

**PROBLEMATIQUE DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS
DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT**



K. FOLLIGAN (1), T. ANOUKOUM (2), S. ABOUBAKARI (3), L. FETEKE (4), A. B. ADAMA-HONDEGLA., E. GBEDZE (1), N. AGBETRA (5), B.S. BOUKARI (1)

(1) Service d'Histologie . Embryologie . Cytologie et Biologie de la Reproduction. CHU Tokoin . Lomé . Togo. B.P. 57

(2) Service d'Urologie. CHU Tokoin . Lomé . Togo. B.P. 57

(3) Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique. CHU . Kara . Togo.

(4) Centre National de transfusion sanguine de Lomé-Togo, BP 20707

(5) Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique. CHU Tokoin . Lomé . Togo. B.P. 57

RESUME

Introduction et Objectifs

Le travail réalisé est une revue de la littérature sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ses objectifs ont été d'analyser quelques modèles de dépistages du cancer du col dans le monde et de déterminer les probables causes de l'échec des programmes de dépistage dans les pays en voie de développement (PVD)

Résultats

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les PVD avec une incidence plus de six fois supérieure à celle des pays développés et constitue la principale cause de décès par cancer chez les femmes des PVD.

Dans les pays développés, l'incidence et le taux de mortalité dus au cancer du col de l'utérus sont en perpétuelle régression grâce à la mise en place des programmes de dépistage, de traitement et d'orientation structurés et exhaustifs. Cependant, la mise en oeuvre de ces programmes nécessite des ressources considérables et un degré élevé de coordination. Ces programmes sont donc peu pratiques et trop coûteux dans le contexte des milieux à faibles ressources.

Or, les femmes des PVD méritent d'avoir accès à des services de prévention du cancer du col utérin sûrs, efficaces et abordables. Compte tenu des obstacles reconnus quant à la mise en oeuvre de mesures de dépistage fondées sur la cytologie et du caractère limité de la gamme de traitements disponibles, d'autres options de programme sont requises comme le dépistage par le test IVA (Inspection Visuelle à l'Acide acétique) et IVL (Inspection Visuelle au Lugol) et des options de traitement sans hospitalisation.

Bien que des efforts pour réduire l'impact sur la santé du cancer du col aient été entrepris dans le monde entier, la plupart des tentatives ont échoué dans les PVD [14, 35, 36]. C'est le cas du Brésil, du Mexique, de la Colombie, de l'Afrique du sud, ou de l'Inde [14]. Les ressources limitées et le fait que le cancer ne constitue pas la préoccupation majeure des politiques en matière de la santé sont les causes majeures de cet échec.

Conclusion

Ce travail a identifié certaines causes de l'échec des programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les PVD et ouvre la possibilité pour ces pays de réajuster leur programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour le rendre efficace et de pouvoir reléguer ce cancer au dernier rang des cancers chez la femme.

Mots clés : cancer, col utérin, programme, échec, dépistage.

FIELD OF ENQUIRY OF THE TRACKING DOWN OF THE CANCER OF THE CERVIX UTERI IN EMERGING PEOPLES

Summary

Introduction and Objectives

The realized labour is a review of the literature on the tracking down of the cancer of the cervix uterine. His objectives have been to analyse a few model of tracking downs of the cancer of the neck in the world and to determine probable causes of the fail programmes check of tracking down in emerging peoples (PVD)

Results

The cancer of the cervix uterine is the cancer the most quick to the woman in PVD with an incidence more six superior times to that of the developed country and constituted the principal cause of decease by cancer to women PVD.

In the developed country, the incidence and the rate of mortality ought to the cancer of the cervix uteri are in perennial regression thanks to the placing in programmes place of tracking down, of treatment and of structured exhaustive orientation.

Meanwhile, implemented her of those programmes requires considerable resources and a raised stage of coordination.

Those programmes are then unpractical and too costly in the middles context to resources weaks persons.

Women PVD deserve to have attack to attendances of prevention of the cancer of the uterine secure neck, efficacious and accessible.

Account keeps recognized obstacles as to implemented her of measures of founded tracking down on the cytology and of the bounded eugenics of the scale of available treatments, other options of programme are come for as the tracking down by the test IVA (Visual inspection to the acetic Acid) and IVL (Visual inspection to the Lugol) and options of treatment without hospitalization.

Although strains to reduce the impact on the health of the cancer of the neck would been undertaken in the whole world, the generality of tentative have run aground in PVD [14, 35, 36]

This is the case of Brazil, of Mexico, of Colombia, of South Africa, or of India [14].

Limited resources and the fact that the cancer does not constitute the major policies preoccupation in the matter of the health are major causes of this check.

Conclusion

This labour has identified some cause of the programme check of tracking down of the cancer of the cervix uterine in PVD and lances the possibility for that country to readjust their programs of strife against the cancer of the cervix uteri to give back him efficacious and to can relegate this cancer to the cancers rear rank to the woman.

Keys words: cancer, uterine neck, programme, check, tracking down.

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est, en terme de fréquence, le deuxième cancer touchant les femmes après le cancer du sein. Il représente 15% de tous les cancers chez la femme [1] avec environ 493 000 nouveaux cas par an [2, 3]. Si les cas non diagnostiqués étaient aussi répertoriés, l'OMS estime que ce chiffre serait deux fois plus élevé [4].

Le cancer du col représente un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement (PVD). On considère que dans la plupart de ces pays, notamment en Afrique subsaharienne, en Amérique du Sud, en Asie du Sud-est et en Mélanésie [2], le cancer du col de l'utérus est la cause la plus fréquente de cancer chez la femme. [5]

Le cancer du col de l'utérus peut faire l'objet d'une prévention grâce au dépistage et peut être soigné, surtout s'il est détecté à un stade précoce. C'est le cas des pays développés qui, à travers la collaboration d'un programme efficace de dépistage, ont vu l'incidence du cancer du col de l'utérus diminuer depuis ces deux dernières décennies.

En ce qui concerne les PVD, le constat est tout autre. Dans la plupart de ces pays, le dépistage du cancer du col de l'utérus est quasi inexistant ou au mieux sporadique [6].

Ce travail est une revue de la littérature concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ses objectifs ont été d'analyser quelques modèles de dépistages du cancer du col dans le monde et de déterminer les probables causes de l'échec des programmes de dépistage dans les PVD.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une revue de la littérature sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ont été retenus pour ce travail les pays disposant d'un registre du cancer reconnu par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et ayant un programme de dépistage organisé du cancer du col utérin. L'organisation et le déroulement du programme de dépistage et son influence sur l'épidémiologie de ce cancer doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une publication. Le programme de dépistage devrait comporter au moins l'une des méthodes suivantes: test IVA, test IVL, le frottis cervical, la colposcopie ou la détection de l'ADN (Acide Désoxyribo Nucléique) du HPV (Human Papilloma Virus). Nous avons recensé les écrits et articles publiés en Français ou en Anglais à partir de 1990 dans les bases de données suivantes: John Libbey Eurotext, CANCERLIT[®], EMBASE[®], MEDLINE[®], et PubMed.

ANALYSE DE PROGRAMMES DE DEPISTAGE

L'échantillon

Pour les pays développés deux pays ont été retenus. Il s'agit de la France et du Canada.

Pour les pays en voie de développement les pays qui satisfaisaient aux critères de sélections étaient :

- Pour l'Amérique du sud et central : le Brésil, la Colombie, le Costa Rica et le Cuba
- Pour l'Afrique subsaharienne : le Zimbabwe, l'Afrique du sud et le Cameroun
- Pour l'Asie : la Chine et l'Inde

Le programme de dépistage dans deux pays médicalisés : France et Canada

En France le cancer du col de l'utérus arrive au sixième rang des cancers de la femme avec 3270 nouveaux cas par an et 1630 décès [7]. Depuis ces 20 dernières années on assiste à une diminution de ces deux indicateurs.

Les premiers programmes de dépistage organisé de ce cancer n'ont commencé qu'en 1990. C'est également au cours de cette année que les modalités d'un dépistage organisé avaient été définies, lors de la conférence de consensus tenue à Lille [8]. Les recommandations essentielles de cette conférence étaient de faire bénéficier toutes les femmes d'un dépistage par frottis cervical tous les 3 ans après un frottis négatif, dès l'âge de 25 ans jusqu'à 65 ans et de mettre en place un système d'assurance qualité systématique et une évaluation des résultats.

En 1995, l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) a publié une recommandation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus reprenant l'essentiel des recommandations de la conférence de consensus de Lille [9]. Seul l'âge de début a été avancé à 20 ans.

Au Canada, le cancer du col utérin se classe au 12^{ème} rang parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués. Il se classe en troisième position selon son incidence chez les femmes de 20 à 34 ans et de 35 à 49 ans [10]. En 2002, on a évalué à près de 1480 le nombre de nouveaux cas et à 410 le nombre de décès causés par cette maladie [11].

Le dépistage du cancer du col utérin au Canada remonte à 1960, et ce fut la Colombie-Britannique qui a introduit pour la première fois un programme provincial de dépistage [12]. Globalement, près de 1 000 décès par cancer du col utérin sont évités chaque année grâce à l'amélioration des mesures de lutte et de surveillance [13].

Les programmes de dépistage du cancer du col dans les pays en développement

Des programmes de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus ont été introduits au cours des 30 dernières années dans certains pays en développement, en particulier en Amérique du Sud et en Amérique Centrale, mais en général avec peu de résultats. Dans les pays à haut risque d'Afrique subsaharienne, il n'existe quasiment pas de programmes organisés ni de programmes ponctuels de dépistage du cancer du col [14].

Amérique du sud et Amérique centrale

En Amérique latine une proportion significative des femmes à haut risque de cancer du col de l'utérus vit en milieu rural où il est difficile d'effectuer des examens cytologiques. Seule une minorité de pays ont un programme de dépistage et depuis les années 70, certains de ces pays s'efforcent d'organiser les programmes de dépistage cytologique du cancer du col à l'échelle nationale ou régionale.

Au Brésil 75% des cancers du col sont diagnostiqués lorsqu'ils sont invasifs [15]. Selon les informations officielles disponibles, le cancer du col se place au premier rang des cancers avec 23% du total devant celui du sein qui occupe 15% de tous les cancers diagnostiqués. La prévention est médiocre car les programmes ne couvrent que 2% de la population [15]. Le ministère de la santé recommande aux femmes âgées de 25 ans ou plus et sexuellement actives d'effectuer un frottis conventionnel une fois par an puis une fois chaque 3 ans après deux frottis normaux. Malgré ces recommandations fédérales, les programmes de prévention varient beaucoup à l'intérieur du pays [16].

En Colombie, la Ligue nationale colombienne contre le cancer et des organisations privées comme PROFAMILIA proposent le dépistage cytologique du cancer du col depuis les années 70 [17]. Cependant, le taux de mortalité par cancer du col dans ce pays n'a pas varié. On a néanmoins observé une diminution régulière et notable de l'incidence à Cali, peut-être grâce aux activités de dépistage réalisées dans cette ville depuis 1967 et comportant des campagnes d'éducation et de détection précoce. En 1990, un programme quinquennal de lutte contre le cancer du col à l'échelle nationale a été lancé, avec réalisation d'un frottis de dépistage chez plus de 60% des femmes de 25 à 69 ans sur une période de trois ans et d'un suivi chez plus de 90% des femmes dépistées. Les services de cytologie ont été centralisés et de vastes campagnes d'information et d'éducation du public ont été lancées. A mi-chemin du projet, le système de santé centralisé a été réorganisé et plusieurs services ont été décentralisés pour encourager la création de réseaux efficaces de services et de surveillance. Toutefois, cinq ans après le début du programme, les données de mortalité par cancer du col semblaient indiquer que la situation n'avait pas changé.

Au Costa Rica, des services nationaux de dépistage cytologique du cancer du col de

lqutérus sont disponibles depuis 1970 pour les femmes de 15 ans et plus [16]. Des campagnes d'information et d'éducation ont été utilisées pour encourager les femmes sexuellement actives à se faire faire un frottis de dépistage annuel. Un frottis est également réalisé de façon systématique lors de tout examen gynécologique [18]. La couverture là où le niveau socio économique est faible, est insuffisante quel que soit le moment de la campagne de dépistage. La raison en est que ces femmes ne fréquentent pas les centres de planning familial et de consultation prénatale, dans la Province de Guanacaste où vivent des femmes à haut risque de développer un cancer du col de lqutérus. Le système traditionnel mis en place dans cette province depuis 20 ans n'a pas permis de réduire l'incidence du cancer du col malgré une participation élevée des femmes (93.6%). Le succès ne réside donc pas seulement dans le fait d'offrir un service à une population, par ailleurs très compliant.

A Cuba, un programme de dépistage a été mis sur pied en 1968. Il proposait aux femmes âgées de 20 ans et plus d'effectuer un frottis tous les 2 ans [20]. Plus de 80% des femmes entre 20 et 60 ans ont bénéficié d'un frottis au moins une fois. Cependant, 73.8% des femmes âgées de 20 à 25 ans ont été dépistées alors que selon les meilleures estimations, le pourcentage de femmes de plus de 35 ans ayant été dépistées est inférieur à 10%. Par conséquent, aucune baisse de l'incidence et de la mortalité n'ont été observées dans les trois dernières décennies à Cuba [19, 21, 22]. De plus, moins de 30% des femmes ayant un frottis positif ont été traitées. L'incidence du cancer du col reste élevée (20/100 000 en 1986) et une tendance à une augmentation de l'incidence chez les jeunes femmes est observée [20]. Par contre, la proportion des cancers du col au stade I a augmenté passant de 26% en 1982 à 50 % en 1988 avec une baisse proportionnelle des cas au stade II et III, reflétant probablement une sensibilisation des femmes par les campagnes de dépistage, les amenant à consulter plus tôt. Depuis 1997, le programme de dépistage se concentre sur les femmes âgées de 35 ans et plus, et l'intervalle du dépistage a été augmenté à 3 ans [20].

Afrique subsaharienne

En Afrique, le cancer du col de lqutérus est un problème de santé majeur en raison de sa forte prévalence. C'est le cancer le plus fréquent et la cause principale de décès lié au cancer chez la femme. En Afrique subsaharienne, il n'existe pas de campagnes

organisées de dépistage du cancer du col de lqutérus [14].

Au Zimbabwe, le cancer du col représente le cancer le plus fréquent [14], et il n'existe pas de programme de dépistage systématique. L'incidence des lésions précancéreuses demeure totalement inconnue. Des dépistages sélectifs ou opportunistes ont été réalisés depuis la fin des années 80 dans les cliniques prénatales, les cliniques de planning familial et dans des hôpitaux de district ou privés. En absence de données, rien ne montre qu'il ait eu une variation d'incidence au cours du temps [23].

En Afrique du Sud, le cancer cervical, représentant plus de 30 pour cent des cas de tous les cancers, est le cancer féminin le plus fréquent en particulier chez les Sud-Africaines Noires chez qui il représente 32.7% des cancers. Chez les Sud-africaines Blanches, il s'agit, toujours par ordre de fréquence, du quatrième type de cancer. On estime qu'environ 76 femmes sur 100 000, âgées de 35 à 64 ans, sont atteintes de cancer cervical et qu'une femme sur 41 souffrira de cancer cervical au cours de son existence [24]. L'institut sud-africain de recherche médicale a organisé l'infrastructure d'un dépistage de masse de la population féminine de Soweto (Project Screen Soweto) en vue d'examiner 90.000 frottis de dépistage par an [25]. Cependant, en l'absence de programmes bien planifiés d'éducation et de motivation du public, la participation de la population cible a été faible.

Actuellement, les frottis de dépistage cytologique sont réalisés sur demande dans les services sud-africains de soins anténataux, postnataux, de gynécologie et de planification familiale [26].

Une étude récente du rapport coût/efficacité de plusieurs stratégies de dépistage indique que les stratégies faisant appel au test IVA ou à la recherche de l'ADN du HPV peuvent constituer des alternatives intéressantes aux programmes de dépistage cytologique dans des contextes de faibles ressources [27]. Lorsque toutes les stratégies ont été analysées en partant de l'hypothèse d'un seul dépistage sur toute la vie, pratiqué à l'âge de 35 ans, par comparaison avec l'absence de dépistage, il a été observé que la recherche du HPV suivie par le traitement des femmes positives lors d'une deuxième visite, coûtait US \$39 (soit 20670 F CFA) par année de vie sauvée (réduction de 27% de l'incidence du cancer). Le IVA, couplé avec le traitement immédiat des

femmes positives dès la première visite, était la stratégie qui venait ensuite sur le plan du rapport coût/efficacité (réduction de 26% de l'incidence du cancer) et était économique. L'examen cytologique suivi par le traitement des femmes positives lors d'une deuxième visite, était la stratégie la moins efficace (réduction de 19% de l'incidence du cancer), pour un coût de US \$81 (soit 42930 F CFA) par année de vie sauvée [27].

Récemment un programme de dépistage national du cancer du col a été introduit en Afrique du Sud et a pour but d'effectuer 3 fois dans la vie d'une femme, à partir de 30 ans, un frottis de dépistage [28].

Au Cameroun le cancer du col de l'utérus est la première cause de mort par cancer chez les femmes : sur les 10 000 nouveaux cas de cancer découverts par année, 12% sont attribués au cancer du col de l'utérus [5]. Chez les femmes âgées de 50 ans et plus il représente 32% de tous les cancers. C'est donc le cancer le plus fréquent chez la femme au Cameroun. Son incidence est estimée à 40/100 000 femmes et l'âge moyen de son apparition est de 49 ans. Un programme national de dépistage du cancer du col utérin a commencé en 1992. Des campagnes sont réalisées chaque année dans les villes de Douala et de Yaoundé. Ce programme est basé sur le dépistage cytologique une fois par an. Toutefois, seule une minorité de femmes a les moyens de se faire un frottis de dépistage qui revient à 13 dollars US (7000 F CFA). D'autre part, au Cameroun, le nombre de laboratoires est insuffisant. Les pathologistes et les cytotechniciens sont peu nombreux. En conséquence, plus de 60% des patientes sont vues à l'hôpital avec des stades avancés, à savoir à un stade III ou IV. En milieu rural, où vivent les 57% de la population et les 70% des femmes, il n'existe encore aucune structure régulière de dépistage du cancer du col de l'utérus. La prévalence du cancer du col et des dysplasies n'est pas encore connue. On estime que 90% des femmes souffrant du cancer du col habitent la campagne [5].

Asie

En Asie, le risque de développer un cancer du col diminue de 15 à 30% chaque 5 ans. Cette baisse est attribuée aux programmes de dépistage cytologique initiés dans les années 70 [14].

En Chine, les premières campagnes ont débuté en 1957 à Pékin et se sont étendues ensuite à Shanghai, Tianjin et enfin dans le reste du pays. Les campagnes étaient

organisées sur une base annuelle, bisannuelle ou trisannuelle et seize millions de femmes ont été dépistées entre 1970 et 1985 [15]. L'incidence du cancer du col a ainsi fortement diminué dans tous les groupes d'âge concernés par le dépistage. A Shanghai son incidence a baissé de plus de 80% durant les deux dernières décennies [20].

L'Inde représente le cinquième de la charge mondiale du cancer du col [15]. Il n'existe dans aucun des Etats provinciaux de programme de dépistage organisé ni ponctuel pour cette affection. Les données des registres du cancer dans différentes régions indiquent une baisse lente mais régulière de l'incidence du cancer du col dans la population. Cependant, les taux d'incidence sont encore trop élevés, en particulier dans les régions rurales, et le nombre absolu de cas augmente du fait de l'accroissement démographique. Les efforts visant à améliorer l'information de la population ont entraîné une détection plus précoce des cas et une augmentation de la survie dans une région rurale reculée de l'ouest de l'Inde [29, 30].

Les méthodes de dépistage du cancer du col par inspection visuelle ont été largement évaluées en Inde. Les résultats de l'inspection visuelle sans préparation (c'est-à-dire sans application d'acide acétique) ont été examinés dans plusieurs études [31]. Cette approche simplifiée manque toutefois de sensibilité et de spécificité pour la détection des néoplasies cervicales, en particulier des lésions précancéreuses, et n'est plus recommandée pour le dépistage.

Actuellement, plusieurs études transversales sont en cours sur d'autres approches de dépistage telles que l'IQVA, l'IQVA avec grossissement, ainsi que la recherche du HPV comme méthode de remplacement. Les résultats de deux études déjà rapportées indiquent que la sensibilité de l'IQVA pour la détection des lésions de grade élevé est égale ou supérieure à celle de l'examen cytologique classique, mais avec une spécificité plus faible [32-34].

Etant donné l'insuffisance du développement des services de cytologie, l'IQVA a été recommandée comme option immédiate pour le lancement d'initiatives de lutte contre le cancer du col dans le cadre des programmes locaux de lutte contre le cancer dans 54 districts de l'Inde.

Problématique du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays en voie de développement

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les PVD avec une incidence plus de six fois supérieure à celle des pays développés. Bien que des efforts pour réduire l'impact sur la santé du cancer du col aient été entrepris dans le monde entier, la plupart des tentatives ont échoué dans les PVD [14, 35-36]. C'est le cas du Brésil, du Mexique, de la Colombie, de l'Afrique du sud, ou de l'Inde [14].

De nombreux PVD ont mis en place des programmes de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus. Dans la plupart d'entre eux, l'incidence et la mortalité de ce cancer n'ont cependant pas diminué [14]. Une problématique spécifique à ces pays existe certainement.

Le tout premier aspect qui explique l'échec de la mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer du col dans les pays en développement est que dans la plupart de ces pays la lutte contre le cancer ne constitue pas la préoccupation majeure des politiques en matière de la santé. Les ressources limitées sont plutôt consacrées à la lutte contre les maladies infectieuses qui sont plus faciles à traiter [37]. L'absence d'infrastructure et de personnel qualifié contribue également à l'échec des programmes. De plus, les PVD n'accordent qu'une faible priorité aux problèmes de santé de la femme. Au Cameroun par exemple, le nombre limité de laboratoires de même que des pathologistes et des cytotechniciens constituait un frein à l'efficacité du dépistage [5]. Le coût élevé de l'acte ne permet qu'à une certaine classe aisée de se faire dépister. Il faut aussi noter que les femmes qui se font tester ne reçoivent pas leurs résultats à cause de la durée trop longue de consignation des résultats, ou ne reviennent pas pour un test de suivi et un traitement [35].

Les femmes ignorent souvent les symptômes de la maladie et ont souvent une attitude fataliste vis-à-vis du cancer, jugé incurable [5]. Le recours à la médecine traditionnelle et à la religion reste un handicap assez éloquent qui freine l'accès aux soins indispensables à un dépistage précoce garant de la curabilité des lésions. En général le manque d'information et d'éducation pousse les femmes des communautés pauvres à se faire soigner uniquement quand les symptômes se présentent et que le cancer est à un stade avancé difficile à traiter [36].

D'autres obstacles à la prévention et au traitement peuvent inclure les difficultés pour

se rendre aux cliniques et aux hôpitaux et la nécessité de multiples visites.

Dans de nombreux pays, les femmes ainsi que les prestataires de soins manquent d'information sur les choix de prévention du cancer du col [37]. Il se peut que les prestataires de soins adoptent des protocoles médicaux inappropriés, et qu'ils utilisent les ressources limitées dont ils disposent dans leur programme de manière inefficace. En effet dans les pays développés, la mise en œuvre et la poursuite de programmes de cytologie du col consistant en un dépistage annuel des femmes sexuellement actives, ou en un dépistage tous les deux à cinq ans, ont entraîné une diminution importante de l'incidence et de la mortalité du cancer du col au cours des 40 à 50 dernières années [14, 38]. Cependant, ce type de programme (i.e. comprenant des composantes de dépistage, de traitement, d'assurance de la qualité, de suivi et de diffusion de l'information à grande échelle) nécessite des ressources considérables et un degré élevé de coordination. Les budgets limités dont disposent la plupart des PVD empêchent d'engager et de poursuivre de tels programmes, même dans un secteur géographique limité [14, 37].

Actuellement, dans les PVD, le débat porte sur le choix du test de dépistage à utiliser : examen cytologique ou autres examens alternatifs comme l'IVVA ou la recherche du HPV, ou sur le choix des associations ou de la séquence de tests de dépistage à appliquer.

L'ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention) et d'autres chercheurs explorent activement la fiabilité et l'acceptabilité du dépistage visuel (IVA) comme moyen de détection de la maladie précancéreuse et du cancer [35].

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 [39]. 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. 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.

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les PVD

avec une incidence plus de six fois supérieure à celle des pays développés. Bien que des efforts pour réduire l'impact sur la santé du cancer du col aient été entrepris dans le monde entier, la plupart des tentatives ont échoué dans les PVD [14, 35-36]. C'est le cas du Brésil, du Mexique, de la Colombie, de

l'Afrique du sud, ou de l'Inde [16]. Une problématique spécifique à ces pays existe certainement. Les ressources limitées et le fait que le cancer ne constitue pas la préoccupation majeure des politiques en matière de santé sont les causes majeures de cet échec.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 . Parkin DM, Pisani P and Ferlay J. Estimates of the worldwide frequency of eighteen major cancers in 1985. *Int. J. Cancer* 1993 ; 54 : 594-606.
- 2 . Parkin DM, Pisani P and Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int. J. Cancer* 1999 ; 80: 827-841.
- 3 . Ferlay J. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide, IARC CancerBase n°5, version 2.0, International Agency for Research on Cancer, 2004, Lyon.
- 4 . World Health Organisation. Cervical Cancer Control in Developing Countries: Memorandum from a WHO Meeting. *Bull WHO* 1996 ; 74(4) : 345-351.
- 5 . Robyr R. Etude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale camerounaise. *Th : Méd.* : Genève, 2002.
- 6 . World Health Organisation. Control of cancer of the cervix uteri : a WHO meeting. *Bull WHO* 1986; 64 : 607-618.
- 7 . Weidmann C, Schaffer P, Hedeling G, Arveux P, Chaplain G, Exbrayat C. L'incidence du cancer du col de l'utérus régresse régulièrement en France. *Bull. Epid. Hebd.* 1998 ; 5, 17-19.
- 8 . Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. XXXIII congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Lille, 5-7 septembre 1990. *J. Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod.* 1990 ; 19 (5bis).
- 9 . ANDEM. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. In Recommandation et références médicales, Paris : Tome 2, ANDEM 1995 ; 9-24, 317 p.
- 10 . National Cancer Institute of Canada. Canadian cancer statistics 2003. Toronto: The Society; 2003. Disponible sur : http://www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_776/61/38/56158640niw_stats_en.pdf (accessed 2003 Apr 28).
- 11 . Liquid based cytology for cervical screening. Canberra: Medical Services Advisory Committee; 2002. MSAC reference 12a. Disponible sur : <http://www.msac.gov.au/pdfs/msacref12a.pdf> (accessed 2003 Apr 3).
- 12 . Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy : the STARD initiative. *BMJ* 2003 ; 326 (7379) : 41-4.
- 13 . Santé Canada. Dépistage du cancer du col utérin au Canada, rapport de surveillance, 1998.
- 14 . Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Programmes efficaces de dépistage du cancer du col dans les pays en développement à revenu faible ou moyen. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles No 6*, 2002 ; publié en anglais dans : *Bull WHO*, 2001 ; 79 (10) : 954-962.
- 15 . World Health Organisation. Control of cancer of the cervix uteri: a WHO meeting. *Bull. WHO* 1986 ; 64 : 607-618.
- 16 . Naud P, Bozzetti MC, Prolla JC, Becker Jr E, Camozzato A, Siegle R et al. Screening in Cervical Cancer Prevention in Porto Alegre, Brazil : The Experience of a Programme. In : Franco E, Monsonego J, editors. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford : Blackwell Science*; 1997 ; p. 250-261.
- 17 . Herdman C. Planning appropriate cervical cancer prevention programs. Seattle : WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2000.
- 18 . Sankaranarayanan R, Black R and Parkin DM. An Overview of cancer survival in developing countries. *IARC Sci. Publ.* 1998 ; 145 : 19-25.
- 19 . Sankaranarayanan R, Pisani P. Prevention Measures in the Third World : Are they Practical? In: Franco E, Monsonego J, editors. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford : Blackwell Science* ; 1997 ; p. 70-83.
- 20 . Sankaranarayanan R, Black R and Parkin DM. An Overview of cancer survival in developing countries. *IARC Sci. Publ.* 1998 ; 145 : 19-25.
- 21 . Coleman MP, Esteve J, Damiecki P, Arslan A, Renard H. Trends in Cancer Incidence and Mortality. *IARC Sci. Pub.* 1993 ; 121 : 1-806.

- 22 . Fernandez Garrote L, Lence Anta JJ, Cabezas Cruz E., Romero T, Camacho R. Evaluation of the cervical cancer control program in Cuba. *Bull. Pan. Am. Health Organ.* 1996 ; 30 (4) : 387-391.
- 23 . Chokunonga E. Cancer incidence in the African population of Harare, Zimbabwe: second results from the cancer registry 1993-1995. *Inter. J. Cancer* 2000 ; 85 : 54-59.
- 24 . South African National Cancer Registry Annual Report, 1989
- 25 . Leiman G. Project Screen Soweto : a planned cervical screening programme in a high-risk population. *S. Afr. Med. J* 1987 ; 2 : 61-68.
- 26 . Fonn S. A cervical screening strategy for South Africa. *S. Afr. Med. J.* 1994 ; 84 (9) : 627, 629-630.
- 27 . Goldie SJ. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings. Clinical benefits and cost effectiveness. *J. Am. Med. Assoc* 2001 ; 285 : 3107-3115.
- 28 . Miller A, Nazeer S, Fonn S, Brandup-Lukanow A, Rehman R, Cronje H et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *Int. J. Cancer* 2000 ; 86 : 440-447.
- 29 . Jayant K. Improved stage at diagnosis of cervical cancer with increased cancer awareness in a rural Indian population. *Int. J. Cancer* 1995 ; 63 : 161-163.
- 30 . Jayant K. Survival from cancer in Barshi registry, rural India In : Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM. Cancer survival in developing countries. Lyon : *Centre international de Recherche sur le Cancer* (IARC Scientific Publications No. 145) 1988 ; 69-77.
- 31 . Sankaranarayanan R. Visual inspection as a screening test for cervical cancer control in developing countries. In : Franco E, Monsonogo J. New developments in cervical cancer screening and prevention. *Oxford, Blackwell Science*, 1997 ; 411-421.
- 32 . Sankaranarayanan R. Performance of visual inspection after acetic acid application (VIA) in the detection of cervical cancer precursors. *Cancer* 1998 ; 83 : 2150-2156.
- 33 . Sankaranarayanan R. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. *Inter. J. Cancer* 1999 ; 80 : 161-163.
- 34 . Coleman M. Time trends in cancer incidence and mortality. Lyon : Centre international de Recherche sur le Cancer (IARC Scientific Publications No. 121) 1995.
- 35 . Ashford L, Collymore Y. Prévenir le cancer de l'utérus de part le monde. PRB, *population référence bureau*, 2004
- 36 . Ashford L, Collymore Y. Prévenir le cancer de l'utérus de part le monde. PRB, *population référence bureau*, rapport de politique générale, 200
- 37 . Sherris J, Herdman C. Prévention du cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées. *Out look* (mai 1998) ; volume 16, n°1.
- 38 . SOGC. Prévention du cancer du col au sein des milieux à faibles ressources. Déclaration de principe commune. *Obstet. Gynaecol. Cancer.* 2004 ; 26(3) : 207. 8.
- 39 . ACCP, Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers, Seattle : ACCP, 2004.