

OUT LOOK

Prévention du cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées

Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé reproductive féminine important, surtout dans les pays en développement, où se produisent plus de 80 pour cent des 231 000 décès annuels dus au cancer du col.¹ Pourtant, le cancer du col—provoqué par une infection résultant d'un agent sexuellement transmis, le virus du papillome humain (HPV)—peut être facilement évité en détectant et en traitant les femmes atteintes de lésions précancéreuses du col provoquées par le HPV. La mise en place de stratégies destinées à prévenir la transmission du HPV peut également réduire l'incidence de cette maladie chez les femmes vivant dans certains milieux. Bien que des efforts pour réduire l'impact sur la santé du cancer du col aient été entrepris dans le monde entier, la plupart des tentatives ont échoué dans les pays en développement à cause de facteurs tels que le manque d'information sur ce problème, l'accès limité aux interventions médicales nécessaires, l'incapacité d'offrir des tests de papanicolaou aux femmes qui en ont besoin, ainsi que l'utilisation inefficace des ressources disponibles. Les leçons tirées de l'expérience des programmes, ainsi que de nouvelles informations provenant de la recherche et des évaluations de politiques, rendent désormais plus possible le développement de programmes intégrés et rentables dans les milieux aux ressources limitées.

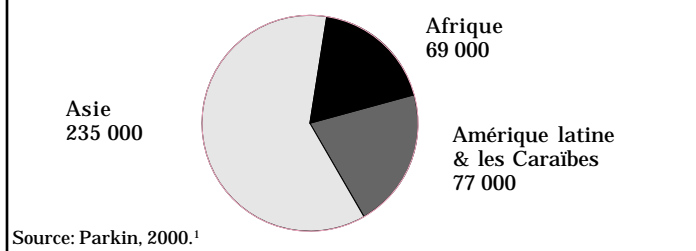
Dans cette édition, *Outlook* présente une mise à jour soulignant les problèmes qui doivent être considérés lorsque l'on fournit des services de prévention du cancer du col, et résume les expériences et les leçons tirées des programmes en place dans les pays en développement. La plupart des informations sont adaptées de la seconde édition de *Planification de programmes appropriés de prévention du cancer du col*, de PATH.²

Etendue du Problème

Le cancer du col arrive au troisième rang des cancers féminins les plus fréquents dans le monde entier, et c'est la cause majeure de décès dus au cancer chez les femmes des pays en développement. Selon la compilation la plus récente de données mondiales, environ 466 000 nouveaux cas de cancer du col se produisent chaque année chez les femmes dans le monde entier; à peu près 80 pour cent se produisent dans les pays en développement, et parmi ceux-ci, plus de la moitié en Asie (voir la figure 1). Les taux les plus élevés se trouvent en Mélanésie, en Afrique australe et orientale, et en Amérique centrale.¹

L'incidence remarquablement plus élevée du cancer du col dans les pays en développement peut être expliquée en grande partie par le manque de programmes efficaces de dépistage

Figure 1. Estimation du nombre de nouveaux cas de cancers du col dans certaines régions en développement, 2000.



destinés à détecter et à traiter les conditions précancéreuses. En comparaison avec les femmes des pays développés, très peu de femmes des pays en développement ont accès à des services de dépistage de lésions précancéreuses du col.

Principes de base du contrôle du cancer du col

La grande majorité des cancers du col est provoquée par le HPV, un agent sexuellement transmissible qui infecte les cellules du col de l'utérus, et qui provoque peu à peu des changements cellulaires qui peuvent évoluer vers le cancer.³ Selon une étude menée en 1999, plus de 99 pour cent des cancers du col dans le monde contenait de l'ADN du HPV.⁴ Les femmes sont généralement infectées par le HPV au cours de leur adolescence et entre 20 et 40 ans, bien que l'infection par le HPV puisse précéder de 20 ans ou plus le cancer du col (voir figure 2). Plusieurs études se sont penchées sur les autres facteurs de risque associés au cancer du col, y compris l'activité sexuelle, les antécédents obstétricaux, ainsi que les comportements sanitaires (comme le tabac ou la nutrition). La plupart de ces facteurs reflètent probablement l'infection par le HPV, quoique le tabac, la parité et peut-être le statut nutritionnel soient probablement des cofacteurs indépendants de la progression du HPV.

Le chemin à suivre pour éviter les décès dus au cancer du col est simple et efficace. Si les changements précancéreux du tissu du col utérin (qui peuvent persister pendant des années) sont identifiés et traités avec succès, les lésions n'évolueront pas vers le cancer du col. Traiter les tissus anormaux dysplastiques semble également protéger les femmes contre le développement du cancer du col à l'avenir.⁵

Le dépistage et le traitement de la dysplasie sont des interventions rentables comparé avec les traitements chers et souvent futiles des cancers invasifs effectués à l'hôpital. Selon une analyse provenant de la Banque Mondiale, en 1993 le dépistage du cancer du col (défini comme l'examen des femmes tous les cinq ans, avec un examen de contrôle courant pour les cas identifiés) coûte environ US \$100 dollars par année après ajustement pour invalidité (DALY) gagnée, comparé avec US \$2 600 dollars par DALY pour le traitement des cancers invasifs et les soins palliatifs.⁶

Bien évidemment, la prévention primaire du cancer du col en évitant l'infection par le HPV contribuera également à réduire la mortalité due au cancer. La prévention primaire du HPV est cependant plus difficile que la prévention d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Le HPV est

généralement asymptomatique et facilement transmissible. Alors que des traitements contre les verrues génitales provoquées par certains types de HPV sont disponibles, il n'existe aucune thérapie permettant d'éliminer l'infection sous-jacente. Le virus peut être contagieux pendant des années, et peut exister dans la plus grande partie recto-vaginale (y compris les régions qui ne sont pas recouvertes par les préservatifs). Les recommandations courantes données pour éviter les IST (par exemple l'utilisation régulière de préservatifs ou d'autres méthodes de barrière, et la réduction du nombre de partenaires sexuels) peuvent aider les femmes à réduire les risques d'infection par le HPV, mais on ne sait pas à quel point elles affecteront le taux global de cancer du col.

Une approche plus prometteuse de prévention primaire—les vaccins contre le HPV—ne sera pas disponible avant quelques années. Un certain nombre de compagnies privées et d'agences du secteur public dans le monde sont en train d'explorer des vaccins candidats contre le HPV. Alors que la recherche est à l'heure actuelle encourageante, il reste beaucoup à faire pour clarifier certains points comme la sécurité, l'efficacité et les implications sur les programmes de ces vaccins potentiels contre le HPV.⁷

Il est important de prendre en considération la compréhension actuelle de l'histoire essentielle du cancer du col lorsque l'on décide l'âge auquel on commence les examens de dépistage, la fréquence de ces examens et le moment de recommander le traitement et/ou une évaluation complémentaire (voir la figure 2).¹

- *Quand entreprendre les examens de dépistage:* Le cancer du col se développe le plus souvent chez les femmes de plus de 40 ans, et la dysplasie de haut grade peut généralement être détectée jusqu'à 10 ans avant que le cancer ne se développe, avec un taux de dysplasie qui culmine à environ 35 ans. Par conséquent, lorsque les ressources des programmes sont limitées, les examens de dépistage devraient tout d'abord se concentrer sur les femmes de 30 à 50 ans.
- *Fréquence des examens:* En général, le cancer du col se développe lentement à partir de lésions préexistantes; par conséquent, l'examen de dépistage peut avoir lieu relativement peu souvent et avoir tout de même un impact significatif sur la morbidité et la mortalité. Effectuer des examens de dépistage tous les trois ans a presque un impact aussi important que de les

Systèmes de classification de la dysplasie cervicale

Deux systèmes de classification formels sont utilisés pour l'identification cytologique de conditions précurseurs de cancer du col. Dans le système de néoplasie cervicale intra-épithéliale (NCI), la dysplasie cervicale bénigne est catégorisée comme NCI I, la dysplasie modérée, comme NCI II, et la dysplasie sévère (y compris le carcinome in situ [CIS]) comme NCI III. Le système de classification Bethesda comprend des cellules squameuses atypiques de signification indéterminée (ASCUS); les lésions intra-épithéliales squameuses de bas grade (LSIL), qui comprennent NCI I; et lésions intra-épithéliales squameuses de haut grade (HSIL), qui incluent NCI II et NCI III.

effectuer chaque année. Même un examen de dépistage tous les 10 ans ou une fois dans la vie peut avoir un impact significatif.^{8,9} Les programmes de dépistage devraient par conséquent se concentrer sur les examens de femmes à risque plutôt que sur la fréquence des examens.

- *Qui traiter et suivi:* Puisque la plupart des dysplasies de bas grade régressent spontanément, le traitement devrait alors se concentrer sur les dysplasies de haut grade, et mettre en place des mécanismes de suivi pour les femmes atteintes de lésions de bas grade. Environ un-tiers des lésions de haut grade non traitées évolueront vers un cancer dans 10 ans, alors qu'environ 70 pour cent des dysplasies de bas grade régressent spontanément ou ne progressent pas.^{10,11}

Dépistage

Jusqu'à ce jour, les efforts de prévention du cancer du col dans le monde se sont attachés à examiner les femmes qui courent le plus grand risque en effectuant des tests de papanicolaou et en traitant les lésions précancéreuses. Le test de papanicolaou consiste à racler des cellules du col de l'utérus, à les colorer et les fixer sur un porte-objet en verre, et à les faire évaluer par un cytologiste qualifié. Là où la qualité des examens de dépistage et le nombre de femmes ayant subi ces examens étaient élevés, les efforts entrepris ont réduit l'incidence du cancer invasif du col jusqu'à 80 pour cent.¹²

Défis rencontrés par les tests de papanicolaou efficaces.

Bien que les efforts de dépistage à l'aide de tests de papanicolaou aient été introduits dans plusieurs pays en développement, beaucoup n'ont atteint qu'un succès limité. On a rencontré plusieurs problèmes, par exemple le fait

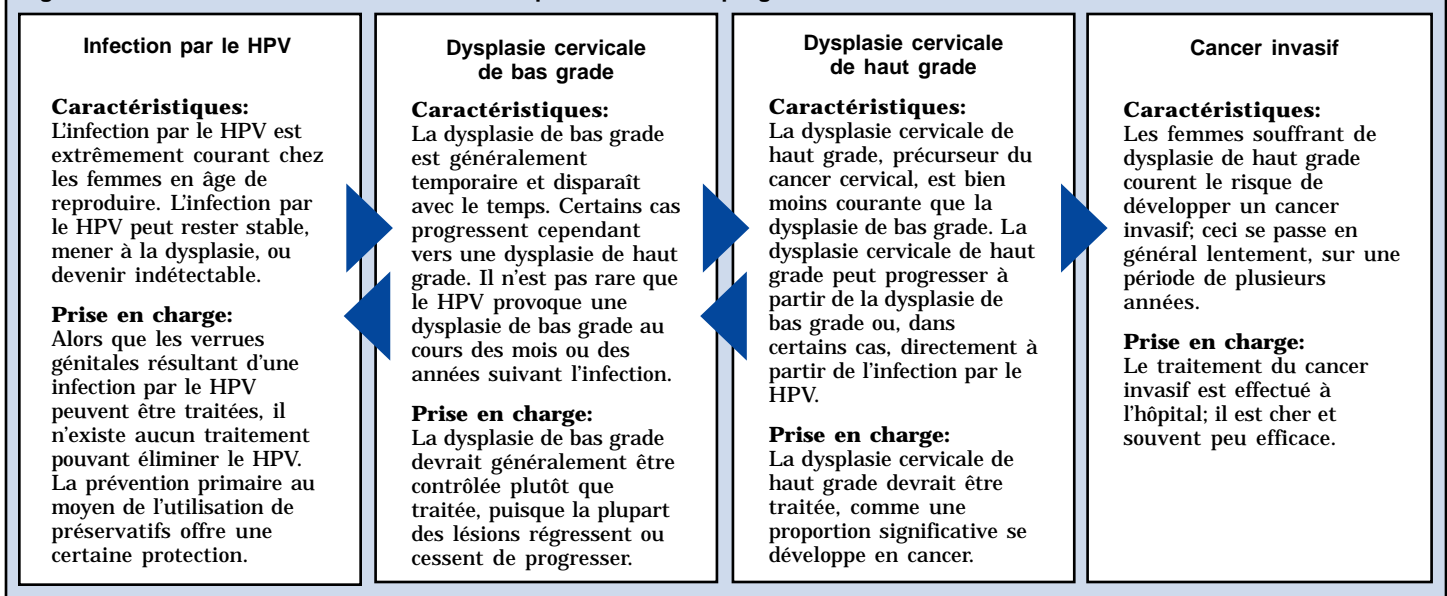
que les examens de dépistage ne sont offerts qu'occasionnellement à des femmes jeunes et ayant peu de chance d'être atteintes, que les services de cytologie sont limités et/ou de qualité médiocre, que la plupart des femmes n'ont pas accès à des diagnostics complémentaires ni à des services de traitement, et que souvent, les patientes ne comprennent pas qu'effectuer un test de papanicolaou est important dans la prévention du cancer du col.¹³ En outre, il faut souvent payer.

Dans la plupart des pays, développer des systèmes qui assureront l'accès à des services de cytologie de qualité reste un défi. Au Mexique par exemple, la qualité inférieure des services de cytologie est un obstacle important. Une étude de 13 centres de cytologie a découvert de nombreux problèmes, comme des services de qualité médiocre et des techniciens peu qualifiés. Le taux de faux négatifs des tests de papanicolaou dans ces centres s'élevait jusqu'à 54 pour cent.¹⁴ Dans les programmes de prévention du cancer du col en Colombie, l'insuffisance de cytotechniciens représente un obstacle important qui empêche d'accomplir les objectifs fixés dans le domaine du dépistage.²

Les efforts destinés à améliorer la qualité du test de papanicolaou même sont en cours. Par exemple, le système de porte-objet ThinPrep® utilise un système de cytologie à base de liquide pour produire des porte-objets qui, en général, sont plus faciles à lire et moins difficiles à interpréter. Les porte-objets peuvent être lus soit par un cytologiste ou une machine de lecture automatique de test de papanicolaou. Cependant, cette approche ajoute des coûts considérables aux programmes qui se basent sur les tests de papanicolaou, et exige une capacité technique qu'il est difficile de maintenir dans de nombreux milieux.

«Dans les pays où les ressources sont limitées, le but devrait être d'examiner chaque femme faisant partie du groupe ciblé une fois dans sa vie à l'âge d'environ 40 ans.»—OMS⁹

Figure 2. Histoire naturelle du cancer du col et implications sur les programmes.



Plusieurs autres approches de dépistage des femmes courant un risque de développer un cancer du col sont actuellement étudiées, comme par exemple le dépistage visuel pour identifier les lésions cervicales, et des tests du HPV permettant d'identifier les femmes qui risquent le plus d'être atteintes de dysplasie.

L'inspection visuelle: alternative aux tests de papanicolaou. Etant donné la difficulté d'assurer des services de qualité basés sur la cytologie dans de nombreux milieux, il existe un intérêt significatif à utiliser de nouvelles approches pour dépister les lésions précancéreuses. Parmi celles-ci, l'inspection visuelle du col de l'utérus représente une option prometteuse, surtout dans les milieux aux ressources limitées.

Les premières études effectuées sur l'inspection visuelle consistaient à regarder simplement le col de l'utérus pour détecter toute indication de début de cancer. Egalement connue sous le nom de "downstaging", cette approche ne parvenait pas à identifier efficacement les conditions précancéreuses.¹⁵ Par contraste, l'inspection visuelle, après avoir tamponné le col de l'utérus avec un acide acétique (du vinaigre), fait ressortir les différences dans la structure des cellules et les taux d'absorption, et fait blanchir les cellules précancéreuses. Une étude a révélé que lorsqu'elle était combinée avec un dépistage par test de papanicolaou, l'inspection visuelle du col de l'utérus après un lavage d'une minute avec un acide acétique, améliorait de 30 pour cent la détection des maladies cervicales.⁵

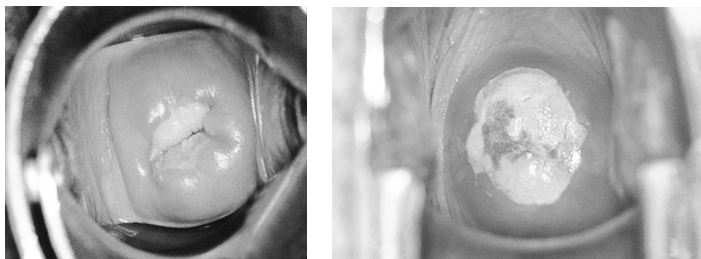
Inspection visuelle à l'aide d'acide acétique (IVA). L'IVA est définie comme l'inspection visuelle du col de l'utérus tamponné avec un acide acétique sans grossissement. Le col de l'utérus est éclairé par une source lumineuse et examiné à l'œil nu par un membre qualifié du personnel soignant. Bien que les protocoles aient varié, les résultats de plusieurs études réalisées dans les pays en développement suggèrent que l'IVA est aussi sensible que le test de papanicolaou pour détecter les dysplasies de catégories supérieures, quoique moins spécifique.

Selon une étude réalisée en 1996 auprès de 2 426 femmes d'Afrique du Sud, l'IVA a détecté plus de 65 pour cent de lésions de catégories supérieures et de cancer invasifs et, selon les auteurs de cette étude, méritait d'être considérée comme alternative au dépistage cytologique.¹⁶ Une étude réalisée en 1999 a utilisé des infirmières sages-femmes pour effectuer les examens de dépistage. Selon cette étude, la sensibilité (proportion de vrais positifs identifiés comme positifs) et la spécificité (proportion de vrais négatifs identifiés comme négatifs) de l'IVA à détecter le HSIL était de l'ordre de 77 et 64 pour cent, respectivement, comparé à 43 et 91 pour cent pour les tests de papanicolaou.¹⁷ Selon une étude de 1 351 femmes en Inde, l'IVA effectuée par des infirmiers qualifiés a détecté 96 pour cent des dysplasies modérées à sévères et des cancers, alors que les tests de papanicolaou (obtenus par des infirmiers qualifiés et examinés par des cytopathologues) en ont détecté 62 pour cent. La spécificité de l'IVA à détecter ces lésions était de 68 pour cent.¹⁸

Certaines études de l'IVA ont ajouté un grossissement de faible puissance à la procédure. Cette approche—appelée IVA avec grossissement (IVAG)—utilise actuellement un appareil d'inspection visuelle portable de faible puissance (4x) pourvu d'une source lumineuse intégrée (un Aviscope™) pour examiner le col de l'utérus après avoir appliqué un acide acétique. Une petite évaluation indonésienne d'une version antérieure de cet appareil a indiqué que l'IVAG pouvait être sensible et spécifique (à plus de 90 pour cent) pour identifier les lésions cervicales modérées à sévères. On ne sait pas encore si l'utilisation de l'Aviscope offre un avantage significatif par rapport à l'IVA sans grossissement, bien que la possibilité qu'elle offre d'accroître la spécificité n'est pas sans intérêt. Plusieurs études sont en cours dans les pays en développement pour évaluer sa capacité à fournir des résultats exacts.

Plusieurs aspects de l'IVA en font une approche intéressante pour l'utilisation dans les milieux aux ressources limitées. L'IVA est une approche relativement simple et rudimentaire qui dépend très peu de l'infrastructure pour se montrer performante. Les non-médecins peuvent effectuer cette procédure, pourvu qu'ils reçoivent une formation adéquate et suivie. De plus, les résultats de cette procédure sont disponibles immédiatement, ce qui permet en principe de fournir des traitements au cours de la même consultation (voir à la page 5). Cependant, l'IVA est moins efficace pour le dépistage des femmes ménopausées, parce que les changements physiologiques rendent difficile l'observation des lésions cervicales. Cette limitation devrait être prise en considération par tous les programmes de dépistage qui utilisent l'IVA. Les tests de papanicolaou peuvent également être difficiles à obtenir chez les femmes ménopausées.

Alors que les pays commencent à évaluer l'utilisation étendue de l'IVA, il est important de considérer le problème de faux positifs, et de déterminer l'équilibre entre les faux positifs et les faux négatifs qui soit consistant avec les politiques sanitaires et les capacités de programme. La formation régulière des prestataires de soins de santé est un élément important de tout programme de prévention du cancer du col. L'IVA est une méthode de dépistage entièrement dépendante des prestataires de soins, il est donc essentiel d'établir des normes claires d'identification des lésions précancéreuses devant être traitées, ainsi que des approches permettant d'assurer que les prestataires font des



A gauche: Petite lésion plates, terne, blanchie par le liquide acétique. A droite: lésion large, épaisse, terne, blanchie par le liquide acétique. Toutes deux sont des exemples de lésions intra-épithéliales squameuses de haut grade (HSIL). Photo avec la permission de JHPIEGO Corporation. *Atlas of Visual Inspection with Acetic Acid (VIA)*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland (1999).

jugements appropriés, à la fois après la formation initiale et tout au long de la prestation de services de routine.

D'autres approches d'inspection visuelle sont également utilisées. Par exemple, la Cervicographie® consiste à prendre des photos du col de l'utérus à l'aide d'un appareil-photo spécialement équipé. Une fois développées, les photographies (appelées cervigrammes) sont projetées comme des diapositives et interprétées par des colposcopistes spécialement formés. Bien que la sensibilité de la cervicographie soit comparable à la cytologie, de même qu'avec d'autres approches d'inspection visuelle, la spécificité apparaît inférieure.¹⁹ La cervicographie est relativement chère, et elle exige une infrastructure logistique fiable.

Tests du HPV. Il existe un intérêt grandissant dans le potentiel d'utiliser des tests du HPV dans les programmes de prévention du cancer du col. Bien que des obstacles épidémiologiques et techniques subsistent, plusieurs scénarios ont été suggérés. Les approches les plus couramment proposées consistent à utiliser les tests du HPV positifs pour (1) identifier les femmes souffrant de dysplasie de faible catégorie devant être prises en charge de manière plus agressive, (2) de déterminer lesquelles parmi les femmes qui ont été traitées contre la dysplasie devraient être contrôlées plus attentivement, et (3) déterminer les femmes de 35 ans ou plus qui courent le plus grand risque de développer une dysplasie de haut grade.

Les données récentes indiquent qu'il est possible d'utiliser les tests du HPV comme stratégie primaire de dépistage chez les femmes plus âgées. Par exemple, une étude a évalué l'utilisation du test de Digene Corporation, Hybrid Capture® II (HC II) (qui détecte la présence de 18 types de HVP à haut risque dans les prélèvements cervicaux/vaginaux) pour identifier les femmes susceptibles d'avoir des lésions de haut grade et un cancer. L'étude concernait plus de 9 000 femmes sexuellement actives de 18 ans ou plus de la province de Guanacaste au Costa Rica, et a trouvé que le test du HPV avait détecté 88,4 pour cent des lésions de haut grade et des cancers. Le test du HPV a révélé une sensibilité plus grande par rapport aux tests de papanicolaou dans ce milieu (88 contre 78 pour cent) mais une moindre spécificité (89 contre 94 pour cent). Lorsque les résultats ont été calculés par groupe d'âges, la spécificité était la plus élevée (94 pour cent) chez les femmes de 41 ans ou plus.²⁰

Une deuxième étude a évalué la capacité du test HC II à identifier les femmes susceptibles d'avoir des lésions de haut grade et un cancer chez plus de 1 400 femmes noires d'Afrique du Sud âgées de 35 à 65 ans n'ayant jamais subi auparavant de test de dépistage. Le test du HPV (utilisant des prélèvements vaginaux auto-prélevés) s'est révélé plus sensible que le test de papanicolaou (66 contre 61 pour cent) au sein de cette population, mais moins spécifique (le taux de faux positifs étant de 17,1 pour cent pour le test du HPV, et de 12,3 pour cent pour le test de papanicolaou). Ces différences n'étaient cependant pas significatives statistiquement.²¹

Les principaux obstacles qui empêchent d'explorer davantage les protocoles de test du HPV dans les milieux aux ressources limitées sont le coût et les besoins techniques.

Aux EUA, le test HC II actuel coûte environ US \$22 par test, prend six ou sept heures à développer, et nécessite l'accès aux équipements de laboratoire et à un ordinateur. Il faudra un test plus simple, moins coûteux, mais tout aussi précis, avant que les protocoles de dépistage utilisant le test du HPV puissent être mis en place dans la plupart des pays en développement.

Traitement

Tout programme de dépistage doit être accompagné de choix de traitements adéquats. Dans de nombreux pays, les choix de traitement sont limités; les lésions cervicales pré-invasives sont souvent traitées de manière agressive, par conisation par exemple ou en effectuant une hystérectomie, plutôt qu'en utilisant des approches adaptées en consultation externe. Bien qu'elle soit appropriée dans certaines circonstances, l'hospitalisation revient cher et mène quelquefois au sur-traitement des patientes. De plus, elle peut aboutir à des complications et des effets secondaires, et nécessiter des ressources importantes pour l'anesthésie, l'équipement et les soins d'hospitalisation.

Des procédures relativement simples peuvent être utilisées par les services de consultation externe pour détruire ou enlever les tissus précancéreux (voir le tableau 2). Le traitement spécifique dépend de la sévérité, de la taille et de l'emplacement de la lésion. Une méthode d'ablation (destruction) courante réalisée en consultation externe est la cryothérapie, qui consiste à geler le tissu cervical anormal à l'aide d'une sonde refroidie avec de l'oxyde d'azote ou du gaz carbonique liquide. La cryothérapie a un taux d'efficacité global de 80 à 90 pour cent; elle marche le mieux pour les régions plus petites de tissu cervical anormal.²² Une autre méthode d'excision effectuée en consultation externe est la procédure d'électro-résection à l'anse diathermique (LEEP). Bien que la LEEP nécessite plus d'équipement et de matériel, elle enlève le tissu mort et procure un échantillon pour analyse, réduisant la possibilité de ne pas détecter un cancer invasif. En 1998, une étude de comparaison de la cryothérapie, de la LEEP et de la vaporisation par laser a révélé que les trois méthodes étaient comparables au niveau de la sûreté et de l'efficacité.²³

Certains programmes des pays développés ont commencé à adopter une approche de "voir et traiter" lorsqu'ils traitent

Tableau 2. Deux options de traitement pour les lésions cervicales précancéreuses†

	Cryotherapie	LEEP
Efficacité	80%–90%	90%–95%
Effets secondaires	Pertes vaginales aqueuses Risque d'infection	Saignements
Anesthésie nécessaire	Non	Oui
Echantillon de tissu obtenu	Non	Oui
Courant nécessaire	Non	Oui
Coût	Relativement faible	Relativement élevé

†L'option spécifique de traitement utilisée dépend de la taille, de la sévérité et de l'emplacement de la lésion. Source: Bishop et al., 1995.²²

les lésions précancéreuses, utilisant ainsi le LEEP pour enlever le tissu, le diagnostiquer et le traiter immédiatement après le diagnostic colposcopique. Cette approche réduit le nombre de consultations qu'une femme doit effectuer afin de recevoir des soins adéquats—ce qui représente un avantage évident dans de nombreux milieux. Cette approche peut cependant entraîner un sur-traitement. On s'inquiète également que les séquelles possibles après le traitement—saignement, pertes vaginales, et cicatrice du tissu cervical—ne soient pas mieux définies. Des projets en Thaïlande et en Afrique du Sud évaluent la sûreté, l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité des programmes ayant adopté l'approche qui consiste à “voir et traiter”—l'IVA suivie immédiatement par la cryothérapie selon le cas.²⁴

Problèmes rencontrés par les patients et les prestataires de soins

Dans de nombreux pays, les femmes ainsi que les prestataires de soins manquent d'information sur les choix de prévention du cancer du col. Il se peut que les femmes soient mal informées sur cette maladie, qu'elles n'aient pas confiance dans les services préventifs, ou qu'elles ne connaissent pas les services qui sont à leur disposition. Il se peut que les prestataires de soins adoptent des protocoles médicaux inappropriés, et qu'ils utilisent les ressources limitées dont ils disposent dans leur programme de manière inefficace. Les efforts entrepris pour améliorer la sensibilisation des femmes et les connaissances des prestataires concernant les options de prévention sont essentiels au succès d'un programme de prévention du cancer du col.

Amélioration de la sensibilisation des femmes. Les programmes se heurtent à un défi majeur qui est d'encourager les femmes courant le plus grand risque de présenter des lésions précancéreuses traitables—souvent à la trentaine ou la quarantaine—à faire appel à leurs services. Dans de nombreux pays, certaines femmes ne sont pas forcément informées sur le cancer du col ou que le fait de détecter ou de traiter les lésions précancéreuses puisse prévenir cette maladie; ce manque de connaissance représente un obstacle majeur qui empêche les femmes à faire appel aux services de dépistage. Dans une étude mexicaine, par exemple, les femmes ont cité toute une variété d'obstacles qui empêchent de faire appel aux services de dépistage, y compris le manque de connaissance au sujet du cancer du col et des tests de papanicolaou, la perception que le cancer est une maladie inévitablement mortelle, les problèmes de relation entre les patientes et les prestataires, l'opposition des partenaires sexuels masculins, et l'inquiétude d'avoir un examen pelvien.²⁵ Du fait que beaucoup de femmes de cette tranche d'âge ont terminé leur maternité, et par conséquent n'ont probablement pas accès aux services de santé maternelle et de planification familiale, il est nécessaire d'adopter des approches spéciales pour les informer des besoins et de la disponibilité des examens de dépistage.

Les meilleures démarches pour augmenter la sensibilisation des femmes dans leurs années post-reproductives varieront selon les endroits, et devraient être développées en s'appuyant sur les idées des femmes elles-mêmes. Certaines approches possibles consisteraient à toucher les femmes par le biais des groupes féminins ou des associations de quartier; établissant un lien entre le dépistage et un événement important de la vie d'une femme plus âgée, comme le fait de devenir grand-mère; ou bien en établissant un lien entre le dépistage et d'autres besoins sanitaires des femmes entre les deux âges, tels que la stérilisation contraceptive. L'utilisation de multiples stratégies de communication pour promouvoir le dépistage a la plus grande possibilité de réussir.²⁵

Dans de nombreuses régions, le risque de développer un cancer du col est amplifié par la pauvreté et l'isolement. En Colombie, des stratégies spéciales comme les “journées de cytologie” dans les bidonvilles ont été mises en place au moyen de radio, de porte-voix et d'appels de l'église, pour encourager les femmes, qui sont difficiles à atteindre, à participer.²

Dans l'ensemble, il est primordial d'assurer une bonne qualité de soins dans les centres de dépistage, de traiter les femmes avec respect, et de prêter attention à leurs besoins. L'expérience des programmes dans de nombreux pays a montré que les femmes ne feront pas appel à des services de soins préventifs si elles s'attendent à être mal traitées.²

Amélioration des connaissances et des compétences des prestataires de soins. Le succès d'un programme dépend de plusieurs facteurs: (1) aider les prestataires à adopter une approche orientée sur la santé publique concernant le dépistage et les traitements, et (2) les former afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour conseiller leurs patientes, et pour offrir des services de haute qualité qui respectent les inquiétudes et les besoins des femmes. Dans de nombreux milieux, il est important d'assurer que les non-médecins puissent fournir des services de dépistage efficaces, afin de maximiser la couverture du dépistage.

L'expérience tirée des efforts de contrôle du cancer du col dans le monde suggère que certaines politiques générales dans les milieux aux ressources limitées suivent des approches de prestation de services qui ne sont pas appropriés—par exemple, la concentration sur le dépistage des femmes tous les six mois, la concentration sur les femmes jeunes, et sur le traitement des cancers avancés. L'utilisation étendue de telles pratiques empêche les programmes d'avoir un impact sanitaire significatif en épuisant leurs ressources. La formation des prestataires, initiale aussi bien que continue, peut aborder ce problème en présentant des informations claires sur la logique de la santé publique pour le dépistage fréquent, en concentrant sur une couverture étendue des femmes de 30 à 50 ans, et en soulignant le traitement de conditions précancéreuses.

Les prestataires ont également besoin de formation adéquate sur des sujets cliniques et consultatifs essentiels concernant la prévention du cancer du col, aussi bien que sur le soutien suivi des directeurs et l'aide pour établir et

maintenir des liens d'aiguillage. Il est particulièrement important d'assurer la qualité des programmes de dépistage. Si les tests de papanicolaou sont utilisés par exemple, le frottis doit être recueilli correctement, conservé, transporté à un laboratoire de cytologie; les résultats doivent également être interprétés correctement et communiqués aux patientes dans des délais raisonnables. Si les approches de dépistage visuel sont utilisées, les prestataires doivent être formés à pouvoir identifier correctement les tissus anormaux et savoir quelles mesures prendre; le pratique suffisant en présence d'un formateur est essentiel au processus.

Une consultation adéquate est également cruciale. Les prestataires doivent être formés à établir des rapports respectueux avec les femmes et à aborder leurs craintes et leurs inquiétudes. Ce n'est qu'ainsi que les femmes obtiendront les informations dont elles ont besoin, et qu'elles se rendront sans difficulté à leurs prochaines visites de contrôle obligatoires.

Contrôle et évaluation

Contrôler et évaluer les opérations et l'impact d'un programme de prévention aident à déterminer si le programme atteint ses objectifs de manière efficace. Les résultats peuvent être utilisés pour s'assurer que la prestation des services est adéquate, pour évaluer les personnes couvertes par le programme, et corriger les problèmes qui existent au niveau du fonctionnement de ces programmes. Les résultats positifs de l'évaluation peuvent également être utilisés pour mobiliser un soutien financier et politique continu en faveur du programme.

Les dossiers des patientes sont essentiels pour assurer le contrôle efficace des programmes. Les dossiers devraient permettre aux programmes de suivre les femmes pendant des années, et devraient inclure les résultats des examens de dépistage de la patiente, les aiguillages pour établir des diagnostics complémentaires, et le résultat du traitement. Pour bien faire, les informations dans le dossier des patientes devraient être rattachées à des bases de données nationales et régionales pour permettre de rassembler les données sanitaires clés.

Implications sur les programmes et les politiques

La demande est forte pour que les programmes combattent le cancer du col. Partout dans les pays en développement, les prestataires de soins féminins voient régulièrement des femmes ayant un cancer du col avancé et incurable. Alors que de nombreux pays ont augmenté leurs faibles ressources pour offrir des services chirurgicaux et de radiothérapie à une très petite proportion de ces femmes, il ne leur reste pas grand-chose d'autre à faire pour la plupart de ces patientes souffrant de cancer que de fournir des soins palliatifs.

Au minimum, les programmes doivent planifier pour atteindre les buts énumérés ci-dessous, afin de réduire l'incidence du cancer du col et de mortalité:

- améliorer l'information concernant le cancer du col, et encourager les femmes de 30 à 50 ans à faire appel aux services de prévention.

- faire subir des tests de dépistage aux femmes âgées de 35 à 50 ans au moins une fois avant d'offrir le même service aux autres tranches d'âge, ou avant de diminuer l'intervalle entre les examens de dépistage;
- traiter les femmes ayant des lésions de haut grade, aiguiller où cela est possible celles qui souffrent de maladie invasive, et fournir des soins palliatifs pour les femmes qui ont un cancer avancé;
- recueillir des statistiques concernant les prestations de services qui faciliteront le contrôle et l'évaluation suivis des activités et du rendement des programmes.

En même temps bien sûr; obtenir le soutien des efforts généraux de contrôle des IST contribuera à prévenir une partie des cancers du col à long-terme.

Les activités clés permettant d'atteindre ces buts minimums dans les milieux aux ressources limitées consistent à:

- coordonner les services de prévention du cancer du col avec les programmes sanitaires qui offrent des services liés, et/ou atteindre les femmes de 30 à 50 ans;
- identifier et aborder les obstacles qui freinent l'efficacité des prestations de service avant de mettre en place un nouveau programme;
- Enlever les barrières réglementaires qui empêchent d'élargir l'accès aux services, telles que les réglementations qui ne permettent pas aux infirmiers de fournir des services de dépistage;
- s'assurer que les prestataires sont formés à la prévention du cancer du col, y compris les compétences de communication interpersonnelle;
- utiliser des stratégies innovatrices et culturellement appropriées pour toucher les femmes plus âgées qui n'ont pas d'accès aux services;
- appuyer la recherche ciblée sur les nouvelles approches de dépistage et de traitement.

Au moyen de stratégies de prestation de services créatives et d'un personnel bien formé et dévoué, les programmes de prévention du cancer du col peuvent répondre au défi que représente la mise en place de services de dépistage et de traitement adéquats, et finalement avoir un effet durable sur la santé des femmes.



En 1999, grâce au soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates, cinq agences internationales—l'AVSC International, Le Centre international de recherche sur le cancer (le CIRC), JHPIEGO Corporation, l'Organisation panaméricaine de la santé (l'OPS), et PATH—ont lancé un nouvel effort considérable pour prévenir le cancer du col dans le monde. Ce groupe d'organisations, appelé l'Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus, s'efforce de clarifier; de promouvoir, et de mettre en place des stratégies destinées à prévenir le cancer du col dans les pays en développement. Pour plus d'information sur cette Alliance, consulter leur site web à www.alliance-cxca.org, ou contacter PATH, l'agence coordinatrice.

1. Parkin, M. Personal communication, IARC (July 2000).
2. PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH (2000). (Available at http://www.rho.org/cervical_cancer.pdf.)
3. Bosch, F.X. et al. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine and Pharmacotherapy* 51(6-7):268-275 (1997).
4. Walboomers, J.M.M. et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology* 189:12-19 (1999).
5. Bollen, L.J.M. et al. Clearance of cervical human papilloma virus infection by treatment for cervical dysplasia. *Sexually Transmitted Diseases* 24(8):450-460 (September 1997).
6. Jamison, D.T. et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press (1993).
7. Kols, A.J. and Sherris, J. *HPV Vaccines: Promise and Challenges*. Seattle, WA: PATH (July 2000).
8. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal* 293:659-664 (September 13, 1986).
9. Miller, A.B. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: WHO (1992).
10. Nasiell, K. et al. Behavior of mild cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstetrics and Gynecology* 67(5):665-669 (May 1986).
11. Holowaty, P. et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the NCI* 91(3):252-258 (February 3, 1999).
12. Laara, E. et al. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1(8544):1247-1249 (May 30, 1987).
13. Lazcano-Ponce, E.C. et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case in Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (1999).
14. Alonso de Ruiz, P. and Lazcano-Ponce, E. "Quality Control in Cytopathology Laboratories in Six Latin American Countries." In: Wied, G.L. et al., eds. *Compendium on Quality Assurance, Proficiency Testing, and Workload Limitations in Clinical Cytology*. Chicago, Illinois: International Academy of Cytology (1995).
15. Wesley, R. et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (1997).
16. Megevand, E. et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics and Gynecology* 88(3):383-386 (1996).
17. 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 13, 1999).
18. Sankaranarayanan, 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* 80:161-163 (1999).

19. van Niekerk, WA. et al. Colposcopy, cervicography, speculoscropy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytology* 42(1):33-49 (January 1998).
20. Schiffman, M. et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *JAMA* 283(1):87-93 (2000).
21. Wright, T.C. et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *JAMA* 283(1):81-86 (January 5, 2000).
22. Bishop, A. et al. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* 6:60-71 (1995).
23. Mitchell, M.F. et al. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics & Gynecology* 92(5):737-744 (1998).
24. McIntosh, N. et al. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings* Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation (July 19, 2000, draft).
25. Lazcano-Ponce, E.C. et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399-408 (1999).

Resources supplémentaires sur le cancer du col

Programs de petites subventions de l'Alliance. Ce programme fournit des subventions jusqu'à US \$20 000 pour soutenir les projets entrepris par les organisations des pays en développement qui travaillent pour la prévention du cancer du col. Pour plus d'informations, se référer au site Web de l'Alliance à www.alliance-cxca.org, ou écrire au programme de petites subventions de l'Alliance, chez PATH.

Liste sur le cancer du col. Ce groupe de courrier électronique permet aux adhérents de partager des informations sur les problèmes rencontrés dans la prévention du cancer du col, en se concentrant principalement sur les pays en développement. Pour plus d'information, se référer au site www.path.org/resources/cxca_listserv.htm, ou écrire au président de la liste à accp@path.org.

Site web de Reproductive Health Outlook (RHO). La section de RHO sur le cancer du col (www.rho.org/html/cxca.htm) fournit des informations étendues sur la prévention du cancer du col, le dépistage et les traitements dans les milieux aux ressources limitées.

Jacqueline Sherris, Ph.D., et Cristina Herdman ont contribué à la rédaction de ce numéro. Assistante à la production: Kristin Dahlquist.

Les personnes suivantes ont examiné les articles de ce numéro: le Dr P. Blumenthal, le Dr. F. Donnay, le Dr. L. Edouard, le Dr. M. Islam, le Dr. Y. Sidhom et le Dr. T. Wright. *Outlook* les remercie de leurs commentaires et de leurs suggestions.

Outlook est publié par PATH en anglais et en français, et est également disponible en chinois, indonésien, portugais, russe et espagnol. *Outlook* présente des mises à jour sur les produits liés à la santé reproductive et sur les décisions portant sur la réglementation des produits pharmaceutiques qui sont d'un intérêt particulier pour les lecteurs des pays en développement. Ce numéro d'*Outlook* est possible grâce à des subventions de la Fondation de Bill et Melinda Gates, par l'Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Le contenu et les opinions exprimées dans *Outlook* ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres de ses agences de financement, ni des membres du conseil consultatif *Outlook* ni de PATH.

PATH est une organisation internationale à but non lucratif vouée à l'amélioration de la santé, spécialement la santé des femmes et des enfants dans les pays en développement. *Outlook* est envoyé gratuitement aux lecteurs des pays en développement; les abonnements annuels sont de US \$40 pour les lecteurs des pays développés. Veuillez libeller les chèques au nom de PATH.

Jacqueline Sherris, Ph.D., Rédactrice
Michele Burns, M.A., Assistante de Rédaction
PATH

4 Nickerson Street, Seattle, Washington 98109-1699 U.S.A.
Téléphone: 206-285-3500 Facsimile: 206-285-6619
Email: outlook@path.org URL: www.path.org/outlook/

CONSEIL CONSULTATIF

- Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Italian National Institute of Health, Italy • Gabriel Bialy, Ph.D., Special Assistant, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, U.S.A. • Willard Cates, Jr., M.D., M.P.H., President, Family Health International, U.S.A. • Lawrence Corey, M.D., Professor, Laboratory Medicine, Medicine, and Microbiology and Head, Virology Division, University of Washington, U.S.A. • Horacio Croxatto, M.D., President, Chilean Institute of Reproductive Medicine, Chile • Judith A. Fortney, Ph.D., Corporate Director for Scientific Affairs, Family Health International, U.S.A. • John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Medical Director, Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, U.K. • Atiqur Rahman Khan, M.D., Consultant, Partners in Population and Development, Bangladesh • Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, U.S.A. • Roberto Rivera, M.D., Corporate Director for International Medical Affairs, Family Health International, U.S.A. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Assistant Secretary General, IPPF, U.K. • Melvin R. Sikov, Ph.D., Senior Staff Scientist, Developmental Toxicology, Battelle Pacific Northwest Labs, U.S.A. • Irving Sivin, M.A., Senior Scientist, The Population Council, U.S.A. • Richard Soderstrom, M.D., Clinical Professor OB/GYN, University of Washington, U.S.A. • Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Professor, Department of Public Health & Primary Care, University of Oxford, U.K.

© PATH—PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH—
(PROGRAMME DE TECHNOLOGIE APPROPRIÉE EN SANTÉ), 2000.
TOUT DROITS RESERVES.