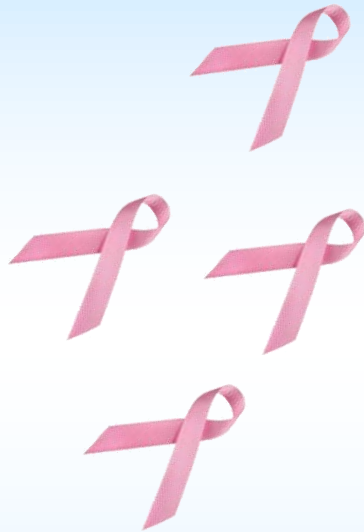


# INTERVENTIONS CLÉS DE PRÉVENTION ET LUTTE ANTICANCÉREUSES EN VUE DE RÉDUIRE LA CHARGE CANCÉREUSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS



Conception graphique : TIP/AFRO



**Manuel destiné aux dirigeants et aux gestionnaires**

Organisation mondiale de la Santé  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2012

**INTERVENTIONS CLÉS DE PRÉVENTION  
ET LUTTE ANTICANCÉREUSES EN VUE DE  
RÉDUIRE LA CHARGE CANCÉREUSE DANS  
LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

**Manuel destiné aux dirigeants et aux  
gestionnaires**

**Organisation Mondiale de la Santé  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2012**



# SOMMAIRE

|  | PAGE       |
|--|------------|
| <b>Remerciements</b> .....   | <b>iv</b>  |
| <b>Liste des abréviations et sigles</b> .....  | <b>vi</b>  |
| <b>Avant-propos</b> .....  | <b>vii</b> |
| <b>À propos du manuel de prévention et de lutte anticancéreuses</b> .....  | <b>1</b>   |
| <b>Chapitre 1 : Aperçu du cancer en Afrique</b> .....  | <b>4</b>   |
| <b>Chapitre 2 : Principales interventions de prévention et de lutte anticancéreuses en Afrique</b> .....   | <b>13</b>  |
| 2.1 Intervention 1 : Formuler une politique et un plan stratégique national de lutte contre le cancer dans le cadre des MNT .....                        | 15         |
| 2.2 Intervention 2 : Mettre en place/renforcer des sources fiables et durables de collecte de données .....  | 17         |
| 2.3 Intervention 3 : Favoriser la prévention primaire du cancer .....  | 19         |
| 2.4 Intervention 4 : Favoriser les initiatives de prévention secondaire et fournir plus largement des services de dépistage précoce .....                | 21         |
| 2.5 Intervention 5 : Assurer des services de qualité de traitement du cancer .....   | 26         |
| 2.6 Intervention 6 : Fournir de bons services de soins palliatifs .....  | 29         |
| 2.7 Intervention 7 : Organiser des programmes d'éducation/de formation à l'intention de groupes cibles identifiés .....                                  | 31         |
| 2.8 Intervention 8 : Effectuer divers types de recherche sur les cancers .....   | 33         |
| <b>Chapitre 3 : Efficacité et rentabilité des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses</b> .....                                 | <b>35</b>  |
| 3.1. La prévention par rapport à d'autres interventions de santé .....   | 35         |
| 3.2. Rapport coût-efficacité des stratégies de substitution .....  | 35         |
| <b>Chapitre 4 : Activités nationales de prévention et lutte anticancéreuses fondées sur la réalité des ressources – trois scénarios différents</b> ..... | <b>39</b>  |
| 4.1. Scénario A – Pays n'ayant pas alloué de ressources à la lutte contre le cancer .....  | 39         |
| 4.2. Scénario B – Pays ayant alloué des ressources limitées aux services de lutte contre le cancer, mais non au PNLC.....                                | 40         |
| 4.3. Scénario C – Pays à faible revenu dotés d'un PNLC mais avec des ressources insuffisantes allouées aux services de lutte contre le cancer .....      | 41         |
| <b>Conclusion</b> .....  | <b>44</b>  |
| <b>Références</b> .....  | <b>46</b>  |
| <b>Annexe : Quelques publications et documents utiles de l'OMS relatifs à la prévention et à la lutte anticancéreuses</b> .....                          | <b>48</b>  |

## REMERCIEMENTS

La publication du présent manuel a été rendue possible grâce à la précieuse contribution des collègues dont les noms suivent, qui ont rédigé et révisé les présentes directives, fait des suggestions constructives et donné des avis utiles.

### EXPERTS RÉVISEURS EXTERNES

- ❖ Dr Baffour Awuah, Centre national de radiothérapie et de médecine nucléaire, Centre hospitalier universitaire de Korle-Bu, Accra, Ghana;
- ❖ Dr Ebrima Ba, Registre des cancers de la Gambie, Banjul, Gambie;
- ❖ Dr Mike Chirenje, Département de gynécologie-obstétrique, Faculté des sciences médicales, Université de Zimbabwe, Harare, Zimbabwe;
- ❖ M. Joachim Didon, Division des informations sanitaires et des statistiques, Département de la santé, Seychelles;
- ❖ Dr Antoine Echimane, Service de cancérologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire;†
- ❖ Dr Ima-Obong A. Ekanem, Département de pathologie, Faculté des sciences médicales, Université de Calabar, Calabar, Nigeria;
- ❖ Dr Doudja Hammouda, Institut national de la santé, Alger, Algérie;
- ❖ Dr Namory Keita, Service de gynécologie-obstétrique, CHU Donka, Conakry, Guinée;
- ❖ Mme Dorcas Kiptui, Directeur du Programme de lutte anti-tabac, Division des maladies non transmissibles, ministère de la Santé, Nairobi, Kenya;
- ❖ Mme Ann Korir, Registre des cancers du Kenya, Nairobi, Kenya;
- ❖ Dr Moussa Koulibaly, Centre national d'anatomie pathologique, CHU Donka, Conakry, Guinée;
- ❖ Dr Shyam Manraj, Registre national des cancers, Institut mauricien de la santé, Maurice;
- ❖ Dr Charles Gombe Mbalawa, Registre du cancer de Brazzaville, Service de médecine et carcinologie, CHU de Brazzaville, Congo;
- ❖ Dr Fernando Miguel, Instituto Nacional do Cancro, Luanda, Angola;
- ❖ Dr David Mugwanya, MRC UNITRA, Hôpital universitaire Nelson Mandela, Umtata, Afrique du Sud;
- ❖ Dr Geoffrey Mutuma, Cellule de recherche en pathologie et en oncologie, CCR-KEMRI, Nairobi, Kenya;
- ❖ Dr Paul Ndom, Service de médecine, Hôpital général de Yaoundé, Cameroun;
- ❖ Dr Louis Ngendahayo, Faculté de médecine - B.P. 30 – Butare, Rwanda;
- ❖ Dr Twalib Ngoma, Institut du cancer Ocean Road, Dar-es-Salaam, Tanzanie;
- ❖ Dr Hassan Nouhou, Registre des cancers du Niger, Niamey, Niger;
- ❖ Dr Jackson Orem, Institut du cancer d'Ouganda, Hôpital Mulago, Université de Makerere, Kampala, Ouganda;
- ❖ Dr Olufemi Ogunbiyi, Département de la pathologie, Faculté de médecine et Université, Institut hospitalier d'Ibadan, Nigeria;
- ❖ Dr Max Parkin, Services d'essais cliniques, Unité d'études épidémiologiques, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni;
- ❖ Dr Lydia Mpanga Sebuyira, Soins palliatifs à Makindye Kampala, Kampala.

## **MEMBRES DU PERSONNEL DE L'OMS**

### **Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique**

- ❖ Dr Jean-Marie Dangou, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Antonio Felipe Jr, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Boureima Hama Sambo, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Sidi Allet Louazani, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Chandralall Sookram, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Matshidiso Moeti, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Alimata J. Diarra-Nama, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Davison Munodawafa, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville;
- ❖ Dr Miriam Nanyunja, Bureau de Représentation de l'OMS en Ouganda, Kampala;
- ❖ M. Bernardino Pereira Teixeira, Bureau de Représentation de l'OMS en Angola, Luanda;
- ❖ Dr Peter Sangolo, Bureau de Représentation de l'OMS en Zambie, Lusaka.

### **Bureau régional de l'OMS pour les Amériques**

- Dr Sylvania Luciani, Organisation mondiale de la Santé, Organisation panaméricaine de la Santé.

### **Siège de l'OMS**

- Dr Andreas Ullrich, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

## Liste des abréviations et sigles

|          |   |
|----------|---|
| ACCP     | Alliance pour la prévention du cancer du col utérin                           |
| AES      | Auto-examen des seins   |
| AFRO     | Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique                                       |
| AIEA     | Agence internationale de l’énergie atomique                                   |
| AIRC     | Association internationale des registres du cancer                            |
| AORTIC   | Organisation africaine pour la recherche et la formation sur le cancer        |
| CIRC     | Centre international de recherche sur le cancer                               |
| DPAS     | Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l’activité physique et la santé |
| EBV      | Virus Epstein-Barr  |
| ECS      | Examen clinique des seins   |
| ERAD     | Électro-résection à l’anse diathermique                                       |
| FFOM     | Forces, faiblesses, opportunités et menaces                                   |
| HBC      | Soins à domicile  |
| HBV      | Virus de l’hépatite B   |
| HCV      | Virus de l’hépatite C   |
| IEC      | Information, éducation et communication                                       |
| IMC      | Indice de masse corporelle  |
| INC      | Institut national du cancer   |
| INCTR    | Réseau international pour l’étude et le traitement du cancer                  |
| IVA      | Inspection visuelle avec l’acide acétique                                     |
| IVL      | Inspection visuelle à l’aide du soluté de Lugol                               |
| KAP      | Connaissances, attitudes et pratiques   |
| MINSANTÉ | Ministère de la Santé   |
| OCRI     | Institut du cancer Ocean Road   |
| OMS      | Organisation mondiale de la Santé   |
| ONC      | Organisation non gouvernementale  |
| PBCR     | Registre des cancers au sein de la population                                 |
| PEV      | Programme élargi de vaccination   |
| PNLC     | Plan national de lutte contre le cancer                                       |
| PNLS     | Programme national de lutte contre le sida                                    |
| RNB      | Revenu national brut  |
| SIDA     | Syndrome d’immunodéficience acquise   |
| SRI      | Santé reproductive et infantile   |
| SSC      | Soins de santé communautaire  |
| SSP      | Soins de santé primaires  |
| UICC     | Union internationale contre le cancer   |
| VIH      | Virus de l’immunodéficience humaine   |
| VPH      | Virus du papillome humain   |

## Avant-propos

Le cancer est rapidement en passe de devenir un problème majeur de santé dans la Région africaine de l'OMS et des interventions pour sa prévention et son contrôle sont requises de toute urgence. La lutte contre le cancer est entrée dans une nouvelle phase avec l'avènement d'avancées majeures qui peuvent radicalement améliorer les soins prodigués aux patients. De nombreux cas de cancer pourraient être prévenus soit en arrêtant de fumer et en évitant certaines infections chroniques, soit en adoptant un régime alimentaire plus équilibré et en appliquant des programmes de dépistage. L'OMS reste attachée à son objectif de garantir un égal accès à des soins de santé de qualité pour tous les patients cancéreux et de prévenir la maladie par des actions de prévention primaires. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a déjà élaboré une stratégie de prévention et lutte anticancéreuses afin de faire face à ce problème qui ne cesse de gagner en ampleur dans la Région. Les interventions prioritaires sont bien définies dans la stratégie, mais aucune recommandation forte n'est faite concernant le rapport coût-efficacité des principales interventions qui doivent être intégrées dans les systèmes de santé existants en Afrique. Il est impératif de fournir aux pays des orientations sur les modalités de mise en œuvre des principales interventions visant à réduire la charge cancéreuse dans la Région africaine.

Le présent manuel a pour objet de renforcer et d'accélérer la traduction des connaissances en matière de lutte anticancéreuse en action de santé publique. Ce manuel doit servir de principal document de référence pour la formulation des programmes nationaux de lutte contre le cancer. À ce titre, il est destiné principalement aux dirigeants, aux gestionnaires et aux décideurs de la santé et des domaines liés à la santé, aux professionnels de la médecine, aux institutions académiques, aux organisations non gouvernementales, et, de façon plus générale, à toutes les parties prenantes qui doivent être informées de la prévention et lutte anticancéreuses. En outre, le manuel devrait servir de guide précis et détaillé pour le choix des interventions principales et d'un bon rapport coût-efficacité qui doivent être mises en œuvre en fonction du contexte local, sans perdre de vue ce qui est possible et souhaitable. Le manuel met l'accent sur la mise en œuvre progressive des interventions prioritaires à court terme, suivies par des interventions optimales à plus grande échelle à moyen et long termes, dans la limite des ressources disponibles.

Les informations fournies dans le présent manuel ont été compilées par des experts sur le terrain, qui sont pleinement au fait de la situation du cancer dans la Région africaine de l'OMS. Il ressort de ce travail que de nombreux cancers sont évitables et peuvent être prévenus, même dans les milieux à ressources limitées.

Je tiens à remercier à tous mes collègues, les chercheurs et tous ceux qui ont rendu le présent manuel possible par leurs efforts. Nous sommes convaincus que cet ouvrage servira de document-ressource complet pour plusieurs années à venir.

Dr Luis G. Sambo  
Directeur régional  
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique





# À propos du manuel de prévention et de lutte anticancéreuses

## 1. Contexte

La prévention et la lutte anticancéreuses impliquent l'action de santé publique visant à réduire l'incidence et la mortalité du cancer et à améliorer la qualité de vie des patients par la mise en œuvre systématique de stratégies reposant sur des bases factuelles pour la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs.

Le but de la présente publication est de renforcer et accélérer la traduction des connaissances en matière de lutte contre le cancer en action de santé publique. Le manuel peut également servir d'outil de plaidoyer et d'outil pratique permettant aux décideurs et aux gestionnaires de programmes d'obtenir des avis sur les principales interventions en matière de lutte contre le cancer.

Le manuel a pour objectifs :

- a) d'établir le profil des interventions efficaces et réalisables, allant de la prévention aux soins en fin de vie;
- b) d'indiquer des options pratiques concernant la manière dont les pays africains peuvent mettre en œuvre ces interventions de façon équitable et durable, en fonction de leurs contextes socioéconomiques particuliers;
- c) de fournir des modèles opérationnels complets fondés sur des cas d'expérimentation réussie et l'expertise spécialisée.

Les interventions de prévention et lutte anticancéreuses devraient être menées de façon progressive, avec des objectifs clairs et mesurables, chaque étape représentant la base d'élaboration de la phase suivante. Il est recommandé de démarrer à petite échelle, en concentrant les efforts sur une petite zone de démonstration ayant une bonne probabilité de succès. L'élaboration du présent manuel se justifie par :

- a) la charge importante de morbidité et de mortalité due au cancer en Afrique;
- b) la tendance croissante des risques de cancer en Afrique;
- c) la nécessité de faire un usage plus rationnel des ressources allouées à la lutte contre le cancer, car l'essentiel des ressources sert actuellement à traiter les cancers avancés et incurables;
- d) les avantages considérables pour la santé publique qui pourraient résulter de la mise en œuvre appropriée des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses.

## 2. Élaboration

Le présent manuel est le fruit d'un processus participatif qui a intégré les points de vue et l'expertise d'un grand nombre d'acteurs internationaux, d'Afrique comme des pays développés. Les interventions proposées ont été expérimentées avec succès sur le terrain dans différentes régions du monde, y compris en Afrique. L'Organisation mondiale de la Santé a engagé les services d'un expert africain qui a compilé les bases factuelles disponibles et suggéré des interventions en vue de réduire la charge cancéreuse dans la Région africaine de l'OMS. Il a été demandé aux oncologues de parcourir l'avant-projet de manuel et de faire des commentaires, qui ont également été examinés lors d'une réunion. Le groupe d'experts a donné des orientations concernant les révisions et les amendements à apporter. Enfin, le Manuel de prévention et lutte anticancéreuses a été révisé en vue d'en garantir la compréhension, l'exactitude technique et l'observance des règles de grammaire et de ponctuation.

### 3. Contenu

Le présent manuel s'assigne pour objectif de fournir des informations de base et d'indiquer les principales possibilités d'intervention en matière de prévention et lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS. Il décrit également dans le détail les impacts économiques et sociaux du cancer dans la Région et les défis rencontrés dans la mise en œuvre des interventions. Il fournit des orientations pour affecter la priorité aux interventions visant à améliorer le déploiement des ressources existantes lors de la mise à l'échelle des interventions de prévention et de lutte recommandées.

Le manuel comprend quatre chapitres et des annexes. Le premier chapitre donne un aperçu général de la situation du cancer en Afrique. Le second chapitre présente huit principales interventions à mettre en œuvre pour assurer la prévention et la lutte anticancéreuses dans la Région africaine. Les deux derniers chapitres fournissent des indications sur la rentabilité des principales interventions de lutte contre le cancer, et proposent trois scénarios de mise en œuvre, en fonction de la réalité des ressources.

Le présent manuel vient compléter un certain nombre de publications de l'OMS, comme le Rapport mondial intitulé «Prévention des maladies chroniques : un investissement vital»<sup>1</sup>, «Modules on cancer control: knowledge into action»<sup>2</sup>; «National Cancer Control Programs, Policies and Managerial Guidelines»<sup>3</sup>, «Building Blocks for Tobacco Control»<sup>4</sup> et le document intitulé «Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»<sup>5</sup>. Une brève description de ces guides de l'OMS mettant en exergue la valeur ajoutée de la présente publication est fournie en annexe.

### 4. Résultats escomptés

Les résultats escomptés du présent manuel sont de fournir des orientations aux États Membres en ce qui concerne :

- a) l'élaboration de lignes directrices adaptées sur la méthode de mise en œuvre des principales interventions efficaces de lutte contre le cancer dans tous les pays africains, en fonction de la situation sur le terrain et des recommandations en vigueur;
- b) l'intégration des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses dans les systèmes de soins de santé;
- c) l'élaboration d'une stratégie nationale de ressources humaines pour le programme de lutte contre le cancer;
- d) l'ouverture de lignes budgétaires et l'élaboration propositions budgétaires nationales pour le financement extérieur/par les donateurs des activités de lutte anticancéreuse dans les pays africains. Le document permettra de définir des stratégies de mobilisation de ressources;
- e) l'adoption des enseignements tirés des expériences de certains pays africains et d'autres pays présentant des conditions similaires lors de l'élaboration des plans d'action nationaux de prévention et lutte anticancéreuses;
- f) l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints du cancer en Afrique, l'augmentation de leur taux de survie et la diminution des taux d'incidence et de mortalité.

### 5. Utilisateurs ciblés

Les utilisateurs ciblés par la présente publication sont les décideurs en santé publique, les gestionnaires de programmes de lutte contre le cancer au sein et à l'extérieur du ministère de la Santé et des établissements de soins de santé, y compris les instituts nationaux de lutte contre le cancer ou des institutions équivalentes, les responsables d'organisations non gouvernementales actives dans la lutte contre le cancer, ainsi que

toutes les parties prenantes qui peuvent influencer sur l'élaboration et la mise en place de programmes efficaces de lutte contre le cancer.

## **6. Processus de mise en œuvre**

Le manuel recommande l'intégration d'interventions ayant un bon rapport coût-efficacité dans les systèmes de santé des États Membres de la Région africaine de l'OMS. Il met l'accent sur la mise en œuvre progressive d'interventions prioritaires pouvant être réalisées à court terme, suivies d'interventions optimales à plus grande échelle que l'on peut réaliser à moyen et à long termes, selon la disponibilité des ressources. Dans la plupart des pays d'Afrique à ressources limitées, la conversion des connaissances en action par l'élaboration de stratégies relatives à la méthode de sélection et de mise en œuvre des principales interventions de lutte contre le cancer constituera un grand défi.

Le présent Manuel de prévention et lutte anticancéreuses a été conçu sous forme de document générique pour compléter la publication de l'OMS intitulée *Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires*, 2<sup>ème</sup> édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. La décision concernant la sélection des interventions et le degré d'adaptation requis dépendra des besoins et des réalités de chaque pays. Nous exhortons les responsables et les gestionnaires à analyser le manuel, à sélectionner et à adapter les principales interventions génériques en une version acceptable pour leurs pays, tenant compte des sensibilités culturelles pour cadrer avec le contexte national. L'équipe est encouragée à tenir compte des normes nationales et des modifications apportées au programme national de lutte contre le cancer.

Il est important d'identifier un groupe de parties prenantes clés et de nommer un comité comprenant des représentants du ministère de la Santé, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles, des gestionnaires de la santé dans des institutions privées et publiques, des agents de santé de district, des représentants d'autres ministères et départements clés, des leaders d'opinion locaux, des associations féminines, des groupes religieux et des groupes de jeunes. La taille du comité dépendra des besoins de chaque pays, mais l'expérience a montré que, pour ces tâches, les groupes de grande taille sont souvent les moins fonctionnels. Après la nomination d'un comité, un dossier de travail ou des termes de référence pourraient être élaborés.

Le comité définira les principales interventions requises, jugées appropriées pour le plan national de lutte contre le cancer. Chaque pays disposera de ses propres politiques, procédures, protocoles et normes de lutte anticancéreuse. Ces politiques doivent être conformes aux recommandations contenues dans le présent manuel. Cependant, en cas de divergence, le comité devrait s'assurer que la politique nationale s'est inspirée du faisceau de bases factuelles le plus récent.

# CHAPITRE UN

## Aperçu du cancer en Afrique

Le mot «cancer» est un terme générique pour désigner plus de 100 maladies qui peuvent toucher toute partie du corps et présentent des traits caractéristiques, notamment la prolifération de cellules anormales dans la partie du corps touchée, la capacité à se développer au-delà de leurs limites habituelles et la tendance à envahir les tissus attenants et à s'étendre aux organes ou aux tissus secondaires sous forme de métastases.

### 1. Épidémiologie du cancer

Le cancer est aujourd'hui l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité : on recense plus de 10 millions de nouveaux cas et plus de 6 millions de décès chaque année dans le monde. Il est diagnostiqué chez plus de 20 millions de personnes et plus de la moitié des cas surviennent dans les pays en développement. Il est à l'origine d'environ 20 % des décès dans les pays industrialisés et de 5 % à 10 % des décès dans les pays en développement. On prévoit 15 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès chaque année d'ici 2020<sup>1</sup>. Cette augmentation en chiffres absolus tient en grande partie au changement de modes de vie et au vieillissement de la population dans le monde. Au regard des données fournies par l'OMS, plus de 50 % des cancers surviennent chez les 3/4 de la population mondiale qui vivent dans les pays en développement et ne possèdent que 5 % des ressources mondiales actuellement consacrées aux services de cancérologie.

Il y a quelques décennies, l'on pensait que le cancer était rare en Afrique. Le cancer était alors considéré comme un problème des pays développés où il se classe au deuxième rang des principales causes de décès, après les maladies cardiovasculaires. L'augmentation alarmante de l'incidence du cancer est due principalement aux maladies infectieuses, notamment la pandémie du VIH/sida, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, la pollution de l'environnement et une augmentation générale de l'espérance de vie. La Région est confrontée à une lourde charge de maladies transmissibles, ainsi qu'à un fardeau croissant des maladies non transmissibles (MNT) telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les affections respiratoires chroniques. Cette situation entraîne une double charge épidémiologique à laquelle l'on doit s'attaquer efficacement avec les maigres ressources disponibles, au risque de perdre, à cause des MNT, les retombées positives obtenues dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Selon les données de Globocan 2008, dans la Région africaine de l'OMS, hormis les cancers de la peau sans présence de mélanome, l'on dénombrait 571 000 nouveaux cas de cancer (318 000 chez les femmes et 253 000 chez les hommes)<sup>6</sup>. Les formes de cancer les plus répandues chez les hommes étaient le cancer de la prostate (13,7 % de l'ensemble des cancers), le cancer du foie (11,5 %), le sarcome de Kaposi (8,7 %), le cancer de l'œsophage (6,2 %) et le lymphome non-hodgkinien (6,2 %). Chez les femmes, les formes les plus répandues de cancer étaient le cancer du col de l'utérus (23,8 %), le cancer du sein (21,3 %), le cancer du foie (4,7 %) et le sarcome de Kaposi (3,8 %). En 2008, 435 000 décès étaient dus au cancer dans la Région (226 000 décès chez les femmes et 209 000 décès chez les hommes). Mais les statistiques relatives à la mortalité en Afrique sont encore plus rares, faute de registres exhaustifs des décès dans la plupart des pays. Selon les estimations, environ 12,4 % des 804 millions d'habitants de la Région africaine de l'OMS développeront un cancer avant d'avoir atteint l'âge de 75 ans. Le risque s'accroît avec l'âge : 90 % des cas de cancers autres que le lymphome de Burkitt, le néphroblastome et la leucémie surviendront après l'âge de 40 ans en Afrique. Le cancer chez les enfants n'est pas actuellement très répandu et représente 1 % de l'ensemble des cas de cancer. Si aucune intervention n'est mise en place, en 2020, on devrait enregistrer 804 000 nouveaux

cas de cancers (385 000 cas chez les hommes et 418 700 cas chez les femmes), pour 626 400 décès par cancer (310 100 décès chez les hommes et 316 300 décès chez les femmes)<sup>7;8;9</sup>. Si nous agissons maintenant, nous pouvons sauver 100 000 vies chaque année d'ici 2020.

Le risque de développer un cancer en Afrique varie selon la zone géographique. En effet, il est apparu que ce risque est extrêmement élevé dans les zones urbaines à forte densité de population. La répartition géographique des diverses formes de cancer présente également des variations. À titre d'exemple, le sarcome de Kaposi – (lié au VIH) est plus courant en Afrique subsaharienne que dans la partie septentrionale du continent africain. Les facteurs de risque modifiables du cancer se classent dans trois catégories principales :

- 1) Les facteurs infectieux : il est à présent bien établi que le VPH16 et le VPH18 sont en cause dans l'apparition du carcinome du col de l'utérus. Ce virus est transmis par voie sexuelle et le risque de transmission est accru lorsque les activités sexuelles commencent à un âge précoce et en cas de partenaires sexuels multiples. Un tel comportement entraîne également un risque accru de transmission du VIH et le développement du sida, qui accroît également par la suite le risque de contracter le VPH. La stratégie utilisée dans les programmes de prévention du sida devrait également être utilisée dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Il existe un vaccin contre le VPH, mais celui-ci n'est pas actuellement largement utilisé en Afrique, en raison de son coût élevé et d'un certain nombre de facteurs. Il faut entreprendre le plaidoyer en faveur de la vaccination des enfants contre l'hépatite B, qui devrait également être intégrée dans les programmes élargis de vaccination (PEV) de tous les pays africains. Cela devrait considérablement réduire l'incidence du cancer du foie et des maladies hépatiques chroniques chez les prochaines générations d'adultes. En Afrique, la plupart des cancers de la vessie sont associés à l'infection chronique par des bilharzies (schistosomiase). Les efforts visant à éliminer les vecteurs transmis par des gastéropodes d'eau douce, l'alimentation en eau potable, l'amélioration de l'assainissement et le traitement rapide des personnes affectées constituent autant de mesures qui peuvent aider à réduire le risque de contracter ce cancer.
- 2) Les facteurs comportementaux : le public doit être continuellement informé du risque élevé des cancers des poumons, de la bouche, de la gorge et de l'œsophage résultant du tabagisme. Les écoliers devraient être informés des dangers du tabagisme, de l'exposition passive au tabac et une politique doit être mise en œuvre conjointement pour hausser régulièrement le prix du tabac. Les planteurs de tabac devraient être encouragés à adopter d'autres cultures commerciales et d'autres activités économiques. L'on devrait amener le public à prendre conscience du fait que la perte économique résultant des maladies liées au tabagisme excède de loin le revenu tiré de la production et de la vente de tabac. La forte consommation d'alcool, en particulier chez les fumeurs, accroît le risque de cancers, notamment de la bouche, de la gorge, du foie et de l'œsophage. L'usage nocif de l'alcool accroît également le risque de cancer du sein. Le risque de cancer augmente avec l'obésité alors qu'un régime alimentaire équilibré, pauvre en matières grasses et riche en fruits et légumes frais permet de réduire les risques de cancer. L'éducation à la santé, notamment sur la manière d'éviter les maladies sexuellement transmissibles et sur l'utilisation du préservatif, peut aider à réduire le risque du cancer du col de l'utérus et le sarcome de Kaposi (par la prévention de l'infection à VIH).
- 3) Les facteurs environnementaux : le cancer de la peau est très répandu chez les albinos en Afrique. Le grand public et les écoliers devraient être sensibilisés au risque lié à l'exposition prolongée à la lumière directe du soleil chez les individus à peau claire et les albinos. Le port de vêtements appropriés et de chapeaux par les albinos devrait être encouragé. L'incidence du sarcome de Kaposi lié au sida touchant la peau s'est accrue rapidement ces dernières années et continuera de s'accroître.

## **2. Services de prévention et de traitement du cancer**

Les services de traitement du cancer en général et les installations de radiothérapie en particulier sont pour l'heure en nombre insuffisant<sup>10</sup>. Beaucoup de pays africains en proie à des difficultés économiques, structurelles, logistiques et de transport font face à des pénuries aiguës de services de chimiothérapie, de chirurgie et de soins palliatifs. Les autres formes de traitement, tout en assurant les soins palliatifs, sont très chères et n'offrent pas un bon rapport coût-efficacité. Un paramètre fondamental et un ingrédient nécessaire à l'amélioration des soins palliatifs en Afrique tiennent à l'intégration de ces soins dans les services de santé existants, en s'assurant que les médicaments pour soins palliatifs, notamment la morphine, sont inclus dans la liste des médicaments essentiels et achetés.

## **3. Survie au cancer**

La survie des patients cancéreux à certains intervalles définis après le diagnostic (par exemple, trois ou cinq ans) est largement utilisée comme mesure de succès dans la prise en charge du cancer. Elle reflète l'efficacité des activités de dépistage précoce et de traitement, étant donné que le pronostic d'un patient atteint de cancer dépend principalement du stade de la maladie au moment du diagnostic et de la qualité du traitement administré (ainsi que d'autres facteurs tels que l'âge, la santé générale du patient). En Afrique, ces informations ne sont devenues disponibles que récemment et elles proviennent de groupes spéciaux de patients vus dans une série d'hôpitaux (par exemple, les patients traités par un seul chirurgien ou fréquentant une clinique spécialisée). Des résultats récents d'enquêtes démographiques menées dans deux pays de la Région, notamment dans les villes de Kampala en Ouganda<sup>11</sup> et de Harare au Zimbabwe<sup>12</sup>, ont été publiés. Les taux de survie documentés, d'une durée de cinq ans, font partie des plus faibles jamais signalés au plan mondial dans les registres des cancers au sein de la population. Les patients africains, même les Zimbabwéens blancs relativement aisés, ont des taux de survie largement inférieurs à cinq ans par rapport aux patients atteints du cancer vivant aux États-Unis (tableau 1). Néanmoins, les résultats montrent que le cancer n'est pas une maladie fatale de façon uniforme en Afrique (par exemple, un tiers des femmes atteintes de cancers du sein et du col de l'utérus peuvent espérer survivre à leurs cancers, même dans les circonstances actuelles).



**Tableau 1 : Comparaison des taux de survie au cancer d'une durée de cinq ans (en pourcentage) au Zimbabwe et aux États-Unis<sup>11;12</sup>**

| Siège du cancer   | Zimbabwe (Harare) |                 | États-Unis                        |                                     |
|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                   | Patients Noirs    | Patients Blancs | Noirs-Américains, survie ajustée* | Américains Blancs, survie ajustée † |
| Estomac           | 13,2              | -               | 19,5                              | -                                   |
| Colorectal        | 17,4              | 19,4            | 51,9                              | 61,2                                |
| Foie              | 1,4               | -               | 7,2                               | -                                   |
| Poumon            | 5,7               | 10,2            | 12,8                              | 14,3                                |
| Sein              | 37,9              | 74,4            | 70,1                              | 87,3                                |
| Utérus            | 30,5              | -               | 58,1                              | -                                   |
| Prostate ‡        | 27,1              | 83,7            | 95,9                              | 99,2                                |
| Vessie            | 16,8              | 72,8            | 66,5                              | 81,1                                |
| Lymphomes         | 23,1              | -               | 53,2                              | -                                   |
| Sarcome de Kaposi | 4,4               | -               | 14,9                              | -                                   |

\* ajusté par rapport à la répartition des âges des patients Zimbabwéens noirs

† ajusté par rapport à la répartition des âges des patients Zimbabwéens blancs

‡ survie de 3 ans

#### 4. Charge économique du cancer

La plupart des pays africains présentent des structures politiques, économiques et administratives similaires. Ils sont également en proie à la pauvreté, à l'épidémie de VIH/sida, à une cohorte de maladies transmissibles et à bien d'autres problèmes graves de santé, y compris les MNT, dont le cancer, qui constitue une préoccupation majeure de santé publique. Lorsqu'on aborde la prévention et la lutte anticancéreuses en Afrique, l'on devrait réaliser que les pays africains se caractérisent par des grandes disparités en ce qui concerne le revenu national brut (RNB), qui est une mesure adoptée par la Banque mondiale pour définir les pays par niveau de ressources. Pour les économies à faible revenu, la valeur du RNB par habitant se situe à US \$745 ou moins (données de 2001), et, pour les pays à revenu intermédiaire, le RNB par habitant s'élève à US \$9206. Tout revenu supérieur à cette valeur est considéré comme un revenu élevé. La disponibilité de ressources à consacrer à la santé, et, partant, à la lutte contre le cancer varie en fonction du groupe de revenu auquel le pays appartient. Même les pays ayant des niveaux de revenu similaires peuvent avoir des histoires, des valeurs culturelles et des infrastructures considérablement différentes, et tous ces facteurs ont une incidence sur leurs possibilités et leurs priorités. Le rythme de croissance des économies africaines influe également sur le niveau des efforts à fournir pour lutter contre le cancer. Au niveau des revenus les plus faibles, c'est-à-dire dans les pays où la croissance économique est stagnante (ce qui est malheureusement le cas d'un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne), l'augmentation des dépenses de prévention et lutte anticancéreuses n'est pas érigé en priorité.

L'ampleur du problème du cancer en Afrique devrait doubler dans les deux prochaines décennies si aucune action n'est prise dès à présent. Les conséquences sanitaires et économiques de cette situation seraient considérables. Selon les rapports de la Banque mondiale, l'impact économique du cancer en Afrique est dévastateur et bien plus important que le nombre de cancers ne le laisse penser. Le cancer touche les individus, les familles, les communautés, les entreprises et les gouvernements et il a un impact économique sur les uns et les autres à la fois. Si l'ampleur du cancer en Afrique continue de croître, comme l'on s'y attend au regard des tendances actuelles, les acquis engrangés au niveau du PIB vont lentement se fragiliser. Le cancer a une incidence sur la situation sanitaire globale de la société et augmente les dépenses directes de santé des ménages. Il amoindrit les



performances en termes de productivité et de croissance et induit un effet sur les performances macroéconomiques. L'impact économique du cancer en Afrique est particulièrement grave, parce que la plupart des cancers surviennent dans la tranche d'âge des personnes économiquement productives. Le choc économique inclut souvent aussi bien la perte de revenus que des dépenses liées aux frais de soins de santé. Si l'on veut éviter l'impact économique négatif en Afrique, les programmes nationaux de lutte contre le cancer (PNLC) intégrés dans les systèmes de santé et les services connexes existants devraient être élaborés, financés et mis en œuvre de toute urgence.

## **5. Risque ou facteurs d'atténuation du cancer**

On estime que 43 % environ des décès par cancer sont dus au tabagisme, à une alimentation déséquilibrée, à la consommation d'alcool, au manque d'exercice physique et à des infections. Parmi ces causes de cancer, le tabagisme est, à l'échelle mondiale, la plus facilement évitable. Outre le cancer des poumons, le tabagisme entraîne des tumeurs du larynx, du pancréas, des reins et de la vessie urinaire. L'usage nocif de l'alcool est associé à une forte incidence des carcinomes de la cavité bucco-dentaire et de l'œsophage. Par ailleurs, la mise en œuvre de stratégies efficaces et intégrées de prévention réduira, à long terme, l'incidence d'autres tumeurs dans d'autres parties du corps telles que l'estomac, le foie, le sein, le col de l'utérus, le colon et le rectum. En Afrique, le cancer est très étroitement associé au statut social. Les facteurs de risque de cancer sont plus élevés chez les individus les moins instruits. En outre, les patients ayant un faible statut social présentent des taux de survie plus bas que les patients ayant un statut social plus élevé. La situation est pire en Afrique, parce que beaucoup de personnes vivant avec le cancer n'ont pas accès aux soins ni au soutien nécessaires. Au nom de la bonne gouvernance et par respect des droits fondamentaux de l'homme, les malades du cancer devraient recevoir les soins et le soutien dont ils ont besoin, car des soins et un soutien adéquats améliorent nettement la qualité de la vie et la survie. Les soins du cancer devraient également intégrer le soutien physique, social, émotionnel et moral, ainsi que l'accès à une nutrition adéquate.

Si le corpus existant de connaissances sur la prévention, le traitement et les soins palliatifs du cancer est étendu, l'on doit encore apprendre beaucoup de choses dans bien des domaines comme la compréhension de l'étiologie, de la prévention et du traitement. L'on dispose à présent d'une compréhension suffisante des causes qui peuvent aider à prévenir au moins un tiers de tous les cancers dans le monde. L'on dispose également d'informations qui permettraient le dépistage précoce et le traitement efficace d'un tiers additionnel des cas. Il existe des méthodes efficaces de soulagement de la douleur et de fourniture de soins palliatifs à tous les patients cancéreux conjointement avec le soutien approprié à leurs familles, même dans les milieux à ressources limitées.

Dans de nombreux cas, cette vaste connaissance n'est pas en général mise en pratique. Les efforts visant à lutter contre le cancer sont entravés par la faible priorité souvent accordée à la maladie par les gouvernements et les ministères de la Santé. À l'heure actuelle, l'on compte excessivement sur le traitement auquel d'énormes dépenses sont consacrées et l'on note un déséquilibre considérable entre les ressources allouées à la recherche fondamentale sur le cancer et celles consacrées à la prévention et à la lutte. Par exemple, la prévention primaire, le dépistage précoce et les soins palliatifs sont souvent négligés en faveur des approches axées sur le traitement, même dans les cas où ces approches ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité et entraînent des souffrances humaines inutiles. Un autre exemple tient à la non-prise en compte des inégalités sociales liées à la prévention et à la lutte anticancéreuses. L'incidence du cancer et la survie sont clairement liées à des facteurs socioéconomiques. Les groupes à faible revenu et désavantagés sont généralement plus exposés aux facteurs de risque évitables tels que les cancérigènes environnementaux, l'usage nocif de l'alcool, les agents infectieux et le tabagisme. Ces groupes ont moins accès aux services de santé et à l'éducation sanitaire qui les outilleraient pour prendre des décisions visant à protéger et à améliorer leur propre santé. En outre, le changement des modes de vie expose les individus aux facteurs de

risque que l'on trouvait naguère principalement et exclusivement dans les pays développés (tels que la sédentarité, une alimentation riche en matières grasses animales et le tabagisme).

## **6. Interventions pour la prévention et la lutte anticancéreuses**

**6.1 La prévention** est souvent la stratégie la plus rentable à longue échéance pour lutter contre le cancer. Les mesures préventives sont doublement efficaces puisqu'elles contribuent à prévenir d'autres maladies chroniques associées aux mêmes facteurs de risque. Les agents infectieux sont responsables de près de 25 % des décès par cancer dans les pays en développement et de 6 % des décès dans les pays industrialisés. Dans les milieux peu nantis présentant une forte prévalence de cancer causée par les agents biologiques, des mesures spéciales s'avèrent nécessaires pour combattre ces infections. Par exemple, dans les zones endémiques du cancer du foie, la vaccination contre le virus de l'hépatite B, intégrée à d'autres programmes de vaccination, est la principale mesure de prévention. Des vaccins ont été mis au point et testés sur les êtres humains. Ils se sont avérés efficaces pour prévenir de façon précoce le cancer du col de l'utérus. La prévention des infections à VIH va également réduire l'incidence des cancers liés au VIH/sida, tels que le sarcome de Kaposi et le lymphome. Un certain nombre de mesures spécifiques de prévention et de protection contre les cancérigènes ou les facteurs de risque environnementaux (notamment l'exposition excessive aux rayonnements du soleil pour les albinos en Afrique) et sur le lieu de travail réduiront sensiblement l'incidence des cancers, tels que ceux du poumon, de la vessie et de la peau.

**6.2 Le dépistage précoce**, qui passe par le contrôle des populations asymptomatiques et la connaissance des premiers signes et symptômes, accroît les chances de guérison. Il suppose toutefois l'existence de structures pour confirmer le diagnostic et administrer le traitement, et des ressources nécessaires pour desservir la population concernée. Les données actuellement disponibles n'autorisent à recommander le dépistage en population que pour les cancers du sein, du col de l'utérus, du colon et du rectum dans les pays qui ont suffisamment de ressources pour couvrir largement la population, qui dispensent un traitement approprié et qui se conforment aux normes de contrôle de la qualité. Malheureusement, tous les éléments cités font défaut en Afrique. Des études sont néanmoins en cours pour évaluer des méthodes de dépistage peu coûteuses qui pourraient être utilisées durablement dans les pays peu nantis. Par exemple, l'observation à l'œil nu après application d'acide acétique pourrait s'avérer dans peu de temps une méthode efficace de dépistage du cancer du col. Les travaux doivent se poursuivre sur les méthodes peu coûteuses en remplacement de la mammographie, telles que l'examen clinique des seins<sup>13</sup>.

**6.3 Le traitement du cancer** est très onéreux et sert à guérir la maladie, prolonger la vie et améliorer la qualité de vie. Le traitement le plus efficace est associé à des programmes de dépistage précoce et conformes aux normes de soins qui reposent sur des bases factuelles. Les directives thérapeutiques et les guides pratiques améliorent les résultats du traitement, car ils fixent des normes pour la prise en charge des malades. À l'heure actuelle, les services de base du traitement du cancer sont inexistant dans la plupart des pays africains, et, lorsqu'ils sont disponibles, les pannes fréquentes d'appareils de radiothérapie sont très courantes, faute d'entretien préventif. S'agissant de la chimiothérapie, le manque de médicaments cytotoxiques, l'accessibilité en termes de coûts et l'accessibilité des services sont autant de préoccupations majeures. Hormis ces éléments, la plupart des pays africains ne disposent ni de politique de lutte contre le cancer, ni de lignes directrices d'orientation-recours, ni de directives thérapeutiques et de guides pratiques. Les ressources telles que l'argent en espèces, les personnes formées et le temps sont souvent limitées. Dans ces conditions, l'on se demande comment les pays africains peuvent influencer sur la prévention et la lutte anticancéreuses en l'absence d'une planification stratégique minutieuse, d'un plaidoyer et de persévérance.

En Afrique, la plupart des cancéreux ont besoin de soins palliatifs, dans la mesure où ils se présentent en général pour le traitement lorsque leur maladie se trouve à un stade avancé. Par soins palliatifs, il faut entendre non seulement le soulagement de la douleur, mais aussi le soutien moral et psychosocial aux malades et à leur famille dès le diagnostic, tout au long de la maladie jusqu'au décès et pendant le deuil. Ils offrent une meilleure qualité de vie aux malades et à leur famille indépendamment des possibilités de guérison. Ces services peuvent être assurés de manière simple et peu coûteuse. Il est possible, par exemple, d'administrer de la morphine par voie orale pour un prix relativement modique pour soulager les douleurs modérées à fortes et l'expérience des soins palliatifs fournis en Ouganda révèle que la morphine administrée par voie orale pour dix jours coûte 30 centimes de dollars américains<sup>14;15;16</sup>. Malheureusement, le soulagement de la douleur et les soins palliatifs sont souvent difficiles à obtenir, même dans les pays qui ne manquent pas de ressources, à cause de l'absence de volonté politique, du manque d'information et d'éducation du grand public, des prestataires de soins de santé et des malades, et d'une réglementation trop sévère des opioïdes<sup>17;18;19</sup>.

**6.4 Les autres activités** en matière de prévention et lutte anticancéreuses sont la **surveillance et la recherche**. Toutes les deux sont indispensables pour concevoir des programmes efficaces et rentables de lutte anticancéreuse, contrôler leur mise en œuvre et évaluer leurs résultats. Un système complet de surveillance renseigne sur la morbidité et la mortalité cancéreuses, sur les tendances des facteurs de risque et sur les effets de la prévention, du dépistage précoce, du traitement et des soins palliatifs. Les pays africains réalisent des enquêtes par étapes pour évaluer la prévalence des MNT et leurs facteurs de risque, notamment le cancer. Les registres du cancer font partie du système de surveillance. Les registres qui concernent la population donnent une indication de l'incidence et de ses tendances, tandis que les registres d'hôpitaux renseignent sur le diagnostic, le stade des cancers, les méthodes thérapeutiques et la survie. La recherche aide à déterminer les causes de cancer, à mettre au point et expérimenter des stratégies de prévention, de traitement et de lutte. La planification de la recherche et la fixation des priorités sont donc des éléments importants de tout programme de lutte contre le cancer.

L'OMS est attachée aux actions de santé publique conçues pour réduire l'incidence et la mortalité du cancer et pour améliorer la qualité de vie des patients par une mise en œuvre systématique des stratégies de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs reposant sur des bases factuelles. Plusieurs résolutions publiées sur le site web de l'OMS ont été adoptées et de nombreuses interventions ont été mises en œuvre aux niveaux mondial, régional et national. Des partenariats efficaces sont essentiels aux programmes de prévention et lutte anticancéreuses pour pérenniser les actions entreprises. L'OMS a renforcé ses liens avec d'autres institutions intervenant dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuses. Par conséquent, une alliance comprenant des organisations internationales, des institutions du système des Nations Unies, des organismes publics, des organisations non gouvernementales et des entités du secteur privé intervenant dans des domaines d'expertise tels que la médecine, les soins infirmiers, la recherche, la santé publique et la communication, a été lancée. Cette initiative regroupe également «l'Alliance pour la prévention du cancer du col utérin (ACCP)» et «Mon enfant, ma bataille», une campagne de l'UICC.

Dans le domaine de la recherche sur le cancer, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) mène des travaux ciblés sur l'étiologie et la prévention et réunit des données probantes sur la prévalence et l'incidence du cancer dans le monde, sur les causes du cancer et la carcinogenèse, et sur l'efficacité des stratégies de prévention et de dépistage précoce. Les résultats de recherche et les rapports tirés des publications du CIRC sont utilisés par l'OMS pour élaborer des politiques et exécuter des programmes de prévention et lutte anticancéreuses. La publication scientifique du CIRC parue récemment, intitulée «*Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention*»<sup>8</sup> contient les données épidémiologiques et

les projections les plus récentes sur le cancer, les connaissances actuelles sur ses causes et les recommandations de politique pour les programmes de lutte anticancéreuse.

## **7. Justification d'un PNLC**

Dans la mise en œuvre des interventions de prévention et lutte anticancéreuses, il y a une grande latitude pour améliorer les actions et une bonne mise en œuvre d'un programme national de lutte contre le cancer (PNLC) peut améliorer considérablement les résultats grâce au diagnostic précoce et à une répartition optimale des ressources limitées de traitement. Un PNLC bien conçu constitue l'instrument le plus efficace qui va combler le fossé entre les connaissances et la pratique. Lorsqu'ils sont intégrés dans les systèmes de santé existants et les services connexes, ces programmes garantissent une mise en œuvre systématique et équitable des stratégies de lutte dans le continuum de la prévention, du dépistage précoce, du traitement et des soins palliatifs, comme cela est énoncé dans les lignes directrices de l'OMS pour les PLNC<sup>3</sup>. Les décideurs et gestionnaires de programmes peuvent faire un usage rationnel des ressources disponibles pour qu'elles bénéficient à l'ensemble de la population, en adoptant une approche équilibrée d'interventions reposant sur des bases factuelles, dans le cadre d'un PNLC bien conçu.

Les décideurs devraient réaliser que, en tandem avec le fardeau du sida et des autres maladies endémiques, le cancer continue de faire des victimes en Afrique. Le problème du cancer gagnera en ampleur avec l'accroissement de l'espérance de vie. Il est peu probable que les pays africains puissent assumer immédiatement tous les aspects de la lutte contre le cancer, de la prévention au traitement puis aux soins palliatifs, pour cause de pénurie aiguë de personnel formé, de structures de traitement (centres cancérologiques, hôpitaux, centres de santé, etc.), et aussi en raison de l'absence d'un réseau de communication fiable et de systèmes d'orientation. Chaque pays africain, quelles que soient ses ressources, devrait mettre progressivement en œuvre des mesures spécifiques visant à atténuer l'impact du cancer sur sa population. Le programme pourra ensuite être mis à l'échelle lorsque les conditions financières et sociales vont s'améliorer. Certains aspects de la lutte contre le cancer en Afrique, qui ne sont pas très coûteux, peuvent être immédiatement mis en œuvre. Les pays africains devraient également savoir que plusieurs organisations sont disposées à assister les pays peu nantis.

## **8. Expérience en matière de mise en place des PNLC**

La première chose que l'on remarque en mettant en œuvre un PNLC est que la lutte contre le cancer est très complexe, contrairement à d'autres maladies. Le programme traite d'un éventail de maladies causées par des cancérigènes similaires tels que le tabac, les infections ou le régime alimentaire. La deuxième observation est que la plupart des actions de lutte anticancéreuse fondées sur des bases factuelles reposent sur des modèles thérapeutiques qui fonctionnent très bien dans les pays occidentaux. Ces modèles sont coûteux : ils impliquent une technologie de pointe et ne sont donc pas faciles à appliquer dans les pays peu nantis. Au cas où de telles procédures seraient pour certaines raisons imposées aux pays pauvres sans grandes ressources, elles sont fatalement vouées à l'échec faute d'appui technique, le public et les membres de la profession ne pouvant pas assurer leur pérennité. Un bon exemple est celui du dépistage par mammographie et du dépistage par test de Papanicolaou. L'expérience menée dans certains pays africains a montré que d'un point de vue de la santé publique, ces deux interventions sont vouées à l'échec et ne sont pas réalisables. La mammographie, qui est une technique de dépistage d'un bon rapport coût-efficacité requiert non seulement des ressources financières mais aussi une expertise technique avérée. De même, le dépistage par test de Papanicolaou exige une expertise technique de haut niveau et un système de prestation de soins de santé organisé. Les technologies émergentes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, telles que le dépistage par IVA et détection du VPH, peuvent néanmoins être exécutées à moindre coût.

Il est très important que le choix des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses en Afrique soit fondé sur l'acceptabilité pour la population à laquelle elles sont destinées. Ces interventions devraient être accessibles financièrement, adaptables au contexte local et intégrées dans d'autres programmes nationaux de santé. La mise en œuvre progressive des différents aspects de la lutte contre le cancer constitue une option que l'on devrait envisager sérieusement dans les pays africains peu nantis.

La réduction de l'incidence du cancer est un objectif essentiel pour les interventions de lutte anticancéreuse. Dans son document sur les PNLC<sup>3</sup>, l'OMS a identifié et classifié les cancers que l'on peut éviter, détecter aisément, traiter efficacement et ceux pour lesquels seuls les soins palliatifs sont possibles. Conjointement aux informations produites par le CIRC sur la charge et les tendances du cancer, ces lignes directrices peuvent être utilisées par les pays africains lors de la formulation du PNLC.



# CHAPITRE DEUX

## Principales interventions de prévention et de lutte anticancéreuses en Afrique

Lorsqu'on envisage d'adopter des interventions fondées sur des bases factuelles provenant des pays développés, il faut également prendre en compte des jugements économiques et éthiques et des jugements scientifiques. L'infrastructure est également un paramètre très important, parce que même des soins de base du cancer requièrent du personnel formé, des structures de traitement (centres cancérologiques, hôpitaux et centres de santé), des informations fiables et des systèmes d'orientation. De nombreux pays africains sont, pour l'heure, bien loin de remplir toutes ces conditions. Une telle situation exige que les pays soient guidés par rapport aux critères qui doivent être appliqués pour mesurer la valeur de toute intervention et fixer les priorités de la mise en œuvre. Le scénario idéal serait de garantir à tous les individus un égal accès aux interventions, quels que soient leur niveau d'instruction et leur statut social. En Afrique, il faut tenir compte du paramètre important que constituent les structures en place (organisation, personnel suffisant, ressources, etc.) et des processus (systèmes de valeurs, approches et informations). Cela pose un grand problème, le cancer n'occupant pas une place de choix dans le programme d'action sanitaire en Afrique et devant partager les mêmes ressources avec d'autres maladies. L'utilisation de ressources sans planification minutieuse prête au gaspillage et n'est pas très avantageuse.

### Interventions recommandées

Les interventions recommandées pour la prévention et la lutte anticancéreuses comprennent des activités bien coordonnées et réalisables offrant un bon rapport coût-efficacité, notamment :

- a) la formulation d'une politique et d'un plan stratégique national de lutte contre le cancer, ainsi que le plaidoyer et la sensibilisation au cancer;
- b) la mise en place/le renforcement de sources fiables et durables de collecte de données, en particulier les registres du cancer;
- c) la prévention primaire du cancer;
- d) les initiatives de prévention secondaire et les services de dépistage précoce;
- e) les services de qualité de traitement du cancer;
- f) de bons services de soins palliatifs;
- g) des programmes d'éducation/de formation pour des groupes cibles identifiés;
- h) différents types de recherches sur le cancer.

### Comment hiérarchiser les interventions

Lorsqu'une analyse spécifique de situation a été menée dans un pays, les décideurs qui doivent décider de l'allocation des fonds entre le cancer et d'autres priorités ou d'autres interventions de lutte anticancéreuse ont besoin de plus amples informations sur les interventions acceptées en raison de leur excellent rapport coût-efficacité dans d'autres pays. Le coût total d'une intervention est souvent le facteur décisif, quel que soit l'intérêt potentiel d'une intervention.

Par exemple, le coût d'une intervention telle que la vaccination anti-hépatite B pour les nourrissons (qui est une priorité générale pour tous les pays) dépend du nombre de naissances et de la couverture espérée, du coût unitaire du vaccin et de la capacité à l'intégrer (comme, par exemple, l'adéquation de la chaîne du froid) dans les programmes de vaccination existants. Le calcul dans ce cas est relativement simple. Cependant, si la

question est de savoir s'il faut instaurer ou non un programme de dépistage pour le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein, les estimations de coût deviennent plus complexes comme le sont les calculs des ratios coût-efficacité ou coût-avantage. Dans les deux cas, le dépistage implique la disponibilité de traitement pour les cancers (ou les états précancéreux) détectés, ainsi que l'entretien de la structure de dépistage elle-même. Dans le présent rapport, les informations générales sur les ratios de coût-efficacité ou coût-avantage des interventions, telles que rapportées dans la littérature, ont été fournies comme guide, eu égard au fait que lorsqu'une décision doit être prise à un moment spécifique dans un pays donné, il faut effectuer beaucoup plus de calculs spécifiques. Certains pays africains disposent de professionnels en économie de la santé capables d'orienter une telle prise de décision, mais tous les pays ne disposent pas d'une telle capacité. Les pays ne disposant pas de professionnels capables d'effectuer les calculs requis doivent bénéficier de l'assistance technique de l'OMS pour les aider à prendre les décisions concernant les allocations dans les budgets de santé. Les autres facteurs qui devraient être pris en compte lors de l'adoption de ces décisions concernant les allocations budgétaires comprennent la disponibilité des fonds, le rapport coût-efficacité et l'accessibilité des méthodes d'intervention, l'acceptabilité, la faisabilité, la sûreté et l'assurance-qualité, la durabilité, ainsi qu'une intervention appropriée et globale.

Pour faciliter l'évaluation de la situation et commencer la planification et/ou la mise à l'échelle d'un programme de lutte contre le cancer, l'OMS a développé des ressources (voir annexe), qui contiennent une série de questions, et proposé une méthodologie susceptible d'être utilisée par tout gestionnaire de programme.

Dans les prochains chapitres, nous indiquons comment mettre en œuvre les principales interventions mentionnées ci-dessous.

- 1. Intervention 1 :** Formuler une politique et un plan stratégique national de lutte contre le cancer dans le cadre des MNT
- 2. Intervention 2 :** Mettre en place/renforcer des sources fiables et durables de collecte de données
- 3. Intervention 3 :** Favoriser la prévention primaire du cancer
- 4. Intervention<sup>2</sup> 4 :** Favoriser les initiatives de prévention secondaire et fournir plus largement des services de dépistage précoce
- 5. Intervention 5 :** Assurer des services de qualité de traitement du cancer
- 6. Intervention 6 :** Fournir de bons services de soins palliatifs
- 7. Intervention 7 :** Assurer des programmes d'éducation/de formation à l'intention de groupes cibles identifiés
- 8. Intervention 8 :** Effectuer divers types de recherche sur les cancers

Le chapitre 4 présente de manière détaillée la méthode de sélection de ces principales interventions en fonction du contexte local, y compris les ressources humaines, techniques et financières disponibles.

## 2.1. INTERVENTION 1 : Formuler une politique et un plan stratégique national de lutte contre le cancer dans le cadre des MNT

**Stratégie** : Politique, Plaidoyer et Travail en Réseau pour la Lutte Contre le Cancer

Quelles que soient les contraintes de ressources d'un pays, une politique nationale de lutte contre le cancer bien conçue et bien gérée débouchant sur un PNLC constitue, de l'avis général, la meilleure manière de réduire la morbidité et la mortalité cancéreuses et d'améliorer la qualité de vie des cancéreux et de leurs familles. Lors de la formulation d'une politique nationale de lutte contre le cancer, la prise de décisions, l'administration, le plaidoyer et la pratique de la médecine devraient être pris conjointement en compte pour justifier les priorités de réalisation de la santé pour tous. Les principales MNT partagent des facteurs de risque communs et cette donnée devrait être capitalisée lors de la formulation de la politique, de la planification stratégique et du travail en réseau sur le cancer. L'OMS a déjà publié des lignes directrices pour aider les gestionnaires et les responsables à élaborer et mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux de lutte contre le cancer<sup>3</sup>. Le PNLC ou le plan stratégique doit être adapté au contexte local. Parfois, les décideurs et les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des dilemmes d'ordre éthique lorsqu'ils fixent les priorités, en raison de «la portion congrue du gâteau budgétaire à partager». Dans ces circonstances, ils doivent se demander si les systèmes et la pratique actuels préservent la solidarité et l'équité de manière compatible avec leurs valeurs et une juste répartition de la richesse.

Dans la planification de la prévention et la lutte anticancéreuses, le plaidoyer est une stratégie essentielle visant à influencer la réflexion et l'action du public et des décideurs à tous les niveaux. Grâce à l'information et à l'éducation du grand public et des décideurs, les défenseurs de la lutte contre le cancer peuvent influencer les lois, règlements et règles qui ont une incidence sur la situation du cancer, de la prévention aux soins palliatifs. Le travail en réseau vise à promouvoir la politique de lutte contre le cancer et le plan stratégique y afférent; à partager les enseignements et à réduire la duplication des efforts; à travailler sur les problèmes et les sujets communs dans le but de promouvoir la cohérence; à favoriser les relations de travail entre toutes les parties prenantes dans le pays et au-delà des frontières des organisations, en vue de promouvoir une approche de collaboration pour la planification et la prestation de services.



**Tableau 2 : Matrice proposée pour les activités de politiques et de planification stratégique, de plaidoyer et de création de réseaux de lutte contre le cancer**

| ACTIVITES   | RESULTATS ATTENDUS   | ACTEURS                              | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLES  |
|---|--|--------------------------------------|---|
| Nommer un Comité national de pilotage du PNLC conformément aux lignes directrices de l'OMS3   | Représentation des différents secteurs                                       | Ministère de la santé (MINSANTÉ)     | Réunions régulières, procès-verbaux des réunions et des résolutions   |
| Définir les priorités de prévention et lutte anticancéreuses à l'aune d'une analyse interne de la situation dans le cadre du programme sur les MTN                                | Priorités clairement énoncées dans les termes de référence du comité désigné | MINSANTÉ                             | Analyse situationnelle<br>Document de politique sur les MNT<br>Document des termes de référence pour le Comité national du PNLC |
| Intégrer les activités de prévention et de contrôle du cancer dans les soins de santé primaires (SSP) et d'autres niveaux du système de santé                                     | Lutte contre le cancer intégrée dans les SSP                                 | MINSANTÉ                             | Lutte contre le cancer comme l'une des priorités des plans de SSP   |
| Intégrer la lutte contre le cancer dans les programmes de santé des ONG [locales et internationales]  | Collaboration avec les ONG et le MINSANTÉ                                    | MINSANTÉ et ONG                      | Accroissement du nombre de parties intéressées par la lutte contre le cancer<br>Représentation des ONG dans le PNLC             |
| Collaborer avec d'autres programmes de santé, le paludisme, la schistosomiase, la lutte contre le sida, l'hépatite B, etc. par exemple en vue du renforcement du système de santé | Lutte contre le cancer intégrée dans la prestation des soins de santé        | Gestionnaires de programmes          | Partage et échanges entre le PNLC et d'autres programmes de santé   |
| Faire du plaidoyer pour la prévention du cancer et l'amélioration des services de lutte contre le cancer  | Décideurs influencés   | Toutes les parties prenantes         | Politique et plan stratégique nationaux de lutte contre le cancer formulés et en cours d'exécution                              |
| Élaborer une stratégie de communication pour la prévention et la lutte anticancéreuses  | Individus et communautés sensibilisés<br>Décideurs influencés                | MINSANTÉ et autres parties prenantes | Alliance et réseaux de prévention et lutte anticancéreuses  |

## **2.2. INTERVENTION 2 : Mettre en place/renforcer des sources fiables et durables de collecte de données**

**Stratégie** : Statistiques d'état-civil, registres du Cancer et enquêtes par sondage

Un PNLC exhaustif nécessite des informations fiables sur la charge cancéreuse et un système de surveillance de la maladie, de ses déterminants (facteurs de risque) et des résultats. Le Manuel de l'OMS sur les PLNC<sup>3</sup> et le Module sur la planification de la lutte contre le cancer<sup>2</sup> indiquent les éléments d'un système de surveillance du cancer, y compris la mesure de la charge cancéreuse (incidence, mortalité, prévalence et survie) et de la prévalence des principaux facteurs de risque. Tout système de surveillance est également concerné par le suivi et l'évaluation des résultats du programme de lutte contre le cancer. Les indicateurs de succès des différentes composantes du PNLC devraient être définis au moment de sa formulation.

Il faudrait non seulement mesurer la charge cancéreuse, mais aussi évaluer et consigner les principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses pour une commodité de comparaison dans les pays africains. Bien que coûteuse et prenant du temps, la documentation des effets doit être effectuée parce qu'elle est essentielle dans la détermination des priorités d'intervention. L'avantage d'une intervention particulière peut également être mesuré en termes de prolongement de la vie (mortalité réduite) ou d'amélioration de la qualité de vie liée à la santé. S'il est aisé de mesurer la survie, la qualité de vie, par contre, est difficile à quantifier de manière à permettre une comparaison avec d'autres individus dans la même situation.

**Tableau 3 : Matrice proposée pour les activités concernant les statistiques de l'état-civil, les registres de cancer et les enquêtes par sondage**

| ACTIVITÉS   | RÉSULTATS ATTENDUS   | ACTEURS  | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS  |
|---|--|--|---|
| Plaidoyer pour le recensement régulier de la population                             | Informations sur la population générale  | Bureau national de statistiques                        | Publication des données nationales  |
| Enregistrement des certificats de décès   | Informations sur les causes de décès   | Registre des décès                                     | Publication des registres de décès  |
| Mise en place de services idoines d'histopathologie                                 | Services d'histopathologie fournis à temps   | MINSANTÉ et institutions                               | Unités d'histopathologie bien dotées en personnel/équipements et en ressources financières  |
| Mise en place d'un registre des cancers de la population                            | Personnel recruté/nommé et formé   | Organisations internationales : CIRC, NCI, OMS et UICC | Registre des cancers approuvé par le CIRC, personnel du registre des cancers formé. Expertise en épidémiologie/statistiques disponibles |
| Registre des cancers de la population fonctionnel                                   | Statistiques valides sur l'incidence. Données sur les stades et les résultats de cancers incidents | Hôpitaux et MINSANTÉ                                   | Adhésion à l'AIRC. Rapports annuels sur le profil des cancers   |
| Obtenir des données démographiques de base sur la prévalence des facteurs de risque | Rapports d'enquête   | MINSANTÉ et hôpitaux                                   | Données de prévalence sur le tabac, l'alcool, les aflatoxines, la taille/le poids (BMI)   |
| Obtenir des données démographiques sur les infections liées au cancer               | Rapports de prévalence de ces infections   | OMS, MINSANTÉ et hôpitaux                              | Prévalence du HBV, HCV, VIH (VPH et H. pylori)  |
| Diffusion/publication des rapports annuels sur le cancer                            | Rapports annuels sur le cancer   | Instituts et registres des cancers                     | Publications régulières   |

## **2.3. INTERVENTION 3 : Favoriser la prévention primaire du cancer**

**Stratégie** : Prévention Cancéreuse et Sensibilisation

### **Prévention du cancer**

La prévention vise à minimiser et éliminer la possibilité d'exposition aux agents cancérogènes et à réduire les facteurs de risque biologique dans la communauté. Elle constitue la possibilité la plus grande et la moins onéreuse de lutter contre le cancer à long terme. Elle se focalise sur la sensibilisation du public aux facteurs de risque et aux modes de vie qui peuvent entraîner le développement du cancer.

La prévention du cancer relève aussi bien de la responsabilité politique que médicale. Pour prévenir cette maladie, nous devons connaître les facteurs qui peuvent accroître le risque pour tout individu de développer le cancer et prendre des mesures visant à réduire ces facteurs. La prévention doit s'inscrire dans une perspective à long terme, car les avantages de l'investissement dans la prévention ne seront manifestes qu'après plusieurs décennies ou dans la génération suivante. Les mesures de promotion de la prévention et de la santé doivent être bien coordonnées. En outre, plusieurs mesures efficaces dans la lutte anticancéreuse s'appliquent également à la lutte contre les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques.

La population, les ONG et le gouvernement doivent tous participer à la réduction et/ou à l'élimination des facteurs environnementaux du cancer. En Afrique, la priorité devrait être accordée aux facteurs infectieux, comportementaux et environnementaux.

### **Sensibilisation au cancer**

La sensibilisation au cancer peut se faire par l'éducation du public et des écoliers. Les méthodes ci-après peuvent être utilisées :

- a) les affiches, les articles de presse, les émissions radiodiffusées et télévisées en langues locales et dans les langues officielles des pays;
- b) l'éducation à la santé à l'école, sur les lieux de réunion et de travail;
- c) l'intégration des supports d'éducation à la santé sur le cancer dans les programmes d'enseignement des écoles primaires et secondaires.

**Tableau 4 : Matrice proposée pour les activités relatives à la prévention et à la sensibilisation au cancer**

| ACTIVITÉS   | RÉSULTATS ATTENDUS   | ACTEURS                                      | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS  |
|---|--|--|---|
| Identifier les mesures pour les cancers évitables, telles que la vaccination contre les cancers du foie et du col de l'utérus et les campagnes/mesures de lutte antitabac   | Mesures de prévention du cancer clairement définies pour les cancers du poumon, du col de l'utérus et du foie pour le pays   | MINSANTÉ et autres parties prenantes         | Documentation des mesures de prévention pour les cancers courants dans le pays  |
| Renforcer la vaccination contre le virus de l'hépatite et introduire les vaccins VPH  | Nombre accru d'individus dans le pays vaccinés contre les infections chroniques causant le cancer  | MINSANTÉ et autres parties prenantes         | Pourcentage de la population qui a été vaccinée contre le virus de l'hépatite B et le VPH   |
| Diffuser l'information sur la prévention du cancer à l'intention du grand public, y compris les cancérigènes environnementaux et professionnels   | Sensibilisation du public par l'IEC sur la prévention du cancer, en fonction du contexte local   | MINSANTÉ, médias et autres parties prenantes | Pourcentage de la population ayant connaissance des interventions de prévention du cancer<br>Nombre de supports d'IEC élaborés pour la prévention du cancer |
| Plaider en faveur des comportements favorisant la prévention du cancer, tels qu'un régime alimentaire sain, l'activité physique, la sexualité sans risque, ou encore les programmes d'éducation directe dans les écoles et sur les lieux de travail | Nombre accru d'individus dans le pays adoptant des comportements de prévention du cancer comme l'abstinence tabagique, la consommation modérée de l'alcool, une alimentation équilibrée et la pratique d'activités physiques | MINSANTÉ et autres parties prenantes         | Pourcentage d'individus qui ont changé leur comportement et leurs modes de vie  |

## **2.4. INTERVENTION 4 : Favoriser les initiatives de prévention secondaire et fournir plus largement des services de dépistage précoce**

**Stratégie** : dépistage du Cancer et Détection Précoce du Cancer

De nombreux types de cancers fréquents en Afrique peuvent être facilement détectés et dépistés au stade précancéreux où il est possible de les guérir. Il s'agit des cancers du col de l'utérus, du sein, de la bouche, de la gorge, du larynx et de la peau. Certains cancers d'enfants tels que le rétinoblastome (tumeur de l'œil) et le cancer de Wilm (tumeur du rein) entrent également dans cette catégorie.

La prévention secondaire implique le dépistage précoce et le diagnostic précoce du cancer lorsque les cancers sont curables. Le dépistage précoce intègre l'auto-examen des seins (AES) dans lequel chaque individu surveille continuellement les signes et symptômes du cancer, tandis que le dépistage se fait de façon intermittente ou périodique par les professionnels de la santé comme le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de l'IVA et de l'examen clinique du sein (ECS).

### **2.4.1. Dépistage du cancer**

Le dépistage du cancer a pour but de détecter les lésions précancéreuses et les premiers symptômes du cancer, avant que l'individu ne puisse en ressentir et/ou détecter la présence.

#### **2.4.1.1. Buts du dépistage**

- a) Concevoir des campagnes de sensibilisation du public pour encourager les individus à assumer la responsabilité de leur propre santé;
- b) Travailler en liaison avec le ministère de l'Éducation à intégrer les méthodes de dépistage du cancer dans les programmes d'enseignement scolaire;
- c) Élaborer et mettre en place des programmes nationaux de dépistage pour les personnes à risque;
- d) Éduquer le public et les écoliers sur les méthodes d'auto-dépistage, telles que l'AES et les 7 signes d'alerte du cancer;
- e) Identifier les cancers les plus susceptibles d'être détectés de façon précoce par les méthodes de dépistage, par exemple les cancers du col de l'utérus, du sein et de l'enfant, et leur affecter la priorité;
- f) Former les professionnels des soins de santé à rechercher les signes et symptômes du cancer;
- g) Élaborer une politique claire de dépistage, d'orientation, de diagnostic, de traitement et de suivi de tous les cas.

#### **Dépistage du cancer du col de l'utérus**

- ***Justification***

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus répandu chez les femmes africaines<sup>9</sup>. La manifestation tardive de ce type de cancer est un phénomène fréquent. Beaucoup de femmes résidant en milieu rural n'ont pas accès aux tests de dépistage au cours de leur vie. Étant donné que le frottis vaginal est un test techniquement difficile à effectuer et très coûteux, les méthodes d'inspection visuelle telles que l'IVA et l'IVL devraient être encouragées.

- **Plan de mise en œuvre**

Pour les femmes démunies présentant un risque élevé de développement du cancer du col de l'utérus en Afrique, l'une des méthodes pour garantir le dépistage d'au moins 80 % de ces femmes âgées de 25 à 59 ans consiste à disposer d'un service décentralisé au niveau primaire du système de santé. Un programme de services mobiles de dépistage sera très utile et devra être mis en œuvre en collaboration avec les unités de santé de la mère et de l'enfant/de planification familiale du MINSANTÉ, en tant que partie intégrante des programmes de politique de maternité sans risque et de santé de la mère, ainsi que de planification familiale/de population. Dans les pays où l'approche de santé communautaire de soins palliatifs a été introduite, le canal utilisé pour ce programme pourrait également servir à assurer des programmes mobiles de services de dépistage.

- **Objectifs de la mise en œuvre**

- i) Instaurer une éducation à la santé pour renforcer la connaissance des premiers signes et symptômes;
- ii) Mettre en place une politique claire de dépistage régulier des femmes âgées de plus de 25 ans.

- **Stratégies**

- i) Identifier les femmes âgées de 25 à 59 ans en vue d'un dépistage;
- ii) Former les agents de santé communautaire à utiliser une liste de vérification pour les groupes à haut risque susceptibles d'être orientés pour un dépistage;
- iii) Former les agents de soins de santé primaire à examiner le col de l'utérus et procéder à l'IVA/l'IVL au niveau des cliniques;
- iv) Assurer la disponibilité d'équipements pour l'IVA/l'IVL et les examens gynécologiques;
- v) Former les médecins et les infirmiers aux techniques de l'IVA/l'IVL, à la colposcopie, à la cryothérapie et à l'électro-résection à l'anse diathermique (ERAD);
- vi) Créer des laboratoires comportant des services d'histopathologie au niveau régional;
- vii) Établir un lien entre l'identification de l'anomalie et l'orientation pour le diagnostic, le traitement et le suivi.

- **Évaluation**

Le programme va réduire le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs du col de l'utérus présentant un stade avancé (stade II+) de la maladie. Les effets à long terme de ce plan se traduiront par une baisse de l'incidence et de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus<sup>21</sup>.

### **Diagnostic précoce et orientation**

Plus de 80 % des patients en Afrique font, lors de leur première présentation, un cancer incurable avancé<sup>10,11</sup>. C'est un grand problème qui peut être atténué par l'information du grand public sur les premiers signes et symptômes, par la formation des professionnels de la santé sur le cancer et par la mise en place de procédures rapides d'orientation vers des hôpitaux disposant d'installations adéquates de diagnostic et de traitement.

## **Cancer du sein**

- **Justification**

Le cancer du sein est le deuxième type de cancer le plus répandu chez les femmes africaines. Nombre de ces patientes se présentent dans les hôpitaux avec une maladie à un stade avancé, car les programmes nationaux de dépistage par mammographie sont coûteux et ne sont pas facilement accessibles à la majorité des femmes dans la plupart des pays africains. L'examen clinique du sein (ECS) et l'AES devraient être encouragés comme partie intégrante des programmes de politique de maternité sans risque, de santé de la mère, de planification familiale/de population.

- **Plan de mise en œuvre**

Un bon programme d'éducation à l'ECS et à l'AES constitue la stratégie la plus importante dans cette intervention.

- **Objectif principal**

Faire connaître la pratique de l'ECS et à donner des instructions relatives à l'AES à 80 % des femmes âgées de 15 ans.

- **Stratégies**

Instaurer une formation sanitaire en vue de susciter une prise de conscience du dépistage par AES (commencer par les écoles). Former les agents de soins de santé primaire à pratiquer l'ECS et à enseigner l'AES.

- **Évaluation**

Le programme réduira le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs du sein présentant un stade avancé (stade II+) de la maladie. Les effets à long terme de ce plan indiqueront une baisse progressive de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein.

## **Cancers de l'enfant**

- **Justification**

Le lymphome de Burkitt, la tumeur de Wilm, le rétinoblastome, les leucémies, les sarcomes et les neuroblastomes sont les cancers les plus courants qui surviennent chez les enfants, principalement au cours de leurs dix premières années de vie. La plupart de ces cancers sont curables en cas de diagnostic et de traitement précoces. Le taux de guérison du lymphome de Burkitt et de la tumeur de Wilm est élevé en cas de dépistage précoce. L'éducation sur ces tumeurs sera intégrée dans les programmes de santé de l'enfant.

- **Objectif principal**

S'assurer que la plupart des cancers de l'enfant sont détectés de façon précoce par les agents de soins de santé de tous niveaux.



- **Objectifs de la mise en œuvre**

- a) Éduquer les agents de soins de santé à l'importance du dépistage des enfants bien portants par l'observation et l'examen physiques;
- b) Éduquer les parents à l'importance d'examens complets réguliers d'enfants bien portants qui seraient intégrés dans les établissements de santé du MINSANTÉ et les programmes de vaccination;
- c) Sensibiliser les agents de santé aux cancers courants chez les enfants et à l'importance de l'orientation précoce pour le rétinoblastome, le lymphome de Burkitt et d'autres cancers de l'enfant.

- **Stratégies**

Instaurer une éducation sanitaire en vue de susciter une prise de conscience des cancers de l'enfant (commencer par informer les mères et les professionnels de la santé). Former les agents de soins de santé primaire à détecter de façon précoce les cancers de l'enfant.

- **Évaluation**

Le programme réduira le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs de l'enfant qui présentent un stade avancé (stade II+) de la maladie. Les effets à long terme de ce plan indiqueront une baisse progressive de l'incidence et de la mortalité liée aux cancers de l'enfant.

**Tableau 5 : Matrice proposée pour les activités relatives au dépistage et au dépistage précoce du cancer**

| ACTIVITÉS  | RÉSULTATS ATTENDUS  | ACTEURS                                | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS  |
|--|---|--|---|
| Créer un environnement favorable au dépistage du cancer comme, par exemple, des recommandations et des directives claires, y compris des services abordables et accessibles de dépistage | Services de dépistage du cancer accessibles et équitables   | MINSANTÉ et autres parties prenantes   | Nombre de programmes de dépistage mis en place  |
| Instaurer des services de dépistage précoce dans le système de santé comme, par exemple, l'IVA pour le cancer du col de l'utérus   | Services de l'IVA pour le dépistage précoce à tous les niveaux du système de santé  | MINSANTÉ et gestionnaires de programme | Programme de dépistage précoce mis en place jusqu'au niveau des SSP                           |
| Renforcer la capacité des agents de santé à tous les niveaux du système de santé   | Agents de santé outillés en connaissances des techniques de dépistage précoce   | Gestionnaires de programmes            | Nombre d'agents de santé formés aux procédures de dépistage précoce                           |
| Éduquer le public à l'importance de l'auto-détection, l'AES par exemple  | Auto-détection accrue pour les cancers détectables  | Instituts et hôpitaux                  | Manuels et brochures de formation produits<br>Nombre de femmes pratiquant l'AES               |
| Fournir un éventail plus large de structures dans le système de soins de santé disposant d'équipements adéquats pour le dépistage précoce  | Le système d'orientation est renforcé et le dépistage précoce est effectué à différents stades du système de soins de santé | MINSANTÉ                               | Nombre d'hôpitaux d'orientation régionaux ou de districts équipés pour la détection du cancer |

## 2.5. INTERVENTION 5 : Assurer des services de qualité de traitement du cancer

### **Stratégie** : Traitement du cancer

La première étape dans la prise en charge du cancer consiste à poser un diagnostic précis. Cela requiert une combinaison d'évaluations cliniques minutieuses et d'investigations diagnostiques précises, notamment l'endoscopie, l'histopathologie, l'imagerie, la cytologie et les études en laboratoire. Après confirmation du diagnostic, il est nécessaire d'entreprendre une évaluation poussée pour vérifier le niveau de propagation du cancer (détermination de la phase). La détermination de la phase du cancer a pour buts de :

- a) faciliter le choix de la thérapie;
- b) faciliter l'évaluation du pronostic;
- c) faciliter l'échange d'informations;
- d) déterminer le moment d'arrêt de la thérapie;
- e) standardiser la conception des protocoles de recherche sur le traitement.

Les principes de base du traitement du cancer sont les mêmes à travers le monde. Cependant, l'accent mis sur le traitement dépendra des tendances locales de la maladie, c'est-à-dire des types de cancers les plus fréquents et des proportions relatives des stades précoce ou tardif au moment du diagnostic. Les approches spécifiques de cancérothérapie adoptées dans chaque pays dépendront également de la disponibilité de ressources humaines, physiques et financières, ainsi que de la volonté politique d'induire le changement nécessaire dans la prise en charge du cancer<sup>20</sup>.

Les principales méthodes de traitement sont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie (y compris la manipulation hormonale) et le soutien psychosocial. Si chacune de ces méthodes a un rôle bien établi et peut soigner certains types de cancer, la prise en charge multidisciplinaire est plus efficace que la prise en charge séquentielle et indépendante des patients. Hormis la chirurgie de maladies à étendue très limitée ou des lésions précancéreuses, les services oncologiques dépendent d'une bonne infrastructure d'hôpital tertiaire, dotée de services pour un diagnostic rapide et la détermination des phases de toutes les demandes soumises.

### **Les buts principaux de la cancérothérapie sont :**

- a) la guérison;
- b) le prolongement de la vie utile;
- c) l'amélioration de la qualité de vie.

La guérison est définie ici comme l'atteinte d'une durée de vie normale. Elle a trois composantes importantes :

- a) la guérison au regard de toutes les données probantes de maladie (rémission complète);
- b) l'atteinte d'un stade de risque minimum ou d'absence de risque de récurrence ou de rechute;
- c) la restauration de la santé fonctionnelle (physique, motrice et psychosociale).

## **Thérapie efficace et à coût abordable**

La plupart des pays d'Afrique ne disposent pas d'infrastructures ni d'installations satisfaisantes pour la cancérothérapie fondée sur la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Par ailleurs, dans la plupart des cas, des agents de santé convenablement formés capables de travailler en milieu africain, les approvisionnements suffisants en médicaments<sup>20</sup> et le remplacement des équipements de radiothérapie devenus obsolètes, ainsi que l'entretien adéquat de ces équipements, font défaut. Le traitement de qualité étant très coûteux, des politiques devraient impérativement être adoptées en vue de garantir un financement suffisant de ces services par le gouvernement visant à améliorer la situation actuelle.

**Tableau 6 : Matrice proposée pour les activités relatives à la cancérothérapie**

| ACTIVITÉS   | RÉSULTATS ATTENDUS   | ACTEURS                                      | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS  |
|---|--|--|---|
| Élaborer/adapter des directives thérapeutiques normalisées pour les cancers courants dans le pays   | Directives thérapeutiques appliquées à différents niveaux du système de santé                              | MINSANTÉ, hôpitaux et partenaires            | Directives thérapeutiques élaborées assorties de niveaux pertinents d'application                             |
| Concevoir des mécanismes d'assurance-qualité pour contrôler la bonne prise en charge des patients cancéreux et le respect de la déontologie   | Soins de qualité pour les patients cancéreux   | MINSANTÉ                                     | Programmes d'assurance-qualité, politiques de traitement et cadres de déontologie en place                    |
| Veiller à ce que la qualité des équipements de laboratoire et de traitement, l'infrastructure et le matériel [y compris les médicaments] pour le traitement du cancer répondent à des normes élevées. | Services de prise en charge de qualité pour les patients cancéreux   | MINSANTÉ, instituts, hôpitaux et partenaires | Équipements, infrastructures et matériels de qualité fournis aux niveaux respectifs de prestation de services |
| Garantir la disponibilité et l'accessibilité continues des médicaments pour la chimiothérapie du cancer   | Chimiothérapie du cancer largement disponible et d'un coût accessible pour les patients atteints du cancer | MINSANTÉ, instituts et hôpitaux              | Prestation continue de services de traitement du cancer   |
| Identifier les critères d'orientation appropriée pour différents patients cancéreux   | Orientations appropriées   | MINSANTÉ et hôpitaux                         | Critères d'orientation pour différents patients cancéreux élaborés et appliqués                               |

## 2.6. INTERVENTION 6 : Fournir de bons services de soins palliatifs

### **Stratégie** : Soins Palliatifs

La situation des soins du cancer en Afrique est très différente de celle rencontrée dans les pays développés : 80 % à 90 % des patients sont atteints de cancers incurables au moment où ils se présentent; moins de 5 % des cas sont évités et seulement 10 % à 15 % des cas sont curables, lorsqu'un traitement approprié est administré<sup>14;15</sup>.

En 1986, l'OMS a indiqué dans sa brochure sur le soulagement de la douleur cancéreuse<sup>16</sup> que la chimiothérapie et la radiothérapie ne seraient pas disponibles pour la majorité des patients cancéreux dans les pays en développement pendant plusieurs générations pour des raisons de coût. Ceci est vrai pour l'Afrique. L'OMS a donc souligné la nécessité d'ériger la lutte contre la douleur et les symptômes au rang de priorité, à travers le Mouvement en faveur des soins palliatifs. Ce service est relativement plus abordable, les médicaments utilisés étant relativement abordables. Mais ils ne sont pas souvent disponibles en Afrique ni dans d'autres pays en développement. Face à une telle situation, l'approche la plus appropriée pour les pays africains consiste à s'assurer que de bons soins palliatifs accessibles et abordables sont mis à la disposition des patients atteints du cancer et d'autres patients souffrant de maladies chroniques. Ils devraient également être informés de ce que les soins palliatifs ont un coût peu élevé, sont possibles, tout en étant très importants pour améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et d'autres patients atteints de maladies chroniques<sup>17-18</sup>.

Les soins palliatifs sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients (et de leurs familles) confrontés à une maladie qui met la vie en péril. Les soins palliatifs agissent par la prévention et le soulagement de la souffrance grâce à une identification précoce et à une évaluation, ainsi qu'à un traitement approprié de la douleur et d'autres problèmes d'ordre physique, psychosocial et moral. En Afrique, 70 % à 80 % des patients se trouvant à des stades ultimes de leurs cancers ont besoin de soins palliatifs dans les toutes premières phases de la prise en charge de leurs maladies<sup>14;15</sup>. Contrairement aux idées reçues, les patients cancéreux peuvent mener une vie normale et travailler à temps plein pendant de nombreuses années, même s'ils ne sont pas guéris. Ainsi, le manque de capacité à prendre les mesures les plus appropriées de soulagement des symptômes chez la plupart des patients cancéreux en Afrique constitue un sérieux dilemme éthique.

Une expertise considérable est requise pour garantir un traitement et des soins terminaux de grande qualité. En Afrique, il existe peu d'expertise disponible en matière de soins palliatifs, parce que cette approche n'est pas érigée en priorité dans la formation médicale. En conséquence, l'on note un manque général de fournitures de soins palliatifs standard, ce qui se traduit notamment par des souffrances considérables et inutiles pour les patients cancéreux.

Pour mettre en place une politique et un programme nationaux efficaces de soulagement de la douleur et de soins palliatifs, les mesures suivantes devraient être intégrées<sup>18;22</sup> :

- a) veiller à ce que le programme de soins palliatifs soit intégré dans le système de soins de santé existant;
- b) veiller à ce que les agents de soins de santé soient bien formés au soulagement de la douleur cancéreuse et aux soins palliatifs;
- c) veiller à ce qu'un soutien adéquat soit fourni pour les programmes de soins palliatifs, en particulier à domicile;

- d) veiller à ce que les hôpitaux puissent fournir un appui et un soutien appropriés de spécialistes pour les soins à domicile;
- e) garantir la disponibilité d'opioïdes, d'analgésiques non opioïdes et adjuvants, en particulier la morphine pour une administration par voie orale.

Les pays africains devraient se donner pour objectif d'améliorer et d'étendre progressivement les services de soins de santé palliatifs de qualité aux zones rurales où vivent la majorité des patients. Les hôpitaux ruraux devraient être dotés de moyens pour jouer un rôle important dans la fourniture de soins palliatifs pour les patients atteints du cancer par une formation appropriée du personnel. Chaque fois que le besoin se fait sentir, et en raison des croyances locales, il faudrait encourager les rapports avec les guérisseurs traditionnels.

**Tableau 7 : Matrice proposée pour les activités relatives aux soins palliatifs**

| ACTIVITÉS   | RÉSULTATS ATTENDUS   | ACTEURS  | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS   |
|---|--|--|--|
| Élaborer/adapter des directives thérapeutiques normalisées pour les soins palliatifs dans le pays   | Directives de soins palliatifs appliquées à différents niveaux du système de santé                   | MINSANTÉ et hôpitaux                                       | Directives de soins palliatifs élaborées, assorties des niveaux pertinents d'application                         |
| Élaborer des mécanismes d'assurance-qualité pour contrôler la prestation idoine de soins palliatifs aux patients cancéreux et la conformité à l'éthique | Soins palliatifs de qualité administrés aux patients atteints du cancer                              | MINSANTÉ   | Programme d'assurance-qualité, politiques de traitement et cadres éthiques en place                              |
| Garantir la disponibilité de médicaments pour soins palliatifs et l'infrastructure adéquate de prestation au niveau des SSP                             | Médicaments de soins palliatifs de qualité administrés aux patients cancéreux                        | MINSANTÉ, instituts, hôpitaux et guérisseurs traditionnels | Soins de santé palliatifs et infrastructures idoines de prestation en place                                      |
| Intégrer les programmes de soins palliatifs dans le système de soins de santé, y compris les soins à domicile   | Contrôle des symptômes et soulagement de la douleur pour les patients à des stades avancés de cancer | MINSANTÉ, guérisseurs traditionnels et chefs moraux        | Programmes fonctionnels de soins palliatifs avec soins à domicile assurés à tous les niveaux du système de santé |
| Identifier les critères appropriés d'orientation pour les patients ayant besoin de soins palliatifs   | Orientations appropriées pour les soins palliatifs   | MINSANTÉ, hôpitaux et guérisseurs traditionnels            | Critères d'orientation pour différents patients cancéreux développés et appliqués                                |

## **2.7. INTERVENTION 7 : Organiser des programmes d'éducation/de formation à l'intention de groupes cibles identifiés**

**Stratégie :** Éducation/formation sur le cancer

### **Manque de ressources humaines**

Outre le manque d'équipements pour la prise en charge du cancer, l'Afrique connaît une pénurie aiguë d'experts cancérologues – c'est-à-dire d'oncologues (pour traiter les patients cancéreux), de pathologistes (pour diagnostiquer le cancer) et de personnels infirmiers oncologues qui administrent les soins infirmiers. Par ailleurs, le peu d'expertise existant n'est pas efficacement utilisé. Les quelques experts disponibles sont assignés à de multiples tâches, ce qui réduit le temps qu'ils sont censés consacrer aux patients atteints du cancer.

### **Formation en oncologie**

La plupart des pays africains ne disposent pas de programmes de formation en oncologie. Cette formation est encore considérée comme une super-spécialité dans la plupart des domaines de la médecine – tels que l'oncologie gynécologique, l'oncologie médicale et l'oncologie pédiatrique – et nécessite que l'on se spécialise dans certaines autres disciplines avant de se spécialiser en oncologie.

Dans la plupart des institutions, le temps consacré à l'enseignement de l'oncologie aux étudiants en médecine, aux élèves infirmiers/agents paramédicaux est très peu limité, à peine six heures pour les étudiants en médecine et quatre heures pour les élèves infirmiers/agents paramédicaux. L'étude des affections oncologiques est en général intégrée dans le programme d'enseignement normal et n'est pas considérée comme domaine à part entière.

Il existe peu, voire aucune ramification des connaissances en oncologie vers d'autres prestataires de services de santé dans le système de santé. Il est recommandé que les programmes de formation dans les instituts médicaux, d'études en soins infirmiers et d'études paramédicales soient révisés pour intégrer la formation à la prévention, à la détection, à la guérison et aux soins du cancer



**Tableau 8 : Matrice proposée pour les activités relatives à l'éducation et à la formation sur le cancer**

| ACTIVITÉS   | RÉSULTATS ATTENDUS   | ACTEURS   | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS  |
|---|--|---|---|
| Mener des enquêtes dans les pays afin d'évaluer l'effectif d'agents consacrés à la prévention et lutte anticancéreuses  | Ressources humaines consacrées à la situation du cancer évaluées et résultats utilisés aux fins de planification | MINSANTÉ, hôpitaux, ONG et société civile             | Situation des ressources humaines travaillant dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuses disponible  |
| Élaborer des paquets d'éducation sanitaire sur le cancer à l'intention du grand public  | Sensibilisation accrue du public à différents aspects du cancer  | MINSANTÉ, hôpitaux, ONG et société civile             | Paquets d'éducation sanitaire à l'intention des communautés/du public sur le cancer disponibles et en cours d'application |
| Élaborer et mettre en œuvre un programme de formation à l'intention de la communauté et des agents de SSP sur la prévention, le dépistage précoce, le traitement et les soins palliatifs du cancer        | Programme de formation Communauté et agents de SSP dotés de connaissances sur différents aspects du cancer       | MINSANTÉ, institutions, universitaires et partenaires | Exécution du programme de formation en faveur des agents communautaires et de SSP   |
| Étendre la couverture des disciplines concernant le cancer par des travaux pratiques dans le cadre du programme de formation/d'apprentissage destiné aux étudiants des institutions de formation en santé | Diplômés des écoles de santé/médecine bien formés à différents aspects de la lutte contre le cancer              | MINSANTÉ, institutions, universitaires et partenaires | Révision du programme de formation sur les sujets liés au cancer  |
| Lancer et faciliter une formation locale et régionale pour les candidats intéressés par l'oncologie   | Nombre accru de personnel de différentes spécialités dans le domaine de l'oncologie                              | MINSANTÉ, institutions, universitaires et partenaires | Augmentation du nombre d'agents/de diplômés formés en oncologie – médecins, infirmiers, physiciens et techniciens         |

## **2.8. INTERVENTION 8 : Effectuer divers types de recherche sur les cancers**

**Stratégie :** Recherche sur le cancer

La production de connaissances par la recherche sur le cancer doit être partie intégrante du service de santé publique. Elle peut servir d'instrument pour structurer l'introduction de technologies et de pharmacothérapies nouvelles souvent gourmandes en ressources. La base de connaissances médicales est composée d'études scientifiques publiées dans des revues reconnues, qui sont évaluées de façon critique par un certain nombre de réviseurs indépendants avant acceptation pour publication. L'Afrique n'a pas encore mis en place ses propres organisations pour contrôler les flux d'informations sur le cancer par le biais de revues interdisciplinaires. Ceci est particulièrement important pour l'évaluation exhaustive de nouvelles méthodes de traitement qui peuvent être très onéreuses et hors de prix.

Le but de la recherche sur le cancer en Afrique est d'identifier et d'évaluer les moyens de réduire la morbidité et la mortalité cancéreuses, et d'améliorer la qualité de vie des cancéreux.

**Les principales catégories de recherche sont :**

- a) la recherche épidémiologique;
- b) la recherche clinique;
- c) la recherche psychosociale et comportementale;
- d) la recherche sur les systèmes de santé et la politique de santé.

On observe chez les professionnels de la santé un manque notable d'expérience et d'intérêt pour la conduite de travaux de recherche sur le cancer. L'OMS a proposé un agenda de recherche hiérarchisé pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui intègre le cancer<sup>23</sup>. Ceci permet d'entreprendre des travaux de recherche sur le cancer. On note peu d'enthousiasme, par exemple, pour la recherche sur les cancers liés aux infections, tels que le carcinome du col de l'utérus, le sarcome de Kaposi et le lymphome de Burkitt, qui sont les cancers les plus fréquents en Afrique.

**Tableau 9 : Matrice proposée pour les activités relatives à la recherche sur le cancer**

| ACTIVITÉS  | RÉSULTATS ATTENDUS  | ACTEURS   | INDICATEURS DE PERFORMANCES CLÉS   |
|--|---|---|--|
| Identifier les priorités de la recherche sur les cancers récurrents dans le pays   | Lacunes concernant les cancers courants qui sont en train d'être résolues   | MINSANTÉ, institutions, universitaires et partenaires | Priorités de la recherche sur les cancers récurrents identifiées et/ou documentées                         |
| Mobiliser des fonds auprès de sources durables pour financer les travaux de recherche  | Fonds pour la recherche   | MINSANTÉ, institutions et partenaires                 | Activités de mobilisation de fonds<br>Allocation budgétaire pour la recherche sur le cancer                |
| Faciliter le renforcement des capacités en matière de recherche sur le cancer à différents niveaux du système de santé             | Agents de santé outillés en techniques de recherche   | MINSANTÉ, institutions, universitaires et partenaires | Renforcement des capacités des chercheurs dans le domaine du cancer assuré                                 |
| Promouvoir la collaboration entre différentes parties prenantes impliquées dans la recherche sur le cancer                         | Collaboration et partage d'informations   | MINSANTÉ, institutions et partenaires                 | Système/politiques de collaboration<br>Procès-verbaux des réunions   |
| Renforcer la capacité de recherche sur le cancer dans le pays  | Document d'agenda de recherche  | MINSANTÉ, institutions et partenaires                 | Professionnels de la santé outillés pour la recherche sur le cancer et programme de recherche mis en œuvre |
| Adapter et mettre en œuvre le programme national de recherche sur la base de l'agenda de recherche priorisé par l'OMS pour les MNT | Données nationales sur l'épidémiologie du cancer, les aspects cliniques, les données psychosociales et comportementales disponibles.<br>Systèmes de santé et politiques de santé évalués par rapport à la prévention et à la lutte contre le cancer | MINSANTÉ, institutions et partenaires                 | Programme national de recherche mis en œuvre<br>Nombre de projets de recherche sur le cancer               |

# CHAPITRE TROIS

## Effacité et rentabilité des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses

Plusieurs études ont illustré le rapport coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage et de traitement des affections qui entraînent certains cancers. Étant donné que le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus commun chez les femmes en Afrique subsaharienne, le présent rapport s'en servira comme étude de cas/exemple pour permettre d'illustrer la manière dont les décideurs peuvent, à partir d'un certain nombre d'options, opérer un choix pour la lutte contre la maladie, au regard des ressources dont ils disposent.

### 3.1. La prévention par rapport à d'autres interventions de santé

Un certain nombre de programmes de soins de santé sont en compétition pour les ressources disponibles dans tout pays. Le cancer du col de l'utérus est certes un problème sérieux en Afrique, mais le continent fait également face à bien d'autres problèmes de santé qui affectent les populations. Ces problèmes comprennent des ratios élevés de mortalité maternelle et infantile, le paludisme, les carences nutritionnelles, l'infection à VIH et d'autres maladies infectieuses, ainsi qu'un certain nombre de maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Une étude de la Banque mondiale datant de 1993 a montré que la prévention du cancer du col de l'utérus, à l'aide du frottis vaginal, offrait un rapport coût-efficacité moyen comparée à d'autres interventions sanitaires comme le traitement du paludisme ou la vaccination antipoliomyélitique et était très coûteuse en comparaison avec d'autres efforts de lutte anticancéreuse. L'étude a montré que le dépistage et le traitement des tissus anormaux du col de l'utérus est bien moins cher que le traitement en milieu hospitalier du cancer avancé du col de l'utérus. Cependant, le coût d'offre de tests de Pap à intervalles réguliers est supérieur à ce que de nombreux pays africains peuvent déboursier. Cette situation requiert par conséquent que les programmes de santé examinent le coût et l'efficacité d'autres stratégies de dépistage et de traitement abordables.

### 3.2. Rapport coût-efficacité des stratégies de rechange

#### a) Stratégies de dépistage

Les travaux de recherche de l'Alliance pour la prévention du cancer du col utérin (ACCP) en Afrique du Sud ont examiné le rapport coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage, de diagnostic et de traitement des anomalies du col de l'utérus. Les chercheurs ont utilisé un modèle pour estimer l'incidence du cancer, l'espérance de vie, le coût tout au long du cycle de vie et le coût de trois stratégies différentes de dépistage, à savoir l'inspection visuelle, les tests de Pap et les tests de VPH. Le modèle a montré qu'un dépistage unique pendant la durée de vie des femmes âgées de 35 à 40 ans réduirait l'incidence du cancer du col de l'utérus en Afrique du Sud d'au moins 26 %. Des dépistages plus fréquents réduiraient davantage l'incidence de ce type de cancer.

La stratégie la moins coûteuse était l'inspection visuelle, suivie du traitement à la cryothérapie pour les femmes présumées positives. La stratégie la plus efficace (en termes de vies sauvées) était le recours à un test unique de VPH durant la vie des sujets dépistés, suivie de la cryothérapie pour les femmes dépistées positives. Le modèle s'est appuyé sur l'hypothèse que les prestataires n'utiliseraient pas un colposcope onéreux pour orienter le protocole thérapeutique.

**Tableau 10 : Résultats du modèle de stratégie d'inspection visuelle suivi de la cryothérapie**

| Type et fréquence de dépistage     | Réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus (en pourcentage) | Coût par année de vie sauvée (en US \$)   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>UNE VISITE</b>                  |  |   |
| Inspection visuelle + cryothérapie | 26   | Économie réalisée en raison de la non-prise en charge de femmes atteintes d'un cancer invasif<br>14 |
| VPH + cryothérapie                 | 32   |   |
| <b>DEUX VISITES</b>                |  |   |
| Test VPH                           | 27   | 39  |
| Frottis vaginal                    | 19   | 81  |
| <b>TROIS VISITES</b>               |  |   |
| Frottis vaginal                    | 17   | 147   |

Les résultats de l'étude menée en Afrique du Sud ont montré que, pour les pays les plus pauvres, un seul dépistage au cours de la durée de vie par inspection visuelle, conjointement avec un traitement immédiat, peut être une stratégie abordable. Cependant, pour les pays disposant de ressources plus importantes, l'utilisation du test VPH pourrait sauver davantage de vies. Le rapport coût-efficacité de ces deux stratégies de dépistage soutient la comparaison avec d'autres interventions de santé publique, comme la vaccination des enfants et les programmes de prévention du sida.

Pour renforcer davantage ces résultats, les chercheurs de l'ACCP ont utilisé des données issues du Kenya, du Pérou, de la Thaïlande, de l'Afrique du Sud et de l'Inde pour élaborer un ensemble standard d'analyses visant à comparer les coûts et les avantages d'autres stratégies de dépistage. L'analyse a démontré que, dans l'ensemble des cinq pays, le risque de cancer au cours d'une vie était réduit de 25 % à 35 %, grâce à un seul dépistage au cours de la durée de vie (suivi de la cryothérapie pour les femmes dépistées positives), en ayant recours à une visite pour inspection visuelle ou à deux visites de dépistage du VPH des femmes âgées de 35 à 40 ans. En dépit de la variation des coûts d'un pays à l'autre, les chercheurs ont établi qu'une stratégie de dépistage unique au cours de la durée de vie dans chaque pays coûterait moins par an en termes de vies sauvées que le produit intérieur brut par habitant du pays – montant considéré comme très économique.

## **b) Éléments d'un bon programme de prévention**

Un bon programme de prévention du cancer doit atteindre une proportion significative d'individus courant le risque de faire la maladie, les dépister efficacement, traiter ou prendre en charge ceux qui sont dépistés positifs, faire en sorte qu'ils bénéficient d'un suivi, assurer le suivi et l'évaluation de l'impact du projet. Les éléments financiers et techniques spécifiques et nécessaires pour démarrer un programme dépendent de la taille de la population à desservir, de l'approche de dépistage utilisée et de l'infrastructure de santé existante. Cependant, dans chaque contexte, la recherche et l'expérience montrent que plusieurs éléments clés contribuent au succès du programme.

## **c) Garantir un niveau minimum de services**

Pour être efficace, un programme de prévention du cancer doit intégrer un paquet d'éducation sanitaire, des services réguliers de dépistage et de traitements précancéreux, qui ciblent les individus à risque de développer un cancer. Lorsque les ressources ne sont pas suffisantes, la mise en œuvre de tout élément du paquet, indépendamment des autres, aura tout de même un impact, même limité. Il est important d'informer les populations sur la maladie et la nécessité d'un dépistage régulier pour motiver les individus à se faire dépister. L'évolution du cancer est un indicateur important du moment où doit démarrer le dépistage, de la fréquence et du moment où il faut recommander le traitement ou du moment où il faut procéder à l'évaluation de suivi. Étant donné que, dans le contexte africain, le cancer du col de l'utérus est la forme de cancer la plus probable à envisager en premier, les questions «quand ?», «comment ?» et «qui ?» relatives au cancer du col de l'utérus seront examinées dans le présent manuel.

## **d) Quand entreprendre le dépistage**

Le cancer du col de l'utérus survient très fréquemment chez les femmes après l'âge de 40 ans. Une dysplasie de haut degré est généralement détectable jusqu'à 10 ans avant que ne se développe le cancer du col de l'utérus; son incidence atteint un pic autour de l'âge de 35 ans. En conséquence, là où les ressources des programmes sont limitées, le dépistage devrait au départ se focaliser sur les femmes dans leur trentaine et leur quarantaine.

## **e) À quelle fréquence procéder à un dépistage**

Le dépistage peut se faire de façon relativement peu fréquente et continuer d'avoir un impact significatif sur les taux de maladie. Le dépistage une fois, au cours d'une durée de vie entre l'âge de 35 et 40 ans, peut réduire de 25 % à 35 % le risque de cancer du col de l'utérus au cours de la durée de vie. Ajouter deux autres dépistages à des intervalles de 5 ans (par exemple, à l'âge de 35, 40 et 45 ans) peut encore réduire les risques de cancer. L'accent des programmes de dépistage devrait donc porter sur la couverture des femmes à haut risque plutôt que sur la fréquence.

## **f) Qui traiter et suivre**

Étant donné que 70 % des lésions précancéreuses de bas grade régressent d'elles-mêmes ou n'évoluent pas en cancer, le traitement devrait être axé sur les femmes présentant des lésions de haut grade, avec des mécanismes de suivi en place pour les femmes présentant des lésions de grade inférieur. Environ un tiers des lésions de haut grade non traitées évolueront en cancer en l'espace de 10 ans. Les services devraient également inclure les soins palliatifs pour femmes souffrant d'un cancer avancé. La plupart des programmes de base doivent pouvoir atteindre les femmes présentant le risque le plus élevé de contracter des lésions cervicales, par des messages efficaces d'éducation à la santé, les dépister au moins une fois et assurer un traitement ou des soins palliatifs appropriés à celles qui en ont besoin. À mesure qu'évoluera le

programme, il pourra être élargi pour intégrer les femmes jusqu'à l'âge de 60 ans, puis les femmes âgées de 30 ans ou moins, en fonction des tranches d'âge qui sont les plus affectées dans la zone. Dans l'idéal, des politiques nationales devraient être mises en place pour orienter les approches appropriées de dépistage et de traitement pour ce type de milieu.

**g) Intégration aux services existants**

L'intégration de la prévention du cancer à d'autres services de soins de santé primaires<sup>21</sup> peut aider à accroître la probabilité pour les individus à risque de venir se faire dépister et de recevoir les soins de suivi nécessaires. L'intégration ne sera toutefois couronnée de succès que si les services existants atteignent tous les individus à risque. Par exemple, pour dépister le cancer du col de l'utérus, les programmes de planification familiale peuvent ne pas constituer de bons moyens d'intégration, car ces programmes ciblent souvent les femmes plus jeunes. Les programmes qui fournissent d'autres services de santé de la mère et de l'enfant, de traitement d'hypertension ou services ambulatoires peuvent être plus appropriés ou convenables pour atteindre des femmes plus âgées qui courent un risque plus accru de contracter les maladies du col de l'utérus.

Le degré auquel la prévention du cancer peut être intégrée dans les services de santé existants dépend des ressources et des capacités disponibles. Si l'intégration fait en sorte que les prestataires de soins de santé soient débordés, faute de personnels formés et de ressources, l'efficacité du programme sera compromise. Les services intégrés donnent de meilleurs rendements lorsqu'ils sont assurés par un large éventail ou un certain nombre d'agents, notamment les infirmiers et les médecins qui fournissent déjà d'autres services et qui peuvent intégrer la prévention du cancer dans leurs pratiques de routine. Dans certains cas, il est possible de fournir efficacement des services consacrés exclusivement au dépistage. Ces services spécialisés pourraient être fournis dans un bureau particulier d'un centre de santé ou par le biais de services mobiles de proximité, qui visitent périodiquement les villages ou les villes manquant d'accès à de tels services.



# CHAPITRE QUATRE

## Activités nationales de prévention et lutte anticancéreuses fondées sur la réalité des ressources- trois scénarios différents

Les stratégies de prévention et lutte anticancéreuses décrites dans le présent manuel peuvent sembler inaccessibles pour de nombreux pays africains. Cependant, la mise en œuvre du PNLC comporte un avantage certain, quelle que soit la situation financière du pays, parce que le processus programmatique veillera à ce que les ressources destinées à la lutte contre le cancer soient utilisées de manière rationnelle.

Une infime minorité de patients est aisée et peut s'offrir des services de dépistage et de traitement précoces du cancer. Ces personnes jouissent d'un niveau de vie et de santé comparable à celui des personnes vivant dans les pays développés. Outre les inégalités sociales au sein des pays et le fait que les pays africains ne constituent pas un groupe homogène, il existe des différences importantes en ce qui concerne la situation épidémiologique, économique et sociale et le développement des systèmes de santé. Toutes ces différences doivent être prises en compte lorsqu'on s'attaque au problème du cancer et qu'on organise des principales interventions de prévention et lutte anticancéreuses. Dans la plupart des pays, une approche progressive et flexible semble la plus indiquée, étant donné que les situations varient et évoluent avec le temps.

Les trois scénarios différents qui sont proposés dans le présent manuel pour aider et orienter les pays dans l'élaboration de leurs programmes, en gardant à l'esprit leur niveau limité de ressources, ont pris en compte les différences évoquées ci-dessus. En plus d'être pertinents pour chaque pays, les scénarios peuvent servir à identifier les mesures spécifiques adaptées pour des régions ou des groupes cibles dans un pays.

### 4.1. SCÉNARIO A – Pays n'ayant pas alloué de ressources à la lutte contre le cancer

Ce scénario fait référence aux pays à faible revenu, dans lesquels les ressources pour la lutte contre les maladies chroniques sont inexistantes ou très limitées. Une proportion considérable de la population est rurale. Les taux de mortalité des enfants et des adultes sont élevés. Les maladies transmissibles et la malnutrition constituent les principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier chez les enfants. L'espérance de vie est relativement faible. Elle est comprise entre 35 et 45 ans. Le cancer ne constitue pas en général l'un des principaux problèmes du secteur de la santé. La majorité des patients qui en sont atteints sont diagnostiqués lorsqu'ils sont aux stades avancés de la maladie. Chez ces populations, l'exposition aux facteurs de risque du cancer tels que le tabagisme ou les cancérigènes environnementaux autres que les aflatoxines peut être faible, mais quasiment et invariablement en hausse, et l'exposition aux causes infectieuses du cancer comme le VIH, le VPH, le HBV, et, parfois, la schistosomiase, sera généralement élevée.

Les services de soins de santé sont souvent fournis par le secteur informel et la médecine alternative est une composante majeure du système de santé. L'infrastructure et les ressources humaines destinées à la prévention et à la lutte anticancéreuses sont soit inexistantes soit très limitées en termes de quantité, de qualité et d'accessibilité. Des lacunes manifestes existent au niveau de l'organisation, de la fixation des priorités, de l'allocation de ressources et dans les systèmes d'information pour un suivi-évaluation approprié. La prévention primaire et le dépistage précoce sont en général négligés. Les approches axées vers le traitement, sans grande préoccupation pour leur rapport coût-efficacité, sont favorisées.

### **Que peut-on faire dans ces circonstances ?**

La première action consiste à mettre en place une base de prévention du cancer et d'autres maladies chroniques, en décourageant l'adoption de modes de vie peu sains (tabagisme et «régimes alimentaires occidentaux») par la population locale. Le grand public et les personnels de santé devraient être informés des signes d'alerte précoce du cancer et d'autres maladies chroniques. Cela favorisera l'identification, l'orientation et le traitement rapides des cas au cours de la maladie, avant qu'ils n'atteignent un stade avancé ou ne deviennent incurables.

De façon générale, les activités de prévention primaire nécessaires dans ce type de milieu sont les mesures de lutte antitabac, la réduction de la consommation d'alcool, la promotion de régimes alimentaires sains et l'exercice d'activités physiques. Une attention particulière devrait également être accordée aux cancérigènes sur le lieu de travail et aux agents infectieux tels que le HBV, le VPH et le VIH. La promotion de l'éducation sanitaire aux signes d'alerte des cancers communs devrait être encouragée. Si les taux du cancer du col de l'utérus sont élevés, comme c'est souvent le cas dans la majeure partie de l'Afrique, la plus grande priorité en matière de programmes de dépistage devrait être accordée au dépistage du cancer du col de l'utérus, en axant les efforts sur la couverture d'une grande proportion de femmes à risque. Le dépistage de masse des cancers qui ne sont pas répandus devrait être découragé. Le traitement du cancer devrait être centré sur les cancers curables et les essais cliniques devraient être encouragés pour évaluer les approches relativement abordables qui peuvent éventuellement être utilisées pour l'ensemble des patients, quelle que soit leur situation socioéconomique. Des techniques plus sophistiquées telles que la radiothérapie et la chimiothérapie devraient être introduites progressivement dans les centres spécialisés. Des efforts importants devraient être faits pour parvenir à une couverture universelle du soulagement de la douleur et des soins palliatifs, grâce à des médicaments abordables (morphine administrée par voie orale) et à d'autres interventions.

### **4.2. SCÉNARIO B – Pays ayant alloué des ressources limitées aux services de lutte contre le cancer, mais non au PNLC**

Ce scénario est applicable aux pays classés dans la catégorie des «pays à faible revenu», selon l'indice du PNUD. La majorité de la population est rurale et l'espérance de vie oscille entre 45 et 55 ans. Le cancer n'est pas en général l'une des causes principales de morbidité et de mortalité. L'exposition à l'éducation sanitaire sur les facteurs de risque, l'infrastructure et les ressources humaines, ainsi que les programmes d'intervention pour la prévention et la lutte anticancéreuses sont faibles ou inexistantes.

### **Que peut-on faire dans de telles circonstances ?**

En général, les activités de prévention primaire nécessaires sont les mêmes que dans le scénario A. Pour la prévention secondaire, le dépistage du cancer du col de l'utérus et les programmes de diagnostic précoce devraient être mis en œuvre. Le traitement du cancer devrait être axé sur les cancers qui sont curables et d'importants efforts devraient être déployés pour parvenir à la couverture la plus élevée en termes de soulagement efficace de la douleur et des soins palliatifs, en ayant recours à des médicaments à faible coût (morphine administrée par voie orale) et à d'autres interventions.

### **4.3. SCÉNARIO C – Pays à faible revenu dotés d'un PNLC mais avec des ressources insuffisantes allouées aux services de lutte contre le cancer**

Ce scénario est approprié pour les pays disposant d'un PNLC approuvé par le gouvernement. Dans ces pays, l'espérance de vie est supérieure à 50 ans et le cancer ne constitue pas une cause majeure de décès, ni chez les hommes ni chez les femmes. De nombreux éléments d'un programme de lutte contre le cancer sont en place, mais ils ne sont pas bien intégrés dans un système national complet. Par ailleurs, la couverture de la population est inégale, certains groupes tels que ceux des zones rurales, les populations indigènes et les réfugiés ont des difficultés à accéder à ces services.

#### **Que peut-on faire dans ces circonstances ?**

La réorganisation du système pourrait générer des avantages se traduisant par un plus grand rapport coût-efficacité, ainsi que l'amélioration de l'atteinte et de l'acceptabilité des services. Les programmes intégrés de promotion de la santé à l'école et sur le lieu de travail devraient être mis en œuvre en collaboration avec d'autres secteurs. S'il est vrai qu'il devrait y avoir un effort concerté pour promouvoir la connaissance des signes d'alerte précoce du cancer, les programmes nationaux de dépistage ne devraient, en général, être mis en œuvre que pour les cancers du col de l'utérus et du sein, dans la mesure où le dépistage d'autres cancers n'a pas encore été prouvé comme avantageux. Une grande priorité devrait être accordée à la fourniture d'un accès aisé aux services de soulagement efficaces de la douleur et de soins palliatifs. La mise en œuvre d'un système de surveillance intégré devrait survenir pour garantir une réponse rapide face au changement des tendances de la maladie et aux faiblesses observées dans la fourniture de services.

**Tableau 11 : Recommandations d'actions minimales essentielles à mener par le PNLC**

| Composante  | Situation idéale  | Scénario A   | Scénario B  | Scénario C   |
|---|---|--|---|--|
| <b>Programme national de lutte contre le cancer</b> | <p>Élaborer un plan/programme national stratégique de lutte contre le cancer afin de garantir une utilisation efficace, efficiente et équitable des ressources existantes</p> <p>Mettre en place un mécanisme de surveillance de base pour assurer le suivi-évaluation des aboutissements, ainsi que des processus</p> <p>Assurer l'éducation et la formation continue des travailleurs de la santé</p>   | <p>Envisager la mise en œuvre d'une ou deux priorités clés dans une zone de démonstration selon une approche progressive</p> <p>Envisager les soins palliatifs comme point d'entrée vers une approche plus intégrée</p> <p>Utiliser des technologies appropriées qui sont efficaces et durables dans ce type de milieu</p>   | <p>Envisager le lancement ou la formulation d'un PNLC</p> <p>Choisir une zone de démonstration et mettre en œuvre le PNLC intégré, en utilisant une méthodologie fondée sur une approche progressive</p> <p>Utiliser des technologies appropriées qui sont efficaces et durables dans ce type de milieu</p>   | <p>S'efforcer de faire en sorte que la mise en œuvre à l'échelle nationale du PNLC en garantisse l'efficacité, l'efficience et l'accessibilité</p> <p>Mettre en œuvre un système de surveillance intégrée, en assurant le suivi de l'ensemble des composantes et résultats du programme</p> <p>Apporter un soutien à d'autres pays africains</p>   |
| <b>Prévention</b>                                   | <p>Mettre en œuvre des stratégies intégrées de promotion de la santé et de prévention des MNT qui intègrent des mesures législatives/réglementaires et environnementales, ainsi que l'éducation du grand public, de communautés et d'individus ciblés</p> <p>Lutter contre le tabagisme et s'attaquer à l'usage nocif de l'alcool, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et aux facteurs liés à la santé sexuelle et reproductive</p> <p>Promouvoir la politique visant à minimiser les cancers liés au travail et les substances cancérigènes environnementales connues</p> <p>Encourager à éviter l'exposition non nécessaire des populations à haut risque à la lumière du soleil</p> | <p>Mettre l'accent sur la lutte antitabac, qui est un domaine où il existe un grand besoin et un grand potentiel de succès</p> <p>Faire en sorte que les stratégies de prévention prioritaires ciblent les groupes qui sont influents et qui peuvent servir de fer de lance du processus (par exemple, les responsables des politiques et les enseignants)</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HBV dans d'autres programmes de vaccination</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HPV dans d'autres programmes de vaccination</p> | <p>Élaborer des programmes communautaires types pour une approche intégrée visant la lutte antitabac et la prévention des MNT</p> <p>Développer des services cliniques de prévention intégrés pour le counseling portant sur la réduction des facteurs de risque dans les centres de santé primaire, les écoles et sur les lieux de travail</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HBV dans d'autres programmes de vaccination</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HPV dans d'autres programmes de vaccination</p> | <p>Renforcer et accroître la couverture nationale des programmes intégrés de promotion et de prévention en matière de santé fondés sur des données probantes et en assurer la mise en œuvre à l'échelle nationale, en collaboration avec d'autres secteurs</p> <p>Intégrer les services cliniques de prévention à des fins de counseling sur les facteurs de risque dans les établissements de soins de santé primaire, les écoles et sur les lieux de travail</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HBV dans d'autres programmes de vaccination</p> <p>Intégrer le vaccin contre le HPV dans d'autres programmes de vaccination</p> |
| <b>Diagnostic précoce</b>                           | <p>Promouvoir le diagnostic précoce par une prise de conscience accrue des premiers signes et symptômes de tumeurs détectables et curables récurrents dans la communauté, telles que les</p>  | <p>Utiliser des approches communautaires à faible coût et efficaces pour promouvoir, dans une première phase, un diagnostic précoce du cancer du col de</p>  | <p>Utiliser des approches communautaires à faible coût et efficaces pour promouvoir le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus à l'échelle nationale</p>  | <p>Recourir à des stratégies globales de promotion à l'échelle nationale pour le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus et du sein</p>  |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  | <p>cancers du sein et du col de l'utérus</p> <p>Veiller à ce que des services de diagnostic et de traitement adéquats soient disponibles pour tous les cas détectés</p> <p>Assurer l'éducation et la formation continue des populations cibles et des prestataires de soins</p>   | <p>l'utérus dans une zone pilote jouissant d'un bon accès relatif aux centres de diagnostic et de traitement</p>  |   |  |
| <b>Dépistage</b>                                     | <p>Mettre en œuvre le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus là où l'incidence justifie une telle action et où les ressources nécessaires sont disponibles</p>   | <p>Former le personnel et améliorer les infrastructures de dépistage du cancer du col de l'utérus en utilisant des méthodes d'inspection visuelle</p> <p>Mettre l'accent sur une zone pilote où il existe un grand besoin et un fort potentiel de succès</p>          | <p>Assurer une large couverture de dépistage efficace et efficient du cancer du col de l'utérus, en recourant au dépistage par inspection visuelle à l'acide acétique pour les femmes âgées de 25 à 59 ans une fois dans leur vie</p>   | <p>S'efforcer d'assurer la couverture nationale du dépistage du cancer du col de l'utérus par des méthodes d'inspection visuelle une fois dans la vie ou tous les 10 ans pour les femmes âgées de 25 à 59 ans</p>  |
| <b>Thérapie curative</b>                             | <p>Assurer la disponibilité et l'accessibilité à des services efficaces de diagnostic et de traitement</p> <p>Promouvoir des normes nationales minimales essentielles à la classification par stade et le traitement de la maladie</p> <p>Mettre en place des directives de gestion pour les services de traitement, la liste des médicaments essentiels et la formation continue</p> <p>Éviter l'exécution d'une thérapie curative lorsque le cancer est incurable et offrir en lieu et place des soins palliatifs</p> | <p>Organiser les services de diagnostic et de traitement accordant la priorité au cancer du col de l'utérus</p>   | <p>Organiser des services de diagnostic et de traitement, en accordant la priorité aux tumeurs à un stade précoce et à celles présentant un potentiel élevé de guérison</p>   | <p>Assurer l'accessibilité à des services de diagnostic et de traitement efficaces</p> <p>Promouvoir des normes nationales minimales essentielles pour le classement par stade et le traitement du cancer</p> <p>Mettre en place des directives de gestion pour les services de traitement, la liste des médicaments essentiels et la formation continue</p> <p>Éviter l'exécution d'une thérapie curative lorsque le cancer est incurable et offrir en lieu et place des soins palliatifs</p> |
| <b>Soulagement de la douleur et soins palliatifs</b> | <p>Mettre en œuvre des soins palliatifs intégrés qui procurent un soulagement efficace de la douleur, assurent une maîtrise des autres symptômes et apportent un soutien psychosocial et moral</p> <p>Promouvoir des normes nationales minimales pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs</p>  | <p>Faire en sorte que les normes minimales en matière de soulagement de la douleur et de soins palliatifs soient progressivement adoptées par tous les niveaux de soins dans des zones ciblées et qu'il y ait une forte couverture de patients grâce aux services</p> | <p>Veiller à ce que les normes minimales en matière de soulagement de la douleur et de soins palliatifs soient progressivement adoptées par tous les niveaux de soins et qu'au plan national il y ait une hausse de la couverture des patients grâce aux services fournis par les cliniques de soins de santé primaires et les soins à domicile</p> | <p>Veiller à ce que les directives nationales en matière de soulagement de la douleur et de soins palliatifs soient adoptées par tous les niveaux de soins et qu'il y ait au plan national une forte couverture des patients, grâce à une variété d'options, y compris les soins à domicile</p>  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>Assurer la disponibilité et l'accessibilité des opioïdes, des analgésiques et surtout de la morphine administrée par voie orale</p> <p>Assurer l'éducation et la formation des professionnels de santé, du personnel soignant et du public</p> | <p>assurés principalement par les soins à domicile</p> |  |  |
|--|---|--|--|--|

## Conclusion

Les huit principales interventions pour la prévention et la lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS seront plus efficaces si elles sont intégrées dans le système de santé des pays. Cela permettra de mener une action coordonnée axée sur les facteurs de risque communs pour plusieurs maladies, étant donné que nombre des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, le surpoids/l'obésité, la sédentarité et la forte consommation de matières grasses constituent également des facteurs de risque de maladies cardiaques chroniques, de diabètes sucrés et d'affections respiratoires chroniques. Le ministère de la Santé devrait jouer le rôle de chef de file dans cet effort multisectoriel, en collaboration avec les ONG qui s'intéressent aux services de lutte contre le cancer.

Un bon programme de prévention et lutte anticancéreuses doit atteindre un nombre important d'individus à risque. Il devrait permettre de dépister efficacement ces individus, de les traiter ou de prendre en charge ceux qui sont testés positifs, d'effectuer le monitoring des actions tout comme le suivi et l'évaluation, pour que son impact soit jugé positif.

Un programme intégré de lutte contre le cancer requiert une approche multisectorielle qui inclut les ministères des Finances, de l'Éducation, de l'Information, de l'Industrie et de l'Agriculture, parce que les vecteurs du cancer ont une large base dans la société. Des mesures d'incitation en matière de planification et de production économiques visant à minimiser les risques de cancer devraient être incorporées dans l'agriculture et l'industrie. De même, toute exposition à des substances cancérigènes devrait être identifiée, des normes établies et appliquées pour lutter contre une telle exposition.

Il convient de souligner que la mise en œuvre réussie des interventions de prévention et lutte anticancéreuses va requérir un engagement explicite de tous les gouvernements africains en termes de fourniture de ressources et d'adoption des mesures stratégiques requises pour atteindre ces objectifs. Un budget suffisant devrait être alloué à la mise en œuvre des principales interventions choisies en matière de prévention et lutte anticancéreuses. La sélection des principales interventions devrait reposer sur les priorités et sur les possibilités de mise en œuvre sur la base des ressources disponibles. Les décideurs devraient être également pouvoir identifier des interventions spécifiques à leur pays et à ses différents groupes de population.

Les principaux messages délivrés dans le présent manuel se résument comme suit :

- a) Le cancer est un problème croissant dans les pays africains et il constitue une préoccupation pour tous.
- b) Il existe une grande différence entre les connaissances actuelles sur le cancer et l'action en matière de lutte contre le cancer dans les pays africains.
- c) L'optimisation des ressources humaines et financières est essentielle au succès des programmes de prévention et lutte anticancéreuses.
- d) La mise en œuvre de la stratégie intégrée et globale de prévention et lutte anticancéreuses en Afrique fera la différence.
- e) Quelques interventions essentielles de lutte contre le cancer peuvent être efficacement mises en œuvre de manière progressive, même dans les pays africains pauvres.
- f) Tous les pays africains peuvent instituer ou accroître la prévention du cancer grâce à des mesures telles que les initiatives de lutte antitabac, la vaccination contre le HBV et le HPV et l'offre de soins palliatifs.
- g) Les programmes efficaces de prévention et lutte anticancéreuses doivent toucher une grande partie de la population.
- h) Le rôle des SSP est essentiel à la prévention et à l'orientation, car les services de traitement du cancer dépendent de l'existence de bonnes infrastructures hospitalières de niveau tertiaire.



## Références

1. OMS. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
2. Modules de l'OMS sur la lutte contre le cancer : de la connaissance à l'action; <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>; consulté en juillet 2011.
3. OMS. *Programmes de lutte contre le cancer – politiques et directives managériales, 2<sup>ème</sup> édition*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002.
4. OMS. *Building Blocks for Tobacco Control*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.
5. OMS, Bureau régional de l'Afrique. «Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS» (document AFR/RC58/4). Yaoundé, 2008.
6. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM (GLOBOCAN 2008). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10* [Internet]. Lyon, France. Centre international de recherche sur le cancer, 2010; disponible sur : <http://globocan.iarc.fr>.
7. Parkin DM, Whelan S, Ferlay J, Teppo L & Thomas DB, eds (2002) Incidence du cancer sur cinq continents, Volume VIII (publications scientifiques du CIRC, n°155), Lyon, CIRC.
8. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga. H, Whelan SL, Thomas DB, eds (2003). *Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention* (publication scientifique du CIRC n°153). Lyon, CIRC.
9. OMS. Résolution WHA 58.22, intitulée «Prévention et lutte anticancéreuses». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHA58.22/2005).
10. Levin CV, El Gueddari B, Meghzi A. *Radiation Therapy in Africa: distribution and equipment*. Radiotherapy and Oncology; 1999, 52 79-84.
11. Gondos A, Brenner H, Wabinga H, Parkin DM. *Cancer survival in Kampala, Uganda*. Br J Cancer, 2005, 92:1808-1812.
12. Gondos A, Chokunonga E, Brenner H, Parkin DM, Sankila R, Borok MZ, Chirenje ZM, Nyakabau AM, Bassett MT. *Cancer survival in a southern African urban population*. Int J Cancer, 10 décembre 2004, 112(5) : 860-4.
13. *Planification et mise en œuvre des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus : Manuel de l'ACCP pour les gestionnaires de programmes*. Seattle, ACCP, 2006.
14. OMS. *Approche de santé communautaire aux soins palliatifs pour les patients souffrant du VIH/sida et du cancer en Afrique subsaharienne*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.
15. Sepulveda C. et al. *Quality Care at the end of Life in Africa*. BMJ, 327, 209-213.
16. OMS. *Soulagement des douleurs liées au cancer : guide pour la disponibilité des opioïdes*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2<sup>ème</sup> édition, 1996.
17. OMS. *Soulagement des douleurs et soins palliatifs liés au cancer chez les enfants*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1998.
18. OMS. Soins à domicile sur le long terme. Rapport du groupe d'étude de l'OMS. Séries de rapports techniques de l'OMS, n°898, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

19. OMS : Soulagement des symptômes de la maladie en phase terminale, Organisation mondiale de la Santé, Genève 1998.
20. Médicaments essentiels pour la chimiothérapie du cancer. Consultation de l’OMS. Bull. de l’Organisation mondiale de la Santé, 1994, 693-698.
21. S.J. Goldie et al., “Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings” (2001).
22. Rapport sur la santé dans le monde pour 2000. Systèmes de santé : améliorer les performances. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2000.
23. OMS. *A Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011.

## ANNEXE

### Quelques publications et documents utiles de l’OMS relatifs à la prévention et à la lutte contre le cancer

| <i>Titre de la publication</i>   | <i>But</i>  | <i>Public principalement visé</i>   |
|--|---|---|
| <b>Lutte contre le cancer</b> : de la connaissance à l'action, <b>Guides de l’OMS pour des programmes efficaces Six modules</b> : Planification; Prévention; Dépistage précoce; Diagnostic et traitement; Soins palliatifs; Politique et plaidoyer | Cette série de six modules donne des conseils pratiques aux gestionnaires de programmes et aux responsables des politiques sur la façon de faire du plaidoyer, de planifier et mettre en œuvre les programmes efficaces de lutte contre le cancer, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.  | Décideurs dans les domaines de la santé et ceux connexes; gestionnaires de programmes                                 |
| <b>Programmes nationaux de lutte contre le cancer, 2<sup>ème</sup> édition, OMS, 2002</b>  | Cette publication fournit un cadre de politique et de gestion clair pour la mise en place et le maintien de programmes nationaux de lutte contre le cancer, y compris les actions aux niveaux national et mondial. Elle donne un aperçu des causes et de la charge cancéreuse et procède à un examen des bases factuelles des interventions, en termes de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic et traitement, de soulagement de la douleur et de soins palliatifs. L'avant-propos de la publication mentionne la nécessité de concevoir une publication complémentaire dans un avenir proche, afin de fournir des modèles opérationnels sur la façon de mettre en œuvre les recommandations contenues dans la monographie. | Décideurs dans les domaines de la santé et les sujets connexes  |
| <b>Rapport sur le cancer dans le monde, CIRC/OMS, 2008</b>   | Cette publication fournit des bases factuelles scientifiques de la charge cancéreuse à travers le monde. Elle présente les causes du cancer et les mécanismes de développement de tumeurs. Elle fournit également la preuve d'interventions efficaces en matière de prévention primaire, de dépistage précoce et de traitement, en général, et celles relatives à un certain nombre de types majeurs de cancer.   | Décideurs (non indiqués explicitement)  |
| <b>Rapport mondial – prévention des maladies chroniques : un investissement vital OMS, 2006</b>  | Les principaux objectifs de ce rapport sont de : <ul style="list-style-type: none"> <li>– plaider en faveur d'une action nationale et mondiale urgente visant à réduire les risques et le fardeau des maladies chroniques;</li> <li>– présenter un guide ultramoderne pour des interventions efficaces et réalisables;</li> <li>– faire des suggestions pratiques sur la façon dont les pays peuvent mettre en œuvre ces interventions, afin de répondre à l'épidémie croissante de MNT.</li> </ul>   | MINSANTÉ<br>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, toutes les parties prenantes              |
| <b>Freiner l'épidémie mondiale des maladies chroniques : guide pratique pour un plaidoyer réussi, OMS, 2007</b>  | Cette publication fournit des lignes directrices et des outils pratiques à tous ceux qui plaident la cause, indépendamment de l'expérience. Il faut entreprendre un plaidoyer efficace pour convaincre les décideurs que la lutte contre les maladies chroniques et la promotion de la santé méritent un investissement accru et qu'une action décisive produit des retombées substantielles et économiques.  | MINSANTÉ, individus, groupes de consommateurs, journalistes, professionnels de la santé, ONG, membres du gouvernement |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Maladies non transmissibles : stratégie pour la Région africaine, OMS/AFRO, 2000</b></p>                         | <p>Le document vise à renforcer les capacités des pays africains à élaborer des politiques et à mettre en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles en utilisant des approches multisectorielles intégrées. Ses axes majeurs portent sur le renforcement des soins de santé pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles, le soutien à la surveillance intégrée des maladies, la promotion de la recherche pour des interventions à base communautaire, le renforcement des capacités du personnel de santé et l'identification de solutions visant à réduire la mortalité et le handicap prématurés causés par les maladies non transmissibles.</p> | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, parties prenantes pouvant influencer l'action multisectorielle du gouvernement, comme le secteur du développement</p>     |
| <p><b>Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, OMS, 2003</b></p>   | <p>L'objectif de la présente convention et de ses protocoles est de protéger les générations actuelles et futures des conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques dévastatrices du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac, en élaborant un cadre pour les mesures de lutte antitabac. Ce cadre est à mettre en œuvre par les parties aux niveaux national, régional et international, afin de réduire de manière continue et substantielle la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac.</p>  | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, parties prenantes pouvant influencer l'action multisectorielle du gouvernement, comme le secteur du développement</p>     |
| <p><b>Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine, OMS/AFRO, 2003</b></p>                               | <p>Les objectifs de la stratégie comprennent le renforcement des capacités nationales de promotion de la santé, le soutien aux programmes prioritaires, afin d'atteindre les objectifs fixés, la mise en œuvre d'initiatives spécifiques visant à atteindre les objectifs prioritaires en matière de santé, l'accroissement de la reconnaissance de la promotion de la santé, comme composante à part entière du développement socioéconomique et la promotion de l'implication des secteurs public et privé non sanitaires dans le développement de la santé.</p>  | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, parties prenantes pouvant influencer l'action multisectorielle du gouvernement, comme le secteur du développement</p>     |
| <p><b>Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé, OMS, 2004</b></p>                       | <p>La DPAS est un outil global visant à guider les efforts des États Membres dans le domaine de la prévention des maladies chroniques s'attaquant spécifiquement à nombres de points d'action détaillés, afin de promouvoir une alimentation saine et l'exercice d'activités physiques. L'objectif global de la Stratégie est de promouvoir et de protéger la santé, en guidant la création d'un environnement favorable à des actions durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial qui, pris ensemble, vont conduire à une réduction des taux d'attaque et de mortalité liés à la mauvaise alimentation ou à l'inactivité physique.</p>   | <p>MINSANTÉ, autres services et organismes publics, ainsi que d'autres parties prenantes</p>  |
| <p><b>Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé pour la prévention et la lutte anticancéreuses, OMS, 2005</b></p> | <p>La résolution de l'Assemblée mondiale de la santé fournit aux États Membres et au Secrétariat un cadre de politique et de gestion clair pour l'élaboration, la mise en place et le maintien de programmes nationaux de lutte contre le cancer, y compris des actions nationales et mondiales. Elle donne un aperçu des interventions à mettre en œuvre pour la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement, le soulagement de la douleur, ainsi que les soins palliatifs le suivi-évaluation.</p>   | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, parties prenantes pouvant influencer l'action multisectorielle du gouvernement, telle que le secteur du développement</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>Prévention et lutte contre le cancer : Stratégie pour la Région africaine de l’OMS, OMS/AFRO, 2008</b></p>                | <p>Le but du document est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité cancéreuses par la fourniture d'une plateforme de plaidoyer, d'un cadre d'élaboration et de mise en œuvre de politiques, de renforcement de capacités et de collaboration intersectorielle. Les interventions prioritaires proposées comprennent les politiques et la législation de prévention et lutte anticancéreuses, le renforcement des capacités et la promotion de la santé, les programmes nationaux intégrés ou globaux de prévention et lutte anticancéreuses, la mobilisation et l'allocation de ressources, les partenariats et la coordination, l'information, la surveillance et la recherche stratégique.</p>            | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, parties prenantes pouvant influencer l'action multisectorielle du gouvernement, telle que le secteur du développement</p>   |
| <p><b>Cancer du col de l’utérus dans la Région africaine : situation actuelle et perspectives, OMS/AFRO, 2010</b></p>           | <p>Les interventions prioritaires ont été identifiées dans le document intitulé «Prévention et lutte contre le cancer : Stratégie pour la Région africaine de l’OMS» et dans les recommandations de la réunion consultative régionale de Ouagadougou sur la prévention et la lutte contre le cancer du col de l’utérus en Afrique. L’objectif de ce document est de proposer des actions spécifiques et ciblées pour la lutte contre le cancer du col de l’utérus dans la Région africaine.</p>  | <p>MINSANTÉ<br/>Responsables gouvernementaux issus des secteurs non sanitaires, toutes les parties prenantes intéressées par la prévention et la lutte contre le cancer du col de l’utérus en Afrique</p>   |
| <p><b>Agenda de recherche hiérarchisée pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, 2011</b></p> | <p>La recherche ne devrait pas uniquement produire davantage de connaissances, mais elle devrait également aider à traduire ces connaissances en action par des approches innovantes. Les domaines prioritaires clés de recherche ont été définis et inclus dans le cadre d'un programme de recherche priorisée lié aux maladies non transmissibles, y compris le cancer. L’agenda qui est inclus dans cette publication souligne la recherche sur les systèmes translationnels et de santé, en vue d’étendre la mise en œuvre des interventions éprouvées et offrant un bon rapport coût-efficacité et la recherche devant permettre l'accès aux technologies à coût certes élevé mais efficaces dans des milieux différents.</p> | <p>MINSANTÉ, ministères de la Recherche, de la Science et de la Technologie, organismes de développement et donateurs, instituts de recherche, alliances pour la recherche sur les maladies non transmissibles, décideurs, communauté des chercheurs, professionnels de santé, ONG et organisations de la société civile.</p> |