

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Telephone: 5517 700 Fax: 5517844
www.africa-union.org

SA9425

**CONFÉRENCE DES MINISTRES DE LA SANTÉ
DE L'UNION AFRICAINE (CAMH6)**
Sixième session ordinaire,
22-26 avril 2013,
Addis-Abeba (ÉTHIOPIE)

CAMH/Exp/6(VI)ii

THÈME: « *Impact des maladies non-transmissibles (MNT) et des maladies tropicales négligées (MTN) sur le développement en Afrique* ».

**RAPPORT SUR LA LUTTE CONTRE LES MENACES
DU CANCER EN AFRIQUE**

Aperçu sur le cancer en Afrique

« Œuvrer de concert pour la prévention, le contrôle et le traitement du cancer en Afrique »

I- INTRODUCTION

1. Avec plus d'un milliard de personnes, l'Afrique est le deuxième continent le plus vaste et le plus peuplé du monde. En plus d'avoir une proportion significative de la population humaine, l'Afrique porte un fardeau disproportionné de maladies transmissibles et non-transmissibles. Tout en luttant contre l'impact économique, humaniste et clinique des maladies transmissibles, les maladies non-transmissibles comme le **cancer**, sont en train de causer des effets dévastateurs qu'il faut stopper avant qu'elles ne submergent le continent.

2. En avril 2007, la troisième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'UA, tenue à Johannesburg, Afrique du Sud, sous le thème : « renforcement des systèmes de santé pour l'égalité et le développement en Afrique », a mis au point la stratégie de la santé en Afrique (2007-2015) visant à renforcer les systèmes de santé. La stratégie de la santé de l'Afrique reconnaît que « les peuples d'Afrique font face à un énorme fardeau de problèmes de santé transmissibles et non-transmissibles ». En outre, il a été noté que le triple fardeau de maladies transmissibles et non-transmissibles, de blessures et de traumatismes, y compris leur impact social, a gravement affecté le développement en Afrique.

3. La stratégie de la santé en Afrique impute le lourd fardeau de la maladie aux facteurs suivants (entre autres):

- a) Faiblesse des systèmes de santé avec un manque de ressources ;
- b) Des interventions qui ne sont pas à la mesure de l'ampleur du problème ;
- c) Les gens sont dépossédés pour améliorer leur santé en raison de facteurs contributifs, telle que la pauvreté ;
- d) Il existe une grande inégalité d'accès aux soins ;
- e) Pauvreté généralisée, marginalisation et déplacement sur le continent ;
- f) Absence de collaboration intersectorielle ;
- g) On accorde peu d'importance aux facteurs environnementaux et à la dégradation (y compris le déficit de la production agricole, la faiblesse du taux d'alphabétisation, manque d'eau potable, d'assainissement adéquat, d'électrification et d'infrastructure) ;
- h) Guerres et troubles civils ;
- i) Le cercle vicieux de la pauvreté et de ses déterminants qui alourdissent le fardeau de la maladie, alors que la mauvaise santé contribue à la pauvreté, et
- j) Manque de professionnels de santé formés et motivés.

4. La plus importante conclusion de la stratégie de la santé en Afrique est que l'investissement dans la santé contribuera au développement économique.

II- Fardeau de la maladie

5. Le cancer devient de plus en plus une cause importante de morbidité et de mortalité, tant aux niveaux mondial qu'africain, avec 12,7 millions de nouveaux cas diagnostiqués en 2008. Ce chiffre est censé atteindre 21,4 millions en 2030¹. Le Centre

International de Recherche sur le Cancer (CIRC) Globocan Database a estimé, en 2008, que l'Afrique comptait 492.135.000 hommes et 494.955.000 femmes, avec une population totale de 987.091.000². le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2008, était de 715.600 (325.000 chez les hommes et 390.000 chez les femmes). En tout il y'avait 541.800 décès causés par le cancer (c.-à-d., 78% des personnes en Afrique ayant le cancer meurent de cette maladie). Le taux d'incidence standardisé pour le cancer selon l'âge était de 12,1/100.000 personnes (12,2 pour les hommes et les femmes). Les cinq cancers les plus fréquents chez les hommes étaient ceux de la prostate, du foie, le sarcome de Kaposi, le lymphome non-Hodgkinien (LNH) et des poumons. Chez les femmes, les cancers les plus communs sont ceux du sein, du col de l'utérus, du foie, colorectal et LNH (tableaux 1 et 2). Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, le taux fatal est très élevé.

6. En revanche, l'Amérique du Nord compte une population de 345.053,000 personnes et Le taux d'incidence standardisé selon l'âge (TINA) du cancer chez les hommes et les femmes est plus élevé qu'en Afrique avec 29,9/100.000. Les cinq cancers les plus répandus chez l'homme sont ceux de la prostate, des poumons, colorectal, de la vessie et le LNH. Chez les femmes, ce sont ceux du sein, des poumons, colorectal, du col de l'utérus et le LNH (tableaux 3 et 4). Il faut, cependant, noter que le taux des cas fatals est beaucoup plus bas en Amérique du Nord (40%) par rapport à l'Afrique où environ 80% des cas personnes atteintes de cancer meurent de cette maladie.

Le tableau 1 montre les taux de mortalité spécifiques dans différentes régions du monde par rapport aux décès causés par le cancer. Les données montrent que l'Afrique porte le fardeau le plus lourd de toutes les maladies, y compris les décès causés par le cancer.

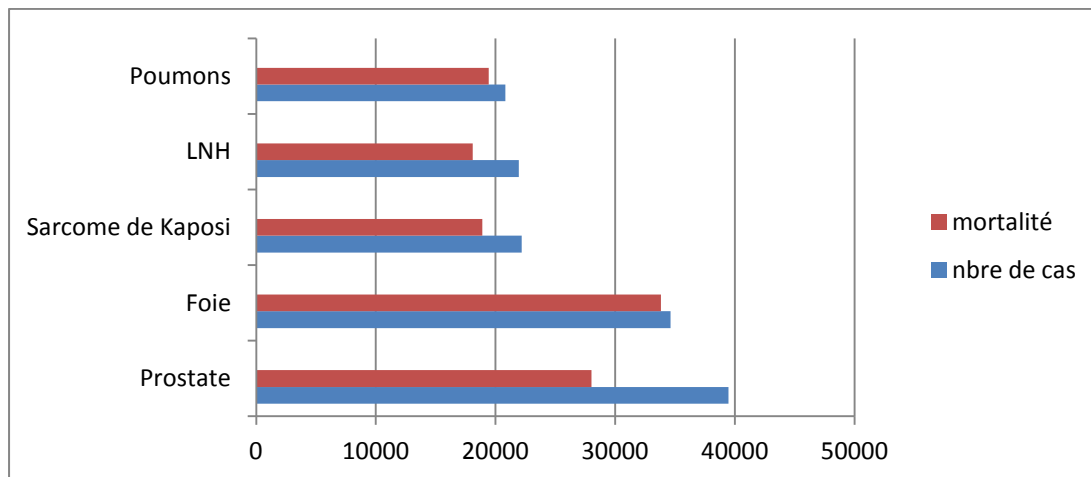


Figure 1 : Les cinq cancers les plus communs chez les hommes en Afrique Globocan 2008.

¹ Sankaranarayan R, Swaminathan R, Brenner H et al Cancer survival in Africa, Asia and Central America: a population-based study. Lancet Oncol 2010; 165 – 73

¹ <http://globocan.iarc.fr>

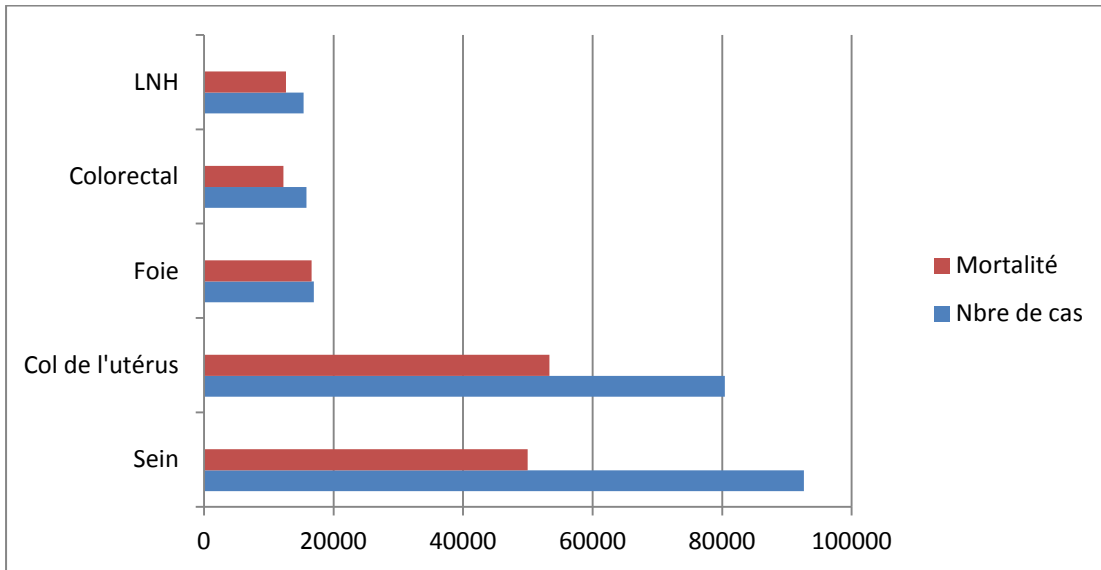


Figure 2 : Les cinq cancers les plus communs chez les femmes en Afrique Globocan 2008.

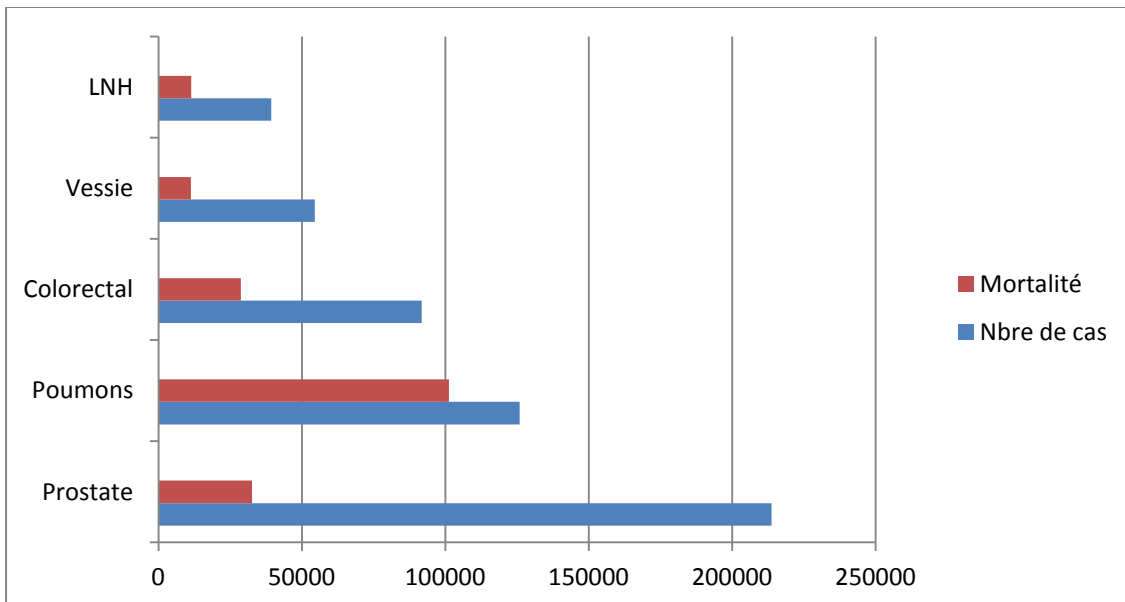


Figure 3 : Les cinq cancers les plus communs chez les hommes en Amérique du Nord, Globocan 2008.

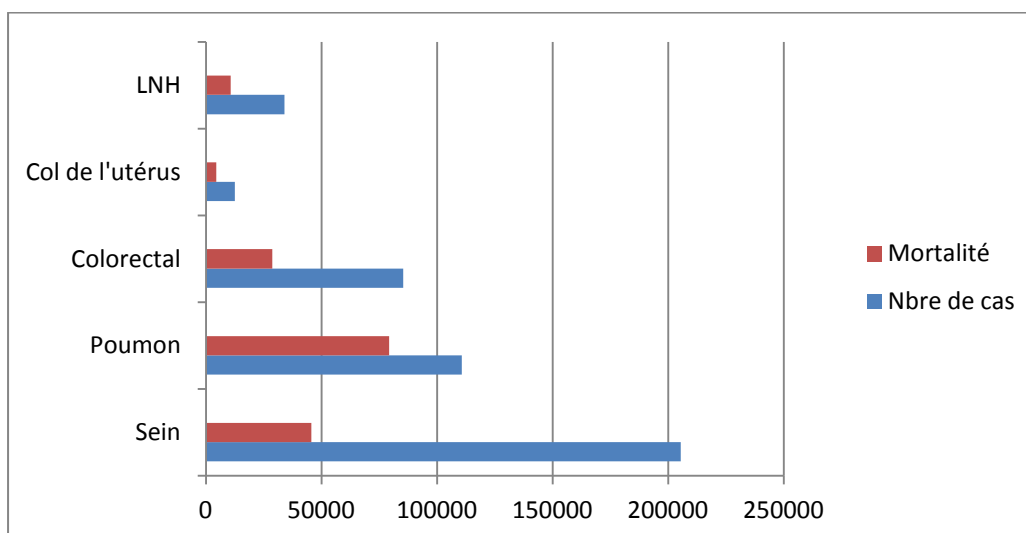


Figure 4 : Les cinq cancers les plus communs chez les femmes en Amérique du Nord, Globocan 2008.

	Maladies transmissibles/100000 population	MNT/100 000-population	Blessures/100 000 population	Malaria / 100 000	VIH/SIDA	mortalité maternelle /100 000 naissances vivantes	Décès par cancer/100 000
Afrique	798	779	107	94	160	480	147
Région des Amériques	72	455	63	0.1	10	63	136
Asie du S.E	334	676	101	2.9	13	200	125
Région européenne	51	532	63	0	9.6	20	166
Est médit.	254	706	91	2.5	6.5	250	127
Pacifique ouest	74	534	64	0.2	3.4	49	168
Monde	230	573	78	12	27	210	150

Tableau 1 : Cause – mortalité spécifique dans différentes régions du monde, Statistiques de la santé mondiale 2012, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

7. Il existe une grande disparité en matière d'incidence du cancer et de la mortalité par le cancer dans les pays développés et ceux en voie de développement, ce qui reflète les différences régionales dans la prévalence et la distribution des principaux facteurs de risque, la disponibilité du diagnostique et les interventions thérapeutiques, la qualité des services de soin et la disponibilité de personnel médical formé. A titre d'exemple, les cancers de la prostate, colorectal, du sein et des poumons sont 2 – 5 fois plus élevés dans les pays développés, tandis que les cancers attribués à des infections, estomac, foie, col de l'utérus sont plus communs dans les pays moins développés³. En outre, le cancer dans les pays plus pauvres est généralement diagnostiqué quand il arrive à un

³ Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. 2011; 61:169 – 90

stade avancé, de sorte que le traitement devient, le cas échéant, inefficace⁴. Estimés à plus de 300.000 décès causés par le cancer depuis les années 1990 en Afrique, Asie et Amérique Centrale, seuls deux pays africains ont des données adéquates, la Gambie et l'Ouganda. En Gambie, le taux de survie sur cinq ans pour les gens atteints de cancer était de 22% ; en Ouganda, il était de 13%, sauf pour le cancer du sein avec un taux de survie sur cinq ans de 46%.

III- Défis en Afrique

8. Pour plusieurs pays africains, les défis face au contrôle du cancer sont significatifs, mais pas impossibles à relever. Le processus commence par la reconnaissance de l'ampleur du problème. Ceci n'a pas été bien fait dans la plupart des pays africains en raison de la pauvre qualité des données (seulement environ 8% des décès en Afrique Sub-saharienne sont médicalement certifiés). En plus, et en raison du nombre très limité des services pathologiques dans plusieurs pays d'Afrique, le diagnostic n'est pas fait immédiatement avant le décès, ni les causes du décès ne sont soumises à l'obligation de notification et mises à jour centralement. Le manque de données sur le cancer, en comparaison avec les données relativement abondantes sur la mortalité maternelle, les maladies infectieuses et les maladies nutritionnelles, est important. Une fois le taux élevé des décès des mères noté, la question recevait l'attention politique et l'allocation de ressources, bien que la plupart des pays africains soient loin derrière l'objectif de réduction de la mortalité maternelle aux niveaux exigés par les OMD pour 2015.

9. Ce qui suit présente quelques-uns des défis :

- a) Absence de registres de cancer avec des notifications précises sur la cause du décès;
- b) Manque de services de diagnostic et d'autres pathologies;
- c) Manque de personnel formé⁵ qu'on estime que dans 31 pays de l'Afrique Sub-saharienne en 2015, le manque de professionnels de la santé (médecins, infirmières et sages-femmes) sera de 792.000 avec une masse salariale de plus de 2,2 milliards de \$ par an. Actuellement, le nombre de médecins en Afrique Sub-saharienne est estimé à 145.000, ce qui représente 5% des médecins pratiquants en Europe⁶.
- d) Manque d'accès au traitement (environ 22% des 54 pays africains n'ont accès à aucune forme de thérapie anti-cancer, ce qui inclut l'oncologie chirurgicale, la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- e) Là où les facilités de radiothérapie existent, elles sont désespérément trop peu nombreuses pour la population. A titre d'exemple, il y a une seule machine de radiothérapie en Ethiopie pour une population de 60 millions, une en République Démocratique du Congo pour une population de 73 millions, une au Malawi pour une population de 16 millions, une au Mozambique pour une population de 23 millions, et une au Sénégal pour une population de 13 millions. Il y a 10 facilités de radiothérapie au Nigeria pour une population de 162 millions, contre 3331 facilités aux Etats Unis pour une population de plus de 300 millions d'habitants et 86 facilités au Royaume Uni pour une population de 62 millions ;

⁴ Sankaranarayan R, Swaminathan R, Brenner H et al Cancer survival in Africa, Asia and Central America: a population-based study. *Lancet Oncol* 2010; 165 – 73.

⁵ Statistiques de l'OMS 2012, Genève

⁶ Ibid

- f) Manque d'accès aux services de santé et dépenses extravagantes encourues par les gens en Afrique. Par exemple, au Nigeria, les dépenses directes liées à la santé représentent 62% de toutes les dépenses, contre 10% au Royaume Uni. On estime que les dépenses directes liées à la santé font basculer plus de 100 millions de personnes dans l'extrême pauvreté au niveau mondial. (Statistiques de la Santé Mondiale 2012, Organisation Mondiale de la Santé, Genève).
- g) En outre, il y a la « fuite des cerveaux » du personnel des services de santé vers des milieux plus attrayants avec de salaires, des conditions de travail, des parcours professionnels et de soutien meilleurs. Dans selon une étude sur 168 écoles médicales en Afrique, dont 105 ont répondu, plus de la moitié ont signalé la perte de 6 à 18% de leur personnel enseignant en raison de l'émigration, au cours des cinq dernières années (Lancet 2011 ; 377 :113-21). En plus, dans la majorité des écoles de santé, l'enseignement et la formation en matière de soins du cancer sont très limités ; et
- h) Absence de soins palliatifs, ce qui mène à la mort inutilement cruelle d'un grand nombre de personnes.

IV- Types de cancer

A. Cancer de la prostate

10. Au niveau mondial, le cancer de la prostate est le deuxième cancer le plus répandu chez les hommes et la sixième cause la plus répandue de la mort chez les hommes. Avec un taux d'incidence ajusté selon l'âge de 17,5/100.000 et de taux de mortalité de 12,5/100.000, le cancer de la prostate vient en première position en matière d'incidence et de décès par le cancer parmi les hommes en Afrique.¹ Les incidences du cancer de la prostate chez les hommes à travers les régions africaines sont : 53,9/100.000 en Afrique australe, 22,2/100.000 en Afrique de l'Ouest, 16,4/100.000 en Afrique centrale, 14,5/100.000, en Afrique de l'Est, et 8,1/100.000 en Afrique du Nord. En revanche, la mortalité due au cancer de la prostate chez les hommes à travers les régions africaines sont : 19,3/100.000 en Afrique australe ; 18,3/100.000 en Afrique de l'Ouest, 13,4/100.000 en Afrique centrale ; 11,7/100.000 en Afrique de l'Est et 6,2/100.000 en Afrique du Nord.

11. Il est important de noter que les taux d'incidence rapportés pour les régions africaines pourraient être sous-estimés, en raison du faible dépistage du cancer de la prostate à cause de la faiblesse du dépistage du cancer de la prostate et le peu d'utilisation du test de dépistage de l'antigène prostatique dans les pays à faible revenu. Indépendamment, la lutte contre le cancer de la prostate en Afrique est d'une importance significative pour la santé des hommes, étant donné le fardeau de la maladie en Afrique.

➤ Facteurs de risque pour le cancer de la prostate

12. Selon l'American Cancer Society², les facteurs de risque confirmés pour le cancer de la prostate sont l'âge, l'ascendance africaine et les antécédents familiaux en matière de cancer de la prostate. Le facteur de risque de l'ascendance africaine fait du cancer de la prostate une maladie chronique qu'il faut traiter de toute urgence en Afrique. D'autres facteurs de risque qui sont impliqués dans le cancer de la prostate sont les régimes riches en viande transformée, les produits laitiers et l'obésité.

➤ Prévention et lignes directrices pour le dépistage

13. Les rôles des comportements pour la réduction du risque du cancer de la prostate (consommation de tabac/alcool/ médicaments, comportement alimentaire, consommation de suppléments, activité physique...) et détection précoce du cancer de la prostate en tant

que facteurs de protection/risque restent incertains. Les comportements pour la prévention tels que les apports nutritionnels sont au mieux évocateurs et non concluants. Un domaine qui a fait l'objet d'un grand intérêt de recherche est la chimioprévention qui a mené à la découverte de la finastéride et de la dutastéride. Les deux médicaments sont actuellement utilisés dans le traitement du grossissement bénin de la prostate, mais non approuvé pour la prévention du cancer de la prostate.

14. Les deux principaux outils utilisés couramment pour le diagnostic du cancer de la prostate sont le toucher rectal et le PSA. Bien qu'un nombre significatif d'études de recherche au sein de la population générale ait montré des taux de mortalité relativement améliorés, grâce à la détection précoce du cancer de la prostate, les bénéfices du dépistage du cancer de la prostate au sein de la population générale restent controversés. Dans une revue systématique et une méta-analyse d'essais randomisés contrôlés et axés sur le dépistage du cancer de la prostate, Djulbegovic et al a conclu que : (1) le dépistage du cancer de la prostate n'a pas d'impact significatif sur la mortalité en général ou les décès causés par le cancer ; et (2) le dépistage aide à diagnostiquer le cancer de la prostate à un âge précoce, mais au risque d'un traitement excessif et d'effets négatifs qu'on ne peut pas actuellement quantifier de façon précise. Cependant, toutes les études que Djulbegovic et al a examinées n'ont pas inclus un nombre significatif d'hommes d'origine africaine. Ainsi, il y a un manque de preuves sur l'impact du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes d'origine africaine. Il faut impérativement avoir des essais spécialisés de dépistage auprès des populations à risque, tels que les hommes africains, pour développer des recommandations ciblées de dépistage sensibles aux valeurs et aux préférences de l'homme africain.

15. L'American Cancer Society recommande que les hommes à haut risque de développement du cancer de la prostate, comme les hommes d'origine africaine, devraient commencer à discuter avec leurs médecins du dépistage à partir de l'âge de 45 ans. Pour sa part, la section d'urologie de la « National Medical Association des Etats Unis » soutient l'utilisation du PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate en tant que moyen de soutien de la promotion de la santé chez les hommes d'origine africaine. Conformément à la déclaration de l'Association Urologique Américaine « meilleure pratique sur le dépistage précoce du cancer de la prostate », la NMA recommande : (1) le test de dépistage initial de l'antigène prostatique PSA à 40 ans chez les hommes d'origine africaine ; (2) le toucher rectal (TR) et le PSA en tant que partie du dépistage ; (3) un processus informé de prise de décisions dans lequel les hommes sont informés des avantages et des inconvénients du dépistage ; et (4) une évaluation multifactorielle du risque sur la base de l'âge , l'ethnicité, les antécédents familiaux, les cinétiques et la densité du PSA.

➤ **Stratégies du cancer de la prostate**

16. Pour traiter efficacement le cancer de la prostate en Afrique, nous avons proposé des stratégies dans les domaines du développement des compétences, de la recherche, de la formation, de l'engagement de la communauté et de la politique.

i. Stratégies de développement des compétences.

- Améliorer la validité de l'inscription du cancer pour les maladies urologiques.
- Développer des bio-banques régionales collaboratives et une banque de données épidémiologiques pour soutenir la prévention du cancer de la prostate et contrôler la recherche.

- Développer des réseaux régionaux collaboratifs de recherche pour le traitement du cancer de la prostate en Afrique.
- Promouvoir l'implication des chefs des communautés, des défenseurs du cancer et des décideurs politiques dans la recherche sur le cancer de la prostate.

ii. Stratégies de la recherche

- Déterminer l'étiologie du cancer de la prostate en Afrique.
- Comprendre les contributions relatives de la génétique, du style de vie et les facteurs environnementaux au développement et la progression du cancer de la prostate en Afrique.

iii. Stratégies de formation

- Développer un cadre de scientifiques africains en matière de cancer de la prostate à travers une éducation globale, et des programmes de formation et de mentorat.
- Organiser des séminaires de formation continue au profit et en soutien aux fournisseurs des soins médicaux pour assurer des soins de santé de haute qualité et à coûts réduits dans tout le continuum des soins du cancer de la prostate, dont l'évaluation du risque, la prévention, le dépistage, le traitement, la survie et les soins de fin de vie.

iv. Stratégie d'engagement de la communauté

- Accroître l'éducation, la sensibilisation communautaire et soutenir les plaidoyers en Afrique pour favoriser la prévention et le contrôle du cancer de la prostate.

v. Stratégie d'engagement politique

- Eduquer les décideurs politiques africains sur les problèmes du cancer de la prostate une prévention du cancer de la prostate et des politiques de contrôle efficaces.
- Etablir des partenariats avec les décideurs politiques pour améliorer l'accès aux soins de santé de haute qualité et à coûts réduits des soins du cancer de la prostate.

B- Cancer du sein

17. Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquent en termes d'incidence et de mortalité chez la femme africaine. En 2008, l'incidence du cancer du sein était de 21,3/100.000 et la mortalité causée par le cancer du sein était de 16,4/100.000, en Afrique.

18. Comme pour plusieurs cancers, les taux d'incidence du cancer du sein pour l'Afrique pourraient être sous-estimés, en raison de la limitation du dépistage du cancer du sein dans les pays à faible revenu. Les opportunités pour le dépistage du cancer du sein, dont la mammographie, sont limitées dans la plupart des régions d'Afrique. Plusieurs cancers du sein sont diagnostiqués à un stade au-delà duquel des traitements efficaces ne peuvent être appliqués en raison de la présentation tardive. En Libye et au Nigeria, la moitié des patientes se présentaient au stade III et IV, alors qu'en Afrique de l'Est, plus de

70% des patientes, au stade III ou IV. Au Nigeria, 39% des patientes auraient des fungus cancéreux et 13% avaient des preuves cliniques de métastase.

➤ **Facteurs de risque pour le cancer du sein**

19. Plusieurs facteurs de risque ont été établis pour le cancer du sein, y compris, l'âge au début de la ménarche et de la ménopause, l'âge à la première grossesse à terme, la parité, l'allaitement et l'obésité. D'autres facteurs diététiques (consommation d'alcool) et de style de vie (Comportement sédentaire) ont été largement considérés comme des facteurs de risque. En général, les femmes courant le plus haut risque du cancer du sein sont celles qui mènent des vies à « l'occidentale ». Tant que les femmes africaines continuent d'adopter un style de vie, une reproduction, et des habitudes alimentaires semblables aux styles de vie « occidentaux », on prévoit que l'incidence du cancer du sein et la mortalité continueront d'augmenter. Si le dépistage et le traitement ne suivent pas le rythme, on prévoit que la mortalité due au cancer du sein, va également, accroître.

➤ **Prévention et lignes directrices sur le dépistage**

20. Les rôles des comportements pour la réduction des risques du cancer du sein (consommation de tabac ou d'alcool, consommation des graisses, et activité physique...) ont été largement étudiés en Europe et aux Etats Unis, mais, ces stratégies n'ont pas été évaluées en Afrique. Un domaine qui a fait l'objet d'un grand intérêt de recherche est la chimioprévention, qui a eu un grand succès dans la réduction du risque du cancer du sein. L'utilisation du tamoxifène, du raloxifène et d'autres modulateurs sélectifs des récepteurs de l'œstrogène sont utilisés tant pour la prévention primaire du cancer du sein que pour le traitement pour empêcher de secondes (controlatérales) tumeurs.

21. Les principaux outils de dépistage généralement utilisés pour la détection du cancer du sein sont l'auto-examen des seins, l'examen clinique des seins et la mammographie, avec de nouveaux matériels de dépistage (IRM du sein) de plus en plus utilisé chez les groupes à haut risque. Bien qu'un nombre significatif d'études de recherche au sein de la population générale ait montré des taux de mortalité relativement améliorés, grâce à la détection précoce du cancer du sein, les bénéfices du dépistage du cancer du sein au sein de la population générale restent controversés. L'utilisation de la mammographie chez les jeunes femmes (moins de 50 ans) n'était pas recommandée par la « US Preventive Services Task Force », puisque les femmes plus jeunes ayant une texture dense du sein ne profiteront pas du dépistage autant que les femmes âgées. L'auto-examen des seins n'a pas montré, dans toutes les études, la réduction de la mortalité liée au cancer du sein. Aucune étude globale sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein n'a été entreprise en Afrique. Il est impératif d'entreprendre des essais de dépistage dédiés auprès des populations à risque, telles que les femmes africaines, pour développer des recommandations de dépistage ciblées sensibles aux valeurs et préférences de la femme africaine.

➤ **Stratégies du cancer du sein**

22. Pour traiter efficacement le cancer du sein en Afrique, nous avons proposé des stratégies dans les domaines du développement des compétences, de la recherche, de la formation, de l'engagement de la communauté et de la politique.

i. Stratégies de développement des compétences

- Améliorer la validité d'inscription pour les maladies des seins.

- Développer des bio-banques régionales collaboratives et une banque de données épidémiologiques pour soutenir la prévention du cancer du sein et contrôler la recherche.
- Développer des réseaux régionaux collaboratifs de recherche pour le traitement du cancer du sein en Afrique.
- Promouvoir l'implication des chefs des communautés, des défenseurs du cancer et des décideurs politiques dans la recherche sur le cancer du sein.

ii. Stratégies de la recherche

- Déterminer l'étiologie du cancer du sein en Afrique.
- Comprendre les contributions relatives de la génétique, du style de vie et les facteurs environnementaux au développement et la progression du cancer du sein en Afrique.

iii. Stratégies de formation

- Développer un cadre de scientifiques africains en matière de cancer du sein à travers une éducation globale, et des programmes de formation et de mentorat.
- Organiser des séminaires de formation continue au profit et en soutien aux fournisseurs des soins médicaux pour assurer des soins de santé de haute qualité et à coûts réduits dans tout le continuum des soins du cancer du sein, dont l'évaluation du risque, la prévention, le dépistage, le traitement, la survie et les soins de fin de vie.

iv. Stratégie d'engagement de la communauté

- Accroître l'éducation, la sensibilisation communautaire et soutenir les plaidoyers en Afrique pour favoriser la prévention et le contrôle du cancer du CC.

v- Stratégie de sensibilisation politique

- Eduquer les décideurs politiques africains sur les problèmes du cancer du sein pour une prévention du cancer du sein et des politiques de contrôle efficaces.
- Etablir des partenariats avec les décideurs politiques pour améliorer l'accès aux soins de qualité et à coûts réduits du cancer du sein.

C. Cancer du col de l'utérus

23. Le cancer du col de l'utérus (CC) reste un défi de santé publique puisqu'il constitue le deuxième cancer le plus répandu chez la femme à travers le monde. L'Afrique partage, actuellement, le plus lourd fardeau de la maladie. Environ 530.000 nouveaux cas sont diagnostiqués, chaque année, dans le monde dont plus de 85% se présentant dans un stade avancé de la maladie, à un moment où l'intervention curative n'est plus faisable dans les pays en développement qui se trouvent en majorité en Afrique ; et on estime que plus de 274.000 décès par an sont imputables à la maladie. Le taux d'incidence par âge varie de 25 à 30/100.000 avec une valeur moyenne 28,5/100.000. L'incidence maximale par âge est environ de la 4^{ème} à la 6^{ème} décennie de la vie.

➤ **Facteurs à risque**

24. Le facteur principal de causalité pour le CC est l'infection par le virus du papillome humain (VPH), qui est le plus souvent transmis sexuellement. Il est, également, associé à d'autres cancers comme le cancer nasopharyngé, le cancer du pénis, les cancers de la tête et du cou. Les sérotypes les plus répandus associés au CC sont les 16 et 18. Le mode d'infection du VPH au sein d'une population varie selon l'établissement et l'âge des femmes. Les femmes courent plus de risque d'être infectées par le VPH entre 10 et 25 ans et par la suite, la probabilité diminue jusqu'à l'âge de 40 ans. Comme on le sait, il existe une grande variation de types de VPH à travers les pays, les régions et les continents. L'Afrique porte le fardeau du taux le plus élevé d'infection par le VPH chez les femmes par localisation. L'explication biologique d'association entre l'infection par le VPH et le CC, pour l'instant, est la persistance de l'infection depuis au moins plus de six mois ; ceci arrive dans 10 à 15% des cas.

25. D'autres facteurs de risque connexes au CC incluent : (1) les facteurs environnementaux tels que les contraceptifs hormonaux, des facteurs biologiques (âge, parité élevée, présence d'infection et de VIH sexuellement transmissibles) ; facteurs de risque du style de vie (âge des premières relations sexuelles, multiplicité de partenaires sexuels, et tabac) ; (polygamie et hygiène personnelle) et d'autres comprenant l'analphabétisme, la pauvreté et les antécédents familiaux ; (2) cofacteurs viraux comme les types viraux, et les coïnfections et enfin, (3) une série de cofacteurs comme la composition génétique et les variations.

➤ **Stratégies préventives pour le cancer du col de l'utérus**

26. Le cancer du col de l'utérus est un désordre totalement évitable et plusieurs pays ont utilisé cette occasion pour en réduire le fardeau. En général, les stratégies préventives peuvent être divisées en préventions primaire, secondaire et tertiaire. Le vaccin contre le VPH reste la pierre angulaire de la stratégie pour la prévention primaire du CC, ce qui a été endossé par différents organismes réglementaires et gouvernements nationaux. Suite à l'approbation par l'office du contrôle pharmaceutique et alimentaire américain (FDA) les deux vaccins disponibles sont (1) Cervarix et (2) Gardasil (cf. tableau 2).

Variables	Gardasil	Cervarix
Fabricant	Sanofi Pasteur MSD	GlaxoSmithKline
Genotypes VPH	6, 11, 16, 18	16, 18
Adjuvant	Phosphate d'aluminium	AS04
Approbation de la FDA	2006	2008
dosage	0, 2, et 6 mois	0, 1, et 6 mois
Indication	Prévention du cancer du col de l'utérus	Prévention du cancer du col de l'utérus et des verrues génitales

Tableau 2. Vaccins VPH approuvés

27. L'OMS recommande que le vaccin VPH devrait être administré aux jeunes filles avant le début de l'activité sexuelle (9 à 12 ans ou 13 à 26 ans) et il est également recommandé que cette limite d'âge pourrait être modifiée davantage sur la base de l'âge moyen de l'initiation sexuelle dans le pays. Plusieurs pays développés ont formulé leurs politiques nationales et en ont commencé la mise en œuvre intégrale. Cependant, plusieurs pays africains n'ont toujours pas implanté leur stratégie nationale de vaccination contre le VPH.

28. La communication pour le changement de comportement est une méthode de prévention primaire ; ceci implique l'échange d'informations sur les pratiques sexuelles saines dans la communauté. Conseiller les jeunes filles contre les activités sexuelles risquées et décourager la multiplicité de partenaires sexuels entraînera une réduction potentielle d'infection par le VPH et de risque ultérieur de CC.

29. Le dépistage en tant que niveau secondaire vise à détecter les femmes asymptomatiques infectées par des lésions Premalignant pour un traitement au sein de la population. Le frottis Papanicolaou (PAP) est le modèle de référence pour le dépistage du CC. Il a une sensibilité élevée et une spécificité modérée. Il est recommandé que les femmes sexuellement actives fassent le dépistage par le frottis PAP tous les 3 ans au moins jusqu'à la 6^{ème} décennie de leur vie. La plupart des pays développés ont utilisé cette politique pour réduire considérablement le fardeau du CC, alors que plusieurs pays en développement, notamment en Afrique, n'ont aucune stratégie nationale de dépistage en place.

30. Les défis contre l'adoption du test PAP dans les pays en voie de développement incluent le manque de main d'œuvre, tels que les fournisseurs de soins de santé spécialisés dans le dépistage cytologique (cytopathologistes et de cytotechniciens), ainsi que le coût élevé de la procédure. L'inspection du col utérin à l'œil nu, après application d'acide acétique (IVA) et/ou de solution de Lugol (VILLI) était recommandée comme stratégie alternative de dépistage pour les pays du tiers monde où l'accès au test PAP est limité. Des études ont montré que ces méthodes ont une sensibilité assez comparable mais une spécificité plus basse dans la détection de lésions prémalignantes du col de l'utérus. L'avantage du IVA et de VILLI est qu'il ne coûte pas cher, facile à administrer, ne nécessite pas des compétences hautement spécialisées et le traitement peut être administré là où l'anomalie est décelée.

31. La prévention tertiaire implique la détection de la maladie à un stade précoce et l'administration d'un traitement complet, ce qui peut être la chirurgie ou la radiothérapie ou les deux. La gestion de la maladie à un stade précoce est fortement associée à la survie du cancer et, dans certains cas, le traitement curatif est possible. Pour l'instant, la majorité des pays africains manquent de capacité et d'expertise pour offrir un traitement holistique et multidisciplinaire pour le CC.

➤ **Stratégies du cancer du col de l'utérus**

32. La stratégie efficace pour réduire le fardeau du CC en Afrique devrait être holistique, saisissante et réaliste fondée sur des stratégies de prévention sur la base de faits, promouvant la recherche translationnelle et multidisciplinaire, un engagement actif de la communauté et des décideurs politiques, y compris les organismes de financement, le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé dans tous les aspects des traitements/interventions et la garantie de politiques favorables qui promouvoir l'accès aux soins qualitatifs du CC.

a. Stratégies de développement des capacités

- Améliorer les registres des cancers surtout chez les communautés où les CC sont souvent manquants.
- Développer une stratégie de cartographie exhaustive du CC dans la communauté pour traiter les défis épidémiologiques réels.
- Développer des réseaux de recherche collaborative pour le traitement du cancer du CC en Afrique.

- Promouvoir l'implication des chefs des communautés, des défenseurs du cancer et les décideurs politiques dans la recherche du cancer du CC.

b. Stratégies de recherche

- Enquêter sur les types de VPH et d'autres facteurs de risque complémentaires qui sont spécifiques à l'Afrique et déterminer aussi s'il n y a pas de variations régionales de compréhension physiopathologique de la clairance de l'infection par le VPH et du développement futur du CC dans le continent.
- Comprendre les contributions relatives de la génétique, du style de vie et des facteurs environnementaux au développement et à la progression du CC en Afrique.
- Déterminer la pharmacogénomique du CC en Afrique indigène.

c. Stratégies de formation

- Promouvoir des programmes de bourse tant sur le court que le moyen terme dans tous les aspects des soins du CC, notamment au profit de jeunes étudiants enthousiastes en Afrique.
- Promouvoir l'inauguration de certification pour les sous-spécialités de la gynécologie avec tous les autres services auxiliaires.
- Faire du lobbying pour l'augmentation du nombre d'unités de radiothérapie dans les pays africains permettant la fourniture de la curiethérapie et de la téléthérapie à des coûts abordables.
- Organiser des séminaires de formation continue au profit et en soutien aux fournisseurs des soins médicaux pour assurer des soins de santé de haute qualité et à coûts réduits dans tout le continuum des soins du cancer du CC, dont l'évaluation du risque, la prévention, le dépistage, le traitement, la survie et les soins de fin de vie.

d. Stratégie d'engagement de la communauté

- Accroître l'éducation, la sensibilisation communautaire et soutenir les plaidoyers en Afrique pour favoriser la prévention et le contrôle du cancer du CC.
- Utiliser la méthode socioculturelle africaine existante des stratégies de diffusion des informations pour la promotion de prise de conscience du CC comme étant un défi de la santé, et des occasions de dépistage et de traitement.

e. Stratégie d'engagement politique

- Engager les leaders africains sur la nécessité de promouvoir la prévention contre le CC en Afrique en l'inscrivant sur la liste de leurs priorités pour examen et financement.
- Promouvoir l'introduction de politiques favorables pouvant réduire la prévention contre le CC en Afrique tels que l'introduction du vaccin VPH dans le calendrier d'immunisation systématique et de dépistage dans leurs politiques d'assurance.

D. Cancer du foie

33. Le foie est un organe essentiel qui joue des rôles majeurs et vitaux dans l'économie métabolique de l'organisme. Du fait de son rôle dans la survie et l'existence, il est exposé à un barrage d'antigènes et de xénobiotiques, dont certains sont infectieux et carcinogènes. Le cancer du foie est fatal et se produit dans le monde entier. Le cancer du foie est, grosso modo, de deux catégories : cancer primaire du foie et cancer métastatique du foie. Dans les pays de faible prévalence d'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), les métastases hépatiques constituent la principale cause du cancer du foie, tandis que dans les régions à haute prévalence du VHB, comme la Chine et l'Afrique Sub-saharienne, le carcinome hépatocellulaire (CHC) est responsable de la plupart des cas de cancer du foie. Il est, cependant, plus répandu dans les régions du monde où les facteurs de risque sont plus courants.

34. Au niveau mondial, le CHC est le sixième cancer le plus répandu et le cinquième cancer le plus répandu parmi les hommes et le huitième parmi les femmes. C'est aussi la troisième cause la plus répandue des décès par le cancer, mais 8% des décès dus au cancer. La plupart des plus de 600.000 décès par an imputables au CHC se produisent en Asie et en Afrique Sub-saharienne, notamment, en raison du caractère endémique des principaux facteurs de risque.

➤ Facteurs de risque

35. La cirrhose du foie est l'aboutissement de la plupart des maladies chroniques du foie connues, et, par conséquent, le facteur de risque le plus important pour le CHC. En Afrique Sub-saharienne, le VHB est le facteur de risque le plus important pour la cirrhose du foie et donc, le CHC. Plusieurs études ont montré que la prévalence du VHB dans le CHC varie entre 60% et 80%. Il est, désormais, établi que certains patients atteints d'une infection à VHB passent vers le CHC, sans développer la cirrhose du foie. D'autres facteurs à risque sont le virus de l'hépatite C (VHC) et l'Aflatoxine B1 (AFB1). Des causes moins répandues en Afrique incluent la stéatohépatite non-alcoolique (SHNA), diabète sucré, obésité, alcool, tabac, hémochromatose, déficience en alpha-1-antitrypsine, hépatite auto-immune active chronique, cirrhose biliaire primitive.

➤ Prévention

36. Le coût des soins des maladies du foie sont généralement hors de portée d'un Africain moyen où la majorité des citoyens vivent au-dessous du seuil de la pauvreté. L'âme même de prévention du CHC dans les pays à faible revenu est, donc, la prévention primaire du VHB, grâce à la vaccination universelle contre l'hépatite B chez les nouveau-nés que l'Organisation mondiale de gastroentérologie (WGO) a présentée comme unique stratégie efficace.

37. La vaccination universelle des nourrissons contre l'infection VHB est la meilleure mesure préventive, car la majorité des adultes et des enfants infectés en Afrique contractent l'infection lors de l'enfance par la transmission horizontale. L'énergie et la vigueur employées pour atteindre cet objectif détermineraient le progrès qui serait réalisé pour l'endiguement du cancer du foie en Afrique. En effet, si les nations africaines adoptent l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé, à l'instar de celle déployée pour la vaccination contre la polio, la prévalence du CHC tombera au niveau le plus bas, tel que démontré par des études en Gambie et à Taiwan.

38. Outre la vaccination des nouveau-nés contre le VHB, d'autres devraient être pris en compte pour le vaccin : les nourrissons de mères VHB- positives ; ceux qui sont exposés au sang et aux produits sanguins (prophylaxie post exposition); les agents de la

santé ; les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels/VIH; les individus dans des institutions fermées ; garderies ; prisons ; foyers etc. ; ceux ayant des blessures profondes, comme la morsure, le perçage des oreilles, le tatouage, brosse à dents, etc. ; polytransfusés, drépanocytose hémoglobinopathie, hémophiles, les patients sous hémodialyse ; les usagers de drogues par injection (UDI) ; les greffés (moins répandu en Afrique).

➤ **Lignes directrices pour le dépistage**

39. Le dépistage est une application unique d'un test de diagnostic chez les personnes asymptomatiques, pour la reconnaissance d'une maladie précoce ou les signes précurseurs d'une maladie. Aussi, le dépistage du cancer du foie et des facteurs de risque doit être mis en place aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Les meilleures méthodes de dépistage devraient être non invasives, facilement disponibles à des prix abordables. Dans le but d'aborder la majorité des gens, le dépistage doit être réalisé à différents points d'entrée, du fait que la vaccination contre le VHB n'est pas largement pratiquée dans la majorité des pays africains. Le dépistage des facteurs de risque est fortement préconisé.

40. Le deuxième niveau de dépistage est pour le cancer du foie. L'alphafoetoprotéine (AFP) a été le principal paramètre pour le carcinome hépatocellulaire, mais, avec la possibilité de quelques non- alphafoetoprotéines sécrétant des variantes de CHC ajoutés aux faible sensibilité et spécificité de l'AFP, la plupart des autorités recommandent de nos jours, une combinaison d'AFP et l'écographie du foie. Cependant, quelques études récentes ont trouvé que la combinaison d'un autre marqueur de sérum avec l'AFP mène à l'augmentation de la prévisibilité du CHC, par rapport à l'AFP seul. Ces combinaisons sont AFP et anticorps anti-p53, AFP et antigène associé aux carcinomes de cellules squameuses, AFP et antigènes du cancer des testicules et des mutations du p53 et du codon 249 par l'utilisation de plasmocyte dépourvu d'ADN, parmi d'autres. Une protéine codée par le gène GPC3, le glypican3 s'est avéré spécifique pour le CHC en utilisant des colorants immunohistologiques. Certaines de ces méthodes sophistiquées de diagnostic et de dépistage restent, néanmoins, hors de portée de la plupart des pays africains.

➤ **Stratégies spécifiques pour le contrôle en Afrique**

41. Il faut qu'il y ait nécessairement une plus grande concertation des efforts et un engagement inébranlable des gouvernements nationaux des pays africains pour relever les défis posés par la pauvreté omniprésente, le manque d'infrastructure et d'experts médicaux et d'autres demandes des peuples, et tracer la voie à suivre par la planification, la volonté politique tenace et la collaboration avec la communauté internationale pour contrôler l'épidémie imminente du cancer du foie en Afrique. Des stratégies spécifiques pour le contrôle des cancers du foie en Afrique doivent nécessairement être ancrées sur le trépied de la prévention, la détection ou le diagnostic précoce et le traitement, et les soins palliatifs.

a- Stratégies de développement des capacités

- Formation des médecins et des scientifiques de laboratoire sur les évolutions actuelles en matière de gestion de l'hépatite ;
- Equiper les établissements de santé secondaires et tertiaires pour le dépistage des virus de l'hépatite ;
- Education continue des agents de la santé et de la population en général sur la santé.

b- Stratégies de la recherche

- Les gouvernements nationaux et les organismes de financement doivent encourager la production de vaccins contre le VHB et le VHC ;
- Développement de nouveaux tests non invasifs pour les biomarqueurs de l'HCC en utilisant des anticorps sérologiques, les technologies de la protéomique et de la génomique ;
- Production d'une base de données pour le VHB, le VHC et des registres du cancer.

c- Stratégies de formation

- Formation continue des agents de la santé sur les interventions préventives et thérapeutiques disponibles pour l'hépatite virale.

d- Stratégies d'engagement communautaire

- Dépistage volontaire de l'hépatite virale ;
- Education sanitaire et encouragement de la participation active à la Journée mondiale contre l'hépatite (1^{er} octobre)
- Amélioration du stockage des céréales pour éviter la contamination en aflatoxines par une gestion convenable des récoltes et du stockage des aliments.

e- Stratégies d'engagement politique

- Vaccination universelle obligatoire des nouveau-nés contre le VHB. Mise en œuvre de la vaccination contre le VHB dans le Programme national de vaccination (PNV) ;
- Programmes de surveillance et de dépistage pour les facteurs de risque connus en vue de la détection précoce de la maladie du foie. Suivi des porteurs du VHB, anti HCV positifs, des patients souffrant d'hépatite chronique et cirrhotiques ;
- Vaccination des groupes à risque, comme les agents de la santé, les prostituées, les bouchers, etc.... ;
- Etablissement d'un groupe de travail sur l'hépatite pour renforcer la surveillance et le dépistage, ainsi que pour élever et maintenir la sensibilisation à l'hépatite ;
- Prévention de l'abus d'alcool ;
- Rendre les coûts des soins abordables, en utilisant le plan national d'assurance maladie dans tous les secteurs ;
- Désigner des centres régionaux d'excellence spécialisés pour les maladies infectieuses et du foie.

E- Cancer des poumons

42. Dans les pays industrialisés, le cancer des poumons est la forme la plus répandue chez les hommes et la cause principale de mortalité liée au cancer au niveau mondial, ce qui ne s'applique nullement à l'Afrique où le cancer des poumons reste limité, en dépit de la poursuite de l'accroissement du diagnostic.

43. L'incidence du cancer des poumons est faible dans la majorité des pays africains, mais elle ne cesse d'augmenter. Les plus touchés sont en particulier, l'Afrique du Nord et

l'Afrique du Sud. Les taux du cancer des poumons sont plus bas dans les pays Est et Ouest africains.

44. Le taux d'incidence ajusté selon l'âge pour les cancers les plus répandus chez les hommes, en 2008, en Afrique, selon un rapport d'OAREC sur le cancer en Afrique, les cancers des poumons sont classés troisièmes des principales causes de morbidité avec une incidence de 8,4/100.000 personnes. Il est à noter qu'alors que le cancer des poumons, selon le même rapport, n'a pas classé le cancer des poumons parmi les 10 causes les plus répandues du cancer chez les femmes, il constitue, néanmoins, un fardeau de plus en plus lourd, de nos jours, avec des nombres sans cesse croissants d'adénocarcinomes diagnostiqués chez les femmes, en plus des taux croissants de tabagisme parmi les adolescentes, ces derniers temps.

45. Les Taux standardisés par âge du cancer des poumons à Kampala, Ouganda, a augmenté chez les hommes, passant de 0,5/100.000 en 1954-1960 à 1/100.000 en 1981-1991. Le cancer des poumons au Natal, Afrique du Sud, a été multiplié par six chez les hommes et par cinq chez les femmes, entre 1971 et 1982. Au Sud-ouest du Zimbabwe, une étude de malades de cancer, entre 1963 et 1977, a trouvé que la consommation de 15g de tabac par jour est associée au risque croissant de cancer des poumons chez les hommes par rapport aux non-fumeurs. Des études précédentes au Nigeria, ont montré comme attendu, une très faible incidence du cancer des poumons – 1,1% chez les hommes et 0,6% chez les femmes, dans les années 1960, mais les tendances récentes commencent à montrer un nombre croissant du cancer des poumons.

46. La consommation de tabac reste le facteur étiologique le plus répandu en cancer des poumons. Cependant, un nombre d'autres facteurs ont été identifiés dans le cancer des poumons : l'exposition dans un espace fermé à la fumée du tabac, vapeur des huiles de cuisson, combustion du charbon, ou radon, pollution atmosphérique et exposition professionnelle à l'amiante et d'autres carcinogènes.

47. Quatre-vingt-cinq à 90% des personnes ayant un cancer des poumons ont eu une exposition directe au tabac. La relation dose-effet existe entre le degré d'exposition à la fumée de la cigarette et le développement du cancer des poumons. L'âge au début de l'usage du tabac, le nombre de cigarettes fumées par jour et la durée du tabagisme influent sur la probabilité de développer le cancer des poumons. L'intensité du tabagisme, la profondeur de l'inhalation et la composition de la cigarette, influent, aussi, sur le risque.

48. Le risque de développement du cancer des poumons diminue avec le temps après avoir cessé de fumer, bien qu'il n'atteigne jamais celui de quelqu'un qui n'a jamais fumé. Fumer le cigare est un autre facteur de risque indépendant pour développer le cancer des poumons.

49. L'exposition à la fumée indirecte de la cigarette, ou tabagisme passif, peut accroître le risque de cancer des poumons. Le risque peut varier selon la durée et le niveau de l'exposition. Le risque est généralement beaucoup plus faible que pour un fumeur actif.

50. Une estimation de 2% à 9% des cancers des poumons sont liés aux expositions professionnelles. Une prédisposition génétique héritée a un support épidémiologique en tant que facteur de risque, mais les mécanismes sont théoriques.

51. Les femmes ont un plus grand risque de base pour le développement du cancer des poumons, ainsi qu'une plus grande susceptibilité aux effets du tabagisme. Les maladies des poumons, comme la tuberculose provoquant des fibroses pulmonaires et la

maladie pulmonaire obstructive chronique créent, également, le risque pour un cancer des poumons.

52. La morbidité et la mortalité associées au cancer des poumons peuvent être substantiellement réduites si les gens cessent de fumer ou d'utiliser des produits de tabac. Il a été clairement démontré que la baisse des taux de tabagisme et l'incidence pour le cancer des poumons vont de pair. Ainsi, c'est une préoccupation primordiale de la santé publique pour réduire l'usage du tabac, avec toutes ses ramifications, si nous voulons éviter une épidémie du cancer de poumons en Afrique.

V- Marche à suivre

53. Le Conseil Exécutif de l'OAREC (Organisation Africaine pour la Recherche et la Formation sur le Cancer) s'est réuni et a élaboré « la Déclaration de Dakar » (cf. annexe D). Les actions proposées par le Conseil sont résumés ci-dessous :

- **Défense du cancer**

- Déclarer le cancer problème de santé important en Afrique ;
- Promouvoir le développement et la mise en œuvre des programmes nationaux de contrôle du cancer par tous les ministères de la santé en Afrique ;
- Donner la priorité aux stratégies de contrôle du cancer aux cancers « clés » qui sont évitables ou curables ; intégrer le vaccin contre les cancers évitables comme le VPH, l'hépatite B dans les programmes nationaux de vaccination ; soutenir les campagnes sur le contrôle du tabac et de l'obésité ;
- Promouvoir la synergie des efforts en établissant des partenariats avec les organisations travaillant pour le contrôle du cancer.

- **Soins du cancer**

- fournir des services de soin palliatif ;
- Accroître l'accès aux thérapies anti-cancer efficaces ;
- Soutenir les soins de qualité du cancer par le développement de ressources diagnostiques et thérapeutiques pertinentes, dont la pathologie, la radiologie, la chirurgie, la chimiothérapie et autres.

- **Education sur le cancer**

- promouvoir les campagnes éducatives de masse et de santé publique auprès des médias, du gouvernement et de la population en général pour améliorer la prévention, la détection précoce et le traitement des cancers « clés » ;
- Développer des programmes de formation sur le cancer pour les cliniciens, chercheurs et défenseurs des patients africains.

- **Recherche sur le cancer**

- Créer et ressourcer des registres de cancer basés sur la population ;
- Développer et soutenir la recherche pour générer de nouvelles connaissances et ramener l'innovation en matière de contrôle du cancer.

VI- Partenariat pour le cancer en Afrique – Rôle des Instituts Nationaux du Cancer (INC) – Initiatives des Instituts Nationaux du Cancer sur la planification du contrôle du Cancer pertinent pour l’Afrique

54. L'émergence du cancer en Afrique est devenue une priorité majeure de la santé publique. L'Organisation de la Santé Mondiale (OMS) prévoit qu'au fil des dix aux quinze prochaines années, l'Afrique connaîtra l'une des plus grandes augmentations des taux d'incidence et de décès dus au cancer, par rapport aux autres régions du monde. La réponse mondiale au problème de la santé publique du cancer en Afrique nécessitera la mise en œuvre de programmes de contrôle du cancer, à la fois, efficaces et à coûts abordables et intégrés dans le système clinique et de santé publique existant. Elle nécessitera, également, une recherche locale pertinente qui comble les lacunes tout au long du continuum du cancer. L'INC continue de jouer un rôle en matière de contrôle et de prévention du cancer à travers les programmes énumérés ci-dessous.

a- Partenariat International pour la Planification du Contrôle du Cancer

55. L'INC et l'Union pour le Contrôle International du Cancer ont dirigé la formation du Partenariat International sur le Contrôle et la Planification du Cancer, fondé en novembre 2012. L'objectif de ce partenariat est de collaborer sur des projets susceptibles de se compléter la mission et la vision, en termes de planification du contrôle. Le PIPCC a deux principales priorités :

- 1) Encourager les pays en développement à plaider pour la priorisation du cancer dans leurs systèmes de santé en touchant les décideurs du pays à travers les réseaux collectifs du PIPCC.
- 2) Aider les pays à développer et mettre en œuvre des plans de qualité de prévention et de contrôle du cancer. Le PIPCC aide à la coordination des efforts autour du développement et de la distribution des outils et du matériel de planification du contrôle du cancer, l'assistance technique et la formation, et à combler les lacunes en matière de données.

56. Bien que les priorités du PIPCC ne soient pas spécifiques à l'Afrique, pour le moment, il est prévu que certains outils soient bénéfiques pour plusieurs pays, par exemple, la base de données des plans de contrôle du cancer. Le PIPCC est en cours de définition de la portée de l'assistance technique, et vise à adapter une telle assistance aux pays/régions/populations.

b- Collaboration sur la vaccination contre le VPH dans les pays en développement

57. L'INC est engagé dans des discussions avec l'UICC et l'Alliance mondiale pour les Vaccins et l'immunisation (GAVI) pour soutenir la planification du contrôle du cancer dans les projets de démonstration de vaccination contre le VPH dans des pays ciblés. Le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Sierra Leone et la Tanzanie ont été choisis pour des projets de démonstration de vaccination contre le VPH en Afrique. L'INC a proposé de soutenir un nombre de forums sur le leadership dans l'objectif d'éduquer les acteurs concernés sur la planification nationale de contrôle du cancer (NCCP) spécifique au cancer du cerveau. Ces forums sur le leadership vont également discuter du rôle des décideurs au plus haut niveau dans ce processus et seront tenus dans les projets de démonstration de chacun des pays.

58. L'INC est en cours de programmation de deux forums sur le leadership du contrôle du cancer pour, respectivement, le Moyen Orient/Afrique du Nord et l'Afrique Sub-saharienne, en 2013. L'objectif des forums sur le leadership est d'encourager les leaders

et les acteurs principaux à développer un plan ou un réseau pour faire avancer les initiatives de la NCCP dans leurs pays respectifs. La structure de l'atelier de formation multi-pays comprendra un travail modulaire sur des questions spécifiques, tels que : introduction à la lutte globale contre le cancer ; évaluation de l'état de préparation pour la planification du contrôle du cancer ; profilage du cancer par pays ; mobilisation de soutien pour les ressources ; création et maintien de partenariats ; et traitement des aspects politiques et techniques des processus de planification nationale.

59. Les participants entreront en contact avec les délégués et les experts d'autres pays, durant le forum. Les membres des équipes de pays prendront connaissance des outils d'analyse de la situation nationale, des outils de planification nationale et des techniques de travail. Les présentations seront parsemées de discussions des activités des équipes de pays. Du temps sera consacré aux équipes pour développer des plans d'action que d'autres participants partagent pour un débat de fond.

c- Surveillance du cancer

60. Les données du registre des cancers sont essentielles pour la planification du contrôle du cancer. L'INC est partenaire dans l'Initiative Mondiale pour le développement des registres des cancers dans les pays à revenu faible et intermédiaire (IMRC), menée par l'Agence Internationale pour la Recherche sur la Cancer (AIRC). L'IMRC est appliquée à travers des plaques tournantes régionales qui fournissent du soutien technique et scientifique, une formation adaptée sur les registres des cancers au niveau de la population, la défense des registres des cancers et des associations affiliées et des réseaux, et coordonnent les projets de recherche internationaux (référence : <http://qicr.iarc.fr/>). Les plaques tournantes pour l'Asie de l'Ouest et l'Afrique du Nord au registre des cancers d'Izmir (Turquie), et l'Afrique Sub-saharienne en collaboration avec le Réseau Africain de registres de cancers, sera opérationnel dans un avenir proche.

61. Le Centre pour la santé mondiale soutient l'objectif de l'Institut National du Cancer pour faire avancer la recherche mondiale sur le cancer, renforcer l'expertise, et lever des ressources à travers les pays pour relever les défis du cancer et réduire les décès causés par le cancer au niveau mondial. Le Centre pour la santé mondiale continuera à chercher et à collaborer avec des partenaires nationaux et internationaux pour le développement et la mise en œuvre de plans d'information sur le contrôle du cancer et la fourniture de l'assistance technique lors de la mise en œuvre par les pays des programmes de contrôle du cancer dans les pays en développement.

ANNEXES

DECLARATION DE L'OAREC DE DAKAR POUR LE CONTROLE DU CANCER EN AFRIQUE – 2011

Les membres du Conseil Exécutif de l'OAREC, se sont réunis à Dakar, Sénégal, en novembre 2011, pour développer un plan stratégique de plaidoyer, formation et recherche sur le cancer en Afrique.

A- Le Conseil a reconnu les défis suivants :

1. Qu'il existe environ 700.000* nouveaux cas de cancer diagnostiqués par an en Afrique, avec plus de 500.000 décès enregistrés annuellement.
2. Que la mortalité par rapport au taux d'incidence des personnes atteintes de cancer varie entre 75 et 90%, ce qui est plus élevé que ce qui est documenté où la mortalité varie entre 30 et 50%.
3. Que vers l'année 2030, il y aurait 1,3 millions de nouveaux cas de cancer en Afrique, avec un taux de mortalité aussi élevé par rapport au taux d'incidence actuel, à moins qu'une action drastique ne soit prise.
4. Qu'il n'y a, en moyenne, qu'une seule machine de radiothérapie pour 5.000.000 de personnes en Afrique (dans certains pays, ce chiffre atteint 1 pour 60.000.000 d'habitants), comparé aux 5 pour un million en Europe, une différence de 25 fois.
5. Dans au moins 15 pays d'Afrique, la population n'a accès à aucune forme de thérapie anti-cancer.
6. En outre, seulement 5/53 pays africains ont des registres nationaux de cancer, c'est dire que la vraie incidence du cancer et son impact sur la population sont largement non déclarés.
7. Qu'en Afrique, les personnes atteintes de cancer se présentent à un stade avancé de la maladie, ce qui rend le traitement ou la cure impossible, et que la population a rarement accès aux soins palliatifs.
8. Qu'il existe une absence générale de conscience parmi les communautés, la profession de la santé et les autorités de la santé du cancer ; les données pathologiques ou sur la base de la population sont médiocres et, d'une façon générale, les systèmes de soins de santé pour les gens vivant en Afrique sont faibles.

B- Le Conseil a reconnu les besoins suivants en Afrique :

1. Un besoin urgent pour le développement de programmes nationaux de contrôle du cancer ;
2. Le besoin de travailler avec de multiples organismes pour éviter, contrôler et fournir les soins aux patients atteints du cancer en Afrique ;
3. Identifier et accorder la priorité aux cancers « clés » tels que ceux du sein, du col de l'utérus, de la prostate et des cancers liés au tabac, avec un accent particulier sur les cancers chez les enfants, les tumeurs malignes liées aux infections

VIH/sida et les manifestations lymphoprolifératives. Il faut développer des stratégies innovatrices pour la prévention, la détection précoce du cancer et assurer l'accès aux thérapies anti-cancer à des prix abordables, qui soient spécifiques au pays et à la région ;

4. Etablir, entretenir et soutenir la formation continue en soins palliatifs, assurer une prise de conscience à grande échelle sur le besoin urgent des soins palliatifs pour éviter les souffrances inutiles des personnes atteintes de cancer avancé. Ceci inclut la disponibilité de médicaments efficaces pour apaiser les douleurs et d'autres interventions pour soulager les souffrances. Développer des programmes de formation sur le cancer appropriés aux niveaux régional et national, comprenant des cours/diplômes universitaires courts, moyens et longs et identifier et cataloguer ceux déjà existant ;
5. Développer les ressources qui soutiennent les soins du cancer dans des zones prioritaires, tels que les services pathologiques, l'utilisation de la télémédecine ; les services de diagnostic, comme la radiologie ; les services cliniques, dont l'oncologie gynécologique, médicale et chirurgicale ; le renforcement des capacités en matière de méthodologie de recherche, d'éthique et de développement de comités d'évaluation institutionnels ;
6. Créer et entretenir des partenariats avec les organisations mondiales du cancer, les médias, les fournisseurs de technologie ; l'expertise des membres de L'OAREC et les organisations professionnelles régionales, les décideurs politiques, le secteur privé, les agents de la santé, les groupes communautaires et les alliances sur les maladies non transmissibles, tout en accordant la priorité à la synergie des efforts.

C- Le Conseil a approuvé des actions dans les domaines suivants :

- **Défense du cancer**

- Déclarer le cancer problème de santé important en Afrique ;
- Promouvoir le développement et la mise en œuvre des programmes nationaux de contrôle du cancer par tous les ministères de la santé en Afrique ;
- Donner la priorité aux stratégies de contrôle du cancer aux cancers « clés » qui sont évitables ou curables ; intégrer le vaccin contre les cancers évitables comme le VPH, l'hépatite B dans les programmes nationaux de vaccination ; soutenir les campagnes sur le contrôle du tabac et de l'obésité ;
- Promouvoir la synergie des efforts en établissant et formant des partenariats avec les organisations travaillant pour le contrôle du cancer.

- **Soins du cancer**

- Fournir des services de soin palliatif ;
- Accroître l'accès aux thérapies anti-cancer efficaces ;
- Soutenir les soins de qualité du cancer par le développement de ressources diagnostiques et thérapeutiques pertinentes, dont la pathologie, la radiologie la chirurgie, la chimiothérapie et autres.

- **Education sur le cancer**
 - promouvoir les campagnes éducatives de masse et de santé publiques auprès des médias, du gouvernement et de la population en général pour améliorer la prévention, la détection précoce et le traitement des cancers « clés » ;
 - Développer des programmes de formation sur le cancer pour les cliniciens, chercheurs et défenseurs des patients africains.

- **Recherche sur le cancer**
 - Créer et ressourcer des registres de cancer basés sur la population ;
 - Développer et soutenir la recherche pour générer de nouvelles connaissances et ramener l'innovation en matière de contrôle du cancer.

« Travailler ensemble pour la prévention, le contrôle et les soins en Afrique »

*Ce chiffre est basé les quelques 35.000 cas de sarcome de Kaposi qui ne sont pas encore inclus dans la base de données GLOBOCAN, mais sera dans la prochaine version (J Ferlay, IARC, octobre 2011).

**Après la réunion de l'OAREC de Dakar, Sénégal, novembre 2011, les Nations Unies a tenu un sommet de haut niveau sur les maladies non transmissibles et a élaboré une déclaration politique qui reconnaissait que le cancer et d'autres MNT constituent le défi ayant des proportions épidémiques qui nécessitent une réponse coordonnée et durable au niveau mondial. L'OAREC réfère tous les lecteurs intéressés au site web de l'UICC qui présente le document (www.uicc.org).