informations détaillées sur le prélèvement du cancer cervical, les processus des laboratoires de cytologie, les procédures de diagnostic, de traitement et de suivi, les problèmes de surveillance et d'évaluation, et enfin sur les besoins en fournitures, matériel et en ressources humaines. L'une des sections de ces directives traite tout particulièrement des défauts courants des programmes de dépistage et propose des solutions afin d'y remédier.

- ▶ World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee*. Technical Report Series 804. Geneva: WHO (1990).

Ce rapport récapitule les conclusions d'une rencontre du *WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care*. Le rapport passe en revue les principes des soins palliatifs, et présente notamment les obstacles à la mise en place de soins palliatifs efficaces. Il définit le type de douleur associé au cancer, ainsi que les autres symptômes liés au cancer à un stade avancé et décrit les médicaments utilisés dans le traitement de la douleur associée du cancer. Le rapport souligne que les soins palliatifs doivent répondre aux besoins spirituels et psychosociaux des patients cancéreux et aborde les problèmes éthiques auxquels les soignants seront éventuellement confrontés lors de leur travail avec des patients en phase terminale. Enfin, le rapport répertorie les principaux problèmes des programmes, devant être examinés avant toute mise en place de soins palliatifs (y compris les questions relatives à la formation et à l'éducation), et présente les recommandations faites à l'OMS et aux états membres de l'OMS, relatives aux stratégies principales visant à permettre l'accès aux soins palliatifs à ceux et celles en ayant besoin.

- ▶ World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief 2nd ed. (with a guide to opioid availability)*. Geneva: WHO (1996).

Ce document est une mise à jour du rapport de l'OMS datant de 1990, résumé ci-dessus. Il traite en particulier de la disponibilité des opioïdes, présentant notamment les stratégies visant à surmonter les obstacles gênant un approvisionnement régulier en opioïdes.

