



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS

NEUVIEME COURS DE MAITRISE EN ADMINISTRATION SANITAIRE
ET SANTE PUBLIQUE
PROMOTION (2006-2008)

**DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN
AUX PREFECTURES
DE RABAT ET SKHIRAT TEMARA :
ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAITRISE
EN ADMINISTRATION SANITAIRE ET SANTE PUBLIQUE

OPTION : SANTE PUBLIQUE.

ELABORE PAR : DR DIOURI MOHAMED KHALIL

JUILLET 2008

RESUME

L'objet de cette étude, porte sur la description de l'état des lieux de dépistage du cancer du col à la préfecture de Rabat et celle de Skhirat Temara.

C'est une étude descriptive mixte qualitative, à travers des entretiens semi directifs réalisés avec un groupe (N= 41) de médecins gestionnaires, prestataires au niveau des deux secteurs (public et privé) et des membres des associations impliqués dans la lutte contre le cancer du col. Et quantitative basée sur un questionnaire anonyme administré à un échantillon basé sur un choix raisonné des femmes au niveau de deux centres de santé, urbain et rural pendant une période de deux semaines (N = 272).

L'enquête auprès des femmes dont l'âge moyen est de **42,7 ans** [IC à 95% : 32,3-53,0], a montré que la proportion des femmes qui ont déclaré connaître le cancer du col est de **91,2%** dans le centre de santé urbain contre **21,3%** dans le centre de santé rurale. La télévision représente la principale source d'information (**75,2%**). Et que seules **9,1%** des femmes ont déclaré connaître l'existence d'un test de dépistage et **5,9%** l'ont réalisé une fois dans la vie.

Les entretiens ont révélé, que dans le secteur privé, le dépistage du cancer du col se fait par la réalisation systématique des FCV. Alors qu'au niveau du secteur public, le dépistage du cancer du col est réalisé lors des campagnes mobiles. Il est devenu systématique depuis une année au niveau du Centre National de Santé Reproductive à la maternité des Orangers et chez les femmes hospitalisées à la maternité Souissi.

La méconnaissance du test par les femmes et le manque des moyens financiers sont les principaux freins à l'adhésion des femmes au dépistage.

Il y a lieu la nécessité de mettre en place une stratégie de dépistage organisé du cancer du col utérin. Ceci est actuellement possible dans notre pays grâce à l'existence des opportunités à travers la volonté politique de haut niveau, la sensibilisation des intervenants et l'implication multisectorielle.

SUMMARY

The object of this study, concerns the description of the appraisal of screening of the cancer of the collar in the prefecture of Rabat and that de Skhirat Temara.

It is a qualitative coeducational descriptive study, shirt foibles of discussions semi directive accomplished with a group (N = 41) of doctors administrators, contractors at the level of both areas (public and private) and members of associations implicated in the conflict against the cancer of the collar. And quantitative based on an anonymous questionnaire managed to a sample based on a choice reasoned by the women at the level of two centres of health, urban and country during a period of two weeks (N = 272).

The inquiry to the women whose medium age is of 42,7 years [IC in 95 %: 32,3-53,0], shows that the proportion of the women who declared to know the cancer of the collar is 91,2 % in the urban centre of health against 21,3 % in the centre of country health. Television represents the main source of information (75,2 %). And that alone 9,1 % of the women declared to know the existence of a test of screening and 5,9 % once accomplished it in life.

Discussions revealed, that in the private area, the screening of the cancer of the collar is made by the systematic realization of cervico-vaginal smear.

While at the level of the public area, the screening of the cancer of the collar is accomplished during the mobile campaigns. It became systematic for one year at the level of the National Centre of Reproductive Health in the motherhood of Orange trees and at the women hospitalized in motherhood Souissi.

The ignorance of the test by the wives and the lack of the medium financiers are the main brakes in the membership of the women in screening.

It takes place there the necessity to set up a strategy of screening organized by the cancer of the uterine collar. This is nowadays possible in our country thanks to the existence of opportunities across the political will of high level, the sensitization of the dealers and multistructure involvement.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE.....	3
QUESTION DE RECHERCHE.	4
OBJECTIFS DE L'ETUDE.	4
1. Objectif général.....	4
2. Objectifs spécifiques.....	4

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Epidémiologie du cancer du col.....	6
1.1. Situation dans le monde.....	6
1.2. Situation au Maroc.....	8
1.3. Les facteurs de risque.....	8
2. Cancer du col.....	10
2.1. Histoire naturelle de la maladie.....	10
2.2. Classification des lésions précancéreuses.....	11
2.3. Méthodes de traitement des lésions précancéreuses.....	11
2.4. Approches de prise en charge des lésions précancéreuses.....	12
3. Dépistage du cancer du col.....	12
3.1. Définition du dépistage.....	12
3.2. Tests de dépistage.....	14
3.3. Stratégies de dépistage au niveau international.....	15
4. Vaccination contre les papillomavirus humain.....	17
5. Synthèse.....	19

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Devis de l'étude.....	23
2. Echantillonnage.....	23
3. Période et lieu de collecte des données.....	25
4. Outils utilisés.....	26
5. Transcription des données	27
6. Analyse des données.....	27
7. Considérations éthiques.....	27

RESULTATS

1. Enquête chez les femmes	29
1.1. Données sociodémographiques et éducationnelles des femmes.....	29
1.2. Etat de connaissances des femmes	30
1.3. Recours des femmes au dépistage du cancer du col.....	31
2. Résultats des entretiens.....	33
2.1. Caractéristiques des personnes interviewées.....	33
2.2. Place accordée au dépistage des cancers.....	35
2.3. Place accordée au dépistage du cancer du col.....	35
2.4. Tests de dépistage.	42
2.5. Conduite à tenir en cas de détection des lésions pré néoplasiques.....	43
2.6. Perspectives d'avenir	43

DISCUSSION

1. Niveau de connaissances.....	47
1.1. Chez la population enquêtée	47
1.2. Chez les prestataires interviewées.....	48
2. Recours des femmes au test de dépistage du cancer du col.....	51
3. Description des femmes bénéficiaires d'un test de dépistage.....	52
4. Place accordée au dépistage du cancer du col	54
5. Pratique du dépistage dans les deux secteurs.....	54
6. Perspectives d'avenir.....	56
7. Validité de l'étude.	58
7.1. Validité interne	58
7.2. Validité externe.....	58
8. Forces de l'étude.....	59
9. Faiblesses de l'étude.....	59
10. Contraintes.....	60
11. Utilité des résultats de l'étude.....	60
RECOMMANDATIONS.....	61
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : Les lésions précancéreuses du col de l'utérus : les terminologies employées pour le compte rendu des résultats de la cytologie et de l'histologie.
- ANNEXE 2 : Classification Bethesda 2001.
- ANNEXE 3 : Organigramme de suivi et de la prise en charge des patientes en fonction des résultats du dépistage (approche standard).
- ANNEXE 4 : Approche standard basée sur le frottis de dépistage.
- ANNEXE 5 : Approche « dépister et traiter » basée sur le dépistage par inspection visuelle à l'acide acétique.
- ANNEXE 6 : Critères de l'OMS pour le dépistage.
- ANNEXE 7 : Différence entre test de dépistage et test diagnostic.
- ANNEXE 8 : Principes, avantages et limites de frottis cervico-vaginal conventionnel et de frottis en milieu liquide.
- ANNEXE 9 : Principes, avantages et limites de recherche d'ADN de l'HPV et des méthodes visuelles.
- ANNEXE 10 : Les autres méthodes non cytologiques.
- ANNEXE 11 : Grille d'entretien.
- ANNEXE 12 : Questionnaire.
- ANNEXE 13 : Distribution des caractéristiques sociodémographiques et éducationnelles des femmes enquêtées par milieu.
- ANNEXE 14 : Répartition de l'effectif des personnes interviewées par sexe, secteur, et lieu du travail.
- ANNEXE 15 : Appel de Rabat.
- ANNEXE 16 : Dépistage primaire test combiné : frottis (liquide) + test HPV.
- ANNEXE 17 : Les composantes du coût de dépistage

LISTE DES TABLEAUX

NUMERO DU TABLEAU	TITRE DU TABLEAU	NUMERO DE LA PAGE
Tableau I	Modalités d'évaluation de la sensibilité et de la spécificité.	14
Tableau II	Les sources de l'information des femmes sur le cancer du col.	30
Tableau III	Distribution des femmes bénéficiaires ou non d'un FCV par milieu.	31

LISTE DES FIGURES

NUMERO DE LA FIGURE	TITRE DE LA FIGURE	NUMERO DE LA PAGE
FIGURE 1	Incidence et mortalité liées aux cancers chez les femmes.	6
FIGURE 2	Histoire naturelle (histologique) de l'infection à HPV.	10
FIGURE 3	Distribution des femmes enquêtées qui ont bénéficié ou non d'un FCV.	32
FIGURE 4	Répartition des anatomopathologistes et des médecins gynéco obstétricien(ne)s et du secteur privé par sexe.	34
FIGURE 5	Organigramme de dépistage du cancer du col basé sur la pratique du FCV.	66

LISTE D'ABREVIATIONS

ADN	: Acide Désoxyribonucléique.
AGC	: Atypie des cellules glandulaires.
AIS	: Adénocarcinome endocervicale in situ.
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire.
ASC-H	: Cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une LIEHG.
ASC-US	: Cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée.
CIN1	: Néoplasie intra épithéliale de grade 1.
CIN2	: Néoplasie intra épithéliale de grade 2.
CIN3	: Néoplasie intra épithéliale de grade 3.
CNSR	: Centre National de Santé Reproductive.
DELM	: Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies.
Dh	: Dirham.
DP	: Direction de la population.
ESSB	: Etablissement des soins de santé de base.
FCV	: Frottis cervico-vaginal.
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la population.
HPV	: Papillomavirus Humain.
HSV-2	: Herpes simplex virus type 2.
IC	: Intervalle de Confiance.
INAYA	: Terme Arabe qui veut dire 'prendre soins de vous'.
INO	: Institut National d'Oncologie.
IVA	: Inspection Visuelle avec l'Acide acétique.
IVL	: Inspection Visuelle avec le soluté iodé de Lugol.
LIEBG	: Lésion intra épithéliale épidermoïde de bas grade.
LIEHG	: Lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
RAMED	: Régime d'Assurance Maladie pour les économiquement défavorisés
RSZZ	: Région de Rabat Salé Zemmour Zaiers.
SMI/PF	: Santé Materno-infantile et Planification familiale.
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine.
VPN	: Valeur prédictive négative.
VPP	: Valeur prédictive positive.
VLP	: Virus-Like-Particules.

INTRODUCTION.

Selon l'OMS ⁽¹⁾, environ 500.000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus apparaissent actuellement chaque année dans le monde dont plus de **80 %** dans les pays en développement.

Ce fléau, avec plus de 260.000 morts par an, représente une des atteintes les plus graves pour la santé des femmes dans les pays à ressources limitées. Ces résultats contrastent avec ceux des pays riches qui ont développé des stratégies de dépistage et de prise en charge thérapeutique efficaces qui résultent en une réduction spectaculaire de l'incidence et de la mortalité. Ces tendances sont cependant variables d'un pays à l'autre, en raison des nombreux facteurs qui influencent l'efficacité d'un programme de dépistage.

D'après l'OMS ⁽¹⁾, si aucune action préventive n'est programmée, les décès par ce type de cancers gynéco mammaires vont **augmenter de 25%** au cours des dix prochaines années dans ces mêmes pays.

Au Maroc, selon les données issues de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) au Ministère de la Santé, on estime le nombre de nouveaux cas de cancer, toutes localisations confondues, entre 100 et 180 cas pour 100.000 habitants soit 30.000 à 54.000 par an, dont seulement 12.000 seraient pris en charge. Cette estimation a été confirmée par les données du registre de population des cancers de Casablanca, puisqu'il évalue à 30.500 l'incidence annuelle des cancers dans notre pays. Selon les données de ce registre, le cancer du col de l'utérus représente **12,8%** des cancers chez la femme. Il occupe ainsi, la deuxième place après celui du sein (36,1%).

De même, selon les données de l'institut National d'Oncologie (INO) Sidi Mohamed Ben Abdellah de Rabat, le cancer du col de l'utérus occupe la deuxième place après celui du sein. Il représente **38,8%** des cancers gynéco mammaires et **13%** de l'ensemble des cancers pris en charge entre 1991 et 2006.

Le cancer du col de l'utérus a la caractéristique de se présenter sous forme de lésions précancéreuses et asymptomatiques pendant de nombreuses années. Le plus souvent, ces lésions vont régresser spontanément et seul un petit nombre d'entre eux va progresser vers un cancer invasif. L'évolution naturelle du cancer du col, la possibilité d'effectuer des prélèvements réguliers et la disposition d'un traitement efficace des lésions pré invasives font que ce type de cancer se prête bien au dépistage.

La cytologie (Frottis cervical ou Pap-test) est la technique la plus répandue permettant de dépister les lésions précancéreuses. Elle a permis de diminuer de manière spectaculaire l'incidence des cancers invasifs et la mortalité dans la plupart des pays développés. En effet, les pays Européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé (Finlande, Grande-Bretagne, Danemark, Suède, Islande, Pays-Bas)⁽²⁾, ont démontré que ces programmes sont généralement supérieurs en terme d'efficacité par rapport au dépistage opportuniste, notamment en raison d'une participation plus importante des femmes et des contrôles de qualité rigoureux.

Ce mémoire, est composé en premier lieu d'une revue de la littérature relative au cancer du col (Epidémiologie, histoire de la maladie, définition du dépistage, tests de dépistage, et approches adoptés par certains pays du monde). Dans un deuxième lieu, nous allons décrire l'état des lieux du dépistage du cancer du col à la préfecture de Rabat et celle de Skhirat-Temara en explorant l'état de connaissances des femmes et en identifiant les déterminants du recours au dépistage. Nous abordons enfin les perspectives d'avenir compte tenu du contexte actuel de notre pays à travers la concertation avec tous les intervenants (responsables gestionnaires, prestataires sanitaires, associations et public cible).

CONTEXTE.

Le nombre des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus hospitalisées à l'INO de Rabat ⁽³⁾ entre 1991 et 2006 était de 12.035. Ces cas ont été le plus souvent diagnostiqués à un stade tardif de la maladie, où l'indication radio chirurgicale s'imposait avec toutes les conséquences psychosociales et économiques qui en découlent et une survie de moins de 50% à 5 ans.

C'est une pathologie très coûteuse sur tout les plans, pour la femme, la famille et l'Etat. Or, son coût pourrait être considérablement réduit si le diagnostic se faisait au stade de lésions précancéreuses grâce au dépistage.

C'est une maladie loco-régionale qui peut être guérie si le diagnostic est fait précocement par un test de dépistage (FCV) ayant démontré son efficacité dans les pays ayant adopté la stratégie de dépistage organisé depuis les années 60⁽⁴⁾.

Le dépistage, est un moyen de prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. Il a permis de réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer du col dans les pays ayant adopté une stratégie de dépistage organisée ⁽⁴⁾.

Une approche de dépistage adaptée à notre contexte, prenant en considération nos ressources, avec un meilleur rapport coût-efficacité et coût-bénéfice est justifiée, d'autant plus qu'il existe actuellement dans notre pays des opportunités importantes à saisir :

- ☆ L'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer qui a fortement dynamisé la lutte contre cette maladie.
- ☆ La volonté politique : plan d'action ministériel 2008-2012.
- ☆ La mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO), du régime INAYA et très prochainement du régime d'assurance médicale pour les économiquement défavorisés (RAMED).
- ☆ L'initiative nationale de développement humain (INDH).

QUESTION DE RECHERCHE.

Quel est l'état des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus à la préfecture de Rabat et celle de Skhirat Temara et quelles sont les perspectives d'avenir ?

OBJECTIFS DE L'ETUDE.

3. Objectif général.

Contribuer à travers le dépistage, à la réduction de l'incidence du cancer du col dans notre pays.

4. Objectifs spécifiques.

- ☆ Apprécier l'état de connaissances sur le dépistage du cancer du col chez les femmes.
- ☆ Identifier les déterminants du recours au dépistage du cancer du col.
- ☆ Explorer la place du dépistage du cancer du col à travers les expériences des intervenants.

REVUE DE LA LITTERATURE

6. Epidémiologie du cancer du col.

6.1. Situation dans le monde.

Dans le monde, 493.243 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus se déclarent chaque année⁽⁵⁾ correspondant à un taux standardisé sur l'âge de 16,2 pour 100.000. Ce cancer occupe la deuxième place des cancers après celui du sein dans les pays en voie de développement en terme d'incidence et de mortalité (Figure 1).

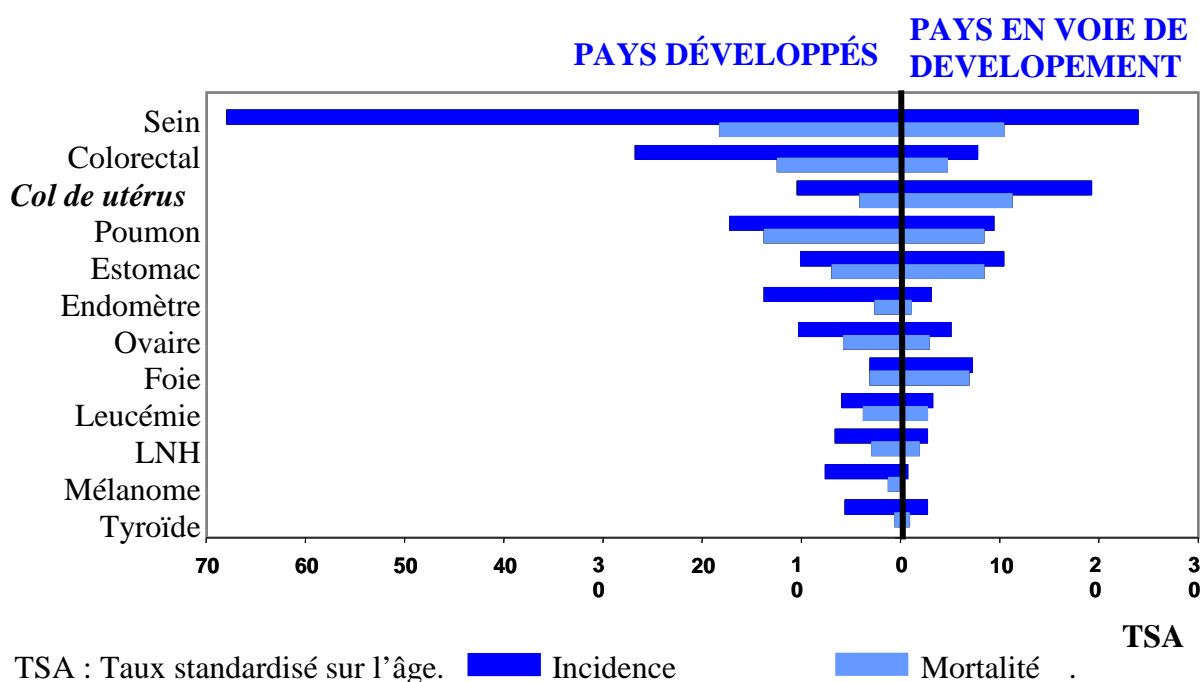


Figure 1 : Incidence et mortalité liées aux cancers chez les femmes⁽⁵⁾.

- En Afrique⁽⁵⁾, le nombre de cas de cancer du col estimé, chaque année est de 78.897. Soit une incidence standardisée sur l'âge de 29,3 pour 100.000 par an, avec de grandes variations entre les régions : 42,7 pour 100.000 par an en Afrique de l'Est (pic en Tanzanie : 68,6 pour 100.000 par an), 38,2 pour 100.000 par an en Afrique de Sud, 29,3 pour 100.000 par an en Afrique de l'Ouest, 28% pour 100.000 par an en Afrique du Centre et 12,1 pour 100.000 par an en Afrique du Nord où l'incidence varie entre 6,8 pour 100.000 par an en Tunisie, et 15,6 pour 100.000 par an en Algérie (13,2 pour 100.000 par an au Maroc).

- Dans le continent Américain ⁽⁵⁾, le nombre de cas de cancer du col estimé enregistré chaque année est de 86.532, soit une incidence standardisée sur l'âge de 18,8 pour 100.000 par an. L'incidence dépasse 50 pour 100.000 par an en Haïti, (87,3 pour 100.000 par an) en Bolivie, (52,4 pour 100.000 par an) et en Paraguay. L'incidence la plus faible est enregistrée en Amérique du Nord : 7,7 pour 100.000 par an.
- En Asie ⁽⁵⁾, l'incidence standardisée sur l'âge est de 15,4 pour 100.000 par an. L'incidence la plus élevée est enregistrée au Cambodge (38,7 pour 100.000 par an) et en Inde (30,7 pour 100.000 par an).
- En Europe ⁽⁵⁾, l'incidence standardisée sur l'âge est la plus faible par rapport aux autres continents. Elle est de 11,9 pour 100.000 par an (4,3 pour 100.000 par an en Finlande, 7,6 pour 100.000 par an en Espagne, 8,2 pour 100.000 par an en Suède, 10,4 pour 100.000 par an en Norvège et 9,8 pour 100.000 par an en France).

Le cancer du col touche les femmes dans le monde entier, mais les incidences élevées s'observent en *Afrique de l'Est*, en *Amérique Centrale* et *Amérique du Sud* et en *Asie du Sud et Sud-est*.

Selon la même source de données ⁽⁵⁾, la mortalité liée au cancer du col utérin est en moyenne de 23,1% en Afrique, 8,1% en Amérique, 8,4% en Asie et 5% en Europe.

En 2020, le nombre des nouveaux cas de cancer toutes localisations confondues, pourrait augmenter de 50% et les taux d'augmentation en pourcentage de la mortalité seront les plus élevés dans les pays en voie de développement ⁽⁶⁾. Ils peuvent atteindre **75 à 100%** en Afrique du Nord, Amérique centrale et Amérique du Sud, Asie de l'Ouest et Asie du Sud Est.

La grande différence en terme d'incidence et de mortalité entre les pays développés et sous développés pourrait avoir plusieurs raisons ⁽¹⁾ :

- Méconnaissance du cancer du col.
- Absence ou inefficacité des programmes de dépistage.
- Accès limité aux soins.

6.2. Situation au Maroc.

Selon le registre hospitalier des cancers de grand Casablanca en 2004, le cancer du col de l'utérus occupe la deuxième place des cancers chez les femmes toutes localisations confondues, avec une incidence estimée de 12,8 pour 100.000 par an. C'est le deuxième cancer gynéco mammaire (38,8% : INO 1991-2006) après celui du sein ⁽³⁾.

Ces chiffres sont probablement sous estimés, car ils se basent uniquement sur le registre hospitalier de l'INO de Rabat et sur les données de la première année de fonctionnement du registre des cancers de grand Casablanca.

Chaque année ⁽⁷⁾, 1550 cas de cancer du col sont diagnostiqués au Maroc dont 1247 meurent, soit un taux de mortalité de 80%. Cette mortalité élevée s'explique par le retard au diagnostic (2/3 au stade tardif).

La mise en place du registre populationnel à Casablanca en 2004 donne une idée précise sur les données relatives aux cancers et permet une exploration nationale plus proche de la réalité.

6.3. Facteurs de risque.

Le rôle des papillomavirus (HPV) ⁽⁸⁾ dans la carcinogénèse des lésions épithéliales pré néoplasiques ou néoplasiques des cancers anogénitaux est actuellement établi.

Actuellement, plus de cent (100) génotypes dont une quarantaine ayant un tropisme anogénital ont été définis. Ces génotypes sont classés en fonction de leur potentiel oncogène en génotype à haut risque (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) ou à bas risque (6, 11, 26, 34, 40, 42 à 44, 53 à 55, 62, 66) ⁽⁸⁾.

La fréquence est maximale chez la femme jeune atteignant 35% d'infection entre 20 et 30 ans, dont 7 à 10% par des types potentiellement oncogènes et environ 10% d'infection après 35 ans, dont 2 à 4 % par des types potentiellement oncogènes⁽⁹⁾.

Différentes études ont démontré l'existence d'une relation entre une infection persistante à HPV, surtout de types 16 et 18 et la survenue d'un cancer du col utérin. Le risque de cancer du col de l'utérus avec un HPV 16 (+) positif par rapport à un HPV 16 (-) négatif est de 434 fois plus élevé⁽¹⁰⁾.

Les HPV 6 et 11, ne sont pas associés au développement du cancer du col, mais sont à l'origine de verrues génitales.

Les facteurs déterminants de l'infection par l'HPV à la fois chez l'homme et chez la femme, sont directement liés au *comportement sexuel* : la précocité des rapports sexuels et leur multiplicité.

Au Maroc, à l'INO Sidi Mohamed Ben Abdellah, une étude cas-témoins multicentrique⁽¹¹⁾, a démontré que **92%** des cancers du col utérin étaient HPV positif. Ce qui correspond aussi aux travaux de recherche réalisés par HPV Centre de l'Institut Catalan d'Oncologie qui a démontré un taux de **94,7%** (IC à 95% : 89,9-97,7) des cancers du col de l'utérus à HPV positif au Maroc⁽⁷⁾, dont 58,6% correspond au type 16 et 8,6% au type 18. Selon cette même source **21,5%** (IC à 95% : 15,6-28,4) des frottis à cytologie normale sont positifs en HPV, ce qui est supérieur à la moyenne au niveau mondial qui n'est que de **10%**⁽⁷⁾.

La persistance et l'évolution de l'infection à HPV vers un cancer est due à des cofacteurs liés à l'infection (type viral, infection simultanée avec plusieurs types oncogéniques ou forte charge virale), et à d'autres facteurs tels que⁽¹⁾ :

6.3.1. Les facteurs d'hôte :

- Statut immunitaire.
- Parité : le risque de cancer du col augmente avec une parité plus importante.

6.3.2. Les facteurs exogènes :

- Tabagisme.
- Co-infection avec le VIH ou d'autres germes transmis sexuellement (HSV-2, Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae)
- Utilisation prolongée de contraceptifs oraux (> 5ans).

7. Cancer du col.

7.1. Histoire naturelle de la maladie.

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus est le plus souvent un processus lent. Elle est étroitement liée à l'histoire de l'infection à HPV. En fait, pour le cancer du col de l'utérus, la fraction attribuée à l'infection par l'HPV est de 100%. (Elle est de 40% pour le cancer vaginal, et de 90% pour le cancer anal)⁽¹⁰⁾.

L'évolution (Figure 2) lente du cancer du col met plus de dix (10) ans (permettant d'envisager une répétition des examens de dépistage à des intervalles suffisamment espacés) à se développer, depuis la primo-infection par l'HPV oncogène et comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses (CIN), faisant suite à la persistance de l'infection par l'HPV dont certains sont des stades facultatifs (CIN1 et CIN2) et d'autres nécessaires (CIN3) à l'apparition d'un cancer invasif. Cette évolution est plus rapide si la dysplasie du col est associée à d'autres co-facteurs exogènes⁽⁸⁾.

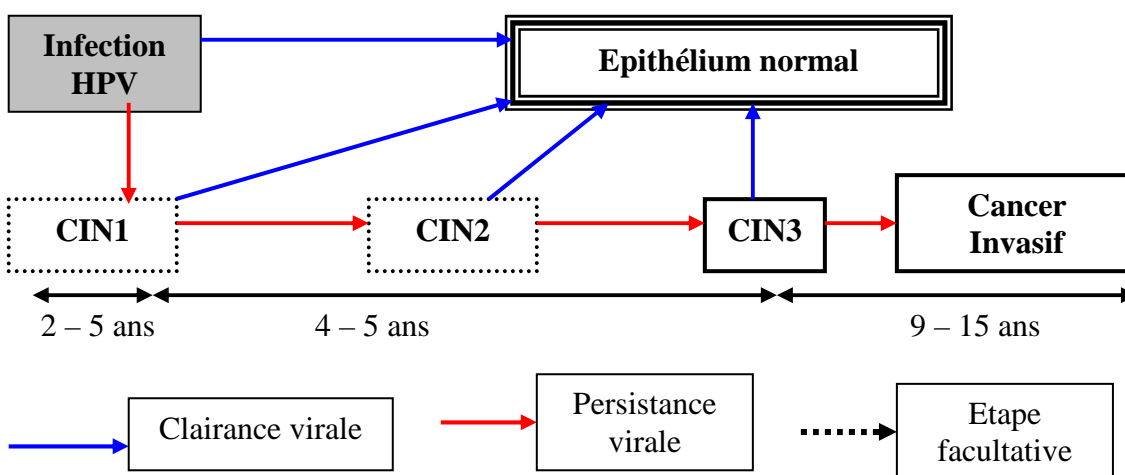


Figure 2 : Histoire naturelle (histologique) de l'infection à HPV⁽¹²⁾.

La plupart des néoplasies intra épithéliales de bas grade (LSIL ou CIN1) régressent. Cette régression est de 61% à 12 mois, 50% à 8 mois et 91% à 36 mois (Mosciki.AB et al)⁽¹³⁾. Et seules 8,9% de ces lésions évoluent vers la néoplasie intra épithéliale de grade 2 ou 3 (CIN2, CIN3) après 39 mois de suivi.⁽¹³⁾

C'est une raison de l'un des effets adverses du dépistage qui est la détection de lésions qui n'auraient jamais abouti à un cancer invasif chez une femme. Celle-ci subit non seulement l'angoisse d'un diagnostic positif, mais également un traitement conduisant à une morbidité qui n'aurait pas eu lieu en l'absence de dépistage.

7.2. Classification des lésions précancéreuses.

Il existe deux types de classifications des lésions précancéreuses du col de l'utérus qui s'appuient tous sur la cytologie et l'histologie (annexe 1) :

- Système de classification des néoplasies cervicales intra épithéliales :

Il fut conçu en 1968, afin de prendre en compte les différentes histoires naturelles associées aux différents degrés de dysplasie. Il est destiné au sens propre du terme au compte rendu de l'histologie.

- Système de Bethesda 2001 (annexe 2) :

Ce système, revu et corrigé en 2001, est un modèle de réponse qui existe depuis 1988 aux Etats-Unis⁽¹⁴⁾. C'est la classification la plus récente recommandée par l'OMS.

7.3. Méthodes de traitement des lésions précancéreuses.

Il est important de connaître ces méthodes, car certaines peuvent être pratiquées en milieu ambulatoire. Ces méthodes sont⁽¹⁵⁾:

- ✓ *L'exérèse à l'anse diathermique (RAD) (la conisation) : en cas de lésion endocervicale avec jonction non vue, ou après la ménopause.*
- ✓ *La diathermo-coagulation bipolaire bi active ou mono active. Elle trouve son indication dans les lésions peu étendues approchant peu la zone de jonction.*
- ✓ *La cryocoagulation : utilisée après découverte d'une lésion précancéreuse par la méthode visuelle du col à l'acide acétique.*
- ✓ *Le laser : utilisé dans le traitement des dysplasies légères.*

7.4. Approches de prise en charge des lésions précancéreuses.

A travers le revue de la littérature ^(16,17), nous avons relevé que les indications thérapeutiques tiennent compte de la *topographie* de la lésion précancéreuse (colposcopie), de la *gravité histologique* (biopsie : classification de la lésion) et de *l'âge de la patiente*.

Quelque soit le cas, la décision de prise en charge thérapeutique doit être bien réfléchiée par concertation polydisciplinaire et après information de la patiente et de son entourage sur l'intervention, ses bénéfices et les éventuels effets indésirables.

En pratique, ce sont surtout les lésions avec atypies cellulaires anormales et les lésions intra épithéliales de bas grade qui posent un problème clinique fréquent ⁽¹⁷⁾.

Les organigrammes en annexes 3, 4 et 5, montrent les conduites à tenir recommandées par l'OMS devant les résultats des examens de dépistage.

8. Dépistage du cancer du col.:

8.1. Définition du dépistage.

'Le dépistage : Ensemble d'examens et de tests effectués aux sein d'une population apparemment saine, afin de dépister une affection latente à un stade précoce' (Larousse médiale, édition 2000)

Selon l'OMS⁽¹⁸⁾ : «le dépistage systématique (screening) consiste à identifier éventuellement à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application pratique, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque là inaperçue. Le dépistage n'a pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être envoyées chez le médecin pour diagnostic et traitement».

L'OMS a défini en 1970 dix critères pour qu'une maladie fasse l'objet du dépistage. Ces critères sont résumés dans le tableau en annexe 6.

Le dépistage se distingue du geste individuel et n'a de sens que s'il est encadré au sein d'un programme de santé publique, qui recouvre l'appel à la population cible, le dépistage des participants, le suivi épidémiologique des cas de cancers détectés et l'évaluation de l'impact du dépistage sur la morbidité et la mortalité par cancer dans la population cible.

Il existe différents types de dépistage⁽¹⁾ :

- systematique dit «de masse» : la population recrutée est non sélectionnée. Dans le cas particulier du critère d'âge, le dépistage est considéré comme généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée.

- selectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis.

- organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets.

- opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail.

- multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage.

Le dépistage permet de satisfaire un besoin non ressenti par la population (La morbidité diagnosticable), et ne répond donc pas à une demande explicite des populations : l'action vient des professionnels de santé au profit de personnes ne présentant pas de signes de la maladie.

Les outils utilisés pour le dépistage doivent pouvoir être utilisés sans risque sur de larges populations à un coût unitaire faible. Cependant le choix de telle ou telle approche de dépistage dépend d'un pays à l'autre selon les ressources disponibles.

8.2. Tests de dépistage.

Un test de dépistage permet de trier au sein d'une population cible apparemment saine, les personnes probablement atteintes d'une lésion infra clinique d'une maladie donnée⁽²⁾.

Les différences⁽¹⁹⁾ entre un test de dépistage et un test de diagnostic sont résumées dans le tableau en annexe 7.

Parmi les critères d'un test, sa validité : c'est la capacité de différencier au sein de la population cible les personnes probablement atteintes de celles qui sont probablement indemnes. Cette validité dépend de⁽²⁾ (tableau I):

- La sensibilité et la spécificité du test (les performances propres du test).
- Les valeurs prédictives positives et négatives (Elles sont relatives à l'utilisation du test pour la population cible, elles diffèrent selon les caractéristiques de cette population, en particulier selon la prévalence).

Tableau I : Modalités d'évaluation de la sensibilité et de la spécificité.⁽²⁾

	Malades	Non malades	Total
Test positif	VP (vrais positifs)	FP (faux positifs)	VP + FP
Test négatif	FN (faux négatifs)	VN (vrais négatifs)	FN + VN
Total	VP + FN	FP + VN	N

Sensibilité = $VP / (VP + FN)$,

Spécificité = $VN / (FP + VN)$

Valeur prédictive positive (VPP) = $VP / (VP + FP)$,

Valeur prédictive négative (VPN) = $VN / (VN + FN)$,

La sensibilité d'un test est la probabilité que le test soit positif si la personne est atteinte de la maladie. Plus un test est sensible, moins il comporte de faux négatifs, et mieux il permet, s'il est négatif d'exclure la maladie.

La spécificité d'un test est la probabilité que le test soit négatif si la personne testée est indemne de la maladie. Plus un test est spécifique, moins il occasionne de faux positifs et mieux il permet, s'il est positif d'affirmer la maladie.

La sensibilité et la spécificité d'un test sont interdépendantes : l'augmentation de la sensibilité d'un test se fait toujours au détriment de sa spécificité et inversement.

En plus de la validité du test, ce dernier doit être : simple, fiable, reproductible, acceptable et peu coûteux.

Les tests de dépistage peuvent être regroupés en méthodes cytologiques (frottis cervico-vaginal conventionnel et frottis cervico-vaginal en milieu liquide), non cytologiques (test de recherche d'ADN du papillomavirus et colposcopie) et visuelles. (annexes 8, 9 et 10).

8.3. Stratégies de dépistage au niveau international.

La preuve la plus convaincante de l'efficacité du dépistage du cancer du col utérin est donnée par la comparaison de l'évolution dans le temps de l'incidence et de la mortalité.

Selon une étude réalisée par M.Arbyn⁽²¹⁾, épidémiologiste responsable de l'unité sur le cancer à Bruxelles. La rentabilité la meilleure en terme d'efficacité et surtout en terme du coût-efficacité est obtenue en Finlande et aux Pays bas (dépistage organisé). A l'inverse, le dépistage opportuniste aboutit à un sur dépistage et se révèle être de qualité très hétérogène.

De même, selon la même source, le risque relatif de cancer est de 0,38 en cas de dépistage organisé et de 0,82 en cas de dépistage spontané⁽²¹⁾.

□ Dans les pays développés :

Ce sont les pays scandinaves ⁽⁴⁾, ayant adopté vers le début des années 60 des politiques de dépistage organisé du cancer du col utérin qui offrent la meilleure illustration de l'impact de la couverture par le dépistage du cancer du col utérin sur la réduction de l'incidence et de la mortalité par cancer.

- En Finlande ⁽²²⁾, le dépistage est organisé couvrant 100% de la population cible par frottis conventionnel tous les trois à cinq ans. C'est le pays où l'incidence est la plus basse dans le monde. Elle varie de 1,2 à 1,3 pour 100.000 par an.
- En Grande Bretagne⁽²¹⁾, le dépistage est organisé tous les trois ans ou cinq ans, la couverture est d'environ 80% et même au-delà après l'âge de 30 ans jusqu'à l'âge de 60 ans.
- En France ⁽²²⁾, le dépistage du cancer du col n'est pas organisé en dehors des départements Doubs, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, et Martinique. Il est laissé à l'initiative individuelle de chaque femme à consulter en l'absence de symptômes, un médecin pour la réalisation de ce dépistage. Ainsi, de 1978 à 2000, la diminution de l'incidence a été de l'ordre de 2,9% par an.

□ Dans les pays en voie de développement :

Des programmes de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus ont été introduits au cours des trente dernières années dans certains pays en voie de développement. Ainsi, à travers la littérature nous allons citer l'expérience de certains pays :

- En Afrique du Sud, ⁽²³⁾ l'IVA, couplé avec le traitement immédiat des femmes positives dès la première visite, a permis la réduction de 26 % de l'incidence du cancer et était économique sur le plan du rapport coût/efficacité. Alors que 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 81 dollars par année de vie sauvée.

- En Inde ⁽²⁴⁾, il n'existe pas de programme de dépistage organisé ni ponctuel pour le cancer du col utérin. Les méthodes utilisées sont les méthodes visuelles (IVA / IVL) avec utilisation durant les dernières années d'un dispositif de grossissement (Magnivisualiser) qui a permis d'améliorer le taux de détection des lésions précancéreuses précoces qui est passé de 60% à 95%.
- En Indonésie ⁽²³⁾, seuls les hôpitaux rattachés à l'université disposent des moyens thérapeutiques et diagnostiques pour le cancer du col de l'utérus. Le dépistage a lieu dans le cadre du planning familial. Plus de la moitié des femmes (55%) participant au dépistage ont moins de 30 ans, groupe d'âge dans lequel ne surviennent que 7% des cancers du col.
- Au Chili ⁽²⁵⁾, un programme de dépistage triennal par frottis lancé en 1987 (généralisé sept ans après) avec l'appui de l'OMS chez les femmes entre 26 et 44 ans, a permis de réduire le taux de mortalité standardisée sur l'âge de 13,3 en 1970 à 7,7 pour 100 000 femmes en 1999.
- Au Costa Rica ⁽²³⁾ : les services de cytologie sont disponibles depuis 1970 dans l'ensemble du pays pour les femmes à partir de 15 ans. Un frottis est réalisé de façon systématique lors de tout examen gynécologique. Ce qui a permis la baisse significative de 3,6% de l'incidence annuelle en 1993-1997 par rapport à celle de 1983-1992.

9. Vaccination contre les papillomavirus humain.

Il existe deux types ⁽²⁷⁾ :

- Gardasil* (vaccin tétravalent) commercialisé par les laboratoires MSD (Merck Sharp and Dohme) et Sanofi Pasteur MSD (SPMSD). Il est composé par les VLP (Virus-like particles) de protéine L1 des HPV 6, 11,16 et 18. Il a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) le 20 septembre 2006. Il est commercialisé dans notre pays depuis novembre 2007.
- Cervarix* (vaccin bivalent) commercialisé par le laboratoire GSK (GlaxoSmithKline). Il est composé par VLP (Virus-like particles) de protéine L1 des HPV 16 et 18. Il a obtenu son AMM et sera bientôt mise sur le marché.

Le Gardasil* s'administre par voie intramusculaire à raison de trois doses équivalent à un prix total d'environ **4500 Dh.**

Ils sont efficaces contre le développement de l'infection persistante et des lésions précancéreuses : l'efficacité du vaccin bivalent s'élève à 95% par rapport à l'infection persistante au papillomavirus et à 93% par rapport à des anomalies cytologiques associés aux types de HPV ⁽²⁶⁾.

Cependant, un certain nombre de questions reste en suspens ⁽²⁸⁾ :

- A quel âge faut il vacciner ? L'EMEA (European Medicines Agency), recommande la vaccination à partir de neuf ans sans donner de limite d'âge. Il faut vacciner les jeunes filles avant les premiers rapports sexuelles.
- Faut il vacciner les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuelles et sont HPV 16 et 18 négatif ? Dans ce cas faut il réaliser un typage virale à la recherche d'HPV oncogènes ? Ce qui augmentera les coûts.
- Quelle sera la durée de la protection ? L'efficacité est certaine pour cinq ans. Mais au delà de 30 ans quel serait l'intérêt de la vaccination en terme de santé publique ? En fait, la prévalence ⁽²⁹⁾ de l'infection par HPV chute à moins de 19% avant l'âge de 25 et à moins de 3% à l'âge de 40 ans et plus.
- Faut il poursuivre le dépistage par frottis du cancer du col ? La vaccination anti HPV protège contre les lésions dues à HPV 16 et 18, certes les plus fréquentes, mais il existe d'autres virus HPV potentiellement oncogènes. C'est dire que **les femmes vaccinées doivent poursuivre le dépistage.**
- Le prix du vaccin permettra t-il aux pays en voie de développement de mettre en place des campagnes de vaccination ? Le prix élevé risque d'être un handicap à la vaccination de masse.
- Faut il vacciner les garçons pour agir sur la transmission de l'infection ?

10. Synthèse :

Le cancer du col de l'utérus est un fléau mondial. Il est fréquent dans les pays en voie de développement qui détiennent plus de trois quarts des cas où il constitue une menace pour la santé publique.

L'incidence et la mortalité liées à cette maladie sont en nette régression dans les pays qui ont adopté une stratégie de dépistage depuis les années 60.

C'est une maladie évitable qui passe par plusieurs phases précancéreuses avant le stade invasif, dont le traitement permet une survie de plus de 90% à 5ans, ou même une guérison totale. Pour ce faire, il faut les détecter précocement à l'aide des tests de dépistage.

Ainsi, la lutte contre cette maladie passe inévitablement par la prévention.

Dans ce cadre, il existe :

- La vaccination (*prévention primaire*) dont la finalité est d'empêcher l'apparition des lésions précancéreuses dans 70% des cas.
- Le dépistage et le traitement de ces lésions (*prévention secondaire*) dont la finalité est de les empêcher de passer au stade invasif.

Un test de dépistage doit être d'une innocuité totale, non douloureux, d'utilisation simple, d'un apprentissage facile, peu onéreux et efficace en terme de sensibilité et de spécificité.

Différentes méthodes de dépistage existent. La plus utilisée et celle ayant fait la preuve de son efficacité, est le frottis cervico-vaginal (FCV), conventionnel ou en milieu liquide, peu coûteux, acceptable, pour les patientes et suffisamment sensible pour détecter les lésions précancéreuses. Cette méthode est utilisée dans des campagnes de dépistage organisées ou opportunistes. L'interprétation des FCV par les anatomo-cytopathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda 2001.

En plus du test de FCV, il existe le test HPV. La perspective de son introduction dans le dépistage primaire en le couplant au frottis, est une approche qui permettra de proposer aux patientes une stratégie de dépistage performante avec une protection maximale, mais à coût élevé.

Enfin, l'inspection visuelle direct avec un marquage à l'acide acétique ou bien au Lugol est un moyen de dépistage beaucoup plus simple et moins coûteux qui peut être mise en œuvre même dans un centre de santé primaire. Elle a l'inconvénient d'avoir beaucoup de faux positifs, mais elle permet de présélectionner les cas suspects à un niveau inférieur du système de soins par un médecin ou une infirmière formée en la matière.

La prise en charge des lésions précancéreuses pose en pratique des problèmes, en raison des ambiguïtés qu'elles peuvent générer, liées parfois aux sous- et surévaluations diagnostiques de la cytologie.

Quelque soit la méthode utilisée, un taux de participation élevé de la population cible, (plus de 80%) un prélèvement de qualité et une prise en charge à temps avec suivi des patientes chez lesquelles une lésion précancéreuse est dépisté sont les garants de la réussite du dépistage du cancer du col.

C'est le cas de tous les pays ayant adopté une stratégie organisée touchant la totalité de la population cible ou en partie depuis les années 60 avec une chute remarquable de plus de 50% de l'incidence et de la mortalité liée au cancer du col.

Quand à la vaccination contre le papillomavirus mise en place dans plusieurs pays y compris le notre, toutes les études publiées montrent que l'efficacité est proche de 100% si la vaccination est pratiquée chez des filles vierges n'ayant pas eu de contact préalable avec l'HPV. La plus forte prévalence de l'infection par HPV s'observe en début d'activité sexuelle. D'où l'importance de vacciner les jeunes filles avant toute activité sexuelle. Le vaccin anti-HPV n'agit pas sur l'évolution des lésions précancéreuses dès qu'elles sont présentes.

Dans la plus part des pays du monde, le dépistage est individuel sauf dans certains pays développés qui ont adopté un dépistage organisé et surtout les pays Scandinaves et les Etats Unies. Dans les pays en voie de développement où existe plus de deux tiers des cas de cancer du col, il y a absence de dépistage. Et même s'il existe, c'est un dépistage individuel centré dans les grandes villes. Dans ces pays à ressources limitées, les études réalisées avaient démontré l'efficacité de la technique la moins onéreuse de dépistage du cancer du col qui consiste à l'inspection visuelle directe du col badigeonné par l'acide acétique ou le Lugol.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Devis de l'étude.

Nous avons opté pour une étude descriptive qualitative et quantitative.

2. Echantillonnage

2.1. Taille de l'échantillon.

2.1.1. Dans le volet qualitatif :

Au niveau du secteur public : Les personnes ressources ont été sélectionnées de manière raisonnée, auprès du secteur de la santé et des associations impliquées dans le domaine de lutte contre le cancer chez la femme.

Les critères de choix des personnes ressources ont été comme suit :

- ↪ Leur implication au niveau stratégique.
- ↪ Leurs connaissances du sujet de l'étude.
- ↪ Leur motivation et leur intérêt commun pour le sujet de l'étude.
- ↪ Leur participation aux groupes thématiques dans le cadre de projets et/ou de stratégie de lutte contre le cancer.

Ainsi, les personnes ressources ont été :

- Les gestionnaires du ministère de la santé
 - Au niveau des directions : Messieurs les directeurs de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) et de la Direction de la population (DP) (2).
 - Au niveau périphérique : Madame la déléguée de la préfecture médicale de Skhirat-Temara (1).
- Les membres des associations : Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (2) et l'Association des Amies de l'Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah (AMINO) (1)
- Les médecins gynéco obstétricien(ne)s et anatomopathologistes à la maternité des Orangers et celle de Souissi, à l'hôpital d'instruction militaire Mohamed V et à l'hôpital Sidi Lahcen de Temara (19).

Au niveau du secteur privé : Les médecins gynéco obstétricien(ne)s et les anatomopathologistes ont été sélectionnés dans l'agenda médical 2006. La taille a été basée sur le principe de saturation théorique.

2.1.2. Dans le volet quantitatif :

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée au préalable. Nous avons procédé durant une période de deux semaines à un échantillonnage basé sur le choix raisonné, selon les critères suivants :

- ☆ Etre âgée de 25 à 74 ans.
- ☆ Une représentation structurale par milieu urbain et rural.
- ☆ Tout venant (consultation, SMI/PF, soins) au niveau du centre de santé entre 9 heures et midi (période de flux important des utilisatrices des services de santé).

Pour faire des comparaisons des proportions relatives à l'état de connaissance et aux déterminants du recours au dépistage nous avons tenu à avoir la même taille des deux sous échantillons urbain et rural.

Un échantillonnage représentatif et significatif des femmes auprès des ménages ne pouvait être réalisé à cause des contraintes liées au temps limité pour l'élaboration de ce travail et au coût.

2.2. Critères d'inclusion :

- ✓ Pour les entretiens :
 - Les médecins gestionnaires au niveau des directions du ministère de la santé. (DELM et DP)
 - Les membres des associations.
 - Les médecins gynéco obstétricien(ne)s publics et privés.
 - Les anatomopathologistes publics et privés.

Pour ces deux dernières catégories, une ancienneté de plus de cinq ans a été recherchée pour avoir un recul.

- ✓ Pour le questionnaire : Les femmes âgées de 25 à 74 ans.

2.3. Critères d'exclusion.

Pour les entretiens :

- Les médecins spécialistes autres que les gynéco obstétricien(ne)s.
- Les médecins gynéco obstétricien(ne)s du secteur privé qui sont installés il y a moins de 5 ans.

Pour le questionnaire : les femmes de moins de 25 ans.

3. Période et lieu de collecte des données.

Les entretiens avec les médecins gynécologues et les anatomo-pathologistes se sont déroulés sur le lieu du travail des personnes interviewées. Ils ont été précédés par un tirage au hasard sur l'agenda médical 2006 et contact téléphonique pour :

- Présenter mon statut.
- Exprimer mon souhait de s'entretenir sur le dépistage des cancers chez la femme en général pour qu'ils ne se documentent pas avant l'entretien.
- Fixer un rendez-vous.

La période était de : 12/02/2008 au 21/03/2008 (Les après midis pour raison de disponibilité), pour le secteur privé et du 07 au 18/04/2008 pour le secteur public.

Pour les femmes, nous avons choisi les sites suivants :

<i>Lieu</i>	<i>Préfecture</i>	<i>période</i>	<i>Critères de choix</i>
Centre de santé Ain ATIQ	Skhirat-Temara	24/03/2008 au 28/03/2008	* Caractère rural. * Population desservie féminine importante. * Paquet d'action fournie diversifié.
Centre de santé Hay El Farah	Rabat	31/03/2008 au 04/04/2008	* Caractère urbain. * Population desservie féminine importante. * Draine des <u>quartiers défavorisés</u> . * Paquet d'action fournie diversifié.

- ✓ Nous avons nous même administré les questionnaires aux femmes en face à face. Cette méthode nous a offert un meilleur contrôle sur l'échantillon.

4. Outils utilisés.

4.1. Les entretiens.

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés avec les responsables au niveau des Directions du ministère de la santé (DELM et DP), les membres des associations et les médecins gynéco-obstétricien(n)es et anatomopathologistes des deux secteurs.

L'entretien implique que l'on s'abstienne de poser des questions pré rédigées. Ainsi, seule la première question était totalement rédigée et identique d'un entretien à l'autre. L'objectif de cette première question était de rechercher le plus de spontanéité dans le discours. Elle a été énoncée comme suit:

- Pour les gestionnaires et les membres des associations : 'Quelle est la place du dépistage des cancers en général dans vos activités de planification ?'
- Pour les praticiens et les anatomopathologistes : 'Que diriez-vous de la place du dépistage des cancers en général dans votre pratique quotidienne ?'

Ensuite, nous avons choisi d'aborder respectivement quatre thèmes généraux prédéterminés avec le premier profil et deux thèmes avec le deuxième profil des interviewés (annexe 11).

Nous avons enregistré les entretiens (20 à 30 minutes par entretien) par une caméra vidéo (uniquement la voix), après obtention de l'accord des personnes interviewées.

4.2. Le questionnaire (annexe 12).

Il comportait des données ayant trait :

- Aux caractéristiques sociodémographiques et éducationnelles des femmes.
- Aux connaissances sur le cancer du col et son dépistage.
- Au recours des femmes à la pratique du test de dépistage.

Nous l'avons administré à trente (30) femmes choisies au niveau du centre de santé Al Massira I au niveau de la ville de Temara. Les aspects testés étaient :

- La compréhension des termes utilisés traduits en dialecte arabe : dépistage, cancer, col de l'utérus et test.
- La formulation des questions.

5. Transcription des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur support informatique. Cette retranscription a été réalisée immédiatement après chaque entretien.

Pour les questionnaires, les données ont été saisies dans une base de données à l'aide de logiciel Epi Info (version 6.04, avril 2001). Les tableaux et les graphiques ont été configurés sur Excel.

6. Analyse des données.

Les données recueillies ont été analysées et classées selon les différents thèmes de la grille d'entretien.

La première étape consistait à découper chaque entretien (retranscrit et rendu anonyme) en thèmes. Un dossier par thème a été réalisé.

Ensuite pour chaque dossier, nous avons dénombré et regroupé des sous thèmes pour faciliter la lecture et en sortir les principaux idées.

Nous avons relevé les citations importantes des personnes interviewées pour souligner avec la plus grande fidélité les pensées et les messages. Ainsi, des extraits de paroles des personnes interviewées ont été repris entre guillemets.

Pour les questionnaires, l'analyse était de type descriptive en décrivant le comportement des variables par l'utilisation des statistiques descriptives.

7. Considérations éthiques :

Par mesure éthique, nous avons tenu au respect des règles ci-dessous:

- L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies à partir des personnes interviewées et des femmes interrogées.
- Les entretiens avec les personnes ressources n'ont eu lieu qu'après leur accord et leur consentement oral.
- L'accord (oral) pour l'enregistrement des entretiens.
- Le respect des rendez vous pour les entretiens.
- Le consentement oral des femmes avant l'administration du questionnaire.

RESULTATS

1. ENQUETE CHEZ LES FEMMES :

1.1. Données sociodémographiques et éducationnelles des femmes :

Les principales caractéristiques sociodémographiques et éducationnelles des femmes sont représentées dans le tableau en annexe 13.

1.1.1. Age :

- ✓ Toutes les tranches d'âges sont représentées dans l'échantillon.
- ✓ **34,9%** des femmes enquêtées appartenaient à la classe d'âge [35-44ans].
- ✓ La fréquence cumulative en milieu urbain chez les femmes de moins 45 ans est de 52,9%. Celle en milieu rural est de 65,4%.
- ✓ La moyenne des âges groupés en classe était de **44 ans** [IC à 95% : 34,6-53,4] en milieu urbain et de **41,3 ans** [IC 95% : 30,3-52,5] en milieu rural.
- ✓ Dans les deux milieux, la moyenne des âges groupés en classe était de **42,7 ans** [IC à 95% : 32,3-53,0]. Elle est incluse dans la classe d'âge [35 -44 ans].

1.1.2. Etat matrimonial :

Plus de deux tiers des femmes (**86,4%**), étaient mariées au moment de l'enquête. Ceci était remarqué dans les deux milieux.

1.1.3. Niveau d'instruction :

Parmi les femmes interrogées, les analphabètes correspondaient à **64%** (87/136 femmes) en milieu rural et à **45,6%** en milieu urbain et dont respectivement 52,9% et 45,1% étaient âgées de moins de 45ans.

1.1.4. Situation professionnelle :

Parmi les 272 femmes enquêtées, **79,4%** avaient été sans emploi, avec des variations par milieu : 69,1% en milieu urbain contre 89,7% en milieu rural.

1.2. ETAT DE CONNAISSANCES DES FEMMES :

1.2.1. Connaissance du cancer du col :

Les femmes qui avaient entendu parler du cancer du col correspondaient en milieu :

- ✓ urbain à **91,2%** (124/136 femmes), dont 59,9% étaient scolarisées, 66,1% étaient sans emploi et 54,8% ont été âgées de moins de 45 ans.
- ✓ rural à **21,3%** (29/136 femmes), dont 44,1% avaient été scolarisées, 86,2% étaient sans emploi et 82,7% ont été âgées de moins de 45 ans.

Dans les deux milieux, la proportion des femmes qui avaient entendu parler du cancer du col était de **56,2%** (153/272 femmes).

En milieu urbain, parmi les 124 femmes qui connaissent le cancer du col, **73,4%** (91/124 femmes) ont déclaré que les médias audiovisuels (télévision et radio) représentent leurs sources d'information sur cette maladie. En milieu rural ce taux est de **82,8%** (24/29 femmes). Les autres sources d'information sont représentées par le tableau II ci-dessous :

Tableau II : Les sources de l'information des femmes sur le cancer du col.

Sources	Télévision Radio	Famille	Médecin public	Médecin privé	Infirmier(e)s	Associations	Total
Urbain (effectif = 124)	91 73,4%	15 12,1%	11 8,9%	3 2,4%	2 1,6%	2 1,6%	124 100%
Rural (effectif = 29)	24 82,8%	3 10,3%	2 6,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	29 100%
Total (effectif 153)*	115 75,2%	18 11,8%	13 8,5%	3 2,0%	2 1,3%	2 1,3%	153 100%

NB : * : Total des femmes qui avaient entendu parler du cancer du col parmi l'ensemble des femmes interrogées.

1.2.2. Connaissances du test de dépistage :

Parmi les 272 femmes enquêtées, **9,1%** (25/272) avaient entendu parler de l'existence d'un test pour la détection précoce du cancer du col, dont **7,3%** (20/272) étaient originaires du milieu urbain et **1,8%** (5/272) du milieu rural.

D'autre part, **5,9%** (8/136 femmes) des femmes interrogées en milieu rural savent que le cancer du col pourrait être guéri s'il est dépisté et traité précocement contre **39,7%** (54/136 femmes) en milieu urbain. [22,8% (62/272) dans les deux milieux]

1.3. RECOURS DES FEMMES AU DEPISTAGE DU CANCER DU COL.

Le tableau III, ci-dessous illustre les proportions des femmes interrogées par milieu qui avaient bénéficié une fois dans la vie d'un test de dépistage (FCV).

Tableau III : Distribution des femmes bénéficiaires ou non d'un FCV par milieu.

Milieu	Celles n'ayant jamais fait de FCV	Les femmes qui ont bénéficié d'un test de dépistage (FCV)		
		Il y a moins d'un an	Il y a plus d'un an	Total
Rural (n = 136)	131 (96,3%)	4 (2,9%)	1 (0,7%)	5 (3,7%)
Urbain (n = 136)	125 (91,9%)	7 (5,1%)	4 (2,9%)	11 (8,1%)
Total (N = 272)	256 (94,1%)	11 (4%)	5 (1,8%)	16 (5,9%)

Parmi les cinq (5/136) femmes originaires du milieu rural ayant bénéficié d'un test de dépistage :

- Deux (2/5) femmes avaient bénéficié d'un examen au colposcope réalisé par les médecins gynéco obstétriciens dans le cadre d'une étude en cours initiée par la délégation préfectorale de Skhirat-Temara depuis Janvier 2008.
- Deux (2/5) femmes avaient fait leur frottis cervico-vaginal FCV dans un laboratoire privé sur demande d'un médecin gynécologue en fonction à l'hôpital Sidi Lahcen à la ville de Temara.

- Enfin une seule femme avait bénéficié d'un FCV à l'occasion d'une consultation gynécologique il y a plus d'un an lors d'un séjour chez son fils en France.

En milieu urbain, parmi les onze (11/136) femmes qui ont bénéficié d'un FCV :

- Neuf (9/11) l'avaient fait au secteur privé, dont sept (7/9) dans un cabinet privé de consultation gynécologique et deux (2/9) dans un laboratoire d'anatomie pathologie privé.
- Deux (2/11) femmes l'ont fait dans le laboratoire d'anatomie pathologie de l'institut national d'hygiène sur demande d'un médecin gynécologue du secteur public.

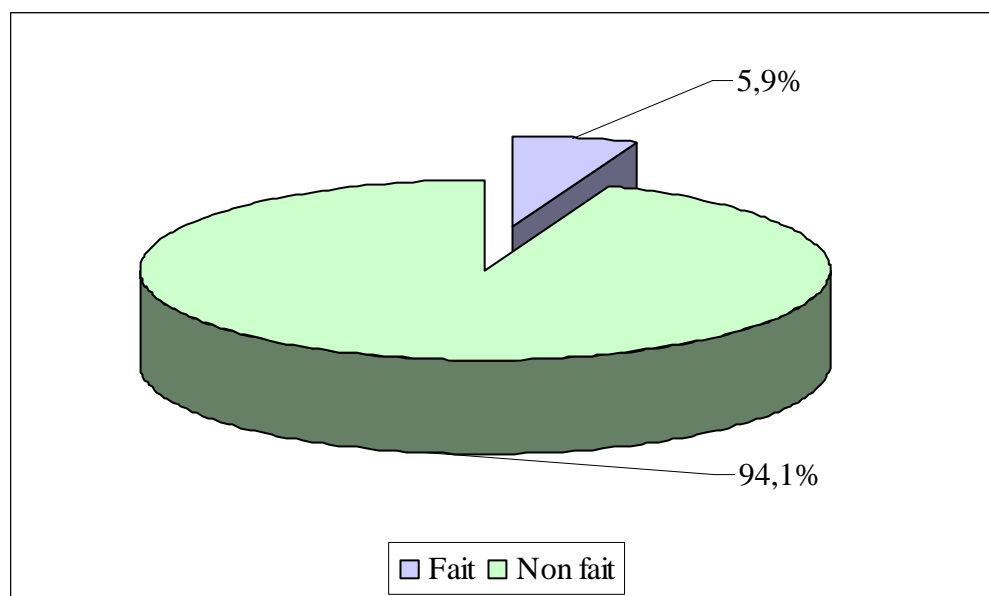


Figure 3: Distribution des femmes enquêtées ayant bénéficié ou non d'un FCV.

Dans les deux milieux, parmi les 272 femmes enquêtées, 256 (**94,1%**) n'avaient jamais fait un test de dépistage. Les raisons invoquées par ces femmes étaient par ordre décroissant et par milieu :

- La méconnaissance de l'existence d'un test pour la détection précoce du cancer du col : **46,4%** (58/125 femmes) en milieu urbain et **92,4%** (121/131 femmes) en milieu rural.

- Le manque des moyens financiers : 36,8% (46/125 femmes) en milieu urbain et 5,3% en milieu rural (7/131 femmes).
- La négligence : 12,0% en milieu urbain (15/125 femmes) et 1,5% en milieu rural (2/131 femmes).
- La peur d'être connue atteinte par le cancer : urbain 3,2% (4/125 femmes).
- La honte : 1,6% (2/125 femmes) en milieu urbain et 0,8 % (1/131 femme) en milieu rural. (Ces femmes refusent d'être examinées par des médecins hommes).

NB : Ces proportions étaient calculées par rapport aux femmes qui nous ont déclaré n'avoir jamais fait un test (FCV) au niveau de chaque milieu (125 en milieu urbain et 131 en milieu rural).

Parmi les 16 femmes ayant bénéficiées d'un test de dépistage :

- 87,5% étaient mariées.
- 68,7% avaient un niveau scolaire primaire, secondaire ou supérieur.
- 56,2% étaient âgées de moins de 45 ans.
- 37,5% étaient des fonctionnaires.

2. RESULTATS DES ENTRETIENS:

2.1. Caractéristiques des personnes interviewées.

L'annexe 14, résume l'effectif des personnes interviewées par sexe, par département et par secteur.

2.1.1. Dans le secteur public :

Les professionnels de ce secteur qui nous ont accordé des entretiens sont répartis comme suit :

- ✓ Médecins gestionnaires : deux (2) médecins directeurs (DELM et DP) et un médecin déléguée (1).
- ✓ Médecins spécialistes en gynéco obstétrique : Dix huit (18) dont treize (13) Professeurs.
- ✓ Un professeur en anatomopathologie (1).

Les hommes représentaient **68,2%** (15/22) et les femmes **31,8%** (7/22).

Suite au refus par la plupart des médecins de ce secteur, nous avons opté à la prise de notes au lieu d'enregistrer les entretiens. Dans l'ensemble, seulement quatre entretiens ont été enregistrés.

Les entretiens ont eu lieu en général dès le premier contact au chef lieu du travail, ou sur rendez-vous en cas d'empêchement.

2.1.2. Dans le secteur privé :

Parmi un total de dix sept (17) médecins spécialistes gynéco obstétricien(ne)s et trois (3) anatomopathologistes contactés par téléphone, Quatre (4) [20%] ont refusé l'entretien par manque du temps et une a refusé l'enregistrement de l'entretien.

Soit au total, treize (13/17) gynéco obstétricien(ne)s et trois (3/3) anatomopathologistes nous ont accordé des entretiens sur les thèmes relatifs au dépistage du cancer du col selon la grille d'entretien pré-établie (annexe 11).

Tous étaient installés au niveau de la ville de Rabat depuis plus de cinq ans.

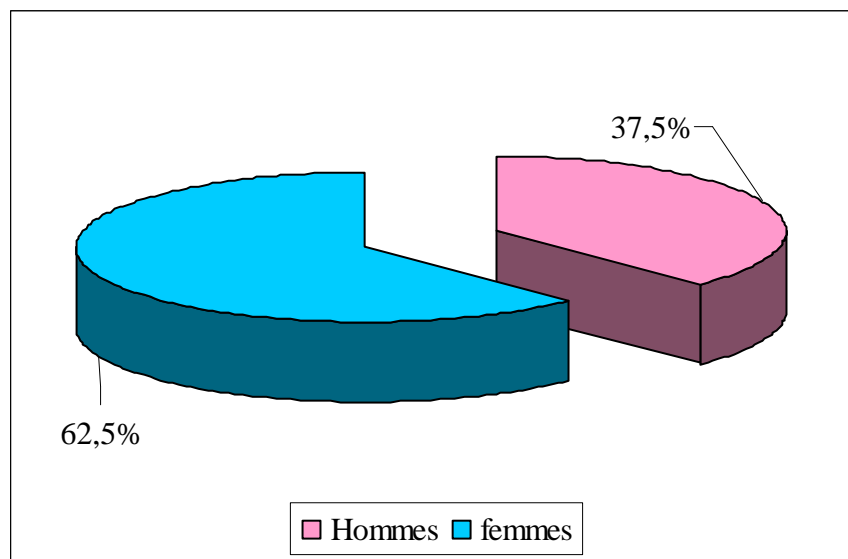


Figure 4. : Répartition des anatomopathologistes et des médecins gynéco obstétricien(ne)s du secteur privé interviewés par sexe.

2.1.3. Les associations.

Un total de trois (3/3) personnes avec lesquelles nous avons eu des entretiens au chef lieu des associations, ont été contactées par téléphone (annexe 14).

Ces personnes sont des membres au niveau des associations, au niveau de la ville de Rabat et sont impliquées dans la lutte contre les cancers en général et le cancer du col en particulier.

Ces associations sont :

- ✓ *L'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer* à vocation Nationale (deux personnes).
- ✓ *L'Association des amies de l'Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah*, qui est une association d'aide aux malades atteints du cancer (une personne).

2.2. Place accordée au dépistage des cancers.

Tous les médecins interviewés ont déclaré que :

- Le dépistage des cancers en général occupe une grande place dans leur pratique quotidienne. Ils se sentent concernées et y sont impliquées quotidiennement.
- Ils font du dépistage une priorité :
 - «J'y pense tous les jours lors de l'examen des malades».
 - «Pour moi, d'emblée le dépistage des cancers est une priorité».

(Les médecins).

2.3. Place accordée au dépistage du cancer du col

2.3.1. Dans les activités des gestionnaires :

L'entretien avec les médecins gestionnaires a permis de schématiser dans une première étape l'histoire de l'idée de l'organisation du dépistage du cancer du col dans notre pays. Nous rapportons fidèlement ci-dessous leurs déclarations :

«L'historique de la politique de santé avec le dépistage du cancer du col date depuis les années 80 mais *il n'y avait pas la dynamique nécessaire pour que ça fonctionne*».

«La conférence internationale de la population et du développement au Caire en 1994 a apporté une vision intégrée de prise en charge de la santé de la femme et a défini les besoins de la femme auxquelles il fallait subvenir entre autres la lutte contre les cancers génitaux de la femme».

«Un projet de détection précoce du cancer du col était mise en place à Marrakech (1998-1999) et à Fès (1999-2001) en collaboration avec le FNUAP, l’OMS et l’INO Sidi Mohamed Ben Abdellah. Mais pour des raisons d’ordre organisationnelles et financières, la pérennité du projet n’était pas assurée».

(Les gestionnaires).

2.3.2. Dans les activités des associations.

L’entretien avec les membres de l’Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer a permis de soulever les faits suivants :

- L’association a organisé le symposium international sur la prévention du cancer du col du 15 au 16 septembre 2006 à Rabat. Ce dernier a réuni les représentants d’organismes internationaux spécialisés, des responsables des programmes nationaux de santé et de recherche, des associations de lutte contre le cancer, des représentants de la société civile et des praticiens spécialistes des pays développés et ceux en voie de développement.

Ce symposium avait clôturé ses travaux par des recommandations connues sous le nom «**Appel de Rabat**» (annexe 15).

- Actuellement, un projet de dépistage du cancer du col (et du sein) initié par l’Association Lalla Salma de Lutte contre le cancer, en collaboration avec le ministère de la santé est en cours de préparation. Ce projet est prévu d’être généralisé par la suite à l’ensemble du Royaume. Il sera lancé dans une première étape au niveau de la préfecture de Skhirat-Temara au profit des femmes de la région de Rabat Salé Zemmour Zaier.

Nous avons eu l'honneur d'assister à deux réunions préparatoires :

- L'une, le 15 Janvier 2008 au sein du comité de pilotage dont l'objectif était la modélisation de diagnostic et l'organisation de la prise en charge du cancer du sein et du col.
- L'autre, le 20 Février 2008, au sein de comité restreint chargé de l'élaboration d'un système d'information informatisé pour le suivi et évaluation du projet.

2.3.3. Dans la pratique des gynéco obstétricien(ne)s.

2.3.3.1. Dans le secteur privé.

La plupart des médecins ont exprimé spontanément l'importance et l'intérêt du dépistage des cancers dans leur pratique quotidienne. Ceci au même titre que le cancer des seins et des ovaires (ces cancers ont été cités par tous les médecins). Ils ont déclaré que la pratique d'un test pour la détection précoce du cancer du col est un *geste systématique* pour eux dans le cadre de dépistage :

«Je le fais systématiquement, et surtout lors de la pause d'un stérilet, à l'occasion d'une visite pour la surveillance de la grossesse ou lors d'une intervention chirurgicale».

«Je le propose systématiquement une fois par an à toutes mes patientes qui ont des rapports sexuels, ou tous les deux ans en absence de risques ou bien lorsque le premier test (FCV) est normal».

«Je propose à toute ma clientèle de faire un test de dépistage (FCV) pour toutes les femmes de sa famille, sans obligatoirement venir le faire dans mon cabinet, car l'une de mes attributions est de contribuer à la sensibilisation».

(Les médecins).

Pour certains médecins dont ce n'était pas le cas :

«Je le fais pour celles qui ont un col suspect qui 'ne me plait pas' et si je juge qu'il est nécessaire».

Plusieurs médecins, ont soulevé certaines contraintes liées au refus par certaines femmes :

«Certaines femmes me demandent s'il s'agit de frais supplémentaires ?».

«Certaines femmes me disent qu'elles vont le faire plus tard par manque des moyens financiers ou par manque du temps pour aller au laboratoire».

«Environ 30 à 40% de ma clientèle acceptant de faire le frottis sont âgées entre 30 et 50 ans. En cas de refus, c'est surtout par manque des moyens financiers».

«Il n'est pas facile de faire adhérer certaines patientes au dépistage du cancer du col par absence d'une culture sociale à la notion de prévention et parfois à cause du coût».

(Les médecins).

Ces mêmes médecins ont soulevé l'importance d'un abord particulier de ces femmes pour qu'elles ne refusent pas :

«Presque 70% des femmes acceptent de faire un FCV une fois que nous leur expliquons l'intérêt de la détection précoce du cancer du col».

«Environ 85 à 90% de ma clientèle acceptent de faire le frottis, même celles de bas niveau socio économique, lorsque je lui explique son importance dans la prévention contre le cancer du col».

(Les médecins).

2.3.3.2. Dans le secteur public.

Tous les médecins de ce secteur ont déclaré que le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique. La pratique du test dépistage (FCV) pour la détection des lésions précancéreuses est devenue systématique au niveau du CNSR à la maternité des Orangers et lors de l'hospitalisation des femmes pour une maladie gynécologique au niveau de certains services de la maternité de Souissi :

«Nous pratiquons un FCV pour toutes les femmes hospitalisées dans le service».

«La réalisation d'un FCV est devenue systématique dans notre service chez toutes les femmes en post-partum, à l'occasion d'une consultation gynécologique, dans le cadre de la planification familiale et dans le cadre de la surveillance des grossesses».

(Les médecins).

Certains médecins ont déclaré qu'ils ont eu l'occasion de participer à des **campagnes mobiles** au niveau des zones défavorisées lointaines.

La plupart des médecins interrogés du secteur public ont insisté sur un abord particulier des femmes pour les faire adhérer au dépistage :

«Quand je dit à la femme que je veut dépister le cancer du col, elle est effrayée. Mais lorsque je dit par exemple que c'est bête de perdre ta vie à cause d'une lésion qui peut être traiter facilement et être guérit à 100%, elle accepte.»

(médecin).

Des freins au recours au dépistage du cancer du col ont été soulevés par la plupart des prestataires au niveau du secteur public :

«Au niveau de la maternité de Souissi, la femme paye **60 Dh** pour la consultation et **100 Dh pour le FCV**. Chose qui n'est pas à sa portée».

(médecin).

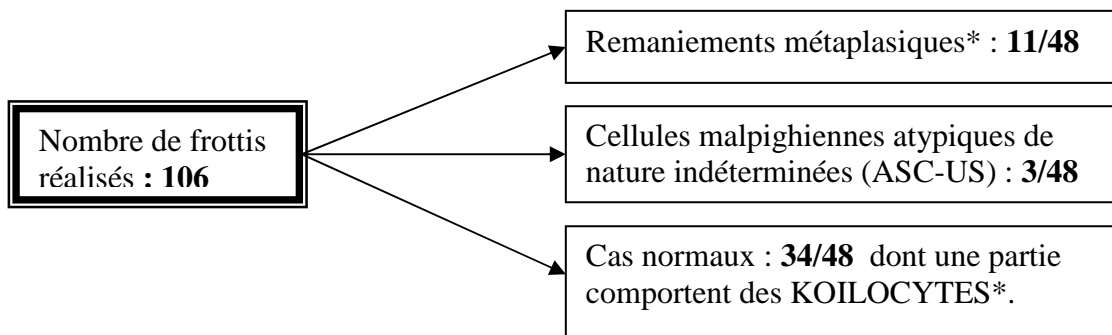
Quand au lieu du prélèvement, la quasi-totalité des médecins prescrivent le test et envoient les femmes aux laboratoires d'anatomie pathologie pour faire le prélèvement.

Au niveau du Centre National de Santé Reproductive (CNSR) à la maternité des Orangers, la pratique de FCV est devenue systématique depuis le 12/07/2007. Ainsi, à la date du 14/4/2008 nous avons relevé la réalisation de 122 FCV dont 53 ont été réalisés depuis le premier janvier 2008 avec 20 examens colposcopiques.

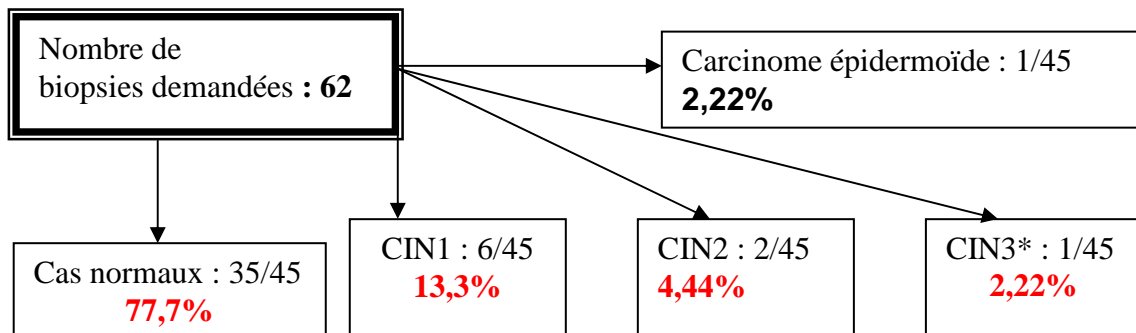
De même, nous avons été informé qu'une étude est en cours de réalisation depuis le 07 janvier 2008 au niveau de la délégation de santé au centre de référence de la planification familiale Massira I à Temara dont les objectifs sont la détermination de la prévalence des lésions pré néoplasiques et la prise en charge des cas dépistés.

Le bilan de cette étude au 23/04/2008 a montré les résultats ci-dessous :

- Nombre total des femmes bénéficiaires de l'examen colposcopique : 320 dont 106 ont bénéficié d'un FCV et 62 biopsies ont été demandées.
- Nombre de cas de dysplasies de différents grades : 9.
- Nombre de carcinome épidermoïde : 1.



NB : 48 est le total des résultats de FCV reçus.



NB : - Les proportions sont par rapport au total des résultats des biopsies reçues : 45.

- Plus de 50% des cas sont accompagnés des cervicites.
- * sont des cas de carcinome épidermoïde potentiel.

2.3.3.3. Dans la pratique des anatomopathologistes.

Selon les anatomopathologistes des deux secteurs, la pratique d'un test de dépistage (FCV) est devenu une activité de plus en plus fréquente :

«Au début de l'ouverture de mon laboratoire il y a plus de vingt ans, je faisais la lecture de cinq (5) à dix (10) lames par semaine. Actuellement c'est beaucoup plus».

(anatomopathologiste)

Ils ont déclaré que plus de **80%** des femmes se présentent aux laboratoires portant leurs prélèvements.

Une anatomopathologiste sur quatre a préféré que les gynécologues adressent les femmes aux laboratoires pour faire le frottis afin d'éviter les erreurs de prélèvement.

L'entretien avec l'anatomopathologiste du secteur public a révélé qu'une étude dont l'objectif consiste à la détermination de la prévalence de l'infection par l'HPV, est en cours de réalisation initiée par l'unité de formation et de recherche (UFR) de la faculté de médecine de Rabat en collaboration avec :

- La maternité Souissi, où se fait l'examen clinique, le suivi des femmes et l'examen colposcopique en cas de FCV anormal.
- Le laboratoire d'anatomie pathologie de l'hôpital d'enfants, où se font les prélèvements et leur lecture.
- Le Centre National de Recherche Nucléaire, (CNRN) où se fait la recherche d'HPV.

2.4. Tests de dépistage.

Les prestataires interviewés du secteur privé ont déclaré lors des entretiens qu'ils pratiquaient le FCV, dont **69,2%** (9/13 médecins) réalisent le frottis conventionnel et **30,3%** (4/13 médecins) le frottis sur milieu liquide :

«Moi, j'informe les femmes sur le prix de chaque méthode (180 Dh pour le conventionnel et 280 Dh) pour le frottis sur milieu liquide et c'est à la femme de décider».

«Je fais le frottis sur milieu liquide car je me trouve obligé de suivre le mouvement. Si non mes patientes de haut niveau socio économique m'accusent que je procède à des vieilles techniques».

(Les médecins)

Parmi les anatomopathologistes, les uns ont été pour le frottis en milieu liquide, les autres en ont été contre :

« Il faut oublier la cytologie en milieu liquide car elle est chère, et peut décourager les femmes pour refaire le frottis régulièrement. ».

(anatomopathologiste)

Pour le typage viral, la plupart des médecins ne la demandaient pas sauf dans certaines situations :

«Je demande la recherche d'HPV en cas de lésions de bas grade (ASC-US) uniquement chez les femmes non mariées ayant une activité sexuelle»

«En cas d'ASC-US, je surveille pendant six mois, et je n'ai jamais demandé la recherche d'HPV, car c'est trop chère, non fait au Maroc et qu'elle peut être source de conflits conjugaux».

(Les médecins)

Quand aux médecins du secteur public, aucun des médecins interviewés n'avait demandé la recherche d'HPV chez une femme.

2.5. Conduite à tenir en cas de détection des lésions pré néoplasiques.

Certains médecins avaient déclaré qu'ils préfèrent envoyer les patientes directement vers l'INO Sidi Mohamed Ben Abdellah de Rabat en cas de découverte des lésions pré néoplasiques :

«Je préfère que la prise en charge soit faite par un oncologue. Mais malheureusement les femmes sont accueillies par des infirmier(e)s qui ne leur donnent pas d'importance et par conséquent, elles sont perdues de vue».

(médecin)

D'autres médecins nous ont dit qu'ils appliquent le schéma standard recommandé par l'OMS.

Certains médecins ont déclaré qu'ils préconisent l'hystérectomie en cas de lésions de haut grade chez les femmes âgées et multipares.

2.6. Perspectives d'avenir :

Tous les professionnels de santé interviewés ont exprimé leurs souhaits de mettre en place un programme de dépistage organisé du cancer du col dans notre pays :

«Le dépistage du cancer du col ne peut se concevoir que dans le cadre d'un programme de santé».

«Le dépistage organisé permettra d'atteindre la population cible, surtout celles des milieux défavorisés et lointains».

(Les médecins)

Dans ce cadre, ils ont émis des recommandations groupées selon les axes suivants:

- Sensibilisation, information et éducation :
 - ✓ Sensibilisation du personnel médical et paramédical.
 - ✓ Sensibilisation et information des femmes par tous les moyens et à tous les niveaux.
 - ✓ Sensibilisation et implication des maris dans la prise en charge de leurs femmes pour soulager leurs souffrances psychologiques.

- Formation et recyclage du personnel :
 - ✓ Augmentation de l'effectif des anatomopathologistes.
 - ✓ Formation des cytotechniciens.
 - ✓ Implication et formation des médecins généralistes.
 - ✓ Implication et formation des infirmières des cellules de santé maternelle.
 - ✓ formation des gynécologues au niveau des hôpitaux provinciaux et régionaux en matière des techniques de prise en charge des lésions précancéreuses.

- Financement :
 - ✓ Gratuité des tests et de la prise en charge pour les femmes défavorisées.
 - ✓ Introduction du test de recherche d'HPV dans la nomenclature des examens biologiques remboursables par les assurances médicales.
 - ✓ Implication des collectivités locales dans le financement du dépistage du cancer du col.
 - ✓ Réduction du coût du vaccin anti-HPV.
 - ✓ Introduction du vaccin anti HPV dans la nomenclature des produits remboursables par les assurances médicales.
 - ✓ Réduction des prix des examens relatifs au dépistage du cancer du col.

➤ Offre de soins :

- ✓ Développement progressif de l'offre de soins au niveau de toutes les régions du Royaume en matière de dépistage du cancer du col.
- ✓ Dotation des structures de santé en matériel médico-technique et consommable.

D'autre part, presque la quasi-totalité des professionnels de santé ont déclaré qu'ils sont contre les campagnes mobiles de dépistage du cancer du col :

«Les campagnes ponctuelles sont très politisées et les frottis ne peuvent pas être faits au moment des règles et en cas d'infection génitale».

«J'ai participé à des caravanes mobiles des médecins privés et publics. C'était triste : très peu de matériel, les résultats des frottis réalisés ne sont pas connus. Tout ce qu'on faisait n'équivaut à rien. Tout ce qu'il faut c'est être humain dans l'abord des femmes même s'elles sont analphabètes et de niveau socioéconomique défavorisé».

(Les médecins)

Enfin, certains médecins gynéco obstétricien(n)nes et anatomopathologistes ont exprimé leur volonté de contribuer bénévolement à :

- Former et encadrer le personnel de santé du secteur public.
- Participer aux campagnes de sensibilisation des femmes.

« Je suis prêt à assurer bénévolement la formation pratique et théorique des cytotechniciens dans mon laboratoire ».

(anatomopathologiste)

DISCUSSION

12. Niveau de connaissances.

1.3. Chez la population enquêtée :

A l'issue de cette recherche, il nous apparaît que les femmes sont frustrées dès l'annonce du mot «cancer». En fait, comme il a été démontré par l'étude réalisée par l'Association Lalla Salma de Lutte contre le cancer ⁽³⁰⁾, il s'agit d'une maladie que l'on refuse de nommer. Les femmes l'avaient surnommé «Al Mard El Khaib». C'est une maladie qui fait peur et que l'on croit forcément mortelle.

Nous avons aussi remarqué que le niveau d'instruction est probablement une dimension importante à considérer comme étant un déterminant du recours au dépistage dans la mesure où il constitue une donnée de base pour la compréhension de la perception du cancer du col par les femmes.

En effet, les femmes enquêtées dont l'âge moyen était de **42,7** ans, se caractérisaient par une faiblesse notoire de leur niveau d'instruction. Ainsi, **64,0%** en milieu rural, contre **45,6%** en milieu urbain étaient analphabètes.

L'analyse de l'état de connaissances des femmes en matière de dépistage du cancer du col constitue une étape fondamentale pour la conception des messages éducatifs. Ce niveau de connaissances chez la population enquêtée est promoteur. En effet, cette étude a montré que la connaissance du cancer du col utérin était de **56,2%** avec des variations entre milieu urbain (**91,2%**) et milieu rural (**21,3%**) comparée à d'autres pays similaires comme par exemple la Tunisie ⁽³¹⁾, où selon une étude réalisée en 2000, le niveau de connaissances au niveau de la région d'Ariana et celle de Zaghouan, était respectivement de 23,6% et 42,8%.

Cet état de connaissances sur la maladie pourrait être expliqué par la campagne de sensibilisation lancée en 2006 par l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer à travers les mass médias.

En fait, sur les 153 femmes qui avaient entendu parler du cancer du col, **75,2%** (115/153) ont cité la télévision comme source principale. Les professionnels de santé n'ont été cités que par une faible proportion des femmes dans les structures de santé (Tableau II).

Parmi les femmes qui avaient entendu parler du cancer du col, seules **8,5%** (13/153 femmes) des femmes ont déclaré l'avoir su par l'intermédiaire des médecins du secteur public et **1,3%** (2/153 femmes) par l'intermédiaire des infirmières. Cette faible contribution des professionnels de santé est une question importante qui se pose et une recherche à ce sujet serait probablement souhaitable.

La connaissance de l'existence de test de dépistage du cancer du col était absente chez la quasi-totalité des femmes. En fait, seules de faibles proportions des femmes interrogées avaient déclaré connaître l'existence du test de dépistage. Ces proportions correspondaient respectivement à **1,8%** (5/272 femmes) en milieu rural contre **7,3%** (20/272 femmes) en milieu urbain. Nous sommes encore loin par rapport aux autres pays. Ainsi par exemple, à travers une étude⁽³²⁾ réalisée en 2004 à Owerri (Nigeria), nous retrouvons que le niveau de conscience d'un test de dépistage est de 52,8%.

1.4. Chez les prestataires interviewées :

1.4.1. Dans le secteur public.

Les médecins gynéco-obstétricien(ne)s sont conscients de l'importance de test de dépistage. Mais pour des raisons invoquées par ces derniers, la réalisation de test pour la détection précoce du cancer du col est très faible. Par contre, il est pratiqué depuis plus d'un an au niveau de la maternité des Orangers dans le cadre de la planification familiale et au niveau de la maternité Souissi chez les femmes hospitalisées.

Les raisons invoquées du non recours au dépistage étaient surtout en rapport avec le manque du matériel et du consommable et le refus des femmes par méconnaissance du test.

Le fait d'expliquer et d'écouter les femmes contribuerait à convaincre ces dernières pour qu'elles puissent adhérer.

Lorsque la femme accepte de bénéficier d'un test de dépistage (FCV), elle est souvent adressée au laboratoire d'anatomopathologie pour que le prélèvement soit réalisé par un(e) anatomopathologiste.

1.4.2. Dans le secteur privé.

Les médecins du secteur privé nous ont déclaré que la réalisation du test de dépistage est *systematique* dans leur pratique quotidienne. Cependant, rares sont les femmes qui adhèrent. Deux principales raisons ont été évoquées : la méconnaissance du test par les femmes et le manque de moyens financiers.

La majorité des prestataires du secteur privé, nous ont déclaré qu'ils réalisent eux même le prélèvement du FCV dans leurs cabinets. Les frais de l'acte sont inclus dans les honoraires de la consultation.

L'un des médecins du secteur privé allait jusqu'à demander aux décideurs au niveau du ministère de la santé de 'réglementer' le domaine des tests de dépistage du cancer du col.

1.4.3. Dans les deux secteurs.

Nous avons remarqué chez les prestataires des divergences quant à la date de début de réalisation d'un test de dépistage chez la femme. Les uns parlent de 20 ans, les autres parlent de 25 ans ou de 30 ans. Dans la littérature ⁽²⁰⁾, l'âge de début de dépistage diffère d'un pays à l'autre. En Europe, il est fonction de début de la vie sexuelle active. Il est de 15 ans en Luxembourg ⁽³³⁾. Les recommandations Européennes sur le dépistage du cancer du col préconisent de commencer les frottis entre 20 et 30 ans ⁽²¹⁾.

Un début plus précoce impliquerait le traitement de nombreuses lésions pré néoplasiques qui n'évolueraient pas vers un cancer invasif en l'absence de traitement. Le traitement des femmes jeunes par conisation peut compromettre les résultats d'une future grossesse ⁽³⁴⁾.

Il y a eu durant ces dernières années des avancées scientifiques en matière de la pratique des tests de dépistage du cancer du col : cytologie en milieu liquide, recherche d'ADN de l'HPV. A ce propos, notre étude révèle des divergences entre les professionnels de santé interviewés : certains étaient pour la cytologie en milieu liquide vue ses avantages techniques, d'autres en étaient contre.

Quand à la virologie, rares sont les médecins qui la demandaient car elle est non faite au Maroc et son prix n'est pas à la portée des femmes. A ce sujet, des études randomisées ⁽³⁵⁾ sont en cours pour comparer les résultats du frottis conventionnel et en milieu liquide et le test HPV en dépistage primaire sur une large population.

Enfin, en matière de la vaccination anti HPV, nous avons relevé quelques divergences chez les prestataires des deux secteurs quand à l'âge de début de la vaccination. Certains, la préconisent même chez les femmes jusqu'à l'âge de 26 ans s'elles n'ont pas commencé l'activité sexuelle.

Son prix, constitue un handicap majeur pour sa prescription. Et à cause d'autres facteurs, d'ordres scientifiques et socioculturels, son introduction dans le programme de vaccination de masse n'est pas d'actualité.

Il apparaît que le domaine de dépistage du cancer du col est actuellement un challenge scientifique où les connaissances scientifiques sont en progression. D'où le rôle des sociétés savantes dans notre pays dans l'information des médecins généralistes et spécialistes à travers des tables rondes.

13. Recours des femmes au test de dépistage du cancer du col.

La méconnaissance du test de dépistage du cancer du col et la faible perception de l'efficacité du diagnostic précoce sur les chances de guérison qui était globalement de 22,8% expliquerait probablement la faible proportion de recours des femmes au dépistage [**3,7%** (5/136 femmes) en milieu rural contre **8,1%** (11/136 femmes) en milieu urbain]. (Tableau III).

Ces chiffres sont faibles comparés aux résultats de certaines études réalisées dans certaines régions de la Tunisie [Ariana (24,6%) et Zaghouan (13,8%) en Tunisie] et sont proche de ceux de la Jordanie où 95% des femmes, n'ont jamais bénéficié d'un test de dépistage du cancer du col selon une étude réalisé entre Juin 2004 et Avril 2005 sur un échantillon de 760 femmes⁽³⁶⁾.

Parmi les causes les plus fréquemment citées par les femmes qui déclaraient n'avoir jamais bénéficier d'un test (FCV) est la méconnaissance du test de dépistage. En fait, **46,4%** (58/125) des femmes en milieu urbain l'ont évoqué contre **92,4%** (121/131) en milieu rural. Ce niveau est proche de celui enregistré dans la région Owerri au Nigeria⁽³²⁾ où 46,1% des femmes ne connaissent pas le FCV selon une étude réalisé en 2004.

Le manque des moyens financiers représente la deuxième cause citée par les femmes enquêtées **36,8%** (46/125) en milieu urbain contre **5,3%** (7/131) en milieu rural. Ce taux enregistré en milieu rural est bas par rapport à celui enregistré en milieu rural en Mexique où 18% parmi les 97 femmes interrogées ont évoqué ce motif du non recours au dépistage selon une étude réalisée en 1994⁽³⁷⁾.

Ce constat a été soulevé aussi par les médecins du secteur privé dont la plupart avaient déclaré que lorsqu'ils demandaient aux femmes consultantes de faire un FCV, la plupart d'entre elles ne comprenaient pas de quoi il s'agissait. Ce n'est qu'après explication de l'intérêt du test (FCV) que les femmes pourraient adhérer.

Dans le centre de santé urbain, le faible taux des femmes enquêtées qui ont bénéficié d'un test de dépistage (8,1%), contraste avec la perception des femmes sur l'importance du dépistage pour augmenter les chances de guérison du cancer du col. En fait, à ce niveau, 39,7% des femmes percevaient l'efficacité du dépistage sur les chances de guérison. En fait, le proverbe «**mieux prévenir que de guérir**» a été répété par une grande proportion des femmes lors du remplissage des questionnaires.

La méconnaissance de l'existence du test de dépistage pourrait en être l'une des explications de ce faible taux des femmes ayant recours au dépistage.

Nous n'avons pas eu pour des raisons méthodologiques et éthiques, la possibilité de connaître l'effectif des femmes ayant bénéficié d'un FCV dans le secteur privé et qui étaient suivies par les médecins gynécologues de ce secteur que nous avons rencontré.

14. Description des femmes bénéficiaires d'un test de dépistage.

Dans notre étude, les femmes ayant bénéficiées d'un FCV étaient soit recrutées dans le cadre d'un projet ou d'une étude en cours ou bien à la suite d'une consultation gynécologique au niveau de la maternité des Orangers ou celle de Souissi, ou enfin dans le secteur privé.

Les seize (16) femmes qui ont bénéficié une fois dans la vie d'un test de dépistage (FCV), sont dans 56,2% âgées de moins de 45 ans, 68,7% ont un niveau scolaire primaire, secondaire ou supérieur et dans 87,5% des femmes mariées.

Dans la littérature⁽³⁸⁾, il est rapporté que l'âge entre 30 et 49 ans, le statut marital, et le statut socioprofessionnel sont des facteurs associés au dépistage du cancer du col utérin. Le facteur âge est un déterminant du recours au dépistage⁽³⁹⁾.

L'entretien avec les médecins gynéco obstétricien(ne)s des deux secteurs a révélé que les femmes qui acceptaient de faire un test de dépistage (FCV) appartiennent surtout à la classe moyenne et celle de haut niveau socioéconomique.

C'est une catégorie des femmes ayant un profil d'utilisatrices des ressources médicales. Ce qui montre encore une fois *l'importance du rôle des professionnels de santé* dans la transmission de l'information et la sensibilisation des femmes en matière de dépistage.

Des actions continues d'information et de sensibilisation devraient être envisagées pour que les femmes puissent adhérer au dépistage.

Le développement d'une telle attitude chez les femmes, nécessiterait une action soutenue par l'ensemble des acteurs à tous les niveaux.

Cette action qui constitue une première étape fondamentale conditionnerait l'efficacité du dépistage. Elle ne peut se concevoir que dans le cadre d'un programme d'éducation et d'information ciblant des messages clairs et simples tenant compte de la diversité linguistique dans notre pays et en impliquant l'ensemble des prestataires des deux secteurs et la société civile.

Au niveau du secteur public, le rôle des médecins généralistes, et des infirmières de la santé de la mère exerçant en première ligne au niveau des ESSB revêt une importance considérable en matière de sensibilisation des femmes à propos de l'intérêt de dépistage du cancer du col.

Il y a lieu de motiver, sensibiliser et former ces catégories du personnel de santé pour actualiser leurs connaissances théoriques et pratiques afin qu'ils adhèrent aux actions de sensibilisation et d'information des femmes sur le dépistage du cancer du col. ***Le FCV est un geste du médecin praticien***⁽⁴⁰⁾ que tout médecin doit savoir faire.

15. Place accordée au dépistage du cancer du col .

a. Par les associations.

Depuis sa création sous la présidence de SON ALTESSE ROYALE LA PRINCESSE LALLA SALMA, plusieurs acquis sont réalisés sur tous les plans, dans le domaine de lutte contre les cancers en général au profit des malades et leurs familles.

En matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus, un projet de dépistage organisé est en cours d'être mis en place au niveau de la région de Rabat Salé Zemmour Zaiers en collaboration avec le Ministère de la Santé. Dans le même cadre un centre de consultation et de détection précoce du cancer du col de l'utérus (et celui du sein) a été inauguré le 5/5/2008 au sein de la maternité de Souissi.

b. Par les gestionnaires.

Le cancer du col constitue un problème de santé public. Par conséquent, des activités de dépistage du cancer du col ont été réalisées dans certaines régions du Royaume mais qui ne se sont pas pérennisées pour plusieurs raisons.

Actuellement, avec l'avènement de l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer, il y a une dynamique qui se crée entre l'ensemble des acteurs en vue de mettre en place un programme de dépistage du cancer du col d'abord au niveau de la région de RSZZ et qui sera généralisé progressivement dans les autres régions du Royaume.

16. Pratique du dépistage dans les deux secteurs.

Les résultats des entretiens nous ont permis de relever un certain nombre de constats :

- Le dépistage du cancer du col est individuel dans les sites d'étude.
- Seules les femmes de haut et parfois de moyen niveau socio économique peuvent se permettre de recourir au dépistage dans les structures de santé privées.
- Il est réalisé à l'initiative des médecins, exceptionnellement à l'initiative des femmes.

- L'incitation du dépistage vient en grande partie du gynécologue à l'occasion d'une consultation gynécologique, dans le cadre d'un suivi de contraception, d'une grossesse ou de ménopause, ou dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie ou d'un trouble fonctionnel.

En dehors du parcours de soins, le dépistage du cancer du col se fait à travers :

- a) Les campagnes organisées par les associations des médecins des deux secteurs en collaboration avec les organismes non gouvernementaux (ONG) : association Mohamed V pour la solidarité, association des œuvres sociales du parlement, Lion'S Club. Ces campagnes sont jugées inefficaces par les prestataires interviewés. Ils les ont qualifiées de politisées.
- b) Les projets : Deux projets pilotes de détection précoce des cancers féminins ont été organisés par le ministère de la santé :
 - L'un à Marrakech en collaboration avec le FNUAP (1998-1999).
 - L'autre à Fès en collaboration avec l'OMS (1999-2001).

Ces deux projets pilotés par la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies du ministère de la santé, avaient comme objectif principal de dépister précocement le cancer du col utérin et d'améliorer la prise en charge des cas détectés.

Cependant, plusieurs contraintes d'ordre organisationnelles et financières sont survenues⁽⁴¹⁾ lors de la mise en œuvre : Difficultés d'acheminement des FCV, retard dans l'acheminement des résultats, non respect du planning des consultations par les gynécologues, insuffisance de coordination, absence de recyclage de l'équipe du laboratoire, coût élevé des examens dans le secteur privé et absence d'information et de sensibilisation des femmes. Par conséquent, ces projets n'ont pas pu être pérennisés et généralisés.

Les frais des examens (FCV, colposcopie et biopsie) et d'une éventuelle prise en charge dans le secteur privé ont été estimés par un médecin interviewé du secteur

privé de l'ordre de **3000 Dh**. Par conséquent, les femmes sont souvent perdues de vue au stade de colposcopie et de biopsie.

Au stade de prise en charge d'une lésion pré néoplasique, certains médecins ont déclaré lors des entretiens, qu'ils préféreraient référer les femmes à l'INO Sidi Mohamed Ben Abdellah.

17. Perspectives d'avenir.

La totalité des personnes interviewées ont déclaré que le cancer du col est un problème de santé publique. Ils n'ont pas été d'accord pour l'organisation des campagnes ponctuelles car elles les ont jugé inefficaces et politisées.

Par contre, la mise en place d'un dépistage organisé bien réfléchi et bien préparé est une nécessité pour la lutte contre le cancer du col dans notre pays. Il est l'exemple type de dépistage coût-efficacité comme cela a été souligné par l'OMS et le centre international de recherche sur le cancer (CIRC). En France, une campagne de dépistage organisée en Alsace depuis plus de dix ans a réduit le nombre de décès liés au cancer du col de 19,5% avec un coût pour l'organisation du dépistage de 1,2 Euro par année et par femme dépistée ⁽⁴²⁾.

Au moins trois conditions sont nécessaires pour la mise en place d'une stratégie réussie de dépistage du cancer du col :

- Une volonté politique.
- Un financement.
- Une organisation adéquate.

Dans notre pays, des opportunités importantes pour la mise en place d'un dépistage organisé existent déjà. En effet :

- ☆ Il y a un engagement politique fort à travers l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer et le la stratégie de Madame la Ministre 2008-2012.
- ☆ La mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO), INAYA et prochainement le régime d'assurance médicale pour les économiquement défavorisés (RAMED). En fait, les prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre (Acte M100), la colposcopie avec ou sans prélèvement pour examens histologiques (Acte M104) et le traitement des dysplasies du col utérin (Acte M106) sont remboursables et sont incluses dans la nomenclature des actes professionnel⁽⁴³⁾.
- ☆ L'offre de soins public et privé est développée.
- ☆ La mise en place du registre populationnel de cancer à Casablanca est bien avancée.

Une bonne organisation des activités de dépistage permettrait par conséquent :

- Une couverture équitable, importante et adéquate des femmes qui ne peut se concevoir que grâce à une information et une sensibilisation de celles-ci.
- Un accès rapide. En fait le dépistage ne doit pas occasionner chez la femme un circuit qui diffère de son circuit habituel et engendrer par conséquent des dépenses supplémentaires (coût indirect).

Mais, la question posée par les intervenants, est quelle approche à adopter pour notre contexte ? D'autant plus que les avancées scientifiques de ces dernières années (la cytologie en milieu liquide, la recherche d'HPV et la vaccination anti HPV) ont obligé les pays développés les plus avancés dans le dépistage du cancer du col à revoir leurs stratégies.

En Europe, le groupe d'experts d'EUROGIN (European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia) ⁽⁴⁴⁾ a proposé trois options de dépistage, suggérant de mettre en balance la sensibilité des tests avec le rythme de dépistage : un frottis conventionnel peut être réalisé tous les ans car sa sensibilité n'est pas optimum, un frottis en milieu liquide peut être réalisé tous les deux ans car sa sensibilité est meilleure. Et enfin un frottis combiné à un test HPV peut être réalisé en toute sécurité tous les trois ans parce que sa sensibilité est proche de 100%.

Par ailleurs, une approche basée sur le risque (annexe 16) utilisant le frottis en milieu liquide combiné au test de dépistage est en cours d'étude.

18. Validité de l'étude.

7.1. Validité interne

Elle a été appréciée par :

- Le devis (étude exploratoire) est approprié au sujet de recherche.
- L'articulation des résultats pour répondre à la question de recherche.

7.2. Validité externe:

Les résultats de l'étude ne peuvent être inférés au niveau national ou régional car ils sont contextuels.

Cependant, la validité des résultats des entretiens peut être renforcée par la similitude du fait que le sujet étudié correspond à une action de prévention secondaire contre une maladie pour laquelle les professionnels de santé impliqués ont des connaissances similaires aux réponses fournies par les personnes interviewées.

Quant au volet quantitatif, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres régions du Royaume vue les différences socioculturelles et économiques qui existent entre les régions.

19. Forces de l'étude.

La situation de l'entrevue permet de révéler ce que l'interviewé pense et qui ne peut être objectivé par les études quantitatives (ses sentiments, ses réflexions). Elle révèle l'évolution de sa pratique et sa propre expérience professionnelle.

Les personnes interviewées, une fois rassurées de la confidentialité des informations recueillies, nous ont décrit leurs expériences personnelles, leurs savoirs et leurs attitudes vis-à-vis du dépistage du cancer du col.

L'administration du questionnaire aux femmes en tête à tête dans une salle au niveau du centre de santé a permis de minimiser les fausses réponses et les mensonges.

20. Faiblesses de l'étude :

Dans le volet qualitatif, les entretiens ont fait intervenir la subjectivité des personnes interviewées. Des sentiments et des présuppositions sur le sujet ont été abordées. Et la production des informations était fonction de l'aptitude et du goût pour la communication du répondeur.

Ainsi, les interviews ont probablement été biaisés par le biais de «plaire» : les personnes interviewées pouvaient se comporter d'une façon autre que d'habitude. D'autre part, Il est manifeste que des informations ne sont pas données par certaines interviewés faute de fil conducteur dans leurs pensées et dans leurs paroles.

Dans son volet quantitatif, l'étude reste entachée par un biais de sélection : les femmes recrutées dans deux centres de santé n'étaient pas représentatives, ceci a probablement donné lieu à une sous estimation de l'état de connaissances du cancer du col et des déterminants du recours au dépistage. Et par deux biais d'information :

- Biais de mensonge : les femmes interrogées pouvaient nous conduire en erreur en fournissant des fausses réponses à certaines questions.
- Le biais de censure lié au fait d'interroger les femmes dans les centres de santé à l'occasion d'une prestation donnée. Nous avons essayé de réduire ce biais en interrogeant les femmes dans une salle isolée tout en leur expliquant l'objet de l'étude et en leur rassurant sur l'anonymat et la confidentialité des informations.

21. Contraintes.

- Report fréquent des entretiens.
- Certains entretiens ont été interrompus parfois par des appels téléphoniques et dans certaines situations par l'entrée de la secrétaire.
- Un médecin femme prestataire pourtant prévenu de disposer de 20 à 30 minutes n'a pu consacrer que cinq minutes à l'entretien car beaucoup des patientes attendaient dans la salle d'attente. Et c'était selon elle toujours comme ça et par conséquent, il n'était pas possible de reporter l'entretien.

22. Utilité des résultats de l'étude

Nous espérons par les résultats de cette étude exploratoire qui consistait à décrire l'état des lieux du dépistage du cancer du col au niveau de la préfecture de Rabat et celle de Skhirat-Temara, de mettre à la disponibilité des décideurs politico sanitaires des constats d'ordre populationnels et organisationnels qui pourraient être utiles pour une éventuelle planification d'une stratégie de lutte contre cette maladie.

Ces constats nous semblent aussi utiles pour être connus par les prestataires des services de santé dans les deux secteurs pour remédier aux insuffisances et contribuer à la prévention de cancer du col.

RECOMMANDATIONS

A travers les constats relevés dans cette étude, nous pouvons ressortir avec les recommandations suivantes que nous avons groupées en plusieurs axes :

→ **Axe N°1 : Information et éducation de la population cible.**

C'est la responsabilité de tous : les professionnels de santé, les associations, les départements extra santé (Les ministères de l'éducation nationale, du Habous et des affaires religieuses, de la jeunesse et du sport, de l'entraide nationale, et de la solidarité et de famille), la presse écrite et audiovisuelle et les instances politiques.

L'information éducation avec des messages adaptés au contexte socioculturel et économique des femmes au niveau de chaque milieu peut se faire par différents biais comme par exemple :

- *Implication des associations de quartiers* déjà existantes ou la création au niveau d'un groupe de quartiers d'une association composée d'un représentant du centre de santé qui draine ces quartiers, de la collectivité locale, des femmes de quartiers et de toute personne active dans le domaine socio-éducatif. Leur mission serait sociale et sanitaire. les activités proposées de façon non exhaustive seraient :
 - *L'organisation des réunions* d'informations assurées par les professionnels de santé médicale et paramédicale en incluant *les maris* afin de soutenir leurs femmes et permettre la levée des freins psychologiques et culturels.
 - *L'identification des femmes relais* : il serait utile d'identifier les femmes de langues similaires à la population autochtone à laquelle sera adressée l'information sur le cancer du col et son dépistage.
- *Développement des activités spécifiques dans les lycées et les collèges* dans l'abord du dépistage du cancer du col. En fait, l'école est une opportunité pour éduquer les jeunes filles à la connaissance de leurs corps, le rôle de l'HPV et l'intérêt de dépistage. Ceci est d'autant plus d'actualité que le vaccin HPV se destine à ce public.

→ **Axe N°2 : Sensibilisation et formation des prestataires.**

Dans le secteur privé, les médecins gynécologues étaient conscients sur l'importance de dépistage du cancer du col. Ce niveau de conscience est à renforcer davantage avec implication des médecins généralistes de ce secteur.

L'implication des professionnels de santé du secteur public est limitée et nécessite d'être développée. En fait, les médecins gynécologues et généralistes ainsi que les infirmières au niveau des cellules de SMI/PF au niveau des centres de santé ont un rôle privilégié dans le dépistage.

Toutefois, cette action auprès des professionnels de santé peut rencontrer certaines difficultés : *son effectivité dépend de leur volonté et du temps dont ils disposent.*

Ainsi, une enquête auprès des médecins généralistes des deux secteurs (médecins de premier recours dans le système de soins) serait souhaitable pour identifier les facteurs qui les empêcheraient de contribuer à la sensibilisation et l'information des femmes et la pratique de test de dépistage.

Tenant compte des caractéristiques socioculturelles des femmes, les professionnels de santé sont appelés à :

- ✓ Respecter *l'intimité des femmes*.
- ✓ *Ecouter*, comprendre et répondre aux inquiétudes et aux questions spécifiques des femmes.

D'autre part, la formation des anatomopathologistes et des cytotechniciens et la formation et recyclage des médecins prestataires généralistes et spécialistes en gynéco obstétrique en matière de :

- Techniques de communication.
- Pratique des tests de dépistage, et de conduite à tenir en cas de frottis anormale.
- Lecture des comptes-rendus anatomopathologiques.

Serait d'un grand apport pour un dépistage organisé du cancer du col.

→ **Axe N°3 : Financement des activités de dépistage du cancer du col.**

La mise en place *de l'AMO* (loi 95-00) entrée en vigueur en Août 2005, permettra d'améliorer l'accessibilité financière des femmes au dépistage. Cependant, nous proposons d'inclure dans la nomenclature des examens et produits remboursables :

- le typage viral HPV.
- Et le vaccin anti HPV.

Le *RAMED et INAYA* doivent contribuer à la prise en charge financière des tests de dépistage (FCV, avec ou sans colposcopie et biopsie).

Les femmes démunies originaires des milieux défavorisés, doivent bénéficier *gratuitement* des actes relatifs au dépistage du cancer du col dans les centres de santé et les hôpitaux publics.

Enfin, la révision des prix relatifs aux actes de dépistage du cancer du col serait d'un grand apport en matière de lutte contre le cancer du col.

→ **Axe N°4 : Les mesures organisationnelles de dépistage du cancer du col.**

L'organisation de dépistage du cancer du col reste tributaire des mesures d'ordre organisationnelles pour minimiser le circuit à parcourir par les femmes, garantir la qualité des actes et assurer une prise en charge thérapeutique.

A ce propos, nous recommandons de:

- ✓ Mettre en place un *système d'information* informatisé des données.
- ✓ Instaurer *les procédures de suivi et d'évaluation* à tous les niveaux. Dans ce cadre, le *carnet de santé* serait d'une grande utilité. Il doit porter la mention de réalisation du test avec la périodicité adéquate.
- ✓ Mettre en place d'une *démarche qualité* au niveau des structures de santé.
- ✓ Mettre en place une *structure de gestion régionale* qui coordonne des activités de dépistage entre les structures de santé publiques. Cette structure pourra éventuellement coordonner avec les prestataires du secteur privé.
- ✓ Afficher dans les centres de santé et les maternités des hôpitaux publics les fiches techniques des tests et les conduites à tenir recommandés par l'OMS et validés par les instances scientifiques au niveau national.

→ **Axe N°5 : Renforcement des structures de santé en matériel et consommable nécessaires pour le dépistage du cancer du col.**

Les structures de santé existantes au niveau des deux préfectures chef lieu de notre étude représentent un point fort pour l'organisation du dépistage du cancer du col. En fait, l'expérience du terrain de ces structures apporte un crédit certain aux actions à entreprendre et elles bénéficient d'une confiance déjà installée.

Pour renforcer ceci, nous proposons les suggestions suivantes :

- Inclure dans le budget des hôpitaux gérés par le mode SEGMA, l'achat du matériel, du consommable et des fournitures nécessaires.
- Faire un état des lieux des structures de santé pour identifier les besoins en matériels, consommables et fournitures nécessaires.
- Responsabiliser le personnel de santé pour veiller sur l'état de l'équipement et des produits.

D'autre part, la mise en place d'une stratégie de dépistage tient compte des composantes suivantes : histoire de la maladie, tests de dépistage, population cible, et rapport coût-efficacité et coût-bénéfice. Trois approches sont envisagées :

1. Approche des méthodes d'inspection visuelle du col utérin.

Il permet de «dépister et traiter» en une seule visite.

2. Approche basée sur la pratique du frottis cervico vaginal.

L'efficacité de cette approche nécessite :

- ✓ Des prestataires, des anatomopathologistes et des cytotechniciens bien formés.
- ✓ Des salles d'examen et des laboratoires équipées.
- ✓ Une mise en réseau comprenant le transport des prélèvements vers les laboratoires.
- ✓ Une démarche qualité pour réduire les erreurs de prélèvement et de lecture.
- ✓ Un système de communication rapide des résultats aux femmes dépistées.
- ✓ Un système d'orientation des femmes chez lesquelles une lésion précancéreuse est dépistée vers l'hôpital provincial pour la prise en charge thérapeutique.
- ✓ Une couverture de la quasi-totalité des femmes.

Dans ce cadre, nous proposons l'organigramme ci-dessous qui peut être envisagé dans une région sanitaire (**figure 5**) :

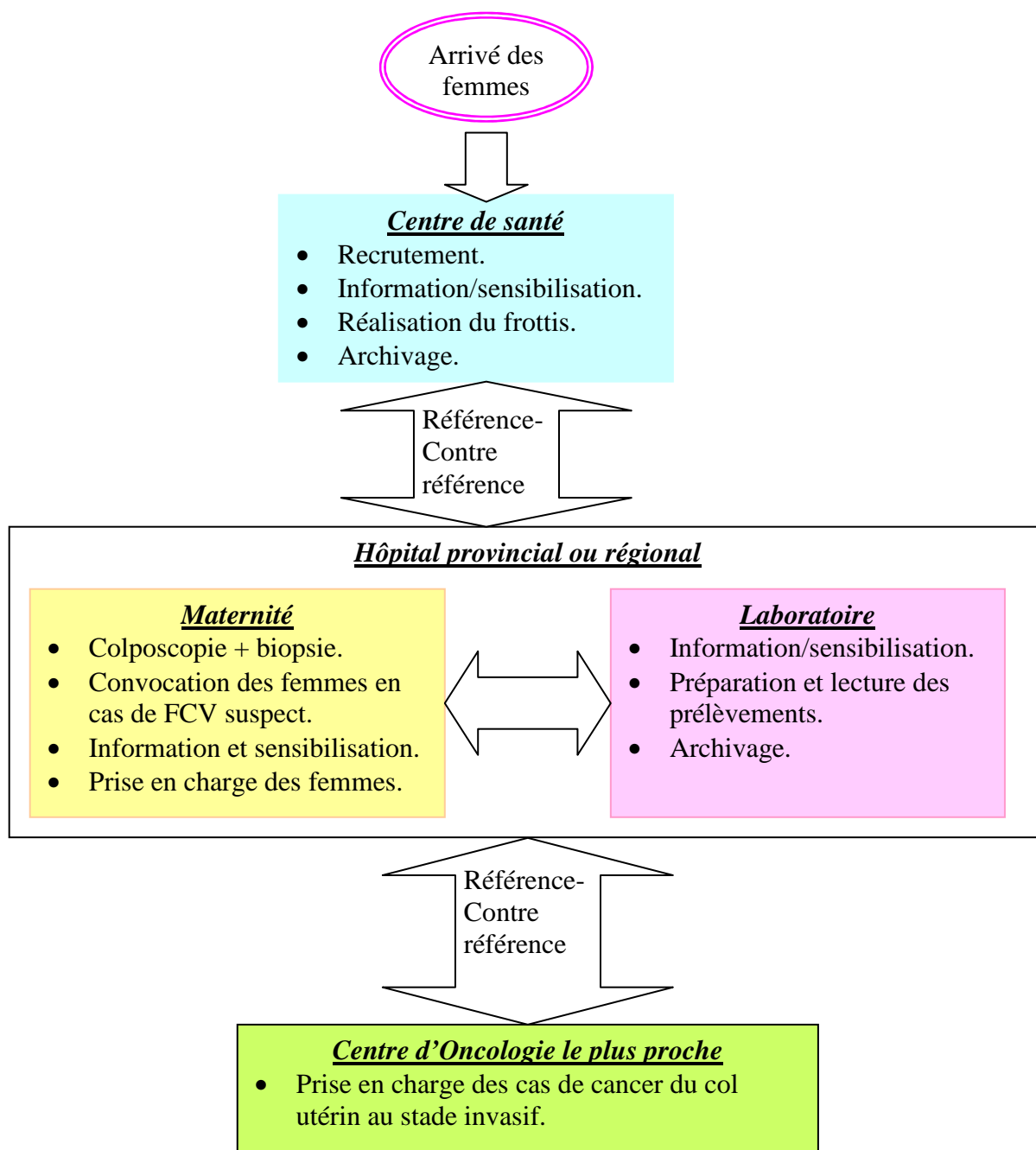


Figure 5 : Organigramme du dépistage du cancer du col basé sur la pratique du FCV.

3. Approche du dépistage primaire test combiné : frottis en milieu liquide + recherche HPV. (annexe 16).

La recherche d'HPV associée à une cytologie améliore les résultats du dépistage pour un coût raisonnable voir inférieur.

Quelque soit l'approche adoptée, un dépistage organisé ne peut se concevoir que dans le cadre d'un programme qui :

- Se base sur des *choix politico sanitaires* fondés sur l'utilisation des ressources disponibles.
- S'articule *et s'intègre avec les autres programmes de santé*.
- *Tient compte des bénéfices et des risques*. Des études en terme du coût sont à réaliser à ce sujet.
- *Respecte les principes de l'éthique médicale* : autonomie de la patiente, justice et équité.

Par ailleurs, la notion du coût de dépistage dont les composantes sont résumées dans le tableau en annexe 17 doit être déterminé pour fournir des éléments objectifs aux décideurs afin de permettre l'allocation des ressources vers les actions permettant le meilleur rendement en terme d'effets dérivées par rapport aux sommes investies.

Ainsi, une approche de dépistage doit s'inscrire dans une démarche raisonnée d'homogénéisation et de rationalisation des *ressources disponibles* et doit tenir compte de la *politique de santé* avec un bon *rapport coût-efficacité* et *coût-efficience*.

CONCLUSION

De nombreuses femmes marocaines sont exposées au risque de développer un cancer du col de l'utérus. En fait, le nombre annuel des femmes atteintes par cette maladie évitable, quoique sous estimé, est en nette augmentation d'une année à l'autre, avec toutes les conséquences financières et sociales qui en découlent.

Dans ce contexte, nous avons pensé qu'il était judicieux de faire un état des lieux du dépistage de cette maladie afin d'apprécier les forces et les opportunités d'amélioration qui sous tendent sa mise en place.

Ainsi, nous avons mené une étude descriptive qui a mis en évidence un certains nombre de constats ayant trait à *la population féminine* cible : méconnaissance des tests de dépistage, inaccessibilité financière et socioculturelle. Et à *l'offre de soins* : faible implication des prestataires, insuffisance en matériel surtout au niveau du secteur public, des divergences quant aux connaissances scientifiques en matière de tests et les modalités de prise en charge des femmes dans les deux secteurs : public et privé.

Le dépistage du cancer du col paraît être individuel, limité aux femmes qui en connaissent l'existence et l'utilité et qui peuvent se permettre financièrement d'en bénéficier à titre privé.

Par conséquent, et afin d'organiser un programme de dépistage de masse, la sensibilisation des femmes paraît une première étape essentielle pour assurer une bonne couverture de la population cible, avec parallèlement la nécessité de dégager les ressources financières suffisantes, de développer les infrastructures sanitaires, de former le personnel nécessaire et d'élaborer des mécanismes de surveillance pour dépister, examiner, traiter et suivre les femmes appartenant au public cible.

Une couverture satisfaisante des femmes et une méthodologie acceptable en terme du coût et d'efficacité seront les garants de la réussite d'un tel programme.

Ceci ne peut être conçu que dans le cadre d'une *approche globale et intégrée* impliquant tous les intervenants.

Les efforts qui sont menés par l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer en collaboration avec Ministère de la santé et les instances internationales en vue de mettre en place un plan de lutte contre le cancer sont en train de donner leurs premiers fruits.

Ces efforts ne pourront que réussir grâce à la très grande volonté de SON ALTESSE ROYALE LA PRINCESSE LALLA SALMA présidente de l'Association, son engagement personnel, son implication et sa participation effective à la concrétisation des actions de lutte contre cette maladie, ainsi qu'à l'intégration de la dimension sociale dans la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. “La lutte contre le cancer du col de l’utérus : guide des pratiques essentielles ”, 2007, p.287.
2. Descamps,Phillipe. Jean-Jacques,Baldauf et Pascal,Bonnier.“Dépistage des cancers gynécologiques et mammaires”, édition Masson, 2004, p.160.
3. Ministère de la santé, “Situation sur les cancers au Maroc”, 2007, p.4.
4. Norstrom,A. et T.Radberg. “Problèmes de dépistage des cancers du col utérin”, Encycl.Méd.Chir, Gynecologie, 605-A-20, 2002, p.6.
5. Castellsagué,X. et autres.“HPV and cervical Cancer in the World 2007 report”. Vaccine, vol. 25, supplement 3, 2007, p.C1-C230.
6. OMS et UICC (global cancer control), “Action mondiale contre le cancer,” version révisée 2005, p.24.
<http://www.who.int/cancer/media/Action%20Mondiale%20Contre%20le%20CancerCover.pdf>.
7. OMS et Institut Catalan d’Oncologie. “Human papillomavirus and cervical cancer in Morocco”, 2007, p.28.
www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/MAR.pdf
8. Spano, Jean-Phillipe. Anne-Genevieve,Marcelin et Guislaine Carcelin. “Cancer et papillomavirus”, Bull.Cancer, vol.92, n°1, 2005, p.59-64.
9. Munoz,N et autres. “Multicentric Cervical Study Group. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer”, Lancet, vol. 359, 2002, p.1093-1101.
10. De Sanjosée, Silvia.,“Cours d’épidémiologie des cancers : HPV et le cancer du col utérin ”,INAS, 2008.
11. Chaouki,N. F,X,Bosch. N,Meijer. B,K,ElGueddari. E,Elghazi. J,Deacon. X,Castellsague. J,Walboomers. “The viral origin of cervical cancer in Rabat, Morocco”, Int.J.Cancer, vol.75, 1998, p.546-554.
12. Duport, Nicolas,“Données épidémiologiques sur le cancer du col de l’utérus : Etat des connaissances”, INVS, 2007.
www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_col_uterus_connaissances/index.html

13. Blanc, Bernard, "Dépistage du cancer du col de l'utérus", Springer, 2005, p.179.
14. Leopold.G, Koss.MD et autres, "Le frottis de Papanicolaou pour le dépistage du cancer cervical : une victoire et une tragédie", JAMA, supplément. Gynécologie vol.14, n°184, 1989, p.15-27.
15. Moutaoudia.I et autres, "Conduite à tenir devant des lésions de bas grade du col utérin", Espérance médicale, tome 9, n°89, 2002, p.635-637.
16. Mergui, J.L, B.Carbonne, E.Darai et J.Lansac, "Mises à jour en colposcopie et pathologie du col", Diffusion Vigot, 2006, p.3-69.
17. Bergeron, Christine. et autres. "Cytopathologie gynécologique en milieu liquide", Elsevier SAS, 2003, p.136
18. San Martin, Herman, et autres, "Santé publique et médecine préventive", 2ième édition Masson, 1987, p.320.
19. ANAES, "Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? ", 2004, p.68.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/>.
20. Cabarrot, Etienne et autres. "Cancérologie générale", Edition Masson, 2002, p.288.
21. Boulanger, J.C et C, Bergeron, "Actualités en pathologie cervicale : l'Europe de la colposcopie", Gynécologie Obstétrique et fertilité, vol.33, 2005, p.50-54.
22. Lucien, Piana. Francois-Xavier-Leandri et autres. "le dépistage organisé du cancer du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée", Bulletin Cancer 2007, vol.5, n°94, p.461-467.
23. Sankaranarayan, Rengaswamy et autres. "Programmes efficaces de dépistage du cancer du col dans les pays en voie de développement à revenu faible ou moyen". Bulletin of World Health Organisation, 2001, 79 (10), p. 954-962.
http://libdoc.who.int/recueil_articles/2002/RA_2002_6_43-51_fre.pdf.

24. Parashari, Aditya et autres. "Low-cost technology for screening uterine cervical cancer", Bulletin of the world Health Organisation, 78, (8), 2000, p.949-1066.
25. OMS, "La lutte contre le cancer", 2000, p.314-339.
<http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/wcrf/wcrf-7.pdf>
26. Diane,M,Harper et autres. "Efficacy of bivalent L1 virus like particule vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women : a randomised controlled trial", Lancet 2004, vol. 364, 2004, p.1757-1765.
27. Boulanger, C. "vaccin anti HPV : le rêve devenu réalité", Gynecol. Obstet. Fertilité, vol. 35, issue 2, 2007, p.87-88.
28. Lansac, J et autres. "Faut il vacciner nos filles contre le cancer du col ? ", Journal of de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007, n°36, p.92-94.
29. Peto, J et autres. "Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study : the Manchester Cohort", British Journal of cancer n°91, 2004, p.942-953.
30. Association LALLA SALMA de lutte contre le Cancer, "Connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer" Argos Marketing, 2006.
31. Hsairi Mohamed et autres. "Recours au dépistage du cancer du col utérin chez les femmes résident dans deux régions du Nord de la Tunisie", Tunisie médicale, vol.81, n°9, 2003, p.721-730.
32. Ezem,BU. "Awareness and uptake of cervical cancer screening in Owerri, South-Eastern Nigeria", Annals of Medecine, vol. 6, n°3, 2007, p.94-98.
<http://www.popline.org/docs/1779/323322.html>
33. Anttila, A. et autres. "Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries", British.Journal.Of.Cancer, n°91, 2004, p.935-941.
34. Kyrgion, M et autres, 'Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis', Lancet, n°367, 2006, p.489-498.

35. Bergeron, C. "Cytologie cervicale et prise en charge du frottis anormal", Encycl.Méd.Chir, Gynécologie, n°170, 44-A-10, 2008, p.6
36. Amarin,Z,O. L,F,Badria et B,R,Obeidat. "Attitudes and beliefs about cervical smear testing in ever-married Jordanian women", Eastern Mediterranean Health Journal, 2008, vol.14, n°2, p.389-397.
<http://www.popline.org/docs/1791/326131.html>.
37. Watkins, M.M. et autres. "Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico, Int J Gynecol Cancer 2002, n°12, p.475-479.
38. C.Chan.Chee et autres. "Les facteurs associés au dépistage des cancers du col dans une population mutualiste", Revue Epidemiologique, Santé publique, 2005, n°53, p.69-75.
39. Wallace,Danelle et autres, "Pap Smear Screening Among Women \geq 40 years Residing at the United States-Mexico Border", Health Care for Women International, Volume 28, Issue 9, 2007, p.799-816.
<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a782584342~db=all~jumptype=rs>
40. Lansac, J et P,Lecomte. "Gynécologie pour le praticien", 4^{ième} édition, Masson, 1994, p.554.
41. Observatoire Régional de l'Epidémiologie (ORE) à la préfecture de Fès, "Evaluation du projet de dépistage du cancer du sein et celui du col utérin à la Willaya de Fès", 2004.
42. Baldauf, J. "Quelques réflexions à propos des recommandations de la vaccination prophylactique anti-HPV et du dépistage du cancer du col", Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction, Elsevier Masson SAS, n°36, 2005, p.623-624.
43. ANAM. "Les outils à l'usage du praticien", 2006. p.351.
44. Meijer, C et T, Co. "EM4 - Role of HPV Testing in Cervical Cancer Screening", EUROGIN 2000.. <http://www.eurogin.com/meeting/em4.htm>.

ANNEXE 1. : LES LÉSIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS :
DIFFERENTES TERMINOLOGIES EMPLOYEES POUR LE COMPTE RENDU
DES RESULTATS DE LA CYTOLOGIE ET DE L'HISTOLOGIE ⁽¹⁾.

Classification cytologique (employée pour le dépistage)		Classification histologique (employée pour le diagnostic)	
Pap (frottis)	Système Bethesda	CIN	Classification descriptive OMS
Classe I	Normal	Normal	Normal
Classe II	ASC-US ASC-H	Atypie	Atypie
Classe III	LIEBG	CIN 1, y compris condylome plan	Koilocytose Dysplasie légère
Classe III	LIEHG	CIN 2	Dysplasie modérée
Classe III	LIEHG	CIN 3	Dysplasie sévère
Classe IV	LIEHG	CIN 3	Carcinome in situ
Classe V	Cancer invasif	Cancer invasif	Cancer invasif

CIN : Néoplasie cervicale intra épithéliale.

LIEHG : Lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade.

LIEBG : Lésion intra épithéliale épidermoïde de bas grade.

ASC-US : Cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée.

ASC-H : Cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une
LIEHG.

ANNEXE 2 : CLASSIFICATION BETHESDA 2001⁽¹⁾

QUALITE DE PRELEVEMENT :

- Satisfaisant (indiquer la présence ou l'absence d'éléments de la zone de remaniement endocervicale).
- Non satisfaisant (préciser la raison).
- Rejeté / non traité (préciser la raison).
- Traité et interprété, mais insuffisant pour une évaluation des anomalies épithéliales à cause de... (Préciser la raison)

CLASSIFICATION GENERALE (FACULTATIF).

- Absence de lésion intra épithéliale ou de malignité.
- Anomalie des cellules épithéliales.
- Autres.

INTERPRETATION ET RESULTAT :

Absence de lésion intra épithéliale ou de malignité.

- Trichomonas vaginalis.
- Eléments mycéliens de type Candida.
- Anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne.
- Bactéries de type Actinomyces.
- Modifications cellulaires évoquant un herpes simplex.

Autres modifications non-néoplasiques (compte-rendu facultatif, liste non exhaustive) :

- Modifications cellulaires réactionnelles :
 - Inflammation (processus de réparation).
 - Irradiation.
 - Présence d'un dispositif intra-utérin.
- Présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie.
- Atrophie.

Anomalies des cellules épithéliales.

Cellules épidermoïdes (malpighiennes)

- Atypie des cellules épidermoïdes (ASC) :
 - De signification indéterminée (ASC-US).
 - Ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade (ASC-H)
- Lésion intra épithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG).
- Lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG).
- Carcinome cellulaire épidermoïde.

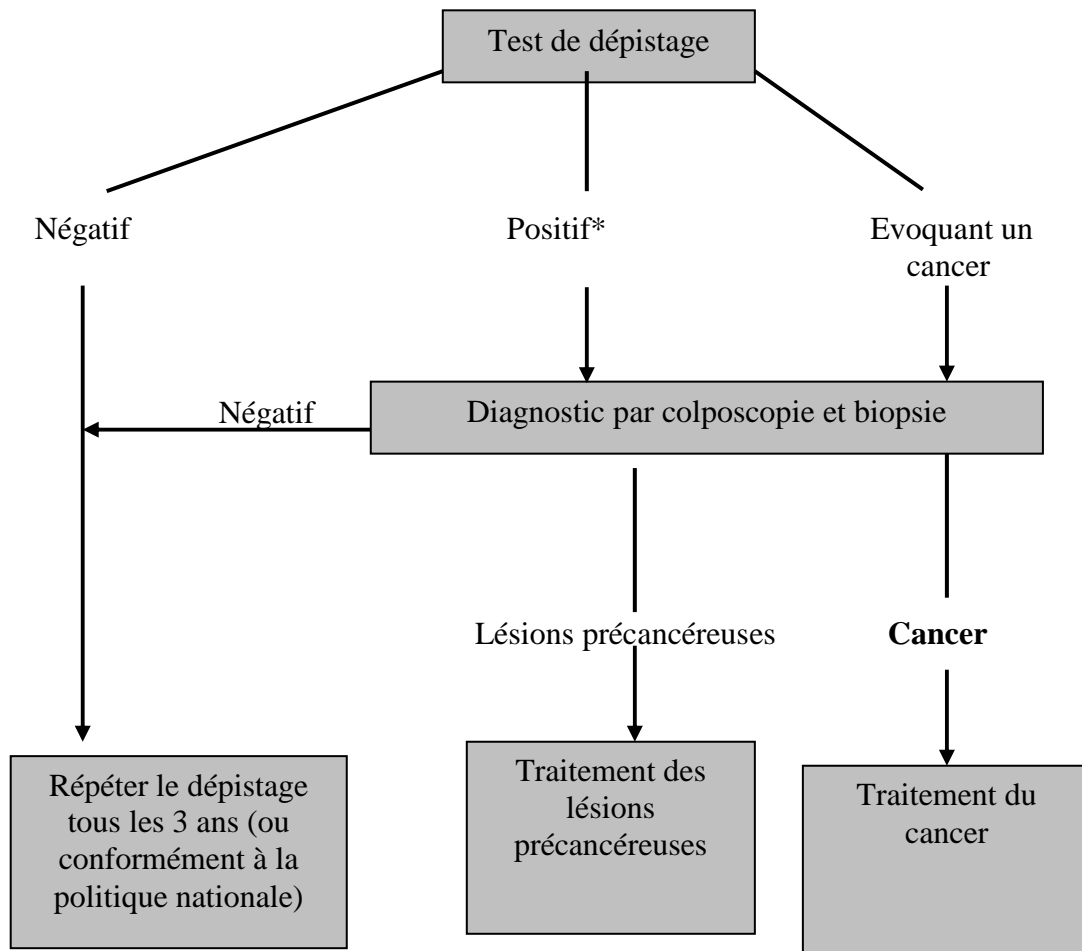
Cellules glandulaires

- Atypie des cellules glandulaires (AGC) (préciser endocervicales, endométriales ou sans autre indication).
- Atypie des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie (préciser endocervicales ou sans autre indication).
- Adénocarcinome endocervicale in situ (AIS).
- Adénocarcinome.

Autres (liste non exhaustive).

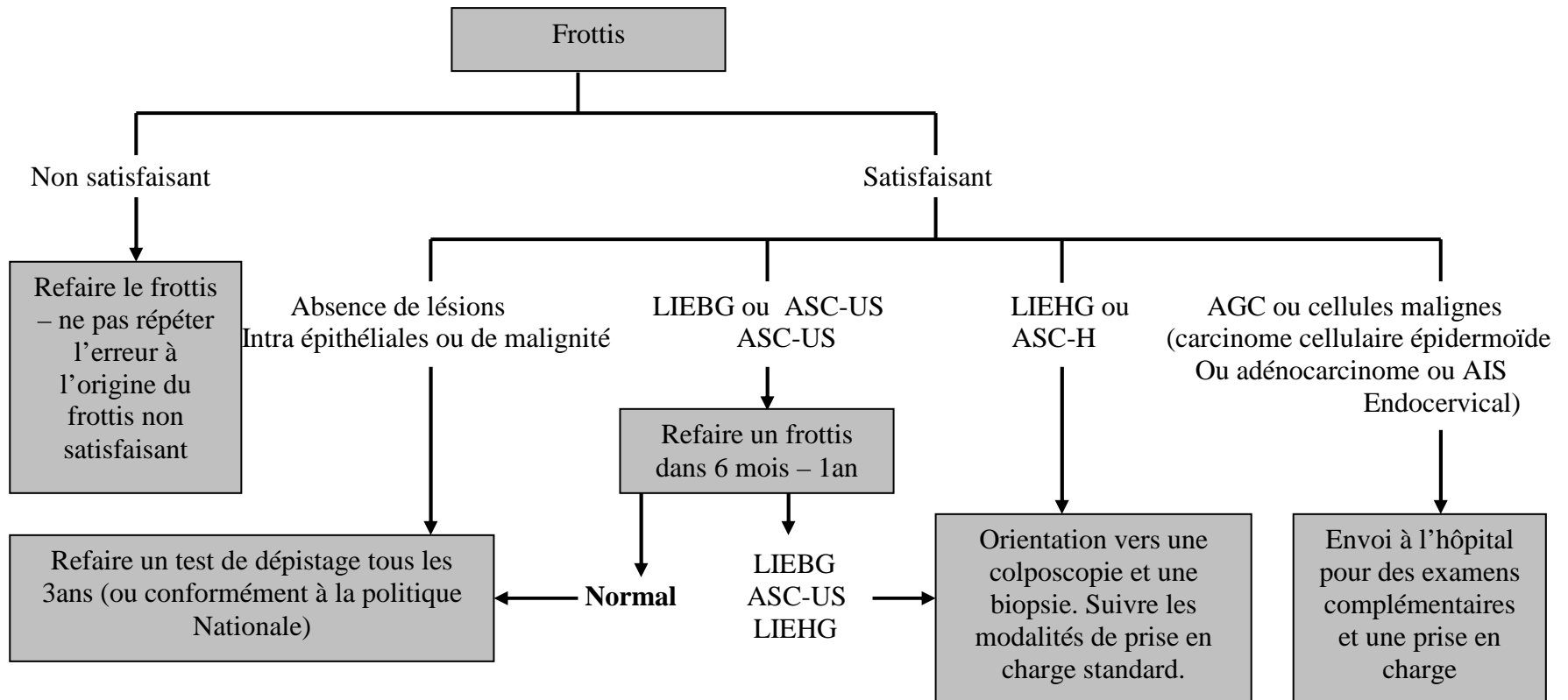
- Cellules endométriales chez les femmes de plus de 40 ans.

ANNEXE 3 :_ORGANIGRAMMES DU SUIVI ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EN FONCTION DES RESULTATS DU DEPISTAGE. (APPROCHE STANDARD) ⁽¹⁾



* : Quant le frottis indique la présence d'ASC-US ou de LIEBG, seules les lésions persistantes (détectées sur deux frottis consécutifs, espacés de 6 mois à 1 an) nécessitent un examen plus approfondi.

ANNEXE 4 : APPROCHE STANDARD BASEE SUR LE FROTTIS DE DEPISTAGE. ⁽¹⁾



LIEBG = Lésion intra épithéliale épidermoïde de bas grade.

LIEHG = Lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade.

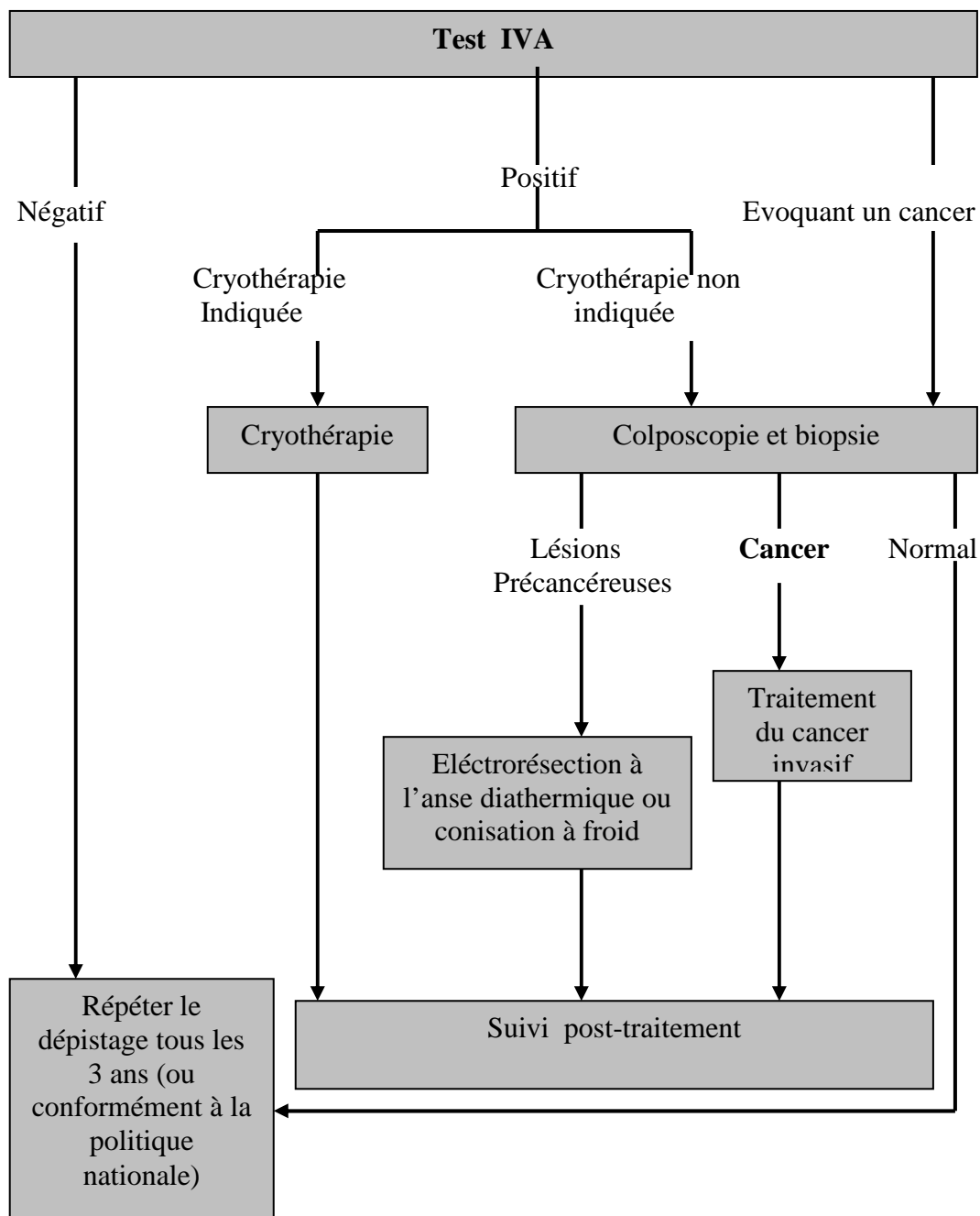
ASC-US = cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée.

ASC-H = cellules épidermoïdes atypiques – ne peut exclure une LIEHG.

AGC = Cellules glandulaires atypiques.

AIS = Adénocarcinome in situ.

ANNEXE 5 : APPROCHE «DEPISTER ET TRAITER» BASEE SUR
LE DEPISTAGE PAR INSPECTION VISUELLE A L'ACIDE ACETIQUE ⁽¹⁾.



La cryothérapie n'est pas indiquée quant la lésion couvre plus de 75% de la surface du col, s'étend sur les parois vaginales, dépasse les bords de la sonde cryogénique de plus de 2 mm, ou se trouve dans le canal endocervical, hors de portée de l'embout de la sonde. La cryothérapie est également contre indiquée chez les femmes enceintes.

ANNEXE 6 : CRITERES DE L'OMS POUR LE DEPISTAGE ⁽²⁾

1. La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
2. Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
3. Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
4. La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
6. L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
7. L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
8. Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
9. Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
10. La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée «une fois pour toutes».

**ANNEXE 7 : DIFFERENCE ENTRE TEST DE DEPISTAGE ET TEST
DIAGNOSTIC** ⁽²⁾

Test de dépistage	Test diagnostique
<ul style="list-style-type: none">✓ Il est une étape avant le diagnostic de certitude.✓ Il est appliqué aux personnes apparemment indemnes de la maladie recherchée.✓ Il est pratiqué sur des groupes d'individus à haut risque.✓ Il ne constitue pas une aide à la décision thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none">✓ Il doit donner une certitude diagnostique (examens spécifiques).✓ Il est appliqué aux personnes présentant des troubles définis.✓ Il est essentiellement individuel.✓ Il est éventuellement utilisé en seconde ligne après un test de dépistage.✓ Il débouche sur une décision thérapeutique.

ANNEXE 8 : PRINCIPES, AVANTAGES ET LIMITES DE FROTTIS

CERVICO-VAGINAL CONVENTIONNEL ET DE FROTTIS EN MILIEU LIQUIDE ⁽¹⁾.

Tests	<i>Cytologie conventionnelle (frottis)</i>	<i>Cytologie en milieu liquide</i>
<i>Procédure</i>	Echantillon de cellules du col prélevé par le prestataire de soins et examiné au laboratoire par des cytotechniciens qualifiés.	Echantillon de cellules du col prélevé à l'aide d'une petite brosse et immergé dans un liquide spécial, avant d'être envoyé au laboratoire pour y être traité et examiné.
<i>Points forts</i>	<ul style="list-style-type: none">- Utilisée depuis longtemps.- Largement acceptée.- Archivage du test.- Fortes spécificité.	<ul style="list-style-type: none">- Moins d'échantillons incorrects ou peu satisfaisants, nécessitant le rappel des patientes pour répéter le dépistage.- Quand les cytotechniciens sont compétents, l'examen des échantillons de LBC prend moins de temps.- Le même échantillon peut servir à des analyses moléculaires (comme la recherche d'ADN du VPH)
<i>Limites</i>	<ul style="list-style-type: none">- Résultats non disponibles immédiatement- Nécessité de système permettant d'assurer la communication à temps des résultats du test et le suivi des femmes.- Nécessité d'un système de transport permettant d'acheminer l'échantillon vers le laboratoire et les résultats vers la structure de soins.- Nécessité d'un système d'assurance qualité des services de laboratoire.- Sensibilité moyenne.	<ul style="list-style-type: none">- Résultats non disponibles immédiatement<ul style="list-style-type: none">• Fournitures et équipement de laboratoire plus onéreux que pour la cytologie conventionnelle• A ce jour, il n'y a encore eu aucun essai comparatif contrôlé de la sensibilité et de la spécificité de la LBC par rapport à la cytologie conventionnelle
<i>Etats des lieux</i>	Disponible dans de nombreux pays depuis les années 1950. Dans les pays développés, les programmes s'appuyant sur La cytologie ont permis de réduire la mortalité associée au cancer du col.	Méthode de dépistage choisie par certains pays développés (comme le Royaume-Uni).

**ANNEXE 9 : PRINCIPES, AVANTAGES ET LIMITES DE RECHERCHE
D'ADN DE L'HPV ET DES METHODES VISUELLES ⁽¹⁾.**

<i>Tests</i>	<i>Test de recherche d'ADN de l'HPV</i>	<i>Méthodes visuelles (IVA et IVL)</i>
<i>Procédure</i>	L'échantillon destiné à l'analyse moléculaire du VPH est prélevé à l'aide d'un écouvillon par le prestataire de soins ou la femme elle-même, et envoyé au laboratoire.	Un prestataire de soins qualifié examine le col après l'avoir badigeonné de vinaigre (pour l'IVA) ou de Lugol (pour l'IVL).
<i>Points forts</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité de prélèvement. - Traitement automatisé des échantillons. - Possibilité de coupler le test au frottis pour améliorer la sensibilité, mais cela augmente le coût du dépistage. - Un test négatif indique l'absence de VPH et de morbidité associée. - Archivage du test. - Forte spécificité chez les femmes de plus de 35 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthodes relativement simples et bon marché. - Résultats immédiatement disponibles. - Réalisables par un large éventail de personnel soignant, après une rapide formation. - Infrastructure de base suffisante. - Possibilité de combiner le dépistage avec un traitement dans le cadre d'une approche à visite unique.
<i>Limites</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats non disponibles immédiatement. - Coût à l'unité élevé. - Nécessité d'un équipement de laboratoire sophistiqué et d'un système de transport des échantillons. - Faible spécificité chez les jeunes femmes, entraînant des traitements inutiles. - Conservation des réactifs parfois problématique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fort variabilité des prestataires de soins. - Faible spécificité entraînant un taux élevé d'orientation recours des patientes et des traitements inutiles. - Le test ne peut pas être archivé. - Ne convient pas chez les femmes ménopausées. - Manque de standardisation. - Nécessité de cours de recyclage réguliers.
<i>Etats des lieux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponible dans le commerce et utilisé dans certains pays développés, en complément à la cytologie. - Elaboration en cours de tests meilleur marché. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de preuves de leur performance. - Recommandées pour le moment uniquement dans le cadre de projets pilotes. - Vastes essais contrôlés randomisés, actuellement en cours, pour déterminer l'impact de ces méthodes sur l'incidence du cancer du col et la mortalité associée.

ANNEXE 10 : LES AUTRES METHODES NON CYTOLOGIQUES ⁽¹⁾.

<i>Méthodes</i>	<i>procédure</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
Cervicographie	Photographie du col après application d'acide acétique.	* Détection des lésions cervicales mineurs.	* Faible sensibilité pour les lésions de haut grade. * Taux d'examen défectueux de 4% à 28%. * Reconvocation des patientes.
Spéculoscopie	Repose sur le principe d'une réflexion de la lumière fluorescente proportionnelle à l'intensité de la kératinisation des cellules épithéliales du col utérin.	* l'association au FCV augmente la sensibilité de 31% à 83%.	* l'association au FCV diminue la spécificité de 99% à 87%, et la valeur prédictive positive de 90% à 47%. * Augmentation du taux de reconvocation des patientes de 2,6% à 14%.
Polaprobe	Technique opto-électrique qui repose sur l'utilisation combinée d'impulsions électriques de faible voltage et d'impulsions lumineuses de fréquence variables.	Innocuité. Facilité de mise en œuvre. Rapidité des résultats. Coût faible. Utile dans un dépistage de masse.	* Pertinence diagnostique non confirmée.

ANNEXE 11 : GRILLE D'ENTRETIEN

<i>les gestionnaires et les membres des associations</i>	<i>les praticiens et les anatomopathologistes</i>
<p>1. La place accordée au dépistage du cancer du col en général dans vos activités de planification.</p> <ul style="list-style-type: none">- Historique de la lutte contre le cancer du col au Maroc.- Les causes de l'absence de pérennité des anciens projets de dépistage du cancer du col. <p>2. les perspectives d'avenir :</p> <ul style="list-style-type: none">- comment vous envisager la mise en place de dépistage du cancer du col au Maroc.- Quelle approche à préconiser (opportuniste ou bien organisé).	<p>1. La place accordée au dépistage du cancer du col dans la pratique quotidienne des praticiens.</p> <p>2. Les tests de dépistage : les types, test préconiser et éventuelles contraintes.</p> <p>3. La conduite à tenir en cas de découverte de lésions précancéreuses.</p> <p>4. Votre vision sur les perspectives d'avenir de dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none">- comment vous envisager la mise en place de dépistage du cancer du col au Maroc.- Quelle approche à préconiser (opportuniste ou bien organisé).

ANNEXE 12 : QUESTIONNAIRE

1. Caractéristiques sociodémographiques et éducationnelles :

1.1. Age (en année):

25 – 34 : 35 – 44 : 45 – 54 : 55 – 64 : 65 - 74 :

1.2. Lieu de résidence : Urbain : Rural :

1.3. Situation professionnelle :

Fonctionnaire / Employée : Ouvrières : Sans emploi :

1.4. Situation matrimoniale :

Mariée : Célibataire : Divorcée : Veuve :

1.5. Education :

Non scolarisée : Niveau primaire :

Niveau secondaire (1^{er} / 2^{ième} cycle) : Niveau supérieur :

2. Niveau de connaissances:

2.1. Savez vous qu'une femme peut être atteinte par le cancer du col : (après explication du mot cancer)

Oui : Non :

2.2. Connaissez vous qu'il existe un test de dépistage du cancer du col : (après explication du mot dépistage)

Oui : Non :

2.3. Si oui, par quel moyen l'avez-vous connu :

Télévision/Radio : presse : Famille : Une association : Autre :
Une infirmière : Médecin du secteur public: Médecin du secteur privé :

2.4. Savez vous que lorsqu'il est diagnostiqué précocement, le cancer du col peut être guérit ;

Oui : Non :

3. Recours des femmes au dépistage du cancer du col:

3.1. avez-vous bénéficié d'un examen de dépistage:

- ✓ Jamais :
- ✓ Oui, il y a moins d'un an :
- ✓ Oui, il y a plus d'un an :

3.2. Si oui, l'examen de dépistage était il réalisé par :

Un médecin gynécologue : un médecin généraliste :
Un anatomopathologiste : une infirmière :

3.3. Si oui, l'examen de dépistage était il réalisé dans un :

Cabinet privé : Laboratoire d'anatomie pathologie :
Centre de santé : Hôpital public :

3.4. Si un examen de dépistage a eu lieu, étiez vous informé du résultat :

Oui : Non :

3.5. Si l'examen de dépistage est révélé positif, étiez vous orienté vers une structure spécialisée pour une prise en charge : Oui Non :

3.6. Si vous n'avez jamais pu bénéficié d'un test de dépistage, est ce que c'est par :

- Méconnaissance :
- La honte :
- Manque de moyen financier :
- Négligence :
- La peur d'être connu atteint par le cancer du col :

Merci pour votre collaboration

**ANNEXE 13 : DISTRIBUTION DES CARACTERISTIQUES
SOCIODEMOGRAPHIQUES ET EDUCATIONNELLES
DES FEMMES ENQUETEES PAR MILIEU.**

Les caractéristiques	Milieu urbain		Milieu rural		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<u>Tranches d'âges (années)</u>						
25-34	22	16,9	44	32,3	66	24,3
35-44	50	36,8	45	33,1	95	34,9
45-54	46	33,8	32	23,5	78	28,7
56-64	17	12,5	8	5,9	25	9,2
65-74	1	0,7	7	5,1	8	2,9
TOTAL	136	100	136	100	272	100
<u>Situation professionnelle</u>						
Fonctionnaire/Employée	20	14,7	5	3,7	25	9,2
Ouvrière	22	16,9	9	6,6	31	11,4
Sans emploi	94	69,1	122	89,7	216	79,4
TOTAL	136	100	136	100	272	100
<u>Situation matrimoniale</u>						
Mariées	114	83,8	121	89,0	235	86,4
Célibataires	2	1,5	0	0,0	2	0,7
Divorcées	14	10,3	7	5,1	21	7,7
Veuves	6	4,4	8	5,9	14	5,1
TOTAL	136	100	136	100	272	100
<u>Niveau d'instruction</u>						
Non scolarisée	62	45,6	87	64,0	149	54,8
Niveau primaire	41	30,1	32	23,5	73	26,8
Niveau secondaire	24	17,6	15	11,0	39	14,3
Niveau supérieur	9	6,6	2	1,5	11	4,0
TOTAL	136	100	136	100	272	100

ANNEXE 14: REPARTITION DE L'EFFECTIF DES PERSONNES
INTERVIEWES PAR SEXE, SECTEUR, ET LIEU DU
TRAVAIL.

Secteur	Direction / Service / Hôpital	Nombre de personnes		Total
		Hommes	Femmes	
Les associations	Association Lalla Salma de lutte contre le cancer.	1	1	2
	Association des amies de l'INO Sidi Mohamed Ben Abdelleh.	--	1	1
Sous total		1	2	3
Secteur public	DELM	1	0	1
	Direction de la population	1	0	1
	Préfecture de santé de Skhirat Temara	0	1	1
	Maternité des orangers	5	1	6
	Maternité Souissi	7	3	10
	Hôpital d'enfants (service d'anatomie pathologie)	0	1	1
	Hôpital d'instruction militaire Mohamed V	1	0	1
	Hôpital Sidi Lahcen	-	1	1
Sous total		15	7	22
Privé	Cabinet de gynéco obstétrique	5	8	13
	Laboratoire d'anatomie pathologie	1	2	3
Sous total		6	10	16
TOTAL		22	19	41

ANNEXE 15 : APPEL DE RABAT ⁽³⁰⁾.

APPEL DE RABAT POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU CANCER DU COL UTERIN

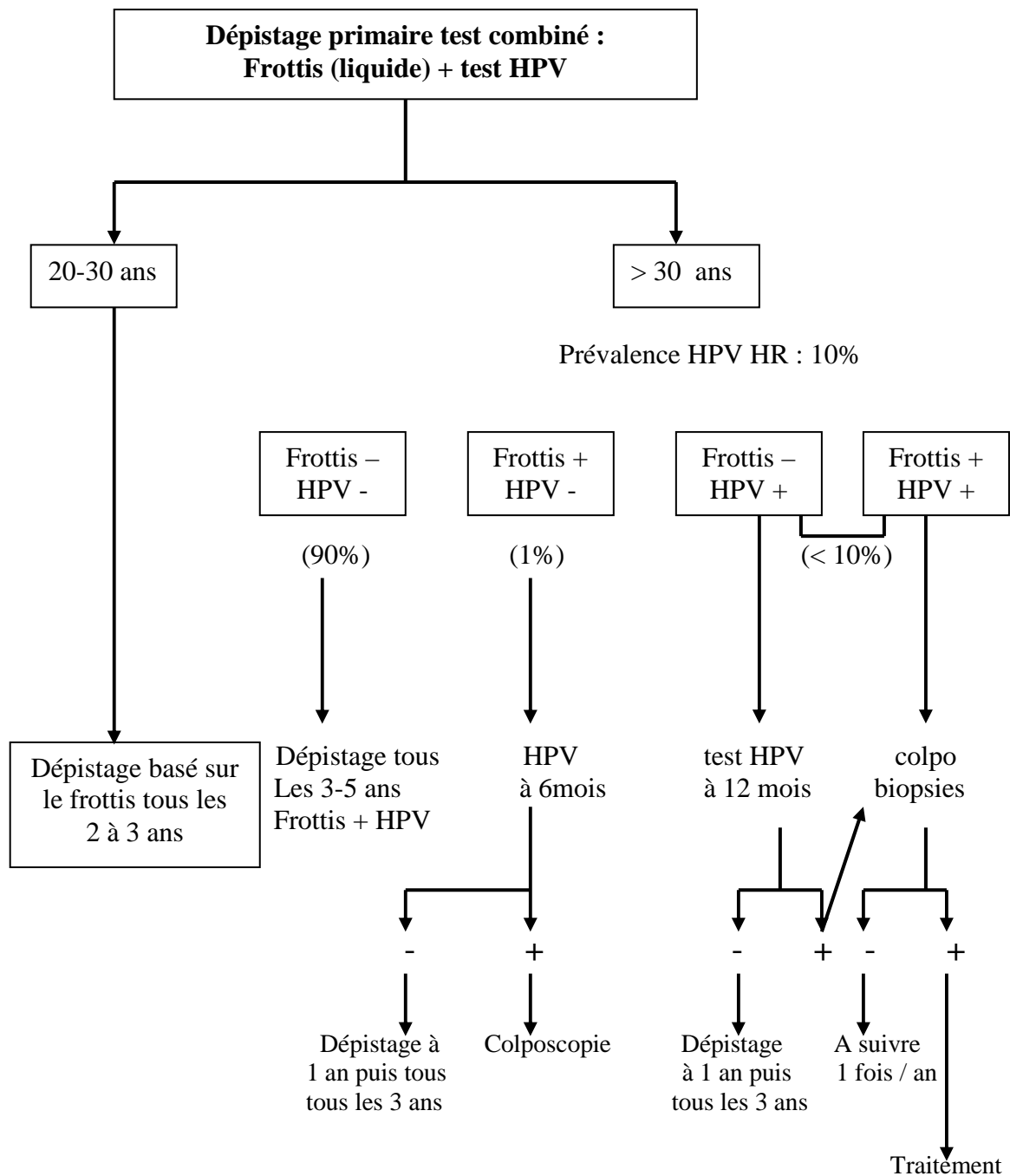
Les participants au Symposium International sur la Prévention du cancer du col utérin, organisé par l'Association LALLA SALMA de lutte contre le Cancer le 15-16 septembre 2006 à Rabat (Maroc), et dans l'esprit de la Charte de Paris contre le cancer de l'an 2000, de la déclaration de l'UICC de juillet 2006 à Washington D.C., et de la Résolution adoptée par l'Assemblée Générale de l'OMS en 2005, constatent que :

- Le cancer du col de l'utérus constitue le deuxième cancer de la femme dans le monde et le premier cancer de la femme dans les pays en développement. Chaque année, 500 000 nouveaux cas sont enregistrés dans le monde et 250 000 décès. 83% de ces cancers sont diagnostiqués dans les pays en développement et souvent à des stades tardifs.
- 99% des cancers du col de l'utérus sont liés à l'infection génitale par le HPV, notamment les génotypes à haut risque. Cependant l'identification précise des génotypes n'est pas encore déterminée dans la majorité des pays en développement.
- L'absence de plan national de prévention du cancer du col de l'utérus dans la majorité des pays en développement.
- L'insuffisance de la mobilisation sociale au niveau national et international pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- L'introduction dans les programmes de prévention de la vaccination anti-HPV, qui est une avancée médicale, soulève encore un certain nombre de questions relatives notamment à la durée de la protection, des intervalles de rappel, au coût et à l'adhésion des familles.

Les participants à ce Symposium appellent à :

- Inscrire la lutte contre le cancer en général, et plus particulièrement le cancer du col de l'utérus dans les priorités de la politique nationale sanitaire des pays en développement.
- Inciter les pays de la région à mettre en place des stratégies et des programmes de prévention et de prise en charge des cancers du col de l'utérus fondés sur une approche globale et structurée de détection précoce et de traitements appropriés.
- Engager des efforts afin d'assurer une adhésion adéquate des professionnels de la santé et des populations concernées à des stratégies nationales validées.
- Considérer que la vaccination représente un espoir d'avoir à long terme un impact important sur la diminution de l'incidence et de la mortalité des cancers du col utérin. L'introduction de la vaccination anti-HPV pourra être envisagée dans le cadre de plans nationaux de lutte contre le cancer.
- Mobiliser la société civile et tous les partenaires institutionnels pour la réussite des objectifs et des programmes de lutte contre le cancer dans les pays en développement.
- Poursuivre et développer la collaboration et le soutien des institutions et fondations internationales dans le cadre de partenariat pour la mise en œuvre de ces recommandations.
- Créer un groupe de travail régional veillant à l'application de ces recommandations.

ANNEXE 16: DEPISTAGE PRIMAIRE TEST COMBINÉ :
FROTTIS (LIQUIDE) + TEST HPV.



Source : Monsonego, Joseph, "Prévention du cancer du col utérin : apport du dépistage, récents progress et perspectives", presse médicale tome 36, n°1, 2007 p.105.

ANNEXE 17 : LES COMPOSANTES DU COUT DE DEPISTAGE.

<i>Coûts directs</i>	
Coûts techniques	Formation du personnel médical et technique
	Temps personnel (radiologue/gynécologue, techniciens, etc.) pour réaliser les tests de dépistage et leur interprétation
	Consommables nécessaires à la réalisation des tests (clichés, frottis, lames, etc.)
	Frais d'assurance-qualité des appareils et des techniques
Coûts organisationnels	Frais d'installation du programme
	Mise en place des structures de coordination des programmes
	Convocation des participantes
	Gestion des données
	Administration du programme (personnel et bénévolat)
	Évaluation continue du programme
	Suivi épidémiologique des participantes (participation du registre ou recueil cytopathologique)
	Campagne de communication
<i>Coûts indirects</i>	
Suivi des cas positifs	Examens complémentaires et biopsies
	Traitement des cancers détectés (chirurgie, traitements hormonaux, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
	Soins de suivi, surveillance
	Traitement palliatif (le cas échéant)
Pertes de productivité	Arrêts de travail, temps perdu des activités habituelles des femmes dépistées et traitées pour un cancer
<i>Coûts intangibles</i>	
Coûts psychologiques, impact sur la qualité de vie	Anxiété, inquiétude à tort des femmes ayant un faux positif
	Effets délétères occasionnés par les faux négatifs
	Anxiété causée par l'avance au diagnostic

Source : Wait, Suzanne, "Le coût du dépistage du cancer du sein et des cancers gynécologiques en France", Bulletin du Cancer. Vol. 90, n° 11, 2003, p.997-1004.