

PRÉVENIR
le cancer du col de l'utérus
DE PAR LE MONDE



Table des matières

Préface	iv
Résumé	v
Le cancer du col de l'utérus : une maladie mondiale	1
Figure 1 : Nouveaux cas de cancers du col de l'utérus, monde, estimations 2002	1
Figure 2 : Incidence du cancer du col de l'utérus par pays, 2002	2
Encadré 1 : L'impact du cancer du col de l'utérus sur les femmes et les familles	3
Comprendre le cancer du col de l'utérus	3
Figure 3 : Comment se développe le cancer du col de l'utérus	4
Figure 4 : Gestion des maladies du col de l'utérus	5
Approches de dépistage	5
Encadré 2 : Les femmes manquent d'accès aux services de prévention	6
Encadré 3 : Expliquer le test de dépistage et communiquer les résultats	8
Approches et technologies de traitement	9
Tableau 1 : Deux options de traitement sans hospitalisation pour le précancer	9
Encadré 4 : Les approches de traitement et dépistage aident à réduire le nombre de visites au centre de santé	10
La rentabilité de la prévention	12
Tableau 2 : Stratégies de dépistage sélectionnées, comparées à l'absence de dépistage, Afrique du Sud.....	11
Éléments d'un programme de prévention réussi	13
Encadré 5 : La nécessité de revoir les politiques de dépistage	13
Encadré 6 : Les cliniques mobiles répondent aux besoins en matière d'éducation et de traitement.....	14
Encadré 7 : Travailler au sein de la communauté pour contrer les images négatives.....	16
Envisager l'avenir	18
Conclusions et recommandations	20
Annexe : Pour plus de renseignements	21
Références	23
Remerciements	25

Préface

En 1999, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, cinq agences internationales lançaient un nouvel effort majeur pour la prévention du cancer du col de l'utérus de par le monde. Ce groupe d'organismes, l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP) travaille à clarifier, promouvoir et appliquer des stratégies pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays en développement.

Réunies par leurs capacités et leur expérience en matière de prévention du cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale, les cinq organismes partenaires regroupent :

- EngenderHealth
- L'Agence internationale pour la recherche sur le cancer (IARC)
- JHPIEGO (affiliée à l'Université Johns Hopkins)
- L'Organisation panaméricaine de Santé (PAHO)
- PATH

L'ACCP travaille avec les pays en développement à évaluer les approches innovatrices de dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus, améliorer les systèmes de prestation de services, assurer que les perspectives et besoins des communautés sont incorporés dans la conception des programmes et à augmenter la sensibilisation au cancer du col de l'utérus et aux stratégies de prévention efficaces.

Les projets de l'Alliance se sont concentrés sur les régions où l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui en résulte sont les plus élevées, y compris l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et l'Asie du Sud. Plus de 20 projets de recherches et de démonstration financés par l'Alliance ont été appliqués dans 17 pays de ces régions.

Ce rapport souligne les principaux résultats, leçons et recommandations des projets de recherches de démonstration de l'Alliance. On trouvera, en annexe de ce rapport, plus d'information sur l'Alliance, ses projets et ses publications ainsi que des liens Internet vers des sources d'information.

Résumé

Que ce soit à cause de la marche de deux heures pour se rendre à la clinique la plus proche, des mythes locaux ou des piètres services de santé, des millions de femmes de par le monde ne se font pas tester pour le cancer du col de l'utérus et des centaines de milliers meurent prématurément sans jamais savoir pourquoi elles étaient malades. Dans un effort pour réduire la maladie et la mortalité causée par le cancer du col de l'utérus, des organismes travaillent à surmonter les obstacles empêchant la détection et le traitement des signes précurseurs de la maladie. À cette fin, l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP), qui regroupe cinq agences internationales, a évalué et favorisé des approches de prévention qui sont peu chères, sûres et largement acceptables.

Le nombre de décès causés par le cancer du col de l'utérus à travers le monde souligne la nécessité de tels programmes. Cette maladie évitable tue environ 274 000 femmes par an,¹ touchant les plus pauvres et les plus vulnérables et affectant les familles et les communautés qui dépendent fortement des rôles essentiels des femmes en tant que soutien de famille et pourvoyeuses de soins. Chaque année, quelque 83 % des nouveaux cas au monde et 85 % des décès dus au cancer du col de l'utérus se produisent dans les pays en développement.² Dans la plupart de ces pays, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de mortalité due au cancer parmi les femmes.

La maladie résulte de la croissance et division anormales de cellules à l'ouverture de l'utérus ou du vagin dans une zone appelée col. La principale cause sous-jacente est le virus du papillome humaine (VPH), une infection sexuellement transmise, souvent sans symptômes. Aucune cure n'existe pour une infection VPH et bien qu'il reste stable ou devienne indétectable dans la plupart des cas, le VPH peut entraîner des conditions précancéreuses qui progressent vers un cancer avec le temps.

Les femmes peuvent contracter le VPH lorsqu'elles sont jeunes mais le cancer du col de l'utérus a plus de chances de se développer chez les femmes âgées de 35 ans et plus. Lorsque la maladie n'est pas détectée ni traitée dans ses phases initiales, elle est presque toujours fatale. La prévention de l'infection VPH réduirait fortement les taux de cancer du col de l'utérus. Ainsi, un vaccin VPH, maintenant en phase finale de mise au point, contribuerait beaucoup à la prévention de nou-

veaux cas de cancer du col de l'utérus.

Traditionnellement, les efforts mondiaux pour prévenir le cancer du col de l'utérus se sont concentrés sur le dépistage de tissus cervicaux anormaux chez les femmes, le traitement de la condition avant qu'elle ne progresse et la prestation de soins de suivi appropriés. À l'heure actuelle, les efforts de dépistage se sont surtout basés sur le test Pap, un test utilisé depuis longtemps pour détecter les changements anormaux de cellules. Bien que le test a connu d'énormes succès dans les pays industrialisés qui offrent des dépistages périodiques de haute qualité, les programmes de tests Pap sont toutefois complexes et chers à gérer et n'ont pas réussi à atteindre une proportion notable de femmes dans les pays où les systèmes et l'infrastructure sanitaires sont insatisfaisants.

Le manque de stratégies efficaces de dépistage et de traitement explique en grande partie les taux de cancer du col de l'utérus nettement plus élevés dans les pays en voie de développement. Sans accès à des programmes viables, les femmes des communautés pauvres cherchent en général à se faire soigner uniquement quand les symptômes se présentent et que le cancer est à un stade avancé difficile à traiter. Les prestataires de soins de santé ne peuvent pas faire grand chose pour sauver les vies des femmes à cette étape, et même les médicaments pour alléger la douleur peuvent ne pas être disponibles. D'autres obstacles à la prévention et au traitement peuvent inclure le manque de sensibilisation au cancer du col de l'utérus et aux moyens de prévenir la maladie, les difficultés pour se rendre aux cliniques et aux hôpitaux, la nécessité de multiples visites et les coûts élevés associés au dépistage. Dans certaines communautés, les mythes et les conceptions erronées concernant la maladie sont également des obstacles à la prévention.

Malgré les obstacles, le cancer du col de l'utérus peut être prévenu à faible coût. Les prestataires de soins de santé peuvent utiliser des technologies relativement simples pour dépister des conditions précancéreuses

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Les femmes dans les pays en développement peuvent se faire dépister à faible coût.

chez les femmes et traiter des tissus anormaux en phase précoce. Les projets de l'ACCP en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et en Asie du Sud ont étudié des approches de dépistage et de traitement, en particulier pour les femmes dans la trentaine et quarantaine, en partant du principe que nombre de ces femmes ne seraient dépistées qu'une ou deux fois durant leur vie.

Les recherches se sont concentrées sur les approches qui surmontent les obstacles logistiques et sociaux et augmentent nettement l'accès des femmes aux services de prévention. Parmi les alternatives les plus prometteuses aux tests Pap, on trouve les méthodes de dépistage visuel qui requièrent simplement des solutions à base de vinaigre ou d'iode et l'œil d'un prestataire qualifié pour repérer les tissus anormaux. Une autre option implique le dépistage de la présence du VPH dans le col. Ces approches sont encore en cours d'évaluation mais elles ont le potentiel de sauver plus de vies à un coût moindre que les approches traditionnelles utilisant des tests Pap.

Pour être vraiment efficaces, toutefois, les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus doivent lier des traitements appropriés au dépistage, y compris des procédures peu coûteuses sans hospitalisation. Des procédures relativement simples peuvent être utilisées pour détruire ou retirer les tissus anormaux du col, selon la gravité, l'emplacement et la taille de la zone affectée.

Deux procédures sont particulièrement appropriées dans les situations à faibles ressources. La cryothérapie utilise des températures extrêmement basses pour détruire les tissus anormaux. Cette méthode ne nécessite pas d'électricité et est efficace même quand les docteurs, les fournitures de santé et l'infrastructure sont très limités.³ Une autre méthode, l'excision électrochirurgicale

à l'anse (RAD) implique l'utilisation d'un fil fin pour retirer la zone affectée. Le RAD requiert une formation médicale plus poussée et plus d'équipement que la cryothérapie mais cette procédure permet de prélever les tissus pour analyse, réduisant la possibilité qu'un cancer avancé ne soit pas détecté.

De nombreux pays en développement ont mis en place des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus depuis un certain temps sans toutefois réussir à réduire les taux de mortalité dus à cette maladie. Le travail de l'ACCP fournit de nouvelles preuves sur lesquelles baser les décisions concernant les programmes et offre des approches prometteuses qui ont le potentiel de réduire le cancer du col de l'utérus même dans les pays les plus pauvres. Les recherches de l'ACCP ont révélé que des programmes peuvent dépister et traiter des femmes de façon sûre et efficace en une ou deux visites à la clinique, par le biais de techniques peu onéreuses. Dans de nombreux milieux, les programmes de prévention peuvent être intégrés aux services de santé courants, en supposant que des ressources adéquates sont disponibles.

De bons programmes de prévention du cancer du col de l'utérus présentent un certain nombre de caractéristiques essentielles. Ils utilisent des messages compris localement pour accroître la sensibilisation à la maladie, rejoignent une proportion notable de femmes dans la trentaine et la quarantaine, les motivent à se faire tester au moins une fois, rendent les traitements sans hospitalisation largement disponibles, arrangent des soins de suivi appropriés et évaluent l'impact. L'ACCP fournit des outils de programme pratiques pour atteindre ces buts dans des situations à faibles ressources. Les étapes de prévention du cancer du col de l'utérus peuvent faire partie d'une stratégie générale pour améliorer la santé des femmes grâce à des systèmes de soins de santé primaires.

Le cancer du col de l'utérus : une maladie mondiale

Le cancer du col de l'utérus a un impact majeur sur la vie des femmes de par le monde, en particulier dans les pays en développement. Selon les dernières estimations mondiales, 493 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus se déclarent chaque année.⁴ Environ 83 % des nouveaux cas se trouvent dans les pays en développement (voir figure 1), là où les programmes de dépistage sont inadéquats ou peu efficaces. Dans la plupart de ces pays, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès dû au cancer chez les femmes.

Régions et pays les plus affectés

Les régions les plus durement touchées par le cancer du col de l'utérus sont parmi les plus pauvres au monde. L'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, les Antilles, l'Afrique subsaharienne, certaines régions d'Océanie et d'Asie ont parmi les taux d'incidence les plus élevés, soit plus de 30 pour 100 000 femmes (voir figure 2, page 2). Ces taux sont à comparer avec le taux maximal de 10 pour 100 000 femmes en Amérique du Nord et en Europe.⁵ Les taux d'incidence rapportés sont de 69 pour 100 000 en Tanzanie, 55 pour 100 000 en Bolivie et 40 pour 100 000 en Papouasie Nouvelle-Guinée. Le plus fort nombre de cas rapportés est en Asie. En Inde, on estime le nombre de nouveaux cas rapportés à 132 000 par an, soit plus du quart du total mondial.

Environ 1,4 million de femmes dans le monde vivent avec le cancer du col de l'utérus.⁶ Cette estimation reflète l'accumulation de nouveaux cas chaque année et le fait que peu de femmes dans les pays en développement reçoivent de traitement. Sur la base des connaissances en matière de développement de ce cancer, deux à cinq fois plus de femmes, soit jusqu'à 7 millions par an, pourraient présenter des conditions précancéreuses qui ont besoin d'être identifiées et traitées.

Les pays en développement manquent d'approches de prévention efficaces

Une raison importante expliquant l'incidence nettement plus forte du cancer du col de l'utérus dans les pays en développement est le manque de programmes de dépistage efficaces pour détecter les conditions précancéreuses et les traiter avant qu'elles ne progressent vers le cancer. Les efforts mondiaux en matière de prévention du cancer du col de l'utérus se sont concentrés sur le dépistage de femmes par le biais du test de labo-

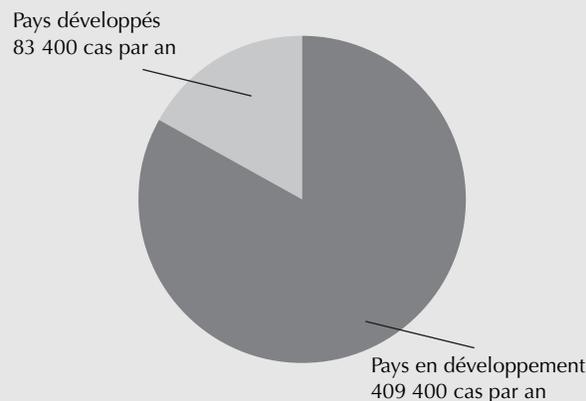
ratoire appelé test Pap et la destruction ou l'ablation de tissu cellulaire précancéreux. Mis au point dans les années 1940 et portant le nom de son inventeur, le docteur George Papanicolaou, le test Pap, suivi d'un traitement opportun le cas échéant, a connu un succès impressionnant dans la réduction du cancer du col de l'utérus dans les pays développés.

Quand le dépistage à l'aide du test Pap est bien organisé et que les femmes sont testées à intervalles réguliers, l'incidence de cancer du col de l'utérus peut être singulièrement réduite. En Islande, un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus lancé en 1960 a atteint presque toutes les femmes du pays et résulté en une baisse de 80 % des décès dus au cancer du col de l'utérus sur une période de 20 ans.⁷ Aux États-Unis, où la couverture est moins importante, le taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus a baissé de 70 % dans les 50 ans qui ont suivi l'introduction du dépistage.⁸ Inversement, on estime que seules environ 5 % des femmes dans les pays en développement ont passé un test Pap dans les cinq dernières années. Souvent, les fournitures, l'équipement et les techniciens formés nécessaires manquent. Il faut aussi noter que les femmes qui se font tester peuvent ne pas recevoir leurs résultats ou revenir pour un test de suivi et un traitement.

Décès dus au cancer du col de l'utérus

Lorsque le cancer du col de l'utérus n'est pas détecté et traité de manière opportune, il est presque toujours fatal. Dans les pays en développement, les taux de mortalité seraient de 11,2 pour 100 000 femmes en moyenne, presque trois fois le taux des pays développés.⁹ Presque 40 % des décès causés par le cancer du col de

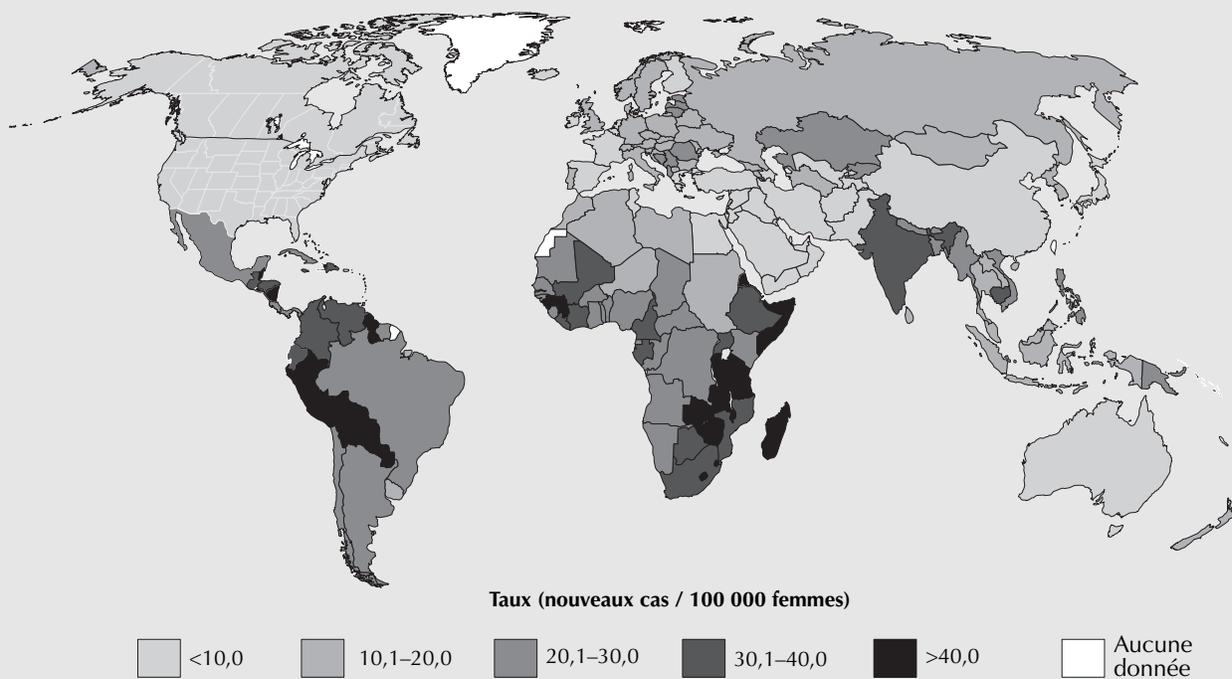
FIGURE 1
Nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, monde, estimations 2002



SOURCE: J. Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002* (2004).

FIGURE 2

Incidence de cancer du col de l'utérus par pays, 2002



NOTE : les chiffres sont ajustés pour tenir compte des différences d'âge entre les populations. Un taux standardisé par âge (ASR) aide à comparer plusieurs populations qui diffèrent entre elles en ce qui concerne leur structure d'âge, car l'âge influence les risques de cancer.

SOURCE : J. Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002* (2004).

l'utérus dans les pays en développement ont lieu en Asie du Sud et Asie centrale, une région fortement peuplée qui comprend l'Inde, le Pakistan et le Bangladesh.

Les décès associés au cancer du col de l'utérus sont l'indicateur le plus net de l'impact de la maladie sur les femmes, leurs familles et leurs communautés (voir encadré 1). La mort d'une mère compromet sérieusement la santé de la famille, surtout celles des enfants. Ces morts sont toutefois évitables. Grâce à un dépistage opportun et un traitement approprié, le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus pourrait être nettement réduit.

Les estimations actuelles de l'incidence du cancer du col de l'utérus et des taux de mortalité sont probablement plus faibles que les taux réels car de nombreuses femmes ayant la maladie ne reçoivent pas de soins médicaux et ne sont donc pas comprises dans les registres pour le cancer. Les limitations des centres de diagnostic et leur tendance à ne pas atteindre les femmes âgées (celles qui sont en phase finale de la maladie) ou celles qui ne peuvent pas payer les services, présentent des défis supplémentaires pour obtenir des estimations exactes. De plus, le manque de systèmes de données sur la santé rend problématique l'enregistrement du nombre de femmes ayant le cancer du col de l'utérus.

Les femmes de 35 ans et plus sont les plus affectées

Environ 80 % à 90 % des cas confirmés de cancer du col de l'utérus affectent les femmes âgées de 35 ans et plus, selon les données des registres sur le cancer dans les pays en développement. Comme le cancer du col de l'utérus progresse lentement de conditions précancéreuses vers un cancer avancé, l'incidence de cancer dans la plupart des pays est très faible pour les femmes de moins de 25 ans. L'incidence augmente entre 35 et 40 ans et atteint un maximum chez les femmes dans la cinquantaine et soixantaine.

Certaines études utilisant des données cliniques ont suggéré que l'âge des femmes affectées tend à baisser. Toutefois, ces études peuvent ne pas se baser sur un échantillonnage équitable dans la mesure où les jeunes femmes ont tendance à se rendre dans les cliniques plus souvent que les femmes plus âgées. D'autres données suggèrent que les femmes séropositives courent un plus grand risque de développer des conditions précancéreuses et ont une progression plus précoce vers le cancer que les femmes qui sont séronégatives.

Les efforts de prévention centrés pour la plupart sur les femmes plus jeunes ont connu des succès limités.

Au Mexique, par exemple, un dépistage national à l'aide du test Pap commencé dans les années 1970 n'a pas permis de réduire la mortalité sur une période de 15 ans, en partie parce que les femmes plus jeunes dans les zones urbaines se faisaient dépister à plusieurs reprises alors que les femmes plus âgées à risque n'étaient pas atteintes.¹⁰

Comprendre le cancer du col de l'utérus

Les causes du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus résulte de la croissance incontrôlée de cellules anormales dans le col, l'ouverture de l'utérus ou du vagin. La cause principale sous-

ENCADRÉ 1

L'impact du cancer du col de l'utérus sur les femmes et les familles

Dawn est une femme du Kenya de 32 ans qui a marché deux heures pour aller au dispensaire le plus proche après qu'un travailleur communautaire a informé les personnes assistant à un enterrement de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus.¹ Quand elle a reçu le diagnostic d'une lésion précancéreuse, Dawn n'avait pas les 200 shillings (2,50 \$) nécessaires pour aller jusqu'à l'hôpital où on l'avait dirigée et qui était bien plus loin à Busia. Assurant seule le soutien de sa famille à la suite de la mort récente de son mari, elle hésitait aussi à laisser ses enfants. Toutefois, après avoir travaillé dans la ferme d'un voisin pour gagner un peu plus d'argent et avoir acheté et vendu du poisson pendant un mois, elle avait économisé suffisamment pour payer le voyage.

Le cancer du col de l'utérus menace la vie des femmes, crée des problèmes à long terme pour les familles et posent des défis de taille aux systèmes de soins de santé. L'Hôpital national Kenyatta à Nairobi, qui possède la seule unité de radiothérapie au pays reçoit plus de 500 références pour traitement par an. Toutefois, comme des limites financières et autres empêchent de nombreuses femmes de se rendre à Nairobi, ce chiffre ne représente probablement qu'une faible part des femmes du Kenya qui ont vraiment besoin de soins.

Dawn a pu recevoir un traitement mais les difficultés auxquelles elle a fait face sont courantes dans les pays en développement. Beaucoup d'entre eux n'ont pas les capacités et les ressources pour diagnostiquer et traiter les signes précoces du cancer du col de l'utérus. En Inde, le traitement et la prévention sont des priorités du Programme national de contrôle du cancer. Toutefois, étant donné le manque de programmes de dépistage organisés et la taille même de la population de l'Inde, le pays supporte plus d'un quart de la charge mondiale de la maladie.²

Pratibha, une femme de 37 ans d'une région rurale de l'Inde, a bénéficié d'un dépistage cervical rendu possible par le Programme de prévention du cancer du col de l'utérus de Barshi à l'Hôpital mémorial d'oncologie Nargis Dutt. Bien qu'elle ne présentait aucun symptôme, un événement éducatif de la communautaire organisé par le programme l'a encouragée à se faire tester. Son cancer du col de l'utérus a été détecté et traité.

Localisé dans le district pauvre d'Osmanabad dans l'État de l'Ouest de l'Inde de Maharashtra, l'hôpital collabore avec le Centre mémorial Tata à Mumbai (Bombay) et avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) basé en France pour évaluer des techniques de dépistage à faible coût et n'exigeant qu'une technologie rudimentaire. De telles approches surmonteraient les contraintes techniques et financières dans des situations de faibles ressources dans le monde en développement.

RÉFÉRENCES

¹ Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus (ACCP), *Women's Stories, Women's Lives: Experiences with Cervical Cancer Screening and Treatment* (Seattle : ACCP, 2004).

² Jacques Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase n° 5, version 2.0 (Lyon, France : IARC, 2004).

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Les femmes en Inde rurale ont participé aux projets de dépistage et de traitement de l'ACCP.

FIGURE 3

Comment se développe le cancer du col de l'utérus

Le risque au cours d'une vie de contracter une infection par le VPH peut atteindre 80 % ; cependant, seulement 5 % des femmes infectées développent un cancer du col de l'utérus. Les maladies du col peuvent régresser d'elles-mêmes ou progresser vers un cancer, selon un nombre de facteurs.

INFECTION VPH	→ DYSPLASIE LÉGÈRE DU COL DE L'UTÉRUS*	← DYSPLASIE SÉVÈRE*	→ CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
<p>L'infection est très commune parmi les femmes en âge de procréer. La plupart des cas restent stables ou non détectables.</p> <p>Un faible pourcentage de cas mène à des changements de cellules anormaux (des mois ou des années suivant l'infection).</p>	<p>Ces changements cellulaires légers sont en général temporaires et disparaissent avec le temps.</p> <p>Certains cas toutefois progressent vers un dysplasie sévère.</p>	<p>La dysplasie sévère, précurseur du cancer du col de l'utérus, est beaucoup moins commune que la forme légère.</p> <p>La dysplasie sévère peut progresser d'une forme légère ou dans certains cas directement de l'infection VPH.</p>	<p>Un cancer envahissant se développe au cours de plusieurs années et est plus courant parmi les femmes dans la cinquantaine ou la soixantaine.</p>

* la dysplasie réfère aux tissus cellulaires anormaux du col.

SOURCE : Adapté de l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin, « Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives », Cervical Cancer Prevention Fact Sheet (2003).

jacente est le virus papillome humaine (VPH), la maladie sexuelle la plus communément transmise de par le monde. Le VPH affecterait environ 50 à 80 % des femmes sexuellement actives au moins une fois durant leur vie.¹¹ On connaît plus de 50 types de VPH qui peuvent affecter la zone génitale. De ces 50 types, six représentent presque 80 % des cas de cancer du col de l'utérus.¹²

Certains types de VPH peuvent causer des changements cellulaires anormaux, appelés dysplasie. La plupart des cas mineurs régressent ou ne progressent pas, surtout chez les femmes de moins de 35 ans. Quand les anomalies persistent avec le temps et s'aggravent, les cellules deviennent cancéreuses (voir figure 3, page 4). La progression de l'infection VPH vers un cancer peut pendre jusqu'à 30 ans, la dysplasie sévère peut progresser vers un cancer du col de l'utérus sur plusieurs années.¹³

Les femmes contractent en général le VPH à l'adolescence, dans la vingtaine ou la trentaine, et le cancer du col de l'utérus peut se développer 20 ans ou plus après l'infection par le VPH. Il n'existe actuellement aucune cure pour le VPH bien que ses conséquences puissent être traitées. Bien que toutes les femmes ayant un cancer du col de l'utérus ont été infectées par le

VPH, moins de 5 % des femmes infectées par le VPH développent un cancer du col de l'utérus et ce, même sans dépistage ni traitement.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la probabilité pour une femme présentant une condition précancéreuse de développer un cancer du col de l'utérus. Ceux-ci incluent : l'usage du tabac, un système immunitaire affaibli (particulièrement s'il résulte d'une infection par le VIH) et des facteurs hormonaux, y compris un âge précoce à la première grossesse, l'utilisation de contraceptifs hormonaux et des grossesses multiples. D'autres facteurs, tels qu'un âge précoce lors du premier rapport sexuel et des partenaires sexuels multiples peuvent indirectement accroître le risque de cancer du col de l'utérus en augmentant la probabilité pour une femme de contracter une infection par le VPH.

La voie de la prévention

La voie de la prévention des décès dus au cancer du col de l'utérus est simple et efficace. Les changements précancéreux des tissus du col peuvent prendre des années à se déclarer mais s'ils sont identifiés et traités tôt, les lésions ne deviendront pas un cancer du col de l'utérus. Le dépistage des changements précancéreux et le traitement des tissus anormaux semblent protéger les

FIGURE 4

Gestion des maladies du col de l'utérus

Le dépistage de femmes pour l'infection VPH ou la dysplasie et le traitement des femmes ayant une dysplasie sévère sont la clé de la prévention du cancer.

INFECTION VPH	DYSPLASIE LÉGÈRE DU COL DE L'UTÉRUS*	DYSPLASIE SÉVÈRE*	CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
Il n'existe aucun traitement pour éliminer le VPH.	La dysplasie légère devrait en général être suivie plutôt que traitée car la plupart des lésions ne progressent pas vers un cancer.	La dysplasie sévère devrait être traitée, car une proportion importante des cas progresse vers le cancer.	Le traitement des cancers envahissants se fait à l'hôpital, est cher et souvent inefficace.

* La dysplasie réfère à des tissus cellulaires normaux du col.

SOURCE : Adapté de l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin, « Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives », Cervical Cancer Prevention Fact Sheet (2003).

femmes du risque de développer un cancer du col de l'utérus (voir figure 4).¹⁴

La prévention de l'infection par le VPH contribuerait bien sûr à réduire le nombre de cas de cancer du col de l'utérus mais la prévention pose des défis. Le VPH est facilement transmis et ne présente en général aucun symptôme. Alors que les verrues génitales causées par certains types de VPH peuvent être traitées, il n'existe aucun traitement pour éliminer l'infection sous-jacente et le virus peut rester infectieux pendant des années. Les préservatifs ne protègent pas complètement contre l'infection car le virus peut exister dans toute la zone génitale et autour de l'anus. Néanmoins, en utilisant les préservatifs régulièrement et en ayant moins de partenaires sexuels, les femmes peuvent, dans une certaine mesure, se protéger des infections par le VPH. Les vaccins contre le VPH sont en cours de développement et auraient le potentiel de prévenir l'infection primaire et la maladie progressive.

Approches de dépistage

Le dépistage au Test Pap : important mais imparfait

Le dépistage au frottis Pap s'est révélé efficace dans la prévention du cancer du col de l'utérus dans les régions où la couverture et la qualité des services sont élevés et où les tests Pap sont fournis à intervalles réguliers. Le frottis Pap est en général fiable pour identifier les femmes qui n'ont pas de précancer. Toutefois, le

test ne détecte pas les cellules anormales chez certaines femmes. Des études ont montré que seules 20 % à 50 % des femmes ayant un précancer sont identifiées correctement.¹⁵ Le dépistage au frottis Pap doit donc être répété plusieurs fois pour que les cas de précancer n'échappent pas à la détection.

Dans la plupart des pays développés, on conseille aux femmes d'avoir leur premier frottis Pap peu de temps après leur premier rapport sexuel et de le répéter à un intervalle de 1 à 3 ans. Toutefois, dans les pays en développement, la plupart des femmes n'ont jamais eu un frottis Pap.

La procédure consiste à prélever par un léger frottis les cellules du col pour les transférer sur une plaquette de verre, puis d'envoyer les prélèvements dans un laboratoire où des techniciens ont été formés pour analyser la structure des cellules. Les résultats de l'analyse sont en général communiqués aux femmes dans les semaines suivantes (mais dans certaines régions, les résultats prennent beaucoup plus de temps à revenir du laboratoire et il arrive même que les femmes ne les reçoivent jamais). On recommande aux femmes présentant de faibles anomalies de revenir périodiquement pour d'autres frottis. Chez les femmes présentant de graves anomalies, les cliniciens examinent le col au moyen d'un colposcope, un instrument grossissant. Ils peuvent alors prélever des cellules des tissus afin d'établir un diagnostic, puis éliminer ou détruire les tissus anormaux du col.

Bien que le dépistage au frottis Pap soit utilisé dans de nombreux pays en développement, la procédure a connu un succès mitigé. Les exigences minimales pour

ENCADRÉ 2

Les femmes manquent d'accès aux services de prévention

Quand un programme de télévision populaire au Ghana a diffusé de l'information sur le cancer du col de l'utérus, des centaines de femmes se sont précipitées à l'hôpital Ridge d'Accra pour y subir un test de dépistage. Les files d'attente faisaient le tour du bâtiment et les infirmières ont dû renvoyer des femmes et leur donner des rendez-vous pour un autre jour. La bonne nouvelle était que quelque 300 femmes par jour voulaient savoir si elles avaient ou non des anomalies du col. Les prestataires de soins de santé ont simplement effectué un frottis du col de l'utérus avec une solution à base de vinaigre, attendu une minute puis utilisé une source de lumière pour chercher des tissus anormaux. Avant ce programme télé, seulement cinq femmes par jour se présentaient pour un dépistage.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas courant au Ghana. Les tests Pap sont disponibles seulement dans certains endroits et la plupart des femmes ne savent pas qu'ils sont disponibles ou à quoi ils servent. Pour faire face à cet important besoin non satisfait en matière de services de prévention, le JHPIEGO est entré en partenariat avec le ministère de la santé et les services de santé du Ghana pour évaluer l'approche qui lie le dépistage visuel à faible coût et la cryothérapie (traitement par le froid) pour les femmes qui présentaient des cellules anormales.

Le projet, situé à l'Hôpital Ridge et au Centre de santé Amasaman dans le grand Accra, a mis à l'essai une approche de visite unique qui a permis aux prestataires d'offrir un traitement des anomalies au cours d'une même visite aux femmes ayant des résultats de test positifs. Cette approche a réduit le nombre de visites qu'une femme doit faire au centre de santé. À l'hôpital Ridge, le projet a testé les femmes en 2001 et 2002, et environ 13 % avaient des résultats indiquant des conditions précancéreuses. Les femmes ont été testées entre 2002 et 2003 au centre de Santé Amasaman et près de 6 % ont présenté des résultats positifs. La plupart des femmes ont choisi de recevoir un traitement au cours de la même visite.¹

Le projet a aussi entrepris des efforts de sensibilisation pour essayer d'encourager les femmes à se faire tester et avoir le soutien de leur mari. À l'hôpital Ridge, les prestataires de services de santé ont encouragé les femmes à revenir pour des rendez-vous un an plus tard, et une infirmière de santé publique a rendu visite aux femmes à la maison pour leur rappeler le besoin de soins de suivi. Le projet a démontré que des messages d'éducation et de conseil doivent être affinés afin que les clientes et leurs partenaires comprennent mieux les résultats de tests et les différences entre le cancer du col de l'utérus et les conditions précancéreuses. De même, des stratégies doivent être conçues pour augmenter l'implication des partenaires qui ont souvent un impact important sur les décisions des femmes de suivre un traitement et des soins de suivi.

RÉFÉRENCE

¹ Amy Corneli et al., *A Qualitative Evaluation of the Acceptability and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention in Ghana* (Baltimore : JHPIEGO, 2004).

établir une procédure efficace de dépistage au frottis Pap efficace incluent :

- des prestataires bien formés, y compris des infirmières, des sages-femmes et du personnel médical
- des salles d'examen et des laboratoires ayant les fournitures et l'équipement nécessaires
- une mise en réseau comprenant le transport vers des laboratoires fiables dont les techniciens sont bien formés
- des stratégies garantissant la qualité des frottis Pap et la fiabilité de leur interprétation
- des systèmes attestés de communication rapide des résultats de tests Pap aux femmes dépistées
- des systèmes d'orientation vers les hôpitaux et de suivi efficaces pour le diagnostic et le traitement des anomalies.

Les prestataires de services de santé dans les situations à faibles ressources rapportent souvent que ces exigences ne sont pas satisfaites, une situation qui rend les programmes de test Pap inefficaces. Dans de nomb-

reux pays, les tests Pap ne sont pas disponibles dans les centres de soins primaires où se rendent la plupart des gens, ou bien ils sont proposés contre paiement à des femmes jeunes qui présentent relativement peu de risques. Les femmes plus âgées qui présentent plus de risques ne savent généralement pas que le cancer du col de l'utérus est évitable et elles ignorent l'importance du test Pap.

Étant donné les défis que pose la mise en application des programmes de tests Pap dans les pays en développement, on porte un intérêt accru aux nouvelles approches de dépistage de conditions précancéreuses. Depuis 1999, l'ACCP examine des approches alternatives de dépistage et de traitement de la maladie précancéreuse en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et en Asie du Sud. Les projets de l'ACCP ont pour objectif d'atteindre les femmes dans la trentaine et la quarantaine et de leur fournir un test de dépistage au moins une fois durant leur vie. Le dépistage visuel et le test VPH sont deux approches majeures qui offrent beaucoup d'intérêt.

Approches visuelles de dépistage

L'ACCP et d'autres chercheurs explorent activement la fiabilité et l'acceptabilité du dépistage visuel comme moyen de détection de la maladie précancéreuse et du cancer. Le dépistage visuel exige l'examen à l'œil nu par un technicien formé et quelques fournitures essentielles.

L'inspection visuelle à l'acide acétique (VIA) consiste à frotter le col avec une solution à base d'acide acétique (vinaigre) puis à un examen visuel par un prestataire de santé formé. La structure et les taux d'absorption des cellules précancéreuses diffèrent des cellules normales. La couleur des cellules anormales vire donc au blanc lorsqu'elles sont exposées à cette solution.

Plusieurs études ayant examiné la fiabilité de la procédure ont démontré qu'elle est au moins aussi fiable que le test Pap pour détecter une dysplasie sévère chez les femmes atteintes de la maladie.¹⁶ Elle est toutefois moins fiable que le test Pap pour éliminer les femmes non atteintes. Les projets de l'ACCP ont testé cette approche dans plus de 10 pays en développement (voir encadré 2).

Dans un effort visant à accroître la fiabilité du dépistage visuel, certaines approches ont eu recours à une solution à base d'iode pour colorer les cellules anormales. L'inspection visuelle avec soluté de Lugol (IVL) est aussi appelée test de Schiller car elle ressemble au test à l'iode de Schiller qui était favorisé et largement utilisé dans les années 30, avant la mise au point du test Pap. En appliquant de l'iode sur le col, on fait apparaître les lésions précancéreuses sous forme de zones bien définies, épaisses et de couleur jaune ou brune. Des données récentes montrent que l'IVL peut s'avérer plus fiable que le dépistage à l'acide acétique.¹⁷ Les recherches portant sur cette approche se poursuivent.

Avantages et désavantages du dépistage visuel

Ces deux approches visuelles (les solutions à base de vinaigre et d'iode) présentent d'importants avantages

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

Les approches de dépistage visuel à l'aide de solutions à base de vinaigre ou d'iode présentent des avantages importants dans les situations de faibles ressources.

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

Les approches nouvelles de dépistage et de traitement réduisent le nombre de fois qu'une femme doit retourner dans une clinique pour obtenir des soins

dans les situations à faibles ressources. Les deux sont relativement simples, peu coûteuses et exigent peu d'infrastructures. La présence d'un médecin n'est pas nécessaire pour le test, à condition que le personnel ait reçu une formation et une supervision adéquates. De plus, les résultats de ces procédures sont disponibles immédiatement, ce qui rend possible en principe l'offre de traitement ou d'options d'ordonnance au cours de la même visite.

Le défi que posent les approches visuelles est lié à la formation des prestataires de santé. En effet, ceux-ci doivent pouvoir reconnaître les caractéristiques souvent subtiles des anomalies cellulaires, qui peuvent varier de taille, d'épaisseur et de définition limitrophe. Ainsi, on ignore toujours si la procédure peut être utilisée pour un dépistage à grande échelle. L'efficacité de la formation et des efforts réalisés en matière de suivi des patientes détermineront le choix de ces approches. Ces dernières sont moins efficaces pour le dépistage des femmes dans la cinquantaine car des changements naturels du col à cet âge rendent les anomalies plus difficiles à repérer.

Un autre désavantage des approches visuelles (surtout l'utilisation du vinaigre) comparées au test Pap est la tendance à identifier à tort des changements anormaux de cellules chez des femmes saines. De tels résultats faussement positifs peuvent entraîner un traitement excessif lorsque celui-ci est disponible immédiatement après le dépistage.

Des études sont en cours pour confirmer si les approches visuelles peuvent réduire le fardeau de la maladie mais ces approches sont considérées comme étant des solutions de rechange prometteuses aux tests Pap dans des situations à faibles ressources. En conséquence, certains pays ont déjà mis en place des programmes pilote.

ENCADRÉ 3

Expliquer le test de dépistage et communiquer les résultats

Le cancer du col de l'utérus et son association avec l'activité sexuelle portent un stigmate dans de nombreuses régions du monde. Les femmes peuvent hésiter à se faire dépister si elles pensent que la procédure est associée à un test pour le VIH ou d'autres infections transmises sexuellement (ITS). Tous les efforts de dépistage du cancer du col de l'utérus (quelle que soit l'approche de dépistage adoptée) doivent tenir compte de ce souci en donnant aux femmes de l'information exacte sur le but du dépistage. En particulier, les programmes qui prévoient d'utiliser les tests VPH doivent tenir compte de la réaction possible des femmes aux résultats positifs qui indiquent une infection sexuellement transmissible.

Certaines femmes dont les résultats au test VPH sont positifs, ce qui dans certaines régions représentera plus de 70 % de toutes les femmes à un moment donné de leur vie, peuvent beaucoup s'inquiéter d'une progression possible vers un cancer, bien qu'une telle évolution soit peu probable. Bien que le traitement soit disponible pour certains types de verrues génitales du VPH, il n'existe actuellement aucun traitement ou guérison possible du VPH et aucun moyen de prédire correctement quelles femmes développeront un cancer.

Les prestataires soucieux de ne pas inquiéter inutilement leurs patientes sont confrontés à un problème délicat lorsqu'il s'agit de déterminer le niveau de détail pour décrire les tests de dépistage du col aux femmes. Ces questions doivent être soigneusement pesées et les messages doivent être pré-testés avec des femmes dans un public ciblé afin de s'assurer que l'information présentée est complète et adaptée à la culture locale.

Test VPH

L'intérêt mondial porté au dépistage du VPH s'accroît, comme mesure supplémentaire au test Pap et comme outil de dépistage autonome. Et même temps, l'utilisation de tests VPH suscite de nombreuses questions car on ne peut pas encore déterminer quelles femmes ayant le VPH peuvent développer un cancer (voir encadré 3, page 8).

Alors que des approches basées sur des analyses de laboratoire existent pour détecter le VPH dans des échantillons de tissus du col, une seule compagnie, Digene Corporation, offre actuellement un nécessaire commercial homologué par la U.S Food and Drug Administration pour détecter les types de VPH à haut risque. Le test le plus fréquemment utilisé, le Hybrid Capture II (HC II) indique si une personne est infectée avec l'un des types de VPH à haut risque. Le test est déjà incorporé à certains programmes de dépistage, généralement en plus des dépistages au test Pap existants. La précision du test, sa fiabilité et sa capacité à produire des résultats consistants en font une approche de dépistage prometteuse.

Le test VPH est prometteur comme outil de dépistage

Des études suggèrent que le test VPH détecte plus de cas de précancer qui sont de vrais positifs parmi les femmes dans la trentaine et la quarantaine que le frottis Pap et qu'ils seraient potentiellement une meilleure méthode de dépistage primaire.¹⁸ Dans certains cas, le test VPH informe déjà les cliniciens sur la manière de gérer les cas de femmes dont les tests Pap sont « limites » ou qui ont suivi un traitement pour de sévères anomalies. Les femmes ayant obtenu des résultats positifs pour les types de VPH à haut risque

sont suivies de plus près que celles dont les résultats sont négatifs.

En même temps, l'application du test HC II exige une technologie de laboratoire relativement chère et sophistiquée, dont l'utilisation d'un ordinateur spécial. Le processus prend environ six heures et utilise des techniques moléculaires pour détecter la présence de VPH dans les échantillons de cellules. Ces exigences rendent l'utilisation du HC II trop chère et trop difficile à mettre en place dans des situations à faibles ressources.¹⁹

Les programmes qui s'intéressent à l'incorporation du test VPH aux mesures de prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays en développement peuvent devoir attendre la mise au point de tests VPH moins chers et plus faciles à utiliser. Des efforts en ce sens sont en cours mais la disponibilité du test à grande échelle exigera plusieurs années.

Auto-prélèvements

Plusieurs études récentes montrent que les femmes peuvent utiliser avec succès des tampons vaginaux ou des lingettes pour collecter leurs propres échantillons de cellules du col pour un test VPH. Il s'agit d'une solution avantageuse dans les pays où des obstacles culturels et logistiques peuvent limiter l'utilisation d'exams gynécologiques standards. Une étude récente ayant pour objet d'évaluer le test HC II en Afrique du Sud a montré que les échantillons de cellules du col collectés soi-même sont presque aussi fiables que le test Pap conventionnel pour détecter les maladies sévères du col chez les femmes de 35 ans et plus.²⁰ Cependant, pour que l'auto-prélèvement soit efficace, les prestataires doivent aider les femmes à comprendre comment collecter adéquatement les échantillons.

Approches et technologies de traitement

Dans la plupart des pays développés, le traitement de maladies précancéreuses du col est passé de la chirurgie avec hospitalisation à des approches moins effractives et ne nécessitant pas d'hospitalisation. Plusieurs facteurs, y compris une connaissance plus poussée de la maladie et la disponibilité de méthodes sans hospitalisation à coût moindre ont permis aux prestataires d'éviter les approches effractives.

N'ayant pas accès aux approches sans hospitalisation plus récentes, les cliniciens dans de nombreux pays en développement continuent d'utiliser des méthodes chirurgicales effractives pour traiter des précancers. La chirurgie avec hospitalisation peut consister en l'ablation d'une partie du col ou l'ablation de l'utérus (hystérectomie). Cette approche peut présenter des complications et des effets secondaires importants pour les femmes,

en plus d'être une procédure coûteuse exigeant une solide infrastructure.

Les traitements sans hospitalisation du précancer consistent généralement en l'examen du col au moyen d'un instrument optique grossissant, appelé colposcope, afin de guider l'ablation

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Le personnel paramédical peut être formé pour réaliser certaines des procédures de traitement.

des tissus pour le diagnostic et le traitement de la zone affectée. Cet instrument, toutefois, coûte cher (au moins 3 000 \$), exige une importante formation pour pouvoir l'utiliser correctement et n'est pas facilement disponible dans de nombreux pays en développement. L'identification et la validation de solutions de rechange peuvent fortement améliorer la gestion des maladies précancéreuses dans les pays en développement.

Options de traitement pour les maladies précancéreuses

Les procédures sans hospitalisation, relativement simples, peuvent être utilisées pour détruire ou éliminer les tissus précancéreux. Le traitement spécifique dépend de la gravité, la taille et l'emplacement de la zone affectée. Parmi les diverses méthodes existantes pour détruire les tissus anormaux, la cryothérapie semble être la plus prometteuse pour les pays en développement.

La cryothérapie consiste à positionner une sonde à basse température contre le col pour geler les cellules anormales. Cette méthode est relativement simple et peu coûteuse, ne requiert pas d'électricité et est efficace à 95 % dans le traitement des anomalies sévères (voir tableau 1).²¹ La cryothérapie est moins efficace dans la guérison des lésions dont la taille est supérieure au bout de la sonde ou qui s'étendent dans le canal du col. Des plans thérapeutiques alternatifs sont nécessaires pour les femmes qui présentent ce type de lésions.

Les études ont montré que la cryothérapie est une procédure sûre présentant peu de risques de complications majeures.²² Des saignements importants et une inflammation pelvienne, deux des complications les plus sérieuses, sont extrêmement rares chez les femmes qui subissent cette procédure. Il n'existe aucune preuve des effets nocifs de la cryothérapie sur la fécondité des femmes ou les grossesses, considérations importantes lorsqu'on traite des femmes en âge de procréer. Le fait d'offrir la cryothérapie aux femmes présentant des tis-

TABLEAU 1

Deux options de traitement sans hospitalisation pour le précancer

	Cryothérapie (gel)	RAD (excision)
Efficacité de l'élimination du tissu précancéreux	86 % – 95 %	90 % – 95 %
Effets secondaires potentiels	Décharge aqueuse	Saignements, infection
Anesthésie requise	Non	Oui
Échantillon de tissu obtenu	Non	Oui
Électricité requise	Non	Oui
Coût	Relativement faible	Relativement élevé

SOURCES : Adapté de l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP), « Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review » (2003) ; ACCP, « Treating Precancerous Cervical Lesions » (2004) ; et A. Bishop et al., « Cervical Cancer: Evolving Prevention Strategies for Developing Countries » (1995).

sus précancéreux au cours d'une même visite, l'approche de visite unique, s'avère donc une approche rationnelle et rentable dans certaines situations (voir encadré 4, page 10).²³

D'autres méthodes de traitement consistent à enlever des tissus du col pour analyser la zone affectée. Cette méthode réduit la possibilité de laisser passer un cancer avancé, en supposant que les services de pathologie sont disponibles pour examiner les tissus. Une procédure courante d'ablation des tissus n'exigeant aucune hospitalisation consiste en la résection à l'anse diathermique (RAD). La RAD utilise un fin fil électrique pour enlever la zone affectée. Elle présente une efficacité de 90 % à 95 % pour traiter les anomalies sévères, mais la RAD est plus complexe que la cryothérapie en matière

d'équipement et d'effets secondaires (voir tableau 1). L'équipement requis inclut des tables d'opération, un équipement de stérilisation et un évacuateur de fumée. Comme la RAD est plus complexe, elle est souvent offerte dans les sites principaux où les patients viennent pour une consultation, alors que la cryothérapie est plus largement disponible dans les régions éloignées.

Quelle que soit la méthode adoptée, cryothérapie ou RAD, les femmes ont besoin d'information claire et précise sur l'inconfort temporaire tel que les petites douleurs et les crampes, et la nécessité de revenir pour des soins si des symptômes de complication grave se présentent après le traitement.

Les hauts niveaux d'expertise du personnel et le suivi peuvent améliorer la sûreté et l'efficacité de la cryothé-

ENCADRÉ 4

Les approches de traitement et de dépistage aident à réduire le nombre de visites aux centres de santé

Les approches traditionnelles de dépistage et de traitement peuvent exiger trois visites ou plus dans un centre de santé. Toutefois, le fait de revenir pour plusieurs visites pose des défis pour les femmes et leurs familles. Les défis peuvent inclure le besoin d'organiser la surveillance des enfants, le transport et le temps de travail perdu. En conséquence, de nombreuses femmes ne reviennent pas pour obtenir les résultats de leur test ou suivre un traitement.

Les chercheurs analysent des approches pour gérer les conditions précancéreuses qui minimisent le nombre de visites dans un centre de santé. Lors d'une seule visite, un clinicien offre un traitement immédiat aux femmes présentant un résultat de test de dépistage positif mais non encore confirmé par le diagnostic (en général après une inspection visuelle). Les recherches de l'ACCP en Thaïlande, au Ghana et dans d'autres régions ont montré que cette approche a le potentiel de détecter le cancer du col de l'utérus à un stade précoce quand on peut encore le traiter avec succès.¹ Les approches de dépistage et de traitement impliquant deux visites offrent aussi une solution prometteuse car elles fournissent des résultats de test immédiats au cours de la première visite. L'importance de revenir pour un second rendez-vous est donc sans équivoque.

En 2000, JHPIEGO a collaboré avec le Ministère de la santé publique de la Thaïlande et d'autres partenaires locaux à un projet qui combinait l'inspection visuelle du col au moyen d'une solution d'acide acétique suivie d'un traitement de cryothérapie immédiat (le cas échéant) ou d'un aiguillage vers un service spécialisé. Les infirmières ont reçu une formation en VIA et en cryothérapie en tant que membres des équipes du centre de santé du village et des hôpitaux dans quatre districts de la province du Nord-Est de Roi Et. Les femmes se sont fait tester et si elles avaient besoin de traitement, on leur proposait la cryothérapie et des conseils sur les bénéfices, les risques et les effets secondaires potentiels du traitement. Plus de 13 % des femmes ont présenté des résultats positifs et près de 95 % d'entre elles ont accepté un traitement immédiat ; moins de 5 % de celles ayant reçu un traitement sont revenues pour un problème perçu.²

Parce qu'elle réduit le nombre de visites nécessaires, l'approche de visite unique présente de nombreux avantages, y compris :

- l'élimination de l'étape habituelle d'attente d'un diagnostic suivi d'une deuxième visite pour le traitement ;
- la résolution du problème posé par le fait que de nombreuses femmes ne reviennent pas pour des soins de suivi ;
- un suivi des femmes ne nécessitant pas de systèmes complexes ;
- l'augmentation de la rentabilité du programme.

Cette approche reste toutefois controversée car quelques femmes seront traitées sans avoir besoin de l'être ; ceci peut surcharger un système de soins de santé et causer une anxiété inutile chez les femmes. Les planificateurs de programmes de santé ont besoin de tenir compte de ces désavantages et de les comparer aux bénéfices offerts par des services complets lors d'une seule visite, donnant ainsi aux femmes l'accès aux soins dont elles ont besoin.

RÉFÉRENCES

¹ Lynne Gaffikin et al., *Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention: Results from a Demonstration Project in Rural Thailand* (Baltimore : JHPIEGO, 2003).

² Gaffikin et al., *Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention*.

rapie ou de la RAD. Puisque des anomalies peuvent revenir dans 10 % des cas avec l'une de ces deux techniques de traitement, le suivi est souvent recommandé trois ou six mois après le traitement, puis annuellement sur cinq ans.

Traitement du cancer avancé

Au minimum, les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus doivent rendre disponibles des traitements chirurgicaux (pour l'ablation d'une partie du col ou une hystérectomie) dans les cas de cancer. Les structures qui ne peuvent offrir ces services doivent référer les femmes vers des hôpitaux appropriés.

Lorsque la maladie se répand au-delà du col, une chirurgie pelvienne importante, une radiothérapie ou les deux peuvent guérir la maladie mais le succès à un stade plus avancé de la maladie est moins probable. Pour les femmes dont la condition ne peut être traitée, des soins palliatifs doivent être disponibles.

Les programmes ACCP ont fait un effort pour aider les femmes atteintes de cancer, en particulier dans les domaines du transport, des coûts de traitement et du logement temporaire.²⁴ Les projets ACCP au Ghana, en Thaïlande, en Afrique du Sud, au Pérou et au San Salvador ont fourni aux femmes des transports gratuits vers des centres de traitement, dans certains cas, en payant pour le transport public. Lorsque les options de traitement existent, le coût reste un obstacle majeur pour les patientes. Les projets ACCP au Ghana, en Thaïlande, au Pérou, en Inde et en Afrique de l'Ouest ont donc fourni des subventions pour le traitement du cancer, une option dont les nouveaux programmes doivent tenir compte. Comme les femmes doivent souvent se déplacer loin de chez elles afin de recevoir un trai-

tement, de nombreux projets ACCP ont établi des liens avec des organismes locaux pour trouver un logement temporaire pour les femmes.

Soins pour les femmes atteintes d'un cancer invasif

Les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus doivent être prêts à répondre aux besoins des patientes atteintes d'un cancer avancé et ayant peu de chances de survivre. En Afrique subsaharienne, plus de la moitié des femmes qui viennent se faire soigner ont des cancers avancés. Dans de nombreuses régions, des traitements tels que l'hystérectomie, la radiothérapie ou la chimiothérapie ne sont pas disponibles. Des soins palliatifs basés à la maison pour alléger la douleur et la souffrance peuvent être la seule option réaliste.

Les soins palliatifs sont les soins actifs, complets des patientes dont la maladie ne répond pas au traitement curatif ou pour lesquels un traitement n'est pas disponible. Le contrôle de la douleur et d'autres symptômes, la réponse aux besoins émotionnels, psychologiques, sociaux et spirituels font aussi partie des soins palliatifs. Le but global est de parvenir à la meilleure qualité de vie possible pour les patientes et leurs familles.

Il existe souvent des obstacles majeurs à la fourniture de soins palliatifs. Ces obstacles incluent l'absence de politiques sanitaires nationales sur les soins palliatifs pour les douleurs associées aux cancers et un manque de formation des prestataires de soins de santé. De nombreux pays imposent des restrictions sur les médicaments qui contrôlent la douleur aiguë, souvent en raison de préoccupations sur la légalité de certains médicaments qui sont classifiés comme narcotiques. Des règlements internationaux sur les narcotiques ont entraî-

TABLEAU 2

Stratégies de dépistage sélectionnées, comparées à l'absence de dépistage, Afrique du Sud

Type et fréquence du dépistage	Réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus (%)	Coût par an de vie épargnée (\$ US)
Une visite		
Inspection visuelle + cryothérapie	26	Économies*
Test VPH + cryothérapie	32	14
Deux visites		
Test VPH	27	39
Test Pap	19	81
Trois visites		
Test Pap	17	147

*Les coûts de cette stratégie, comparés aux bénéfices fournis, étaient plus que couverts par les économies faites en n'ayant pas à traiter des femmes atteintes d'un cancer envahissant.

SOURCE : S.J. Goldie et al., « Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings » (2001).

né des pénuries ou des prix prohibitifs des opiacées dans certaines régions. Certains de ces règlements peuvent indûment limiter l'accès aux médicaments dans les situations où les bénéfices, tels que la réduction des douleurs associées au cancer, dépassent les risques d'une mauvaise utilisation ou de l'accoutumance.

Dans les pays en développement, la vaste majorité des femmes atteintes de cancer en phase terminale reçoivent des soins à la maison. Il est donc logique pour les programmes de soutenir les familles qui fournissent les soins, plutôt que d'investir dans des soins à l'hôpital ou des hospices spéciaux qui ne peuvent rejoindre qu'une minorité des patientes dans le besoin. Des techniques simples pour aider les femmes malades à manger, respirer et changer de position plus facilement lorsqu'elles sont allongées peuvent être enseignées aux membres de la famille et aux personnes donnant des soins. Les prestataires de soins de services qui fournissent des conseils de base et un soutien émotionnel peuvent grandement améliorer le confort et le bien-être des malades, de leur famille ou d'autres personnes fournissant des soins.²⁵

La rentabilité de la prévention

Les études ACCP ont fourni de nouvelles preuves de la rentabilité des diverses stratégies de détection et de traitement des conditions qui mènent au cancer du col de l'utérus. Les résultats aideront les responsables des politiques de gestion à choisir parmi des solutions de rechange pour arrêter la maladie, en fonction des ressources dont ils disposent.

Prévention du cancer du col de l'utérus comparée à d'autres interventions de santé

Les besoins en matière de santé se font parfois concurrence pour les ressources disponibles au sein d'un même pays. Dans les pays où le cancer du col de l'utérus est un problème grave, il existe probablement d'autres problèmes de santé qui affectent les femmes et les enfants, des problèmes tels que les forts taux de mortalité maternelle et infantile, des déficiences nutritionnelles, le VIH et d'autres maladies infectieuses.

Une étude de 1993 de la Banque mondiale a montré que la prévention du cancer du col de l'utérus sur la base du test Pap était relativement rentable, comparé à d'autres interventions de santé telles que le traitement de la malaria et les vaccins contre la polio, et très rentables comparées aux autres efforts de contrôle de can-

cer.²⁶ Les données montrent que le dépistage et le traitement de tissu anormal du col sont bien moins chers que le traitement, souvent futile, en hôpital de cancers avancés. Il n'en reste pas moins que le coût des tests Pap à intervalles réguliers peut être bien plus élevé que ce que de nombreux pays en développement peuvent se permettre. Les programmes de santé doivent donc tenir compte des coûts et de l'efficacité de solutions de rechange en matière de stratégies de dépistage et de traitement.

Rentabilité des solutions de rechange en matière de stratégies de dépistage

Les recherches de l'ACCP en Afrique du Sud ont examiné la rentabilité de diverses stratégies de dépistage, diagnostic et traitement des anomalies du col. Les chercheurs ont utilisé un modèle pour estimer l'incidence du cancer, l'espérance de vie, les coûts une vie durant et les coûts de trois différentes stratégies de dépistage : inspection visuelle, tests Pap et tests VPH. Le modèle a montré qu'un seul dépistage des femmes de 35 à 40 ans durant leur vie réduirait l'incidence du cancer du col de l'utérus en Afrique du Sud d'au moins 26 % (voir tableau 2). Des dépistages plus fréquents réduiraient encore plus l'incidence.

La stratégie la moins chère était l'inspection visuelle, suivie du traitement par la cryothérapie pour les femmes dont le test était positif. La stratégie la plus efficace, en termes de vies sauvées, était l'utilisation du test VPH une seule fois dans une vie, suivi de la cryothérapie pour les femmes dont les résultats étaient positifs. (Ce modèle suppose que les prestataires n'utiliseraient pas un colposcope cher pour guider la procédure de traitement²⁷).

Les résultats de l'étude en Afrique du Sud ont illustré qu'un seul dépistage fait par inspection visuelle, avec traitement immédiat, peut être la seule stratégie dont les pays les plus pauvres puissent couvrir les frais. Toutefois, pour des pays ayant des ressources quelque peu plus importantes, l'utilisation du test VPH sauve encore plus de vies. Les deux stratégies de dépistage sont rentables par rapport à d'autres interventions de santé publique telles que les immunisations pour les enfants ou les programmes de prévention du sida.²⁸

Les chercheurs de l'ACCP ont utilisé des données du Kenya, du Pérou, de Thaïlande, d'Afrique du Sud et d'Inde pour développer une série standard d'analyses afin de comparer les coûts et bénéfices des stratégies de dépistage alternatives. Cette analyse a confirmé la rentabilité des dépistages et a montré que dans les cinq pays, le risque de cancer au cours d'une vie était réduit de 25 % à 35 % avec un seul dépistage (suivi de cryothérapie pour les femmes dont les résultats sont positifs) avec soit une inspection visuelle en une visite ou

un test VPH en deux visites pour les femmes de 35 à 40 ans. Bien que les coûts varient d'un pays à l'autre, les chercheurs ont identifié une stratégie de dépistage unique dans chaque pays qui coûterait moins cher par année de vie sauvée que le produit domestique par habitant du pays, une somme considérée rentable.²⁹

Éléments d'un programme de prévention réussi

Un programme de prévention réussi du cancer du col de l'utérus doit atteindre une proportion importante des femmes à risque, les tester efficacement, traiter ou gérer les femmes dont le test est positif, s'assurer qu'elles sont suivies et gérer et évaluer l'impact du programme. Les investissements spécifiques financiers et techniques

nécessaires pour lancer un tel programme dépendent de la taille de la population à tester, de l'approche de dépistage et de l'infrastructure sanitaire existante. Toutefois, les recherches et l'expérience de l'ACCP montrent que certains éléments essentiels contribuent au succès du programme.

Assurer un niveau minimal de services

Pour être efficace, un programme de prévention du cancer du col de l'utérus doit inclure plusieurs volets : éducation, dépistage et services de traitement du pré-cancer qui atteignent une majorité des femmes à risque. La mise sur pied d'un seul élément de cet ensemble sans les autres n'aura pas d'impact substantiel (voir encadré 5). Les efforts en matière d'éducation sont nécessaires pour motiver les femmes à se faire dépister et les services de dépistage doivent être suivis

ENCADRÉ 5

La nécessité de revoir les politiques de dépistage

Lorsque Florence, 51 ans, de la province d'Eastern Cape en Afrique du Sud, a commencé à avoir des saignements vaginaux anormaux et des douleurs à l'abdomen, symptômes d'un cancer du col de l'utérus avancé, elle a quand même attendu des mois avant de se faire soigner. Les membres de sa communauté Xhosa ont comme d'habitude tout d'abord fait appel aux sangomas, des docteurs traditionnels. Toutefois, la fille de Florence avait déjà perdu un membre de sa famille à cause de cette maladie et en connaissait vaguement les dangers. Florence s'est finalement laissé convaincre par sa fille d'aller dans une clinique éloignée de chez elle au Cap. On a diagnostiqué un cancer et elle a reçu une recommandation pour un traitement de radiothérapie. Bien qu'ayant peur, Florence a quand même fini son régime de radiothérapie.

L'histoire de Florence est loin de faire exception en Afrique du Sud, où le cancer du col de l'utérus est le plus courant chez les femmes de descendance africaine mais se classe au quatrième rang chez les femmes de descendance européenne. Les politiques de dépistage du pays ont en grande partie échoué. Dans les années 1970, le ministère de la santé a recommandé l'usage de tests Pap seulement quand le col présentait des anomalies, une stratégie qui a présenté des problèmes particuliers puisque les anomalies du col observées sans l'aide d'une solution à base de vinaigre ou d'iode tendent à indiquer un cancer avancé. Les services de dépistage ont aussi souffert dans les années 1980 lorsque des responsables ont déterminé que le pays faisait face à d'autres défis sanitaires plus urgents que le cancer du col de l'utérus. Aujourd'hui, les services restent variables dans le pays. Une politique visant à fournir aux femmes de plus de 30 ans trois tests Pap gratuits, à 10 ans d'intervalle, n'a pas été appliquée avec succès.

Sous l'impulsion de l'échec des efforts de dépistage, un membre de l'ACCP (EngenderHealth) a travaillé avec le Projet de santé des femmes de l'École de médecine de l'Université de Witwatersrand et l'unité de recherche en santé féminine de l'École de santé publique et de médecine familiale de l'Université du Cap pour mettre au point, tester et évaluer la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les services de soins primaires. Le projet de trois ans mené dans trois districts a porté principalement sur les objectifs suivants : atteindre la communauté ciblée, mettre sur pied des services de dépistage, de traitement et d'aiguillage et établir des procédures d'assurance de la qualité.

Une amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques du personnel participant au projet ont été observées. Malgré tout, des opportunités ratées de dépister des femmes admissibles lors de visites en clinique et les difficultés éprouvées pour améliorer les services d'aiguillage continuent de poser des défis de taille. Des exigences sanitaires concurrentielles, l'absence d'un calendrier politique commun et une inertie bureaucratique font obstacle aux efforts déployés pour atteindre une approche unifiée.

La recherche soutenue (par exemple, partant sur l'hypothèse qu'un seul dépistage dans une vie, couplé à un traitement approprié pourrait réduire la mortalité) pourrait continuer à influencer les politiques de gestion et les pratiques liées au cancer du col de l'utérus dans les pays en développement comme l'Afrique du Sud. Un engagement politique plus fort et des ressources considérables seront aussi nécessaires pour réduire la maladie et la mortalité dues au cancer du col de l'utérus.

de services de traitement pour s'assurer que tout pré-cancer identifié est géré de manière appropriée.

La progression du cancer du col de l'utérus est un guide important pour décider de la date à laquelle on doit commencer le dépistage, la périodicité des dépistages et le moment où l'on doit recommander un traitement et une évaluation de suivi.

- **Début du dépistage** : Le cancer du col de l'utérus commence le plus souvent chez les femmes de plus de 40 ans. Une dysplasie avancée est en général détectable environ 10 ans avant que le cancer

ne se développe, avec un pic vers l'âge de 35 ans. Conséquemment, quand les ressources de programme sont limitées, le dépistage devrait d'abord se concentrer sur les femmes dans la trentaine et quarantaine.

- **Périodicité du dépistage** : Le dépistage peut avoir lieu relativement peu fréquemment et avoir quand même un impact notable sur les taux d'incidence de la maladie. Un seul dépistage entre les âges de 35 et 40 ans peut réduire le risque de cancer au cours d'une vie de 25 % à 35 %. En ajoutant deux dépistages de plus à cinq années d'intervalle (par

ENCADRÉ 6

Les cliniques mobiles répondent aux besoins en matière d'éducation et de traitement

Les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus bien gérés cherchent à développer des stratégies pour dépister des femmes difficiles à atteindre dans les communautés rurales et les agglomérations urbaines défavorisées. Là où des services de dépistage existant ont échoué, des unités mobiles peuvent travailler avec des dirigeants communautaires pour mettre au point des campagnes d'éducation, fournir des sites pour le dépistage de femmes dans les tranches d'âge critiques, suivre les patientes et les motiver à revenir pour des soins de suivi.

Un programme mobile qui mettait l'accent sur l'éducation et la sensibilisation a montré des résultats positifs dans les régions rurales de la Thaïlande dans les années 1990. Malgré des campagnes de dépistage durant toute une semaine, y compris des tests Pap gratuits, une enquête de 1991 a montré que seule une femme sur cinq entre 18 et 65 ans dans le District de Mae Sot au nord de la province de Tak avait entendu parler des tests Pap ou été dépistée. Pour augmenter la sensibilisation et améliorer la couverture du dépistage, le programme a offert de l'information et des tests Pap gratuits aux femmes de 25 à 60 ans dans 54 villages. En utilisant les contacts personnels, les travailleurs des centres de santé et les modérateurs de santé des villages ont invité les femmes à la clinique mobile durant des campagnes de dépistage en 1993 et 1996. Des infirmières de santé publique, sous la supervision du docteur affilié au projet, ont collecté des frottis de Pap et les ont envoyés à l'hôpital local.

Les enquêtes menées dans la région ont montré que la proportion de femmes qui avaient eu un frottis de Pap a augmenté brutalement de 20 % à 70 % entre 1991 et 1997 et que le programme de dépistage mobile était devenu le service le plus couramment cité pour les frottis de Pap parmi les femmes thaïlandaises.¹ Un projet de l'ACCP dans la province Roi Et en Thaïlande a montré que l'utilisation de cliniques mobiles pour fournir des dépistages visuels avait atteint un grand nombre de femmes, dans certains cas, trois fois plus que les services basés à l'hôpital. Quatre ans après le début du projet, un quart des femmes admissibles de la province avaient reçu un dépistage visuel.²

En Afrique du Sud, les prestataires de services de santé sont confrontés au défi que pose les déplacements continus de personnes cherchant du travail et le fait que nombre d'entre elles vivent dans des milieux informels et pauvres. Même quand les services de dépistage sont disponibles, un suivi inadéquat des patients contribue à l'échec des efforts de prévention. Les estimations montrent que 60 % à 80 % des femmes sud-africaines qui ont reçu des diagnostics positifs ne reviennent jamais se faire traiter.³

Pour essayer de renverser cette tendance, le partenaire de l'ACCP, EngenderHealth, a collaboré avec l'Association nationale pour le cancer d'Afrique du Sud pour fournir des services à la population fortement nomade du Cap. Le projet, qui a fourni aux femmes de l'information sur la prévention du cancer du col de l'utérus et des frottis de Pap gratuits, a testé la faisabilité de la prestation de services de diagnostic et de traitement sur le terrain, avec une attente minimale.

Le projet a montré que l'éducation était un ingrédient essentiel au succès du programme et que les femmes avaient plus de chances de suivre un traitement lorsque le diagnostic et le traitement étaient offerts immédiatement sur place. Quand les femmes présentant des lésions cancéreuses avancées étaient envoyées à la clinique locale pour un traitement lors de la première phase du projet, seules 34 % suivaient les recommandations reçues. Mais quand les femmes avaient l'option d'un traitement sur place au cours de la même visite durant la phase finale du projet, le taux d'échec n'était que de 3 %.

RÉFÉRENCES

¹ PATH, *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs* (Seattle : PATH, 2000).

² Amy Kleine et Lynne Gaffikin, *Evaluation of Supply and Demand Factors Affecting Cervical Cancer Prevention Services in Roi Et Province, Thailand* (Baltimore : JHPIEGO, 2004).

³ Eric Megevan et al., « Can Cervical Cancer Be Prevented by a See, Screen, and Treat Program? A Pilot Study, » *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 174, n° 3 (1996) : 923-28.

exemple, à l'âge de 35, 40 et 45 ans), on peut réduire encore davantage le risque de cancer.³⁰

L'emphase des programmes de dépistage devrait donc être mise sur la couverture des femmes à haut risque plutôt que sur la fréquence.

- **Qui traiter et suivre :** Comme 70 % des lésions précancéreuses de faible niveau régressent d'elles-mêmes ou ne progressent pas vers un cancer, le traitement devrait être centré sur les femmes ayant des lésions avancées avec des mécanismes de suivi en place pour les femmes ayant des lésions faibles. Environ un tiers des lésions avancées non traitées progressent vers le cancer en l'espace de 10 ans. Les services devraient aussi inclure des soins palliatifs pour les femmes atteintes d'un cancer avancé.³¹

Au minimum, les programmes devraient atteindre les femmes à fort risque de développer des lésions du col par des messages éducatifs efficaces, tester les femmes au moins une fois et fournir des traitements appropriés ou des soins palliatifs à celles qui en ont besoin (voir encadré 6, page 14). Au fur et à mesure que le programme progresse, il peut être élargi aux femmes jusqu'à l'âge de 60 ans puis aux femmes de moins de 30 ans, selon les tranches d'âge les plus affectées localement. Dans l'idéal, des politiques nationales devraient être mises en place pour guider les approches de dépistage et de traitement appropriées à la situation locale.

Intégration à des services existants

L'intégration de la prévention du cancer du col de l'utérus à d'autres services de soins primaires peut aider à augmenter la probabilité de voir les femmes venir se faire tester et recevoir les soins de suivi appropriés. L'intégration ne réussira toutefois que si les services existants atteignent les femmes de 30 à 35 ans et plus. Les programmes de planification familiale ne sont peut-être pas de bons candidats pour l'intégration parce qu'ils atteignent souvent les jeunes femmes. Les programmes qui fournissent des services de santé maternelle et infantile, des traitements pour l'hypertension ou autres services sans hospitalisation peuvent être plus appropriés et mieux convenir à des femmes plus âgées qui risquent de contracter des maladies du col.

La mesure dans laquelle la prévention du cancer et autres services de santé devraient s'intégrer dépend des ressources disponibles et des capacités. Si l'intégration a pour résultat des prestataires surchargés de travail, en raison d'une pénurie de personnel de qualité et de ressources, l'efficacité du programme en souffrira. Des services intégrés fonctionnent mieux quand ils sont fournis par un personnel diversifié ou nombreux : des infirmières et des docteurs qui fournissent déjà d'autres

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

Les femmes ont besoin d'information exacte et complète sur le cancer du col de l'utérus et les options de prévention et de traitement.

services de santé et qui peuvent incorporer la prévention du cancer du col de l'utérus dans leurs pratiques de routine. Dans certains cas, les services consacrés exclusivement au dépistage de maladies du col peuvent être offerts efficacement. Ces services spécialisés peuvent être fournis dans un des cabinets d'une clinique ou par le biais de services mobiles de sensibilisation qui visitent périodiquement des villages ou des villes n'ayant pas accès aux services de santé.

Former les prestataires

Le succès des programmes dépend de l'aide fournie aux prestataires de soins de santé pour adopter une approche de santé publique du dépistage et de traitement (visant à atteindre autant de personnes que possible grâce à un ensemble de services de base) et donner aux prestataires les qualifications nécessaires pour fournir des services et des conseils de haute qualité. Dans de nombreuses situations, un manque de docteurs signifie que le personnel doit être formé pour fournir des services de dépistage qui toucheront plus de femmes.

Les efforts réalisés dans le passé en matière de contrôle du cancer du col de l'utérus dans le monde ont suggéré que certaines politiques mises en place dans des situations de faibles ressources impliquent des approches de prestation de services inappropriées, par exemple le dépistage annuel des femmes, le dépistage des jeunes femmes ou les efforts concentrés sur le traitement des cancers avancés. La généralisation de telles pratiques taxe les ressources des programmes sans avoir un impact sanitaire majeur. Pourtant ces pratiques sont courantes et ont cours depuis longtemps.

La formation peut aider à démontrer pourquoi ces anciennes pratiques ont été mal orientées. On peut fournir aux prestataires de services de l'information mise à jour sur la progression des maladies du col, sur les approches de dépistage réussies, sur la nécessité de

concentrer les efforts sur les femmes dans la trentaine et la quarantaine et de traiter les conditions précancéreuses. La diffusion de cette information peut fournir une base empirique sur laquelle baser les changements de politiques et de pratiques cliniques.

Une série de mesures garantissant la prestation de soins de santé de qualité est également nécessaire. Dans le cas où les frottis Pap sont utilisés, les prestataires doivent être formés afin que les échantillons soient correctement collectés et déposés sur une plaquette. Dans le cas de l'inspection visuelle, les prestataires doivent apprendre à identifier les tissus anormaux et les actions appropriées à engager. Une pratique suffisante en présence d'un formateur joue aussi un rôle vital dans le processus. Quelle que soit la méthode de dépistage utilisée, tous les prestataires de services ont besoin de formation pour communiquer efficacement et avec compassion avec les femmes cherchant à se faire soigner. La supervision et le suivi sont aussi des éléments essentiels du contrôle de la qualité.

Répondre aux besoins des femmes

Les femmes qui risquent de développer un cancer du col de l'utérus ont besoin d'information exhaustive et exacte afin qu'elles puissent comprendre les options

de prévention et être motivées à utiliser des services de dépistage. Pourtant, dans de nombreux pays, le manque de sensibilisation des femmes concernant le cancer du col de l'utérus est un obstacle majeur à l'utilisation de services de dépistage. Ainsi, des études au Kenya et au Nigeria ont montré que 10 % à 15 % des femmes connaissaient le cancer du col de l'utérus et que beaucoup moins de femmes connaissaient les moyens de le prévenir.³²

Même si elles connaissent la maladie, les femmes peuvent hésiter à se faire dépister en raison de l'embaras associé à l'examen pelvien, la peur de la procédure ou la peur du cancer. Les femmes se méfient souvent des prestataires de soins de santé et subissent diverses pressions familiales qui les empêchent de chercher à se faire soigner.

Les programmes de cancer du col de l'utérus doivent donc répondre aux obstacles culturels, émotionnels et pratiques qui influencent l'utilisation ou la non-utilisation des services de dépistage. Les planificateurs de programmes peuvent prendre un certain nombre de mesures pour répondre aux besoins des femmes :

- Pour motiver les femmes à chercher des services de prévention, les planificateurs de programmes peuvent

ENCADRÉ 7

Travailler au sein de la communauté pour contrer les images négatives

Il est particulièrement important de mettre au point des messages d'information qui répondent aux préoccupations enracinées des communautés concernant les problèmes gynécologiques, car les attitudes négatives et la compréhension limitée du concept de la prévention du cancer du col de l'utérus contribuent souvent à l'hésitation de la femme devant le dépistage.

Les soins concernant le cancer et la gynécologie générale évoquent des images puissantes et négatives pour de nombreuses femmes. En Afrique du Sud, l'anxiété concernant les examens pelviens a donné lieu à des références telles que « pendre les jambes » ou « s'offrir ». Certains au Mexique voient le cancer du col de l'utérus comme un col qui « pourrit » ou « se fait dévorer ».

Dans la région de la forêt ombrophile de San Martin au Pérou où seules 23 % des femmes ayant des frottis de Pap anormaux en 1999 avaient reçu des diagnostics et un traitement, les femmes ont beaucoup de conceptions erronées concernant la maladie.¹ « Mes voisins m'ont dit qu'on attrape le cancer des sous-vêtements en lycra... de trop de sexe et de grossesses répétées » dit Gloria, 36 ans. « Mais je crois que si ça n'est pas hérité de ma mère, c'est une punition de Dieu pour quelque chose dont j'ai dû être coupable dans le passé ».

Les projets de l'ACCP avaient pour objectif de répondre aux préoccupations qui avaient un impact sur le fait qu'une femme demande ou non des soins. Les recherches de l'alliance suggèrent que les femmes avaient davantage tendance à tirer parti des services de dépistage ou de traitement lorsque ceux-ci étaient offerts par des groupes de femmes, des groupes religieux ou lors de visites en personne par les prestataires de santé communautaires.

Au Pérou, la sensibilisation communautaire a joué un rôle essentiel dans la réussite d'un projet visant à assurer le dépistage des femmes et leur offrir un traitement immédiat au niveau des soins de santé primaires. Le projet, une collaboration entre PATH, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et le Ministère de la santé péruvienne, a travaillé avec des groupes de femmes et d'autres groupes pour identifier et former des modératrices qui fournissent aux femmes de l'information essentielle. Du personnel qualifié et les dirigeants communautaires ont aussi surveillé le niveau de satisfaction des femmes envers les services afin de fournir des commentaires continus aux équipes de santé.

RÉFÉRENCE

¹ Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Division de la prévention des maladies et du programme de contrôle des maladies non-contagieuses, « Testing New Technologies in the Test-and-Treat Project, Peru: The TATI Intervention », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.paho.org/English/AD/DPC/NC/cctestingnewtech.pdf, le 13 octobre 2004.

impliquer les femmes âgées de 35 à 50 ans dans l'élaboration de programmes appropriés et de messages faciles à comprendre. Des discussions en groupes de concertation et des entrevues poussées peuvent mettre à jour les besoins et les préoccupations des femmes. Les responsables de programmes peuvent aussi envisager d'établir des groupes consultatifs composés de femmes provenant de tranches d'âge essentielles et de membres de la communauté. Il est aussi important d'impliquer les femmes qui utilisent les services dans l'évaluation des programmes et les messages d'information.

- Pour aider les prestataires de soins de santé à établir un rapport avec les femmes, les programmes peuvent également former les prestataires en communication interpersonnelle et en techniques de conseils. Le fait de conseiller les femmes avant le dépistage ou le traitement peut aider à atténuer les peurs d'une femme et l'aider à comprendre l'importance de revenir pour un suivi quand les résultats de dépistage sont anormaux.
- Les programmes devraient passer en revue les politiques et procédures internes pour s'assurer que les services sont appropriés à la culture locale, disponibles en langues locales, accessibles en termes de coût et de localisation, et confidentiels pour protéger la privauté des femmes.

Impliquer les communautés

Les services de prévention du cancer du col de l'utérus les plus efficaces se basent sur le soutien général des femmes et des communautés pour s'assurer que les projets répondent à leurs besoins et leurs croyances. L'implication des femmes et des communautés dans les stratégies et activités de mise au point, d'application et d'évaluation est un élément essentiel au succès d'un projet de prévention.

L'expérience de l'ACCP montre qu'il est crucial de sensibiliser les communautés pour encourager les femmes admissibles à utiliser les services de prévention du cancer du col de l'utérus. Les stratégies pour impliquer la communauté incluent :

- être à l'écoute de la communauté et recueillir de l'information sur les perceptions du cancer du col de l'utérus, les obstacles à la demande de dépistage et les caractéristiques des femmes non desservies ;
- impliquer les membres qui sont les détenteurs d'enjeux au sein de la communauté, tels que les organisations de femmes et autres, les groupes consultatifs locaux, les travailleurs sanitaires de la communauté et les hommes dans la mise au point et l'application des programmes, et

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Il est vital d'aller vers les communautés pour encourager les femmes à utiliser les services de prévention du cancer.

- répondre aux besoins de la communauté par le biais de documents de communication, d'activités de sensibilisation et une planification de l'action locale.

Ces stratégies peuvent augmenter et soutenir la demande de services et améliorer la qualité de ceux-ci, ce qui peut à son tour déboucher sur le dépistage d'un plus grand nombre de femmes et un respect accru des recommandations de traitement (voir encadré 7, page 16).

Mise en place de systèmes d'information

L'expérience passée suggère que, pour une efficacité et un impact maximum, un système d'information en matière de santé doit être mis sur pied au moment de lancer les activités d'un programme. Les femmes dont les résultats de test suggèrent qu'elles présentent des tissus du col anormaux doivent faire une ou deux visites de suivi auprès d'un prestataire de soins de santé, si l'approche de visite unique n'est pas utilisée. Le suivi de ces visites et le rappel des femmes pour les encourager à revenir à la clinique exigent d'avoir des dossiers bien organisés.

Un système d'information qui fonctionne bien permet aux travailleurs de rappeler les femmes ou de les envoyer vers un autre centre le cas échéant. Cela permet aux programmes de suivre à long terme les renseignements de santé des patientes, y compris leurs résultats de tests, leurs références vers des services spécialisés et les résultats des traitements. Dans l'idéal, l'information des centres devrait être liée à des bases de données régionales ou nationales pour permettre aux administrateurs de soins de santé de suivre la performance et les besoins des programmes.

Lorsque cela est possible, les données sur le cancer devraient être rapportées aux registres de cancer nationaux pour le suivi des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus. Toutefois, quand de tels registres n'existent pas, les chercheurs peuvent tout d'abord collecter les données dans une région limitée puis graduellement élargir la zone de collecte. Un registre de cancer n'a pas besoin de couvrir toute la population pour générer assez de données permettant de suivre le développement de la maladie.

Suivi et évaluation des programmes

La gestion et l'évaluation des opérations et de l'impact d'un programme de prévention sont essentiels. Les résultats peuvent être utilisés pour aider à assurer une prestation de services, évaluer la couverture de la population et redresser les problèmes et les inefficacités dans les opérations du programme. Des résultats d'évaluation peuvent aussi être utilisés pour mobiliser le soutien financier et politique continu du programme.

Comme l'évaluation peut prendre du temps et de l'argent, les programmes doivent mettre au point des stratégies de gestion et d'évaluation qui sont réalisables en fonction des ressources disponibles. Lorsque cela est possible, ces stratégies, ainsi que les mécanismes pour faire passer rapidement les données entre les sites, devraient être en place au début des activités de programme.

Les efforts en matière d'évaluation de nouveaux programmes devraient se concentrer sur les activités en cours : par exemple, évaluer si les services de dépistage et de traitement fonctionnent et si les femmes reçoivent les niveaux et la qualité appropriés de soins. Des programmes établis de longue date peuvent mesurer l'impact à long terme : par exemple en cherchant à déterminer si l'incidence du cancer du col de l'utérus est en baisse.³³

Envisager l'avenir

La recherche, la planification et une intervention adéquates sont essentielles pour mener à bien des programmes efficaces. Toutefois, compte tenu des priorités de santé concurrentielles et des ressources limitées dans les pays en développement, la défense de l'engagement des ressources pour la prévention du cancer du col de l'utérus peut sembler un défi insurmontable. Comme la maladie est associée à l'activité sexuelle, certains décideurs peuvent hésiter à aborder un sujet de santé qui peut être controversé. Pourtant, les recherches actuelles suggèrent fortement qu'il est essentiel de fournir des services de dépistage et de

traitement du précancer du point de vue de la santé publique, des coûts et des droits de la personne.

La nécessité de la revendication

Dans certains pays, les responsables de la santé et autres décideurs ont encore à faire de la prévention du cancer du col de l'utérus une priorité dans leur budget et plan sanitaires nationaux. Dans d'autres pays, des programmes de prévention existants peuvent utiliser des approches dont l'efficacité est attestée par des recherches récentes. Les individus et les organismes qui plaident en faveur d'initiatives nouvelles ou améliorées pour la prévention du cancer du col de l'utérus doivent définir un plan de revendication soulignant le besoin d'approches basées sur les preuves et la faisabilité de leur application. Les intervenants peuvent comprendre des prestataires médicaux, des éducateurs de santé, des figures communautaires, des groupes de femmes entre autres.

La revendication peut se faire à plusieurs niveaux. Au sein d'une organisation, il peut être nécessaire de revendiquer des changements de politiques ou de procédures, comme persuader des décideurs de changer l'âge cible des femmes se faisant dépister ou l'approche de dépistage à utiliser. Sur une plus grande échelle, la revendication pourrait se concentrer sur le Ministère de la Santé pour le convaincre de soutenir une nouvelle initiative de prévention nationale ou de renforcer des services existants.

Les intervenants en faveur de nouvelles approches de prévention du cancer du col de l'utérus peuvent avoir besoin d'attirer l'attention sur des questions de politique de gestion majeures. Dans certains pays, des règlements empêchent les infirmières et d'autres professionnels de la santé de mi-niveau de tester les femmes, de prendre des décisions de traitement ou de fournir

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'immunisation contre le VPH offrirait une solution à long terme pour le cancer du col de l'utérus mais il faudra des années avant qu'elle ne soit largement disponible.

un traitement (avec la cryothérapie). Puisqu'il y a une pénurie de docteurs et de pathologistes dans de nombreux pays en développement, l'accroissement de la couverture de services exigera de passer des réformes qui permettront aux infirmières, aux sages femmes et autres professionnels de mi-niveau de recevoir une formation pour fournir les services requis. Il peut aussi être nécessaire de réviser les politiques concernant l'âge recommandé auquel les femmes devraient être testées et la fréquence du dépistage. Gagner le soutien des responsables de santé peut aider à surmonter la résistance que certains médecins (en particulier ceux qui ont reçu une formation pour effectuer des frottis Pap périodiques) peuvent afficher devant l'adoption de nouvelles pratiques.³⁴

Les intervenants qui travaillent à obtenir des changements au niveau national ou local doivent présenter leur cas aux principaux décideurs, en particulier au gouvernement. Même lorsque des organismes non gouvernementaux prennent l'initiative d'éduquer les femmes et leur fournir des tests de dépistage, une bonne partie de l'infrastructure de prévention du cancer, y compris les laboratoires et les structures de traitement, fonctionne par le biais du gouvernement. Ainsi, les centres de santé, cliniques et hôpitaux financés par le gouvernement ont besoin de l'accord officiel pour assurer leur succès.

Le besoin de recherches supplémentaires

Des recherches supplémentaires peuvent aider à combler un certain nombre de fossés dans les efforts de prévention du cancer du col de l'utérus. Le développement d'un vaccin VPH aurait un des impacts les plus forts sur le défi que pose la réduction de la mortalité et des maladies associées au cancer à moyen terme, des recherches supplémentaires portant sur les techniques qui permettraient aux femmes de faire des auto-prélèvements pour les tests VPH aideraient à surmonter certains des obstacles culturels et logistiques dans certains pays. De plus, des recherches sur la manière dont l'infection VIH et l'âge des femmes peuvent affecter les approches de prévention fourniraient aux planificateurs de programmes des données inestimables.

La promesse de vaccins VPH

Les vaccins VPH sont très prometteurs pour la prévention du cancer du col de l'utérus à l'avenir. Certains vaccins en cours de mise au point préviendraient une infection par le VPH tandis que d'autres (vaccins thérapeutiques) permettraient de réduire les taux de VPH ou d'éviter la progression des anomalies du col chez les femmes déjà infectées. Si les vaccins qui empêchent l'infection par le VPH étaient donnés aux adolescentes avant qu'elles ne commencent à avoir des rapports

sexuels, celles-ci pourraient être protégées du cancer du col de l'utérus plus tard.

Bien que les vaccins préventifs et thérapeutiques aient été envisagés, les vaccins préventifs ont montré le plus de promesses et sont maintenant en phase finale de mise au point.³⁵ Les vaccins des deux types de VPH les plus cancérigènes (VPH 16 et 18, qui représentent 70 % des cas de cancer du col de l'utérus)³⁶ peuvent être disponibles dans les pays en développement d'ici à cinq ans. Dans un test clinique de contrôle, le vaccin du VPH 16 s'est avéré 100 % efficace pour protéger contre ce type d'infection VPH et la maladie précancéreuse qui y est associée.³⁷

L'immunisation VPH offrirait une solution à long terme au cancer du col de l'utérus, surtout dans les cas où les programmes de dépistage et de traitement ne sont pas bien organisés. Toutefois, l'effet du vaccin sur les taux de cancer du col de l'utérus ne serait pas perçu avant des années après son introduction sur le marché et il sera important de continuer la prévention secondaire par des dépistages et traitements du col. De plus, le vaccin peut ne pas être disponible dans tous les pays et la distribution des types de VPH varie d'une région à l'autre.³⁸ La prévention de la majorité des cas de cancer du col de l'utérus exigera un vaccin qui soit efficace contre plusieurs types de VPH. Une analyse suggère qu'un vaccin pour les types 16 et 18 de VPH (s'il était efficace à 98 % pour empêcher l'infection et administré à toutes les adolescentes avant qu'elles ne soient actives sexuellement) réduirait la charge du cancer du col de l'utérus de 51 % sur une période de 40 à 50 ans.³⁹

Quand un vaccin commercial sera disponible, des programmes d'immunisation devront faire face au défi de la commercialisation afin que les parents des adolescentes approuvent la vaccination et que les jeunes femmes acceptent de se faire vacciner. Une étude aux États-Unis a montré qu'une intervention éducative brève avec les parents améliorerait l'acceptabilité d'un vaccin VPH, si un tel vaccin était disponible.⁴⁰ D'autres recherches montrent que l'attitude d'une femme envers un vaccin VPH est affectée par sa propre conduite sexuelle, sa connaissance du VPH, son opinion sur la vaccination en général et sa perception de l'approbation de la vaccination par autrui.⁴¹

Compte tenu des défis associés à l'introduction de vaccins dans les pays en développement et le long délai entre le lancement du vaccin et une réduction tangible des taux de mortalité, les programmes de pays en développement doivent continuer le dépistage du col de l'utérus comme mesure de prévention secondaire pendant un certain temps. Néanmoins, un vaccin a le potentiel de réduire fortement l'incidence du cancer du col de l'utérus à l'avenir.⁴²

Conclusions et recommandations

Résultats clefs de l'ACCP

Les recherches de l'ACCP et d'autres associations fournissent une base de preuves soutenant de nouvelles approches du dépistage du cancer du col de l'utérus et de son traitement.⁴³ Si ces approches sont appliquées efficacement, elles permettront de réduire la charge de la maladie du cancer du col de l'utérus à travers le monde. Les principaux résultats de l'Alliance et ses conclusions servent de guide pour de futurs efforts.⁴⁴ Les conclusions comprennent les éléments suivants :

- Il est possible de mettre en place des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus organisés dans des situations à faibles ressources qui réduiront la charge de la maladie.
- L'approche de dépistage et traitement de la prévention impliquant une ou deux visites en clinique est sûre et efficace dans les situations à faibles ressources.
- Des stratégies incluant une inspection visuelle et un test VPH présentent de grandes promesses comme solutions de rechange au test Pap et sont des approches rentables pour sauver des vies.
- La cryothérapie (gel des tissus cellulaires anormaux) et la RAD (l'utilisation d'un fil électrochirurgical pour enlever les tissus) sont des méthodes de traitement sûres de maladie précancéreuse du col. Un groupe de prestataires de santé varié, y compris du personnel autre que les médecins, peut fournir la cryothérapie.
- Les essais cliniques dans les pays en développement peuvent être appliqués pour obtenir des données sur l'impact des diverses méthodes de prévention sur le cancer du col de l'utérus.

Les études de l'ACCP évaluant l'utilisation des approches d'inspection visuelle et les tests VPH touchent à leur fin. Ces études ont déjà démontré que des stratégies de dépistage qui utilisent l'inspection visuelle ou le test VPH suivies de traitement par cryothérapie sont sûres, efficaces et acceptables dans les situations à faibles ressources. Dans l'espace des cinq prochaines années, les études de l'ACCP démontreront l'impact sur les taux de cancer du col de l'utérus des nouvelles approches de dépistage et de traitement comparées aux moyens conventionnels de traiter la maladie.

Implications des programmes et politiques

À travers tout le monde en développement, les prestataires de soins de santé voient à intervalles réguliers des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus avancé et incurable. Alors que plusieurs pays utilisent de rares ressources pour fournir une chirurgie et un traitement de radiothérapie à une petite proportion de ces femmes, ils ne peuvent faire grand chose pour la plupart des patientes cancéreuses hormis fournir des soins palliatifs. Cette situation est particulièrement navrante, étant donné la relative facilité avec laquelle la maladie peut être évitée.

Au minimum, les programmes doivent prévoir de parvenir aux objectifs cités ci-dessous pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et sa mortalité :

- Augmenter la sensibilisation au cancer du col de l'utérus et encourager les femmes dans la trentaine et la quarantaine à se faire tester.
- Si les ressources le permettent, ne dépister qu'une fois par vie, en concentrant les efforts sur les femmes dans la trentaine et la quarantaine, surtout celles entre 35 et 40 ans.
- Traiter les femmes ayant des lésions avancées, envoyer celles avec des cancers envahissants vers des centres appropriés lorsque cela est possible et fournir des soins palliatifs pour les femmes atteintes d'un cancer avancé.
- Collecter des statistiques sur la prestation de services qui permettront le suivi et l'évaluation des activités et débouchés des programmes.

Les activités essentielles pour parvenir à ces buts minimaux du programme dans des situations de faibles ressources incluent :

- la coordination de services de prévention du cancer du col de l'utérus avec des programmes de santé qui offrent des services liés et/ou atteignent des femmes dans la trentaine et la quarantaine ;
- l'identification et la gestion des difficultés dans les services, telles que des capacités inadéquates de laboratoire ou de systèmes d'information, avant d'initier un nouveau programme ;
- la réduction du nombre de visites qu'une femme doit faire au centre de santé pour recevoir un traitement approprié ;

- l'élimination des obstacles liés aux règlements qui empêchent l'expansion des services tels que les règlements qui ne permettent pas aux infirmières, aux sages-femmes ou autres travailleurs paramédicaux de fournir des services de dépistage ;
- la formation des prestataires à tous les niveaux dans la prévention du cancer du col de l'utérus, y compris à la formation aux activités conseil ;
- l'utilisation de stratégies innovatrices, appropriées culturellement et testées sur le terrain pour atteindre les femmes plus âgées moins bien desservies ;
- le soutien aux évaluations pilote et des programmes d'introduction pour des approches nouvelles du dépistage et du traitement qui peuvent augmenter l'accès aux services et réduire les coûts des programmes.

Une sensibilisation accrue du cancer du col de l'utérus chez les femmes dans les pays en développement et la faisabilité de nouvelles stratégies de prévention ont suscité un intérêt renouvelé pour faire face à cette maladie évitable. Les programmes basés sur de nouvelles stratégies sont suivis et appliqués à travers le monde, en particulier dans les régions où les taux de cancer du col de l'utérus sont élevés.

La possibilité de lancer un vaccin efficace VPH dans les cinq prochaines années apporte un espoir de plus dans le domaine de la prévention du cancer du col de l'utérus. Même avec un accès général au vaccin, toutefois, la prévention secondaire (i.e. le dépistage des femmes présentant des conditions précancéreuses) restera un composant nécessaire de tout programme de contrôle de cancer complet. Le soutien aux programmes sur la base des preuves fournies par l'ACCP et d'autres groupes aidera à réduire la charge de la maladie du cancer du col de l'utérus dans le monde.

Annexe : *Pour plus de renseignements*

Les résultats de recherche de l'ACCP, les lignes directrices des programmes et d'autres ressources offrent information et soutien aux programmes de santé qui souhaitent mettre en place ou renforcer leur programme de prévention du cancer du col utérin. Une liste complète des publications (fiches de données, présentations, guides de planification, documents de formation, articles de journaux et autres rapports) est disponible sur le site de l'Alliance : www.alliance-cxca.org.

Pour commander des publications ou recevoir notification de nouvelles publications, envoyez un courriel à ccppubs@path.org, ou écrivez à :

ACCP c/o PATH
1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107 USA

Sites Internet des partenaires de l'ACCP

Ces sites Internet fournissent des renseignements sur chacun des partenaires de l'Alliance, y compris sur leur travail de prévention du cancer du col de l'utérus :

EngenderHealth : www.engenderhealth.org

Centre international de recherche sur le cancer : www.iarc.fr

JHPIEGO : www.jhpiego.org

Organisation panaméricaine de la santé : www.paho.org

PATH : www.path.org

Ressources sélectionnées de l'ACCP

Les guides et outils de formation suivants peuvent être obtenus en contactant l'ACCP à l'adresse ci-dessus ou en ligne à l'adresse suivante : www.alliance-cxca.org.

Publications de l'ACCP

« ACCP Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 2 (2004).

« Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 1 (2003).

« Improving Screening Coverage of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 4 (2004).

« Investing in Cervical Cancer Prevention Worldwide », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 3 (2004).

Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers (2004).

Women's Stories, Women's Lives: Experiences with Cervical Cancer Screening and Treatment (2004).

Publications des partenaires de l'ACCP

EngenderHealth, *COPE for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolbook to Accompany the COPE Handbook* (New York : EngenderHealth, 2004).

EngenderHealth, *Men and Women Working Together to Prevent Cervical Cancer: Training Modules for Men Facilitator's Manual* (New York : EngenderHealth, 2003).

Cristina Herdman et Jacqueline Sherris, *Planning Appropriate Cervical Cancer Control Programs*, 2^e éd. (Seattle : PATH, 2000).

IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventative Strategies, *Cervical Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention*, vol. 10 (Lyon, France : IARC, à venir).

JHPIEGO, *Visual Inspection for Cervical Cancer Prevention Training Tools: Reference Manual, Trainer Handbook, Participant Handbook, Flash Card Set and CD-ROM* (Baltimore : JHPIEGO).

Organisation panaméricaine de la santé (OPS), *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America & the Caribbean* (Washington, DC : PAHO, 2004).

PATH et EngenderHealth, *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual* (Seattle : PATH and EngenderHealth, 2003).

PATH, OPS, et le Ministère de la Santé du Pérou, *How Can We Prevent Cervical Cancer? A Guide for Community Facilitators* (Seattle : PATH, 2003).

Rengaswamy Sankaranarayanan et Ramani S. Wesley, *A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia* (Lyon, France : IARC, 2003).

John Sellors et Rengaswamy Sankaranarayanan, *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginner's Manual* (Lyon, France : IARC, 2003).

On trouvera des listes des autres publications des partenaires de l'ACCP sur le site Internet de l'ACCP et de ses partenaires.

Autres sources d'information

Union internationale contre le cancer

www.uicc.org

Une liste des organismes, journaux en ligne et réseaux impliqués dans la prévention du cancer.

CANCERLIT (National Cancer Institute's International Cancer Information Center)

www.cancer.gov/CancerInformation/cancerliterature

Une base de données bibliographiques contenant plus de 1,3 million de citations et de résumés, tirés de plus de 4 000 sources différentes, y compris des journaux biomédicaux, des minutes de conférences, des livres et des rapports de 1963 à aujourd'hui.

Cancer Mondial

www-dep.iarc.fr

Une source en ligne d'information sur l'incidence mondiale, la mortalité et les données de survie du cancer compilées par le Centre international de recherche sur le cancer à partir des registres de cancer nationaux. Ce site contient des renseignements sur les manuels, les logiciels et les opportunités de formation pour les chercheurs qui s'intéressent au cancer.

Groupe de discussion du cancer du col de l'utérus par courriel

www.path.org/resources/cxca_listserv.htm

PATH a établi un groupe de discussion par courriel du cancer du col de l'utérus qui permet aux individus et groupes à travers le monde de partager de l'information sur les questions concernant le cancer du col de l'utérus dans les situations de ressources limitées. Pour plus d'information, envoyez un courriel à cxca@path.org.

Oncolink (University of Pennsylvania Cancer Center)

www.oncolink.com/index.cfm

Le site Internet Oncolink du Centre de recherches sur le cancer de l'Université de Pennsylvanie fournit une foule de renseignements, y compris une présentation du cancer du col de l'utérus, des résumés de réunions récentes sur le cancer aux États-Unis et des exemples de données portant sur les fournisseurs et clientes des tests Pap, la colposcopie et le traitement de la dysplasie. Ce site cible un public américain mais une bonne partie du matériel (en particulier le matériel orienté vers le client) pourrait être facilement adapté à des applications dans d'autres situations.

PUBMED Search: Cervical Cancer in Low-Resource Settings

Cette recherche a été préétablie. Elle contient les dernières citations et résumés de la base de données PUBMED.

Reproductive Health Outlook (RHO), Cervical Cancer Prevention

www.rho.org/html/cxca.htm

Le site RHO de PATH fournit des résumés à jour de questions clés, des synthèses de références importantes et de ressources importantes et des liens vers les meilleures informations sanitaires détaillées sur l'Internet. La section sur la Prévention du cancer du col de l'utérus fournit des leçons apprises, des questions clés, des exemples de programmes, une bibliographie annotée et plus.

Références

- ¹ Jacques Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase n° 5, version 2.0 (Lyon, France : IARC, 2004), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.depdb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm, le 30 septembre 2004.
- ² Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002*.
- ³ Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus (ACCP), « Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 1 (Seattle : ACCP, 2003).
- ⁴ Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002*.
- ⁵ Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002*. Les taux d'incidence sont ajustés pour tenir compte des différences de structure d'âge entre les pays.
- ⁶ Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002*.
- ⁷ Esa Läärä, Nicholas E. Day, et Matti Hakama, « Trends in Mortality From Cervical Cancer in the Nordic Countries: Association With Organised Screening Programmes », *Lancet* 1, n° 8544 (1987) : 1247-9.
- ⁸ Michael L. Hicks et M. Steven Piver, « How to Obtain an Accurate Pap Smear », *Medical Aspects of Human Sexuality* 25, n° 4 (1991) : 36-43.
- ⁹ Ferlay et al., *GLOBOCAN 2002*. Les taux de mortalité sont ajustés pour tenir compte des différences de structure d'âge entre les pays.
- ¹⁰ Eduardo C. Lazcano-Ponce et al., « Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Why Is it Ineffective? The Case of Mexico », *Archives of Medical Research* 30, n° 3 (1999) : 240-50.
- ¹¹ Laura A. Koutsky, « Epidemiology of Genital Human Papillomavirus Infection », *American Journal of Medicine* 102, n° 5A (1997) : 3-8 ; et Christopher P. Crum, Derek W. Abbott, and Bradley J. Quade, « Cancer Cancer Screening: From the Papanicolaou Smear to the Vaccine Era », *Journal of Clinical Oncology* 21, 10 suppl. (2003) : 224-30.
- ¹² Crum, Abbott, et Quade, « Cervical Cancer Screening » ; et Denise A. Galloway, « Papillomavirus Vaccines in Clinical Trials », *Lancet Infectious Diseases* 3, n° 8 (2003) : 469-75.
- ¹³ ACCP, « Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives », *Cervical Cancer Prevention Fact Sheet* (Seattle : ACCP, 2003).
- ¹⁴ Jacqueline Sherris et Cristina Herdman, « Preventing Cervical Cancer in Low-Resource Settings », *Outlook* 18, n° 1 (2000).
- ¹⁵ Kavita Nanda et al., « Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-Up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review », *Annals of Internal Medicine* 132, n° 10 (2000) : 810-19 ; et Michael Fahey, Les Irwig, et Pierce Macaskill, « Meta-Analysis of Pap Test Accuracy », *American Journal of Epidemiology* 141, n° 7 (1995) : 680-9.
- ¹⁶ ACCP, *Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers* (Seattle : ACCP, 2004).
- ¹⁷ Rengaswamy Sankaranarayanan et al., « Test Characteristics of Visual Inspection With 4% Acetic Acid (VIA) and Logol's Iodine (IVL) in Cervical Cancer Screening in Kerala, India », *International Journal of Cancer* 106, n° 3 (2003) : 404-8 ;
- ¹⁸ Sankaranarayanan et al., « Test Characteristics of Visual Inspection With 4% Acetic Acid (VIA) and Logol's Iodine (IVL) » ; et Mark Schiffman 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, n° 1 (2000) : 87-93.
- ¹⁹ ACCP, « HPV Testing: Promise and Challenges », *Cervical Cancer Prevention Fact Sheet* (Seattle : ACCP, 2003).
- ²⁰ Thomas C. Wright Jr. 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, n° 1 (2000) : 81-86.
- ²¹ Amie Bishop et al., « Cervical Cancer: Evolving Prevention Strategies for Developing Countries », *Reproductive Health Matters* 3, n° 6 (1995) : 60-71.
- ²² ACCP, « Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 1 (Seattle : ACCP, 2003).
- ²³ Lynne Gaffikin, « Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single-Visit Approach to Cervical Cancer Prevention in Rural Thailand: A Demonstration Project », *Lancet* 361, n° 9360 (2003) : 814-20.
- ²⁴ ACCP, « ACCP Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 2 (Seattle : ACCP, 2004).

- ²⁵ PATH et EngenderHealth, *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual* (Seattle : PATH et EngenderHealth, 2003) ; et PATH, *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenya Field Manual* (Seattle : PATH, 2004).
- ²⁶ Dean T. Jamison, ed., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Oxford, England : Oxford University Press, 1993) ; et Christopher J.L. Murray et Alan D. Lopez, « Global and Regional Cause-of-Death Patterns in 1990 », *Bulletin of the World Health Organization* 72, n° 3 (1994) : 447-80.
- ²⁷ Sue Goldie et al., « Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings », *Journal of the American Medical Association* 285, n° 24 (2001) : 3107-15.
- ²⁸ Sue Goldie, « Preventing Cervical Cancer in Developing Nations », *Risk in Perspective* 9, n° 3 (2001).
- ²⁹ Sue Goldie et ACCP, « A Comprehensive Analysis of Cervical Cancer Screening in Peru, India, Kenya, Thailand, and South Africa », papier présenté à la 21^e Conférence internationale sur le papillomavirus, Mexico, février 2004.
- ³⁰ Goldie et ACCP, « A Comprehensive Analysis of Cervical Cancer Screening ».
- ³¹ ACCP, « AACP Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer ».
- ³² PATH, « Assessing Health Need/Community Demand for Cervical Cancer Control: Results From a Study in Kenya », *Reproductive Health Reports* 1 (1996) ; et Ikeoluwapo O. Ajayi et Isaac F. Adewolfe, « Knowledge and Attitude of General Outpatient Attendants in Nigeria to Cervical Cancer », *Central African Journal of Medicine* 44, n° 2 (1998) : 41-43.
- ³³ ACCP, *Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers*.
- ³⁴ ACCP, « Investing in Cervical Cancer Prevention Worldwide », *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 3 (Seattle : ACCP, 2004).
- ³⁵ Katherine U. Jansen et Alan R. Shaw, « Human Papillomavirus Vaccines and Prevention of Cervical Cancer », *Annual Review of Medicine* 55 (2004) : 319-31 ; Galloway, « Papillomavirus Vaccines in Clinical Trials » ; et M. Saveria Campo, « Animal Models of Papillomavirus Pathogenesis », *Virus Research* 89, n° 2 (2002) : 249-61.
- ³⁶ Nubia Munoz et al., « Against Which Human Papillomavirus Types Shall We Vaccinate and Screen For? The International Perspective », *International Journal of Cancer* (à venir) ; et Laura A. Koutsky et al., « A Controlled Trial of a Human Papillomavirus Type 16 Vaccine », *New England Journal of Medicine* 347, n° 21 (2002) : 1645-51.
- ³⁷ Koutsky et al., « A Controlled Trial of a Human Papillomavirus Type 16 Vaccine ».
- ³⁸ Munoz et al., « Against Which Human Papillomavirus Types Shall We Vaccinate and Screen For? »
- ³⁹ Sue J. Goldie et al., « A Comprehensive Natural History Model of HPV Infection and Cervical Cancer to Estimate the Clinical Impact of a Prophylactic HPV-16/18 Vaccine », *International Journal of Cancer* 106, n° 6 (2003) : 896-904.
- ⁴⁰ Kristin Davis et al., « Human Papillomavirus Vaccine Acceptability Among Parents of 10-to-15-Year-Old Adolescents », *Journal of Lower Genital Tract Disease* 8, n° 3 (2004) : 188-94.
- ⁴¹ Jessica A. Kahn et al., « Attitudes About Human Papillomavirus Vaccine in Young Women », *International Journal of STD & AIDS* 14, n° 5 (2003) : 300-306.
- ⁴² Denise A. Galloway, « Is Vaccination Against Human Papillomavirus a Possibility? » *Lancet* 351, suppl. 3 (1998) : 2224.
- ⁴³ Voir aussi : The American College of Obstetricians and Gynecologists, « ACOG Statement of Policy: Cervical Cancer Prevention in Low Resource Settings », *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 103, n° 3 (2004) : 607-9.
- ⁴⁴ ACCP, « Conclusions From ACCP Clinical Research in Developing Countries », *Cervical Cancer Prevention Fact Sheet* (Seattle : ACCP, 2004).

Remerciements

Lori Ashford et Yvette Collymore du Population Reference Bureau ont préparé ce rapport en collaboration avec Anne R. Boyd, Cristina Herdman et Jacqueline Sherris de PATH. Ce rapport est basé sur des recherches poussées engagées par l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin sur cinq ans. Nous adressons nos remerciements aux personnes suivantes qui ont relu ce rapport : Irene Agurto, Paul Blumenthal, Janet Bradley, Dara Carr, Wendy Castro, Ilana Dzuba, Sue Goldie, Amy Kleine, Madina Kalembe Ondoma, Solomon Orero, Gordon Perkin, Nancy Yinger, et Siriporn Yongpanichkul.

Le PRB a produit ce rapport grâce à un financement de la fondation Bill & Melinda Gates.

Conception : Michelle Nigh, PRB

Impression : Jarboe Printing

Traduction : Pascale De Souza

Édition : Eriksen Translations, Inc.

Coordination : Sara Adkins-Blanch, PRB

Photos de couverture :

© Sean Sprague – SpraguePhoto.com

© Richard Lord – rlordphoto.com

Copyright © 2004, Population Reference Bureau.

PRB POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 États-Unis
Tél. : 202 483-1100
Télé : 202 328-3937
Courriel : popref@prb.org
Site Internet : www.prb.org



Alliance for Cervical Cancer Prevention

PATH Alliance coordinating agency

1455 NW Leary Way
Seattle, Washington 98107 USA
Tél. : 206 285-3500
Courriel : accp@path.org
Site Internet : www.alliance-cxca.org