



Contexte

La première partie de ce manuel présente des informations générales sur lesquelles peuvent s'appuyer les programmes de prévention du cancer du col.

Le chapitre 1 décrit l'ampleur du problème, l'histoire naturelle de la maladie, les méthodes de dépistage et de traitement et présente les raisons justifiant la mise en œuvre d'un programme de prévention.

Le chapitre 2 offre un aperçu des choix stratégiques qui affectent directement la prestation des soins ainsi que l'organisation et la gestion des programmes. Les responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes ne participent pas forcément aux choix stratégiques, mais ils doivent les connaître et les comprendre, car ils ont un impact sur l'efficacité du programme.

Justification de la prévention du cancer du col de l'utérus

Sommaire

Messages clés	3
Introduction	3
Poids de la maladie	3
Histoire naturelle du cancer du col	5
Méthodes de prévention du cancer du col	7
Tests de dépistage	
Diagnostic et confirmation	
Traitement des lésions précancéreuses	
Associer dépistage et traitement	
Justification du dépistage du cancer du col	12
Conclusion	14
Bibliographie complémentaire	14
Annexe 1.1. Caractéristiques des tests de dépistage	15

Messages clés

- Le dépistage et le traitement du cancer du col se justifient au regard des principes généraux de prévention en santé publique.
- Contrairement à bien d'autres cancers, la plupart des cancers du col pourraient être évités. En effet, la lenteur de la progression des lésions précancéreuses jusqu'au stade de cancer du col laisse une fenêtre d'au moins dix ans pendant lesquels il est possible de détecter et de traiter ces lésions et de prévenir ainsi leur progression jusqu'au stade de cancer invasif.
- Il existe différents tests de dépistage du cancer du col. Tous, de même que les options de traitement des lésions précancéreuses, présentent des points forts et des limites dont il faut tenir compte au moment de prendre les décisions stratégiques, de préparer et de mettre en oeuvre les programmes de dépistage du cancer du col.
- Indépendamment du test de dépistage utilisé, il faut tout mettre en oeuvre pour optimiser la couverture et relier entre eux les services de dépistage et de traitement. La faisabilité des différentes approches pour combiner dépistage et traitement dépend des ressources disponibles dans l'environnement considéré.
- La cryothérapie peut être pratiquée aussi bien par des médecins que par des non médecins, à tous les niveaux des structures sanitaires. L'expérience montre qu'il s'agit d'un traitement sans danger, bien accepté par les femmes et leurs conjoints, ainsi que par ceux qui le pratiquent.

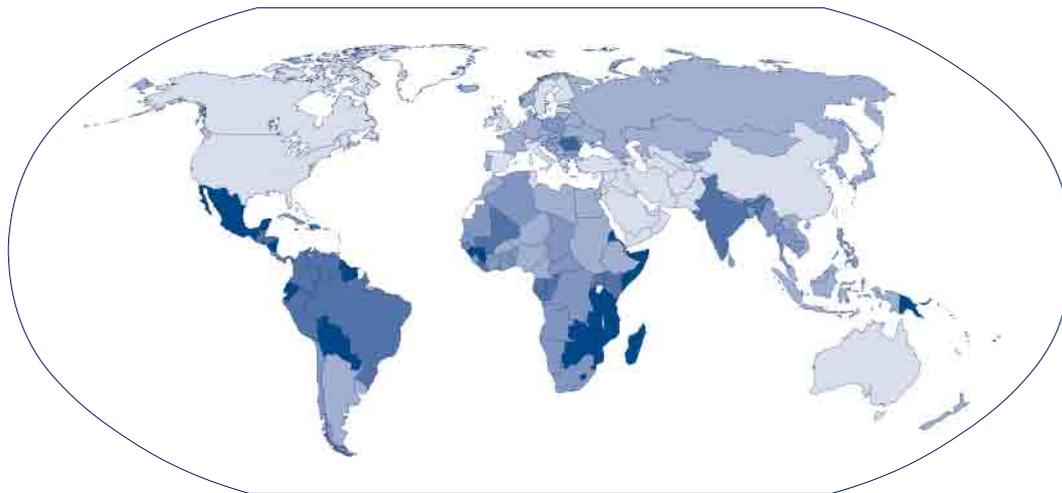
Introduction

Ce chapitre présente des données fondamentales sur l'histoire naturelle du cancer du col et le poids de la maladie, dans le but d'aider les équipes d'encadrement à mettre en place les moyens nécessaires aux actions de prévention. Ce chapitre traite également des méthodes de prévention disponibles—tests de dépistage, techniques de traitement ambulatoire des lésions précancéreuses et stratégies de prise en charge des femmes dont les tests sont anormaux. Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de fournir des détails techniques sur les différents tests de dépistage et les options de traitement, ni même de donner des conseils précis quant au choix du test le mieux adapté à une situation donnée. Chaque chapitre de cet ouvrage comporte une bibliographie complémentaire pour plus d'informations.

Poids de la maladie

Bien qu'il soit possible de le prévenir, le cancer du col représente la première cause de décès par cancer chez les femmes des pays en développement (Ferlay et al. 2004). La Figure 1.1 présente les taux d'incidence du cancer du col dans le monde. Il est évident que les données d'incidence et de mortalité associées au cancer du col sont plus précises dans les pays qui possèdent des registres du cancer. Mais la plupart des pays en développement n'en disposent pas et le nombre de cas non répertoriés est élevé.

FIGURE 1.1. Estimation de l'incidence standardisée par âge des cas de cancer du col pour 100 000 femmes (2002)



Taux (nombre de nouveaux cas pour 100 000 femmes)



D'après Ferlay 2004.

En Asie du Sud et en Amérique Latine, le taux de cancer du col a légèrement diminué ou s'est stabilisé au cours des deux dernières décennies. En revanche, l'incidence de ce cancer est en augmentation dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, notamment en Ouganda, au Mali et au Zimbabwe (Parkin et al. 2001, Parkin et al. 2002, Wabinga et al. 2000). Comme l'indique le Tableau 1.1, dans des pays en développement comme l'Argentine, le Chili, la Chine, le Pérou, l'Afrique du Sud et la Thaïlande, la mortalité par cancer du col est plus élevée que la mortalité maternelle (Parkin et al. 2002, WHO 2001a).

TABLEAU 1.1. Comparaison de la mortalité par cancer du col et de la mortalité maternelle dans quelques pays en développement, au cours de l'année 2000

Pays	Décès attribués au cancer du col	Mortalité maternelle (nombre de décès)
Argentine	1 679	590
Brésil	8 286	8 700
Chili	931	90
Pérou	2 663	2 500
Afrique du Sud	3 681	2 600
Chine	25 561	11 000
Inde	74 118	136 000
Thaïlande	2 620	520

D'après Ferlay et al. 2004, AbouZahr et Wardlaw 2004.

Histoire naturelle du cancer du col

Il est indispensable de bien comprendre la façon dont se développe le cancer du col pour mettre en place des interventions destinées à prévenir la mortalité associée à cette maladie. Plus de 99% des cas de cancer du col et des lésions précancéreuses sont directement liés à l'infection par le virus du papillome humain (VPH). Cette infection sexuellement transmissible (IST), le plus souvent asymptomatique (Walboomers et al. 1999), est l'IST la plus fréquente dans le monde. On estime qu'elle touche, au moins une fois dans leur vie, 50% à 80% des femmes sexuellement actives (Koutsky 1997, Crum et al. 2003). La plupart de ces infections se produisent à partir de l'adolescence, entre vingt et trente ans. Le cancer du col est en fait la complication rare d'une IST courante.

A ce jour, plus d'une centaine de types de VPH ont été identifiés. Plus d'une trentaine d'entre eux sont responsables d'infections génitales. On classe ces virus en deux catégories : les types à haut risque de cancer du col et les types à faible risque. Une douzaine de types de VPH sont classés à haut risque ; quelques-uns des virus à faible risque sont responsables des verrues génitales. L'infection du col par des virus de type à haut risque peut entraîner des lésions qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent progresser chez certaines femmes jusqu'au stade de cancer du col (Figure 1.2). La plupart du temps, l'infection est passagère et le virus est éliminé par les défenses de l'organisme, sans risque d'évolution cancéreuse (Elfgren et al. 2000, Ho et al. 1998, Nobbenhuis et al. 1999).

On ne sait pas exactement pourquoi 5% à 10% des femmes infectées par des virus de type à haut risque développent des infections persistantes. Ces femmes ont un risque plus élevé de développer des lésions précancéreuses de haut grade et, en l'absence de traitement, un cancer du col (Bosch et al. 2002, Ho et al. 1998, Hopman et al. 2000, Muñoz et Bosch 1996, Nobbenhuis et al. 1999, Schiffman et al. 1993, Walboomers et al. 1999). On ne peut pas savoir à l'avance chez quelles femmes les lésions précancéreuses vont évoluer en cancer, car on ne connaît pas encore très bien les facteurs environnementaux et les facteurs immunitaires de l'hôte associés à la progression cancéreuse.

Le Tableau 1.2 résume les données concernant l'infection VPH, les lésions précancéreuses du col et le cancer invasif. L'infection par le virus du papillome peut provoquer des lésions de bas grade, dont la plupart régressent spontanément ou n'évoluent pas en lésions de haut grade ou en cancer (PATH 2000). En revanche, il arrive que des

FIGURE 1.2. Histoire naturelle du cancer du col

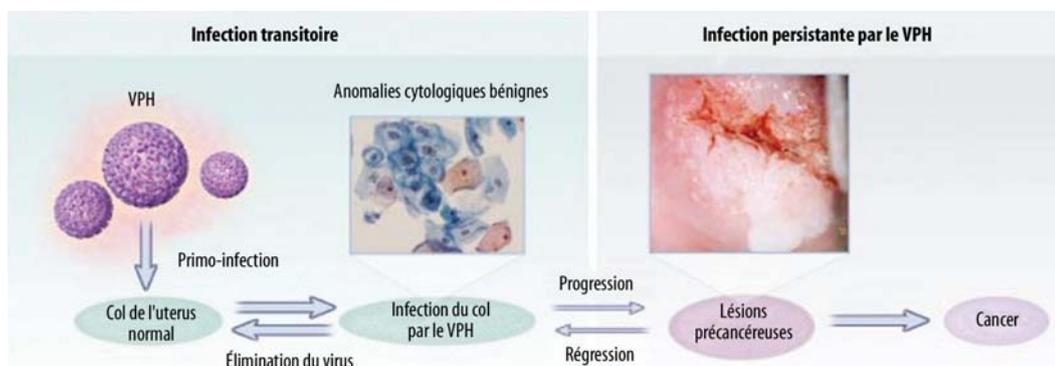


Photo d'après: Wright TC Jr, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490. ©2003 Massachusetts Medical Society. Tous droits réservés.

lésions de haut grade se développent soit à partir de lésions de bas grade, soit directement à partir d'une infection persistante (Cox 2001, PATH 2000). L'évolution de certaines lésions de haut grade jusqu'au stade de cancer invasif prend une dizaine d'années, ce qui laisse largement le temps d'identifier et de soigner les femmes infectées avant l'apparition d'un cancer du col (Miller 1992, Jenkins et al. 1996). Ce dernier se déclare en effet généralement chez les femmes de plus de quarante ans et le pic d'incidence s'observe chez les femmes de 50 à 70 ans (Miller 1992, Parkin 1997).

TABLEAU 1.2. Infection VPH, lésions précancéreuses et cancer invasif du col

Infection VPH	Lésions de bas grade	Lésions de haut grade	Cancer invasif
L'infection VPH est extrêmement fréquente chez les femmes en âge de procréer. L'infection peut persister, provoquer des anomalies cervicales ou régresser spontanément.	Les lésions de bas grade sont généralement passagères et disparaissent avec le temps. Mais certaines évoluent en lésions de haut grade.	Les lésions de haut grade, précurseurs du cancer du col, sont nettement moins fréquentes que les lésions de bas grade. Elles peuvent se développer soit à partir de lésions de bas grade, soit directement à partir d'une infection persistante.	Le cancer invasif se développe sur plusieurs années. Il est plus fréquent chez les femmes de 50 à 70 ans.

D'après PATH 2000.

L'infection par le virus du papillome ayant été identifiée comme nécessaire—quoique non suffisante—pour le développement des cancers du col, on a pu envisager des mesures de prévention primaire. Les facteurs associés à l'infection—précocité des rapports sexuels, multiplicité des partenaires sexuels (de la femme ou de ses partenaires) et antécédents d'IST—sont généralement le reflet de l'activité sexuelle, aussi les actions de prévention primaire se sont-elles attachées à réduire le risque d'infection, en encourageant la diminution du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de contraceptifs de barrière, notamment de préservatifs (Centers for Disease Control and Prevention 2004, Lytle et al. 1997, Weaver et al. 2004).

Les données à ce sujet, peu nombreuses, indiquent que ce type d'actions aurait peu d'effet. Les recherches n'ont réussi à montrer qu'une faible diminution du risque d'infection avec l'emploi de méthodes contraceptives de barrière (Kjaer et al. 1997, Lytle et al. 1997, Lazcano-Ponce et al. 2001, Molano et al. 2002, Plummer et Franceschi 2002, Shepherd et al. 2000a,b), probablement parce que chez les sujets infectés, hommes et femmes, le virus est présent sur les parties génitales internes et externes, notamment sur les zones non protégées par les préservatifs. De plus, on peut être porteur sans le savoir et le virus persiste très longtemps. Cela explique la transmission au sein de couples mutuellement monogames, d'infections contractées bien avant leur rencontre.

En terme de prévention primaire du cancer du col, c'est la vaccination qui semble la stratégie la plus prometteuse. Des vaccins prophylactiques contre les virus de types 16 et 18 (responsables d'environ 70% des cas de cancer du col) pourraient être commercialisés dans certains pays en développement d'ici 2010. Des données préliminaires montrent que ces vaccins sont probablement efficaces pour prévenir l'infection et le développement des lésions précancéreuses (néoplasies cervicales intraépithéliales [CIN]). Il

faudra attendre plusieurs années après leur introduction pour connaître leur impact à long terme sur l'incidence du cancer du col (Koutsky et al. 2002). Et même quand ces vaccins prophylactiques seront disponibles, il faudra continuer les programmes de dépistage et de traitement pour les femmes qui auront déjà été exposées au virus et pour celles qui pourraient être infectées par des virus cancérogènes appartenant à d'autres types que 16 ou 18.

Méthodes de prévention du cancer du col

Tests de dépistage

Le dépistage s'adresse à un groupe cible (dans le cas présent, les femmes) à risque pour une maladie donnée (dans le cas présent, les lésions précancéreuses du col de l'utérus), l'objectif étant de détecter et de traiter les personnes chez qui on aura identifié les signes précoces de la maladie. On utilise pour cela des tests peu coûteux, précis et fiables, qui peuvent être largement utilisés. Plusieurs tests de dépistage du cancer du col sont utilisés ou à l'étude dans le monde entier. La cytologie cervicale est utilisée depuis 50 ans, mais il existe maintenant de nouveaux tests, comme la recherche de la présence d'ADN du virus VPH et le dépistage visuel, brièvement décrits ci-dessous. Chacun a ses points forts et ses limites, énumérés en Annexe 1.1 où figurent également des détails techniques. Aucun test de dépistage n'étant parfait, il est indispensable de bien peser leurs avantages et leurs inconvénients éventuels en fonction du contexte, avant de décider du ou des tests à employer.

Méthodes de dépistage classiques

Cytologie cervicale La cytologie cervicale conventionnelle—également appelée test de Papanicolaou, test Pap, frottis de Pap ou frottis cervical—permet de détecter les cellules anormales dans un échantillon prélevé sur le col utérin. Pour cela, il faut pratiquer un examen au spéculum vaginal qui permet de visualiser le col et l'orifice, et de prélever des cellules cervicales à l'aide d'une spatule en plastique ou en bois, d'une brosse endocervicale ou d'une cytobrosse. Les cellules sont ensuite étalées puis fixées sur une lame de verre (lame de microscope) qui sera envoyée au laboratoire, où elle sera le plus souvent colorée manuellement avant d'être examinée au microscope par un cytologiste qualifié. Compte tenu des multiples étapes du processus, il peut s'écouler plusieurs semaines avant que la patiente reçoive ses résultats. Il est toutefois possible de les obtenir plus rapidement si le programme est bien organisé.

La cytologie en milieu liquide (LBC) est une technique nouvelle, qui permet d'obtenir une fine couche de cellules cervicales dépourvues de débris. Elle coûte plus cher que la cytologie conventionnelle et le traitement du frottis nécessite du matériel supplémentaire et un équipement sophistiqué. D'autre part, l'impact de la LBC sur l'incidence et la mortalité associées au cancer du col reste encore à établir, de même que son rapport coût-efficacité. Pour en savoir davantage sur la cytologie et les services proposés par les laboratoires de cytologie, se reporter aux documents de l'OMS: *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines* (1988) et de l'OMS/PAHO, *Pan American Cytology Network. An Operations Manual* (2001).

Les programmes de prévention du cancer du col déjà existants s'appuient presque tous sur la cytologie. En effet, depuis le milieu du vingtième siècle, la cytologie cervicale est le test de dépistage le plus couramment utilisé, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement où le dépistage est bien implanté. Lorsqu'ils sont bien

organisés et qu'ils fonctionnent correctement, les programmes de dépistage cytologique effectués à intervalles réguliers entraînent de nettes diminutions de l'incidence et de la mortalité par cancer du col, à condition, naturellement, que les taux de dépistage et de traitement des femmes présentant des tests anormaux soient élevés. La sensibilité et la spécificité de la cytologie ne sont pas toujours optimales, notamment quand les ressources sont limitées (voir Annexe 1.1). En effet, les programmes de dépistage cytologique ne peuvent pas se dérouler efficacement si l'infrastructure et l'assurance qualité du laboratoire ne remplissent pas les conditions requises.

Nouvelles méthodes de dépistage

Test ADN-VPH Le test actuellement disponible, Hybrid Capture 2, est capable de détecter dans un prélèvement cervical la présence d'un ou plusieurs virus VPH de type à haut risque (associés au cancer du col). Ce test nécessite généralement un examen au spéculum pour prélever des cellules cervicales à l'aide d'une cytobrosse ou d'un écouvillon. L'échantillon est ensuite envoyé au laboratoire pour y être analysé. Il existe des systèmes automatisés, capables de traiter entre 70 et 90 échantillons à la fois, en l'espace d'environ 7 heures. Les laboratoires qui en disposent peuvent donc en principe rendre les résultats dans la journée. On a également exploré la possibilité de réaliser ce test sur des échantillons prélevés par la patiente elle-même, sans avoir recours à l'examen au spéculum. Sur ces échantillons auto-prélevés, la sensibilité du test est correcte et la méthode est mieux acceptée dans certains milieux culturels (Wright et al. 2000, Dzuba et al. 2002).

Même si les exigences du test ADN-VPH, en termes de technique, de coût et d'infrastructure, peuvent entraver sa mise en oeuvre, les données disponibles suggèrent qu'il est plus performant que la cytologie et l'inspection visuelle pour détecter les lésions précancéreuses chez les femmes de 30 à 50 ans (voir Annexe 1.1 pour des informations générales sur les performances du test). Des études sont en cours pour développer des tests ADN-VPH simples et peu coûteux, qui permettent d'obtenir des résultats plus rapidement. D'ici 2010, les études de l'ACCP (Alliance pour la Prévention du Cancer du Col) devraient montrer l'impact à long terme du test ADN-VPH sur l'incidence du cancer du col.

Tests visuels: IVA et IVL Il existe deux sortes de tests visuels qui permettent d'identifier les lésions précancéreuses du col. Comme la cytologie cervicale et la recherche d'ADN du VPH, l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA), parfois appelée inspection visuelle directe (IVD), nécessite un examen au spéculum qui permet de visualiser le col de l'utérus et l'orifice. Après avoir badigeonné le col avec une solution d'acide acétique à 3%–5% (vinaigre), à l'aide d'un écouvillon, on observe un blanchiment momentané des lésions précancéreuses.

L'IVA peut être réalisée dans de nombreuses situations. Elle ne nécessite aucune analyse de laboratoire, les résultats sont immédiats et le traitement peut être dispensé au cours de la même consultation. Etant donné la nature subjective de l'examen visuel, il est important de standardiser les critères de définition des tests positifs et négatifs et d'être particulièrement attentif à l'assurance qualité (Denny et al. 2002). Alors que la plupart des études à ce jour ont montré une sensibilité de l'IVA identique, voire même supérieure à celle de la cytologie, la spécificité de ce test visuel s'avère cependant plus faible (voir Annexe 1.1). D'ici 2010, les études de l'ACCP, actuellement en cours, devraient montrer l'impact de l'IVA sur l'incidence du cancer du col.

Le second test correspond à l'inspection visuelle du col après application de soluté de Lugol (IVL ou test de Schiller). Comme l'IVA, l'IVL consiste à colorer momentanément

le col—cette fois avec le soluté de Lugol. Les cellules normales prennent la coloration à l'iode et deviennent brun acajou, tandis que les lésions précancéreuses jaunissent. Comme pour l'IVA, les résultats de l'IVL sont immédiats, le traitement peut être dispensé immédiatement au cours de la même consultation et le test peut être réalisé dans différentes situations. Cependant, même si l'IVL donne peut-être de meilleurs résultats que l'IVA, son efficacité dans certaines circonstances reste encore à démontrer, de même que son impact sur la diminution de l'incidence du cancer du col.

Diagnostic et confirmation

Traditionnellement, le dépistage cytologique est associé au traitement par le biais d'une étape diagnostique intermédiaire de colposcopie, suivie d'une biopsie de confirmation, si indiqué. Il est aussi possible de prélever un échantillon du canal endocervical par curetage endocervical (CEC) ou frottis endocervical. L'analyse en laboratoire des tissus obtenus par biopsie (histologie) confirme la présence ou l'absence de CIN dans les stades précancéreux ainsi que la présence ou l'absence de cancer du col.

La colposcopie consiste à examiner le col utérin sous un fort éclairage avec grossissement, au moyen d'un colposcope—loupe binoculaire (voir p. 123). Les prestataires peuvent ainsi déterminer l'étendue des lésions. La colposcopie est très utile pour prélever des biopsies et diriger les traitements de cryothérapie ou de résection à l'anse diathermique (RAD). Cette méthode non invasive ne requiert aucune anesthésie et peut donc être pratiquée en ambulatoire. Toutefois, un colposcope coûte cher—de 800 à 13 000\$US—et pour maîtriser son utilisation, les prestataires ont besoin d'une formation spécialisée et d'une certaine expérience. Les études de l'ACCP en Inde et en Afrique montrent que l'introduction d'une étape intermédiaire de colposcopie réduit le nombre de traitements inutiles. Cependant, compte tenu des coûts de l'équipement et de la formation, cet examen n'est pas toujours possible quand les ressources sont limitées.

Traitement des lésions précancéreuses

L'un des éléments clés de la réussite d'un programme de prévention repose sur sa capacité à proposer aux femmes un traitement approprié des lésions précancéreuses, par des méthodes efficaces et sans danger, qui puissent être pratiquées en ambulatoire. Mais dans de nombreux pays dont les ressources sont limitées, les cliniciens manquent de formation et d'expérience et, très souvent, ne disposent pas du matériel et de l'équipement indispensables aux techniques de traitement ambulatoire. Par conséquent, ils se tournent vers des méthodes plus complexes et plus coûteuses, nécessitant une hospitalisation, comme la conisation à froid ou l'hystérectomie, réalisées par des spécialistes sous anesthésie générale ou locale. Même si elles sont appropriées dans certaines circonstances, ces méthodes agressives ne doivent être utilisées qu'à bon escient, car elles peuvent être à l'origine de graves complications, en particulier d'hémorragies, d'infections pelviennes et de lésions des organes adjacents.

La cryothérapie et la RAD peuvent toutes deux être pratiquées en ambulatoire. Efficaces et sans danger, relativement simples et peu coûteuses, elles sont utilisées dans le traitement des lésions précancéreuses. Elles diffèrent cependant sur un point pratique essentiel. La RAD consiste en effet à exciser le tissu et fournit ainsi un échantillon tissulaire autorisant une vérification histologique du diagnostic. En revanche, la cryothérapie est une méthode d'ablation par destruction des tissus et ne permet donc pas d'obtenir un échantillon tissulaire pour l'histologie (Tableau 1.3). Ces méthodes moins agressives ne demandent pas d'infrastructure importante, minimisent les risques de complications et diminuent les coûts. Les méthodes les plus simples sont souvent plus acces-

sibles aux femmes, car elles peuvent être proposées aux niveaux les plus élémentaires du système de santé. Mais, indépendamment de la méthode utilisée, les prestataires de soins doivent être conscients des risques éventuels associés au traitement, lorsqu'il s'adresse à des femmes vivant dans des régions à forte prévalence du VIH (encadré ci-dessous).

Traitement des femmes infectées par le VIH

Les lésions précancéreuses du col de l'utérus ont tendance à être plus fréquentes, persistantes et récurrentes chez les femmes séropositives (Ellerbrock et al. 2003, Tate and Anderson 2002). Ces dernières doivent donc bénéficier de conseils spécifiques avant d'être traitées. Il faut leur préciser que le traitement des lésions par cryothérapie et RAD risque d'être moins efficace dans leur cas et qu'elles devront être suivies régulièrement. D'autre part, il semble que l'excrétion de VIH augmente substantiellement—mais temporairement—au niveau des régions du col traitées (Wright et al. 2001). Cependant, on ne dispose à ce jour d'aucune preuve concluante permettant d'établir un lien entre la transmission du VIH et la cryothérapie ou la RAD. Un complément d'étude s'avère nécessaire. Dans tous les cas, lorsque le traitement est indispensable, il faut conseiller à la patiente et à son partenaire l'abstinence sexuelle (ou à défaut, l'utilisation d'un préservatif) pendant la période de cicatrisation pour les protéger contre une éventuelle augmentation du risque d'infection VIH.

Cryothérapie

La cryothérapie est une méthode relativement simple qui permet de détruire les cellules précancéreuses par cryogénéisation du col, au moyen d'un gaz comprimé réfrigérant comme la neige carbonique (CO₂) ou l'azote liquide (N₂O). Pour congeler la lésion, on place la sonde cryogénique sur le col, en s'assurant qu'elle recouvre entièrement la lésion. Le procédé consiste à former une boule de glace dépassant de 4–5 mm les bords de la sonde cryogénique. La cryothérapie nécessite un ou deux cycles de congélation-décongélation. Le cycle unique comporte une seule congélation de trois minutes. Le cycle double comporte une première congélation de trois minutes, suivie d'une décongélation de cinq minutes et d'une deuxième congélation de trois minutes. L'ACCP mène actuellement une étude randomisée, destinée à comparer le cycle unique et le double cycle de congélation pour déterminer les conséquences ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de chaque méthode. Les résultats seront disponibles début 2005.

La cryothérapie est une méthode de traitement ambulatoire, simple et rapide (pas plus de 15 minutes), qui ne nécessite pas d'anesthésie. Elle peut être pratiquée de façon sûre et efficace aussi bien par des praticiens généralistes que par des non médecins (Jacobs et al, à paraître). D'après les études de l'ACCP, il semble qu'il s'agisse d'une option de traitement bien acceptée par les femmes, leur conjoint et les prestataires de soins (Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists [RTCOCG]/JHPIEGO 2003a).

Les femmes qui vont subir une cryothérapie ont besoin d'informations claires et d'un soutien psychologique pour atténuer l'anxiété que pourrait susciter la crainte des effets secondaires du traitement. En effet, beaucoup de patientes ressentent un certain incon-

fort (douleurs ou crampes) pendant l'intervention ou durant les deux ou trois jours suivants. Elles peuvent aussi souffrir de vertiges, d'évanouissements ou de bouffées de chaleur, pendant ou immédiatement après le traitement. Elles se plaignent également de pertes vaginales aqueuses abondantes, qui peuvent durer jusqu'à quatre semaines. C'est l'effet secondaire de la cryothérapie le plus fréquemment rencontré, mais les femmes peuvent facilement remédier à ce désagrément en utilisant un linge propre ou des serviettes hygiéniques.

Les complications associées à la cryothérapie sont minimales. Les données disponibles montrent que c'est une méthode sûre, comportant très peu de risques de complications graves (ACCP 2003a). Les hémorragies et les atteintes inflammatoires pelviennes, deux des complications potentielles les plus graves, sont extrêmement rares chez les femmes traitées par cryothérapie. D'autre part, il n'existe aucune preuve indiquant qu'il puisse exister un lien quelconque entre la cryothérapie et la sténose cervicale ou que la cryothérapie ait un impact à long terme sur la fertilité des femmes ou sur leurs grossesses futures—considérations importantes lorsqu'on traite des femmes en âge de procréer (ACCP 2003a, RCOG/JHPIEGO 2003b).

En raison de sa simplicité et de son coût modique, la cryothérapie constitue certainement l'approche thérapeutique la plus adaptée quand les ressources sont limitées. Qui plus est, elle peut être pratiquée de façon sûre par des non médecins dans des centres de soins primaires. Si les résultats du dépistage sont immédiatement disponibles, la patiente pourra être traitée sans délai, au cours de la même consultation. Autres avantages de la cryothérapie : l'équipement requis est relativement simple, la technique est facile à apprendre et ne nécessite ni anesthésie ni source d'alimentation électrique. Mais c'est une méthode de destruction des tissus, si bien qu'après l'intervention, il n'y a plus d'échantillon tissulaire dont l'analyse permettrait de confirmer que la lésion a bien été entièrement retirée. De plus, il est impossible de savoir s'il ne s'agit pas d'une lésion invasive précoce nécessitant un traitement complémentaire. Autre inconvénient, la cryothérapie n'est pas adaptée au traitement des lésions étendues qui ne peuvent être entièrement recouvertes par la sonde, ni aux lésions situées dans le canal endocervical. Il est également important de souligner que cette méthode nécessite un approvisionnement régulier en gaz réfrigérant.

Résection à l'anse diathermique (RAD)

Egalement connue sous l'appellation d'excision à l'anse large de la zone de remaniement (LLETZ pour Large-Loop Excision of the Transformation Zone), la RAD utilise un fil électrique fin, en forme d'anse, pour retirer la région anormale du col. Elle est généralement pratiquée sous contrôle colposcopique et sous anesthésie locale, dans des centres de soins secondaires ou tertiaires. L'hémorragie constitue l'une des complications susceptibles de survenir, pendant et après le traitement, chez 1 à 4% des patientes (Mitchell 1998, Wright et al. 1992, Sellors and Sankaranarayanan 2002). La RAD nécessite une alimentation électrique. Elle exige un équipement plus sophistiqué que la cryothérapie. Le Tableau 1.3 compare les deux méthodes sur la base des critères les plus importants.

La RAD présente le double avantage, d'une part, d'être une méthode chirurgicale simple et, d'autre part, de fournir un échantillon de tissu excisé qui peut être envoyé à l'analyse histopathologique. Cette dernière permet de déterminer la nature exacte de la lésion et de détecter des microinvasions insoupçonnées. Toutefois, de nombreux pays en développement ne disposent pas de services d'histologie.

TABEAU 1.3. Comparaison de la cryothérapie et de la RAD

Principaux critères	Cryothérapie	RAD
Efficacité	86–95%*	91–98%*
Effets secondaires éventuels	Pertes aqueuses	Saignements
Anesthésie	Pas obligatoire	Anesthésie locale obligatoire
Echantillon tissulaire pour l’histopathologie	Non	Oui
Alimentation électrique obligatoire	Non	Oui
Coût relatif	Faible	Elevé
Niveau du prestataire	Médecins et non médecins	Principalement des médecins

D’après Bishop 1995.

*ACCP 2003a, Martin-Hirsch et al. 2004.

Associer dépistage et traitement

Indépendamment du test utilisé, il convient de combiner le dépistage et le traitement pour assurer la réussite du programme. Pour ce faire, il est possible d’utiliser l’approche classique (dépistage, diagnostic, confirmation et traitement), l’approche intermédiaire (dépistage, diagnostic et traitement avec biopsie de confirmation post-traitement) ou l’approche dépister-traiter (le traitement dépend uniquement des résultats du test de dépistage). Le Chapitre 6 détaille ces différentes stratégies.

Justification du dépistage du cancer du col

L’objectif de tout type de dépistage en santé publique est d’offrir des moyens accessibles et peu coûteux, permettant de détecter dans une population donnée les individus susceptibles de contracter ou de développer une maladie particulière et de leur procurer un test diagnostique, un traitement approprié, ou les deux à la fois. L’encadré, page suivante, décrit les principes généraux du dépistage en santé publique.

Ces critères justifient le dépistage du cancer du col car :

- Le cancer du col constitue un important problème de santé publique dans de nombreux pays dont les ressources sont limitées.
- Il existe un stade précurseur décelable (lésions précancéreuses) qui peut être traité de façon sûre, efficace et acceptable.
- Il s’écoule un long moment entre l’apparition des lésions précancéreuses et la survenue du cancer (environ dix ans), ce qui laisse le temps de détecter les lésions et de les traiter.
- Le traitement des lésions précoces ne coûte presque rien, comparé à la prise en charge d’un cancer invasif.

Les femmes qui ont accès à des programmes de prévention efficaces ont moins de risques de développer un cancer du col que celles qui n’y ont pas accès. Il n’est donc pas surprenant d’observer des variations spectaculaires de l’incidence du cancer du

col, non seulement entre les différentes régions du monde, mais aussi entre différents groupes socio-démographiques à l'intérieur d'une même région. Au milieu des années 80, dans les pays développés, à peu près 40 à 50% des femmes avaient subi un test de dépistage au cours des cinq années précédentes, contre seulement 5% des femmes dans les pays en développement (OMS 1986). Même si ces données sont anciennes, rien n'indique que la situation ait vraiment changé dans la plupart des pays en développement. Par exemple, récemment, en Afrique du Sud, parmi plus de 20 000 femmes de plus de vingt ans, seulement 8% avaient subi un frottis de Pap au cours des cinq années précédentes (Fonn et al. 2002). De même, dans un district rural, en Inde, où plus de 120 000 femmes ont été interviewées, moins d'1% d'entre elles ont déclaré avoir subi un dépistage. Dans les pays développés où les femmes bénéficient régulièrement d'un dépistage cytologique, les programmes de prévention ont entraîné une diminution de la mortalité par cancer du col (Mitchell et al. 1996, Eddy 1990, IARC 1986a,b). En revanche, dans la plupart des pays en développement, les taux de mortalité attribuée à ce cancer n'ont pas diminué de façon significative, en dépit de tentatives d'implantation de programmes de dépistage (Beral et al. 1994).

Principes généraux du dépistage

Critères permettant de décider si le dépistage est ou non indiqué :

- La maladie constitue-t-elle un problème de santé publique ?
- L'histoire naturelle de la maladie est-elle comprise ?
- Existe-t-il une phase latente ou symptomatique précoce décelable de la maladie ?
- Existe-t-il un traitement acceptable de la maladie ?
- Existe-t-il un consensus sur les personnes à traiter ?
- Existe-t-il des structures permettant le dépistage et le traitement et sont-elles accessibles ?
- Existe-t-il un équilibre économique entre l'identification des cas et les soins médicaux ultérieurs ?
- Le programme est-il viable ?

D'après PATH 2000.

Conclusion

Il est possible de prévenir le cancer du col grâce au dépistage des lésions précancéreuses et à leur traitement approprié avant qu'elles n'évoluent en cancer. La nature de la maladie et les options de traitements disponibles justifient l'instauration de programmes de dépistage du cancer du col, conformément aux principes généraux du dépistage en santé publique. On utilise actuellement différentes méthodes de dépistage, de diagnostic et de traitement, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement. Chaque méthode présente ses points forts et ses limites, dont il faut tenir compte au moment des choix stratégiques des techniques à utiliser. Indépendamment des méthodes de dépistage et de traitement choisies, il faut absolument associer dépistage et traitement, de telle sorte que les femmes chez lesquelles on aura dépisté des lésions précancéreuses puissent bénéficier du traitement qui permettra de prévenir le développement du cancer du col de l'utérus.

Bibliographie complémentaire

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention*. Seattle: ACCP; 2004[a]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 3.

ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review*. Seattle: ACCP; 2003[a]. Cervical Cancer Prevention Issues In Depth, No. 1.

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). ACOG statement of policy, March 2004: cervical cancer prevention in low resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC Press. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, Francia: IARC Press; 2002.

World Health Organization (WHO). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide for Essential Practice*. Ginebra: OMS [en preparación].

WHO. *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Ginebra: OMS; 1988.

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

Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. *Electrosurgery for HPV-Related Diseases of the Lower Genital Tract: A Practical Handbook for Diagnosis and Treatment by Loop Electrosurgical Excision and Fulgaration Procedures*. Quebec, Canadá: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Annexe 1.1. Caractéristiques des tests de dépistage

Caractéristiques	Cytologie cervicale	Nouveaux tests de dépistage		
		Test ADN-VPH	Tests basés sur l'inspection visuelle	
			Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*	Inspection visuelle avec le soluté de Lugol (IVL)
Sensibilité et spécificité vis à vis des lésions de haut grade et des cancers invasifs	Sensibilité = 47–62%** Spécificité = 60–95%** Au cours des 50 dernières années, la cytologie a été évaluée dans de nombreuses situations, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.	Sensibilité = 66–100%** Spécificité = 62–96%** Au cours de la dernière décennie, le test ADN-VPH a été évalué dans de nombreuses situations dans les pays développés et relativement peu dans les pays en développement.	Sensibilité = 67–79%** Spécificité = 49–86%** Au cours des dix dernières années, le test IVA a été évalué dans de nombreuses situations dans les pays en développement.	Sensibilité = 78–98%** Spécificité = 73–91%** Au cours des trois dernières années, le CIRC a évalué le test IVL en Inde et dans trois pays d'Afrique. Il faut cependant que ce test soit évalué par d'autres équipes dans un plus grand nombre de situations pour confirmer la reproductibilité des résultats ci-dessus.
Nombre de visites requises pour le dépistage et le traitement	Nécessite deux visites ou plus.	Nécessite deux visites ou plus.	Peut être utilisé lors d'une approche à visite unique, quand le traitement ambulatoire est possible.	Peut être utilisé lors d'une approche à visite unique, quand le traitement ambulatoire est possible.

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

** D'après Sankaranarayanan et al., à paraître. *La Sensibilité* est la proportion de personnes correctement identifiées par le test comme étant porteuses de la maladie. Une sensibilité plus grande signifierait moins de faux négatifs. *La Spécificité* est la proportion de personnes correctement identifiées par le test comme n'étant pas porteuses de la maladie. Une spécificité plus élevée signifierait qu'il y aurait moins de faux positifs.

Caractéristiques	Nouveaux tests de dépistage	
	Cytologie cervicale	Test ADN-VPH
		Tests basés sur l'Inspection visuelle
Type de prestataire	Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*	Inspection visuelle avec le soluté de Lugol (IVL)
Prélèvement et fixation de l'échantillon par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue. Traitement et examen de l'échantillon par un technicien de laboratoire formé spécialement.	Prélèvement de l'échantillon par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue. Traitement de l'échantillon par un technicien de laboratoire formé spécialement.	Réalisation et interprétation du test par une infirmière formée spécialement, une sage-femme, un assistant clinique, l'assistant du médecin, un médecin généraliste, ou un gynécologue.
La cytologie est largement acceptée depuis plus de 50 ans. Il a été prouvé qu'on pouvait obtenir une diminution de l'incidence et de la mortalité associées au cancer du col avec la cytologie, dans le cadre de programmes de qualité. Quand les ressources sont suffisantes, la cytologie remplit la plupart des critères d'un bon test de dépistage. Les lames de cytologie permettent un archivage permanent des résultats. Forte spécificité.	Le test détecte 13 types oncogènes de VPH sans préciser lequel. Test objectif. Distingue parmi les femmes présentant des lésions, celles qui ont un risque élevé de développer une maladie du col dans les années à venir. Un test négatif garantit pratiquement l'absence d'infection VPH ou de lésions associées. Non affecté par la présence d'infections vaginales ou cervicales. Forte spécificité chez les femmes de plus de 35 ans.	Procédé simple nécessitant un minimum de ressources. Résultats immédiats autorisant un traitement sans délai. Simplicité de l'équipement et des fournitures requis.
Points forts	Procédé simple nécessitant un minimum de ressources. Résultats immédiats autorisant un traitement sans délai. Simplicité de l'équipement et des fournitures requis. Il est plus facile de détecter les changements de couleur provoqués par la coloration à l'iode que ceux provoqués par l'acide acétique.	Procédé simple nécessitant un minimum de ressources. Résultats immédiats autorisant un traitement sans délai. Simplicité de l'équipement et des fournitures requis. Il est plus facile de détecter les changements de couleur provoqués par la coloration à l'iode que ceux provoqués par l'acide acétique.

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

Caractéristiques	Cytologie cervicale	Nouveaux tests de dépistage		
		Test ADN-VPH	Tests basés sur l'inspection visuelle	
Limites	<p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation du technicien.</p> <p>Nécessité de s'assurer que les résultats sont bien transmis au centre médical et que les femmes présentent des résultats anormaux, reçoivent bien le traitement approprié.</p> <p>Lourdeur des coûts et des exigences en matière d'infrastructure, y compris techniciens de laboratoire formés spécialement.</p> <p>Risque d'erreurs d'étiquetage des échantillons, d'endommagement ou de perte au cours du transport.</p> <p>Risque d'erreurs de prélèvement et de laboratoire.</p> <p>Exige un système d'assurance qualité de laboratoire.</p>	<p>Nécessité de s'assurer que les résultats sont bien transmis au centre médical et que les femmes dont le test est positif reçoivent bien le traitement approprié.</p> <p>Lourdeur des coûts et des exigences en matière d'infrastructure, y compris techniciens de laboratoire formés spécialement.</p> <p>Risque d'erreurs d'étiquetage des échantillons, d'erreurs de laboratoire, d'endommagement ou de perte des échantillons au cours de transport et possibilité de panne du système d'analyse.</p> <p>Moyennement spécifique chez les femmes de moins de 35 ans.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, elles n'ont pas forcément des lésions précancéreuses pour le moment. Cela peut entraîner une surcharge de travail pour le traitement.</p>	<p>Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)*</p> <p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation par le technicien de ce qu'il voit sur le col.</p> <p>Ne convient pas au dépistage des femmes ménopausées.</p> <p>Les lésions IVA positives ne sont pas forcément précancéreuses.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, il ne s'agit pas forcément de lésions précancéreuses pour le moment. Cela peut entraîner une surcharge de travail pour le service qui dispense le traitement.</p>	<p>Inspection visuelle avec le soluté de Lugol (IVL)</p> <p>Test subjectif, car le résultat dépend de l'interprétation par le technicien de ce qu'il voit sur le col.</p> <p>Données limitées concernant la validité de l'IVL en tant que test de dépistage primaire. Nécessité d'un complément d'étude.</p> <p>La coloration peut persister pendant 30 à 45 minutes, si bien qu'en cas de nécessité, tout examen clinique complémentaire doit être retardé.</p> <p>Les lésions IVL positives ne sont pas forcément précancéreuses.</p> <p>Ne convient pas au dépistage des femmes ménopausées.</p> <p>Si on administre un traitement en fonction des seuls résultats du test, de nombreuses femmes seront traitées inutilement, parce que même si le test est positif, il ne s'agit pas forcément de lésions précancéreuses pour le moment. Cela peut entraîner une surcharge de travail pour le service qui dispense le traitement.</p>

*L'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) est parfois appelée inspection visuelle directe (IVD).

Considérations de politique générale

Sommaire

Messages clés	19
Introduction	19
Décision de mettre en place un programme de prévention du cancer du col	19
Cadre de l'approche stratégique	21
Décisions stratégiques relatives aux services	23
Méthodes de dépistage et de traitement	
Groupe d'âge cible, fréquence et couverture du dépistage	
Optimisation de l'accès aux services de prévention	
Programmes verticaux contre programmes intégrés	
Conclusion	27
Bibliographie complémentaire	28

Messages clés

- Il est possible de mettre en place des programmes de prévention du cancer du col efficaces, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés.
- Les décideurs doivent s'engager à allouer les ressources et le personnel nécessaires à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi des programmes.
- Les représentants des principales parties concernées doivent, autant que possible, participer à la phase de définition de la politique générale du programme. Les choix stratégiques doivent tenir compte des besoins et des priorités de santé publique.
- Quand les ressources sont limitées, les stratégies de prévention du cancer du col doivent d'abord s'attacher à proposer au moins un dépistage au plus grand nombre possible de femmes entre 30 et 50 ans, en utilisant l'approche dépister-traiter qui évite des consultations répétées.

Introduction

Les directives de l'OMS concernant l'organisation des programmes nationaux de lutte contre le cancer mettent en avant trois grandes étapes : le choix de la stratégie, l'élaboration du programme et sa mise en oeuvre. Ce manuel est consacré essentiellement à la phase d'élaboration et au déroulement des programmes au niveau infranational (région / district / état / province), en partant du principe qu'il faut d'abord définir la politique générale des programmes avant de demander aux équipes d'encadrement de préparer et de mettre en place les services.

Les équipes d'encadrement ne sont pas toujours impliquées dans les choix stratégiques au niveau national, mais elles doivent en être informées et comprendre les décisions concernant les méthodes de dépistage et de traitement à utiliser, le groupe d'âge cible, la fréquence des dépistages et le niveau de couverture souhaité, l'optimisation de l'accès aux soins et le choix des services, verticaux ou intégrés.

Décision de mettre en place un programme de prévention du cancer du col

L'histoire naturelle du cancer du col et l'existence de méthodes de dépistage et de traitement justifient, en principe, l'investissement dans des programmes de prévention. Les résultats d'études menées par l'ACCP indiquent qu'il est possible, dans les pays en développement, de mettre en place des programmes de prévention qui permettent de réduire le poids de la maladie. Mais cela n'est valable que si deux conditions sont remplies. Premièrement, l'incidence des cancers du col doit justifier la mise en place de ces programmes. Ensuite, il faut atteindre un taux de couverture élevé et s'assurer d'avoir les moyens de prendre en charge correctement les femmes dont le dépistage est positif (WHO 2002a). Il faut donc tout d'abord savoir si la mise en place d'un programme de prévention se justifie et s'il existe une réelle volonté politique d'affecter les ressources nécessaires à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi d'un tel programme.

Le choix des techniques de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses constitue la première étape fondamentale pour la réussite du programme. Mais d'autres facteurs jouent également un rôle important. Il faut que les services de dépistage et de traitement soient accessibles et que les femmes veuillent bien utiliser ces services. La mise en place d'un programme de dépistage *organisé*, qui réponde à tous ces points, constitue la clé du succès. Dans l'idéal, les programmes de dépistage devraient disposer de registres du cancer et de systèmes informatisés de convocation et rappel, ce qui n'est pas toujours le cas quand les ressources sont limitées. Même dans ces conditions, il est encore possible de mettre en place des programmes de dépistage organisé, avec une bonne coordination des services et qui présentent les principales caractéristiques énumérées dans l'encadré ci-dessous.

Caractéristiques des programmes de dépistage organisé

Les programmes de dépistage organisé doivent :

- définir la population cible ;
- définir des stratégies de recrutement efficaces, permettant d'atteindre une couverture élevée ;
- s'appuyer sur un système de santé capable d'assurer le dépistage et le suivi des femmes dont le test est positif et de leur proposer un traitement, si indiqué ;
- disposer d'un système d'assurance qualité ;
- disposer d'un système d'information de santé ;
- s'appuyer sur une équipe d'encadrement responsable de la préparation et de la mise en œuvre du programme.

D'après Quality Management Working Group, Cervical Cancer Prevention Network 1998.

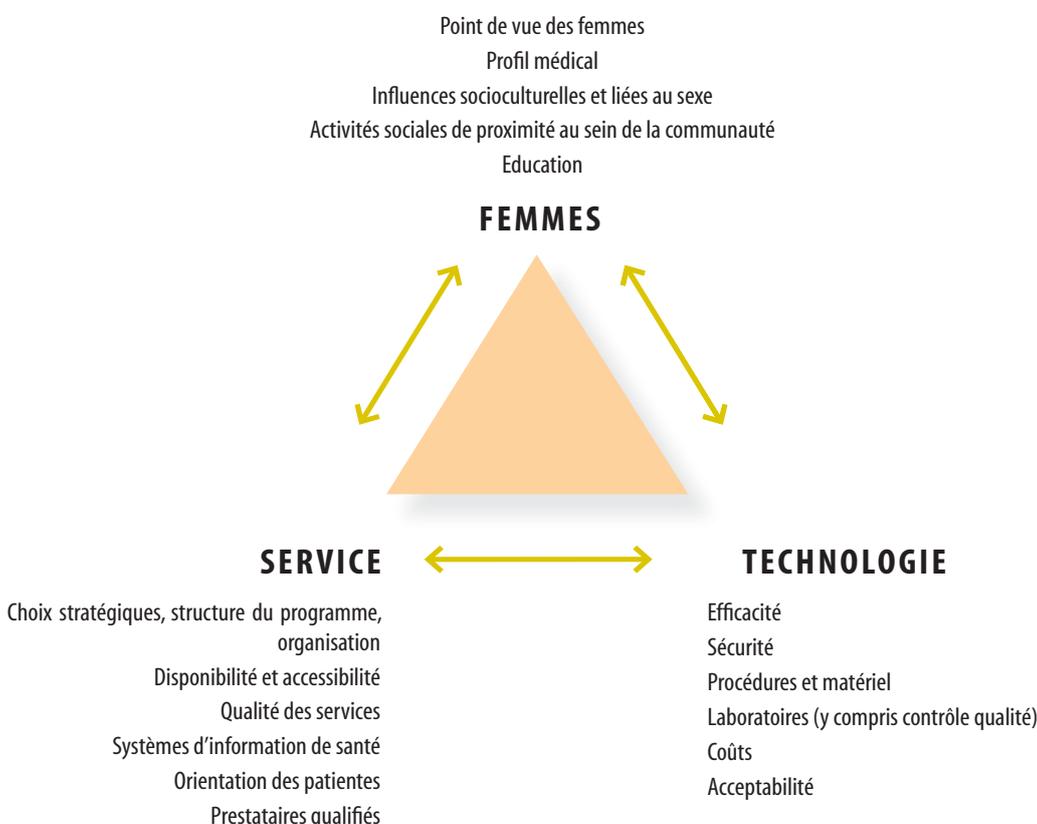
Le dépistage opportuniste, ou spontané, est un service proposé aux femmes qui en font la demande ou qui consultent pour d'autres raisons, sans que l'on cherche à cibler une population particulière. L'impact de cette stratégie sur l'incidence et la mortalité du cancer du col est plus limité et le rapport coût-efficacité est moins bon (Hakama 1997). Le dépistage opportuniste présente l'inconvénient majeur de s'adresser à des femmes qui, très souvent, n'appartiennent pas au groupe d'âge cible, dans la mesure où il s'agit généralement de femmes qui se rendent dans les dispensaires pour des consultations prénatales ou de planning familial. Le plus souvent, elles ont moins de 30 ans. Il est donc peu probable qu'elles présentent des lésions précancéreuses ou alors il s'agit de lésions de bas grade qui vont régresser spontanément. Quand les ressources sont limitées, bien souvent, il n'existe aucun système permettant de s'assurer que les femmes de plus de 30 ans subissent bien un dépistage (Chirenje et al. 2001, Miller 1992). Dans ces conditions, le diagnostic est souvent posé à un stade avancé de la maladie, ce qui entraîne une morbidité et une mortalité élevées (Parkin et al. 1993).

Cadre de l'approche stratégique

L'approche stratégique de l'OMS pour l'introduction de la contraception (Simmons et al. 1997) peut être adaptée à l'instauration ou au renforcement des programmes de prévention du cancer du col. Selon cette approche, pour décider de la politique générale et élaborer les programmes, il faut d'abord comprendre les interactions entre la population à risque, le système de soins et l'ensemble des interventions proposées, en tenant compte des contextes socioculturels et politiques. Ce processus d'élaboration du programme, mené au niveau local, favorise les collaborations entre les divers partenaires concernés par l'amélioration des services existants ou par l'introduction de nouvelles technologies. En adaptant cette stratégie à l'introduction de services de prévention du cancer du col, il est recommandé, lors du choix de la politique générale et de la préparation du programme, de prendre en compte les interactions entre :

- Les femmes (les patientes) et les services auxquels elles ont accès ;
- Les femmes et les techniques de dépistage et de traitement et notamment l'acceptabilité des différentes options ;
- Les systèmes de soins et les techniques de dépistage et de traitement et notamment la capacité de ces systèmes à intégrer de nouvelles techniques et à pérenniser les services (Voir Figure 2.1 ci-dessous et encadré page suivante).

FIGURE 2.1. Approche stratégique pour la prévention du cancer du col



D'après Simmons et al. 1997.

Approche stratégique pour l'évaluation des programmes de prévention du cancer du col en Bolivie

L'Approche stratégique de l'OMS pour l'introduction de la contraception (Simmons et al. 1997), qui comporte trois étapes, encourage la collaboration entre les décideurs locaux, les collectivités et les différents acteurs pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à proposer des services et à favoriser leur utilisation. De 2001 à 2002, la Commission du Ministère de la santé bolivien pour la détection et la lutte contre les cancers féminins a adapté et appliqué l'approche stratégique de l'OMS pour évaluer les services de prévention et de traitement du cancer du col disponibles dans le pays et pour identifier les stratégies d'intervention les plus appropriées. En collaboration avec EngenderHealth et la PAHO, le ministère a, dans un premier temps, analysé la situation dans quatre régions de Bolivie. Cette étude, réalisée par une équipe pluridisciplinaire, s'est appuyée sur des observations et des questionnaires semi-structurés. A l'issue de cette évaluation, une réunion technique a été organisée avec les principaux intéressés pour définir avec eux des priorités et des recommandations visant à améliorer les services, notamment en identifiant de nouvelles opportunités de recherche ou de nouvelles stratégies et en déterminant les modifications à apporter au programme. Cette pluridisciplinarité a permis d'intégrer divers points de vue et de favoriser les alliances, de conforter certaines idées ou d'en apporter de nouvelles pour élaborer des programmes ou développer des stratégies. Ce processus de participation a permis aux principaux intéressés de s'approprier les conclusions de l'évaluation et d'adhérer aux recommandations.

D'après Bolivia Ministry of Health et al. 2003.



Décisions stratégiques relatives aux services

Comme décrit dans l'encadré ci-dessous, la phase de définition de la politique générale du programme comprend plusieurs étapes : confirmation de l'engagement politique, implication de hauts responsables des parties concernées, analyse de la situation, élaboration de stratégies d'après l'évaluation de la situation, obtention d'un soutien pour les nouvelles stratégies et de ressources pour le programme. Alors que l'équipe d'encadrement n'est généralement pas impliquée dans l'élaboration de la stratégie, il est utile qu'elle comprenne bien les raisons de ces choix, en particulier ceux qui affectent plus directement la prestation des services et l'organisation du programme.

Étapes de la définition de la politique générale du programme

Confirmation de l'engagement politique

Il faut que les hauts responsables s'impliquent dans l'élaboration ou le renforcement du programme de dépistage. Dans les faits, cela doit se traduire par l'attribution des ressources nécessaires et la nomination d'un coordinateur disposant du mandat, de l'autorité et des moyens indispensables pour diriger le programme.

Recrutement de hauts responsables des parties concernées

Les décideurs doivent identifier les hauts responsables des principales parties concernées par les programmes de prévention, qui seront invités à donner leur avis et à apporter leur soutien au programme. Ils doivent avoir un pouvoir de décision dans leur propre structure. On trouvera parmi eux des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, des directeurs de structures médicales, des professeurs d'université, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et des représentants de la collectivité, en particulier les porte-parole des groupes de femmes.

Analyse de la situation

Pour décider de la faisabilité et de la portée du programme, il faut d'abord connaître le poids de la maladie et évaluer l'importance relative du cancer du col par rapport aux autres priorités sanitaires. Il faut répertorier les services existants qui pourraient être utilisés pour le programme de dépistage et identifier les moyens techniques disponibles (ou que l'on pourrait développer).

Elaboration des stratégies

Il faut définir les stratégies qui vont régir les différents services. Pour cela, il faut sélectionner les méthodes de dépistage et de traitement, définir le groupe d'âge cible pour le dépistage, le taux de couverture souhaité, la fréquence des dépistages, statuer sur les habilitations (permettant par exemple aux prestataires de niveau intermédiaire d'effectuer des actes cliniques) et déterminer si le programme sera vertical ou intégré à d'autres services de santé. Étant donné l'importance de l'engagement, du soutien et des investissements



que cela implique, ces décisions se prennent au niveau national. Ce sont elles qui déterminent le fondement des directives et des normes nationales.

Obtention d'un soutien pour les nouvelles politiques et de ressources pour le programme

Il faut attribuer des ressources suffisantes pour permettre le bon déroulement du programme. Il faut aussi obtenir le soutien des instances administratives et médicales, pour qu'elles défendent les nouvelles politiques dans leurs propres sphères d'influence.

D'après WHO 2002a.

Méthodes de dépistage et de traitement

Ceux qui décident du choix des méthodes de dépistage et de traitement à mettre en œuvre au niveau d'un pays, d'un programme ou d'une structure données, doivent tenir compte des points suivants :

- Performance des tests de dépistage ;
- Moyens nécessaires à la réalisation des tests ;
- Sécurité et efficacité du traitement ;
- Equipement et fournitures nécessaires ;
- Faisabilité des méthodes de dépistage et de traitement selon les lieux où elles seront appliquées ;
- Acceptabilité des méthodes choisies pour le dépistage et le traitement, par les femmes et leurs partenaires, et par les prestataires ;
- Impact probable des méthodes de dépistage et de traitement sur le poids de la maladie ;
- Coûts.

Groupe d'âge cible, fréquence et couverture du dépistage

Groupe d'âge cible

Pour définir le groupe d'âge cible, c'est-à-dire à quel âge il faut commencer et arrêter le dépistage, il faut tenir compte des points suivants :

- Risque de maladie dans les différentes classes d'âge ;
- Performance des différents tests de dépistage en fonction de la classe d'âge ;
- Disponibilité des moyens nécessaires au dépistage et au traitement.

Selon le Centre international de Recherche sur le Cancer (*Cervix Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005), le dépistage doit d'abord s'adresser aux femmes de trente à cinquante ans, âge auquel le risque de lésions précancéreuses est le plus élevé alors que l'incidence des cancers invasifs du col n'a pas encore commencé à augmenter. Dans de nombreux pays, l'incidence des cancers invasifs est très faible chez les femmes de moins de 25 ans ; elle augmente ensuite pour atteindre un pic entre 50 et 70 ans. Les données provenant des registres du cancer des pays en développement montrent qu'environ 70% des cas déclarés sont diagnostiqués chez des femmes de plus de 45 ans. Les lésions précancéreuses, en revanche, sont généralement détectables plus de 10 ans avant l'apparition du cancer, avec un pic autour de 35 ans. Le risque de cancer du col est relativement élevé chez les femmes de plus de 50 ans n'ayant jamais subi de dépistage, alors que, dans la même classe d'âge, ce risque est faible chez celles qui ont eu au moins un dépistage négatif au cours des années précédentes.

Les caractéristiques des différents tests de dépistage peuvent aider à définir le groupe d'âge cible. Les méthodes de dépistage visuel, par exemple, sont recommandées surtout chez les femmes de moins de 50 ans, car chez les plus âgées, la jonction pavimonto-cylindrique disparaît dans le canal cervical et devient donc difficile à visualiser. Le test de recherche de l'ADN du VPH devrait être réservé aux femmes de plus de 35 ans car, chez les plus jeunes, sa spécificité est faible et, par conséquent, son taux de faux positifs élevé (Wright et Schiffman 2003). La cytologie convient à tous les âges, même s'il est recommandé d'effectuer un prélèvement de cellules endocervicales chez les femmes plus âgées.

Fréquence des dépistages

Le cancer du col se développe en général lentement, à partir de lésions précurseurs. Il est donc possible d'en réduire significativement la morbidité et la mortalité en pratiquant des dépistages, même s'ils sont peu fréquents. Les études réalisées par l'ACCP en appliquant des modèles mathématiques aux données disponibles (études de cohortes prospectives, bases de données, publications) ont permis de définir des priorités. Quand les ressources ne permettent de proposer aux femmes qu'un seul dépistage au cours de leur vie, il faut le faire entre 30 et 50 ans, plus particulièrement entre 35 et 40 ans. Si les ressources sont suffisantes pour pratiquer deux à trois dépistages, il est préférable de les pratiquer tous les 5 ans environ (et non tous les 10 ans), par exemple à 35, 40 et 45 ans plutôt qu'à 30, 40 et 50 ans (Goldhaber-Fiebert et al. 2003, Goldie et ACCP 2004, communication personnelle par S. Goldie, mai 2004). Si les moyens permettent des dépistages encore plus fréquents, on peut les faire tous les trois ans entre 25 et 49 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à 64 ans (*Cervix Cancer Screening, IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005).

Couverture du dépistage

La couverture correspond au taux de participation des femmes admissibles (celles qui appartiennent au groupe d'âge cible) au programme de dépistage sur une période donnée. On la calcule en divisant le nombre de femmes admissibles se prêtant au dépistage au cours de cette période par le nombre total de femmes admissibles. Le taux de couverture de la population cible est l'un des éléments déterminants du succès des programmes de prévention (Pretorius et al. 1991, Sasieni 1991, OMS 1992). Dans certains pays qui ont mis en place des programmes de dépistage, plus de 50% des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du col n'en ont jamais bénéficié (Sung et al. 2000). Pour avoir un impact important sur l'incidence et la mortalité par cancer du col, il faut donc trouver les moyens permettant à toutes les femmes de bénéficier

des services de prévention. En revanche, si l'on effectue un second dépistage inutile ou un dépistage de routine chez des femmes n'appartenant pas au groupe d'âge cible (par exemple les femmes d'une vingtaine d'années en consultation prénatale), on augmente considérablement les coûts pour un bénéfice minime. En principe, il vaut mieux augmenter le taux de couverture plutôt que la fréquence des dépistages (Miller 1992, Sasieni 1991) ou la sensibilité du test (Kim et al. 2002a, Kim et al. 2002b), en particulier dans les pays ayant un faible taux de couverture (inférieur à 25%). D'après ces éléments, les programmes de prévention doivent se donner pour objectif le dépistage chez les femmes du groupe d'âge cible et éviter les dépistages à répétition.

Les objectifs de couverture une fois définis, l'équipe d'encadrement doit tout mettre en œuvre pour les atteindre dans son secteur d'intervention (voir Chapitre 5). Si les objectifs de couverture n'ont pas été définis au niveau national, les définir au niveau local constitue une étape clé dans l'élaboration du programme.

Optimisation de l'accès aux services de prévention

Selon l'ACCP, le dépistage et le traitement du cancer du col peuvent être assurés aussi bien par des non médecins que par des médecins, à condition qu'ils soient bien formés. Le choix du personnel habilité à accomplir certains actes doit s'appuyer sur les normes et les réglementations du pays. Si celles-ci sont trop restrictives, il faudra les modifier avec l'accord des organisations professionnelles ou des structures de réglementation du pays.

Programmes verticaux contre programmes intégrés

Dans les programmes verticaux, les prestataires de soins et l'équipement sont affectés à un seul service. La préparation d'un programme englobe la planification et les prévisions budgétaires, l'organisation, la définition des rôles et des responsabilités du personnel, la formation, la supervision, la logistique, la mise en place et la gestion des systèmes d'information, la supervision et l'accueil des patientes dans les différents services (Management Sciences for Health 1994). Dans les programmes intégrés, les patientes peuvent accéder à un ou plusieurs services dans le même établissement, durant la même journée, et parfois par le même prestataire de soins. La décision d'intégrer la prévention du cancer du col à d'autres programmes de santé dépend de nombreux facteurs : la volonté politique, la prise en compte des priorités sanitaires, la politique nationale de prévention du cancer du col, la disponibilité des ressources humaines et des moyens matériels, les diverses contraintes, les exigences des donateurs et les moyens engagés.

Les équipes d'encadrement doivent tenir compte des avantages et des inconvénients respectifs de chaque type de programme, intégré ou vertical (Tableau 2.1). Si on en a les moyens, il est préférable de mettre en place des services intégrés, dans la mesure où cela n'entraîne pas une trop grande surcharge de travail pour le personnel, ce qui nuirait à l'efficacité du programme. L'intégration du dépistage n'a d'intérêt que si cela permet d'atteindre un grand nombre de femmes de plus de 30 ans. Dans ces conditions, il n'est pas intéressant d'intégrer le dépistage au planning familial, étant donné que 50 à 60% des femmes qui les fréquentent ont moins de 30 ans (Claeys et al. 2003). Que le programme soit vertical ou intégré, il est important de répondre aux besoins des patientes par une approche holistique et de s'assurer qu'elles bénéficient des services dont elles ont besoin ou qu'elles sont bien orientées. Les services intégrés et verticaux sont décrits de façon plus détaillée Chapitre 6.

TABLEAU 2.1. Avantages et inconvénients des programmes verticaux et intégrés

	Programme Vertical	Programme Intégré
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Engagement plus important et focalisation sur les objectifs de prévention. Rôles et responsabilités du personnel clairement définis. 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de plusieurs problèmes médicaux au cours d'une seule et même consultation. Evite la stigmatisation liée à la notion de «service spécialisé dans le cancer du col». Possibilité d'utiliser le réseau de prise en charge existant ou de bénéficier d'une prise en charge sur place. Personnel aux compétences élargies.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Coût plus élevé pour le système de santé (dans la mesure où l'infrastructure et l'équipement ne sont pas partagés). Contraintes logistiques et financières pour les patientes (frais de transport, contraintes professionnelles et familiales) si elles sont orientées vers d'autres services de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Compétition avec d'autres priorités sanitaires (la prévention peut être considérée comme moins urgente que le traitement). Contraintes de planification et d'organisation plus importantes. Eventuelle surcharge de travail. Rôles et responsabilités du personnel et des superviseurs moins bien définis.

Conclusion

La définition de la politique du programme représente une étape cruciale, car c'est à ce stade que l'on évalue les besoins de la population ou du pays, que l'on détermine les stratégies qui régiront les interventions et que l'on obtient les soutiens politiques et financiers nécessaires au programme. La participation des principaux acteurs au niveau national est essentielle pour déterminer les besoins et les priorités de santé publique. Les équipes d'encadrement doivent bien comprendre les raisons des choix stratégiques, pour pouvoir les expliquer à leur tour et obtenir le soutien des collectivités locales dans la préparation et la mise en œuvre du programme.

Toute stratégie quelle qu'elle soit nécessite l'engagement de moyens. Les études coût-efficacité jouent donc un rôle crucial dans les décisions (Goldie et al. 2001, Mandelblatt et al. 2002). D'après ces études, quand les ressources sont limitées, les stratégies de dépistage du cancer du col doivent :

- favoriser tout d'abord le dépistage des femmes de 30 à 50 ans ;
- favoriser les approches de dépistage et de traitement limitant le nombre de visites (afin de minimiser les « perdues de vue » en cours de suivi);
- favoriser la couverture plutôt que la fréquence des dépistages.

Bibliographie complémentaire

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). ACOG statement of policy: cervical cancer prevention in low resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607–609.

Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Family Planning Manager*. 1994;3(3).

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, France: IARC Press. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 10, 2005.

Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, DC: PAHO; 2002[a].

Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer*. 2000;88(10):2283-2289.

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