



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : FRANCAIS

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.4 de l'ordre du jour provisoire

**LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS :
SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1 - 7
ENJEUX ET DÉFIS	8 - 16
ACTIONS PROPOSÉES	17 - 26

ANNEXE

	Page
Tableau : Incidence et mortalité estimées des cancers du col de l'utérus dans la Région africaine de l'OMS (tous âges confondus) en 2008	6

CONTEXTE

1. Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent et la principale cause de mortalité par cancer chez la femme dans les pays en développement. Selon l'OMS, il y avait en 2002 dans le monde plus de 500 000 nouveaux cas de cancer du col, dont plus de 90 % dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, 72 000 nouveaux cas ont été enregistrés la même année et 56 000 femmes sont mortes des suites du cancer du col de l'utérus.¹
2. De fortes incidences sont observées en Afrique avec des taux supérieurs à 50 pour 100 000 et des taux de mortalité standardisés sur l'âge dépassant parfois 40 pour 100 000 (voir Tableau en annexe). Par exemple, entre 1981 et 1990 les données des registres hospitaliers de Nairobi faisaient apparaître que le cancer du col de l'utérus représentait 70 à 80 % de l'ensemble des cancers des voies génitales et 8 à 20 % de tous les cancers.²
3. Le facteur majeur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui survient en général au cours de l'adolescence après les premiers rapports sexuels. En Afrique, la prévalence de l'infection à VPH atteint 21,3 % avec des variations notables en fonction des régions : 33,6 % en Afrique de l'Est, 21,5 % en Afrique de l'Ouest et 21 % en Afrique australe.³ Parmi les autres facteurs majeurs de risque, on compte le tabagisme et l'absence de dépistage et de traitement adéquat des lésions précancéreuses. La co-infection par le VPH et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), accélère la progression vers le cancer.
4. La prévention primaire du cancer du col utérin repose essentiellement sur des modes de vie sains et sur la vaccination contre le VPH. Deux types de vaccins contre l'infection par le VPH sont actuellement commercialisés : l'un agit contre les génotypes 6, 11, 16 et 18 du VPH (vaccin quadrivalent) et l'autre contre les génotypes 16 et 18 (vaccin bivalent).⁴
5. La prévention secondaire du cancer du col se fait grâce au dépistage des lésions précancéreuses et au diagnostic précoce du cancer suivis d'un traitement adéquat. Les principales techniques utilisées sont : l'examen cytologique des cellules du col de l'utérus et le dépistage par examen visuel du col de l'utérus. Des projets de démonstration, initiés dans six pays⁵ de la Région africaine et coordonnés par l'OMS ont montré l'efficacité, l'innocuité et la performance de la méthode de dépistage par examen visuel.⁶
6. La prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus concerne le diagnostic et le traitement des cancers avérés. Le traitement est basé sur la chirurgie, la radiothérapie et parfois la chimiothérapie. Des soins palliatifs sont dispensés aux patientes à un stade dépassé.

¹ Ferlay J et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase N°5, Version 2.0 Lyon: IARC Press; 2004.

² Rogo KO et al. Carcinoma of the cervix in an African setting. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1990, 33: 249-255.

³ WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers in Africa. Summary Report 2009. Disponible sur www.who.int/hpvcentre

⁴ Human Papillomavirus and HPV vaccine: key information for policy makers. Geneva, World Health Organization, 2006.

⁵ Madagascar, Malawi, Nigéria, Ouganda, Tanzanie et Zambie.

⁶ Mwanahamuntu MH et al. Integrating cervical cancer prevention in HIV/AIDS treatment and care programmes; Bulletin World Health Organization, 2008, 86, 8.

7. Des interventions prioritaires ont été identifiées dans la Stratégie régionale de lutte contre le cancer (Document AFR/RC58/4)⁷ et dans les recommandations de la Consultation régionale sur la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans la Région africaine de l'OMS.⁸ Le présent document a pour but de proposer des actions spécifiques et ciblées contre le cancer du col de l'utérus dans la Région africaine.

ENJEUX ET DÉFIS

8. *Absence de politique, stratégies et programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.* Le cancer du col de l'utérus est évitable et guérissable à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement. En Afrique subsaharienne, le manque de politique, de stratégies et de programmes efficaces de dépistage et de traitement explique en grande partie les taux élevés de prévalence et mortalité liées au cancer du col de l'utérus dans les pays. En effet, sans accès à des services de prévention et de dépistage de qualité, la majorité des femmes ne consultent que lorsque le cancer est à un stade avancé.

9. *Insuffisance de données récentes et complètes.* Les données exactes sur la morbidité et la mortalité par cancer du col de l'utérus en Afrique sont rares et reposent généralement sur des données hospitalières et des estimations. L'enregistrement des cas de cancer dans la plupart des pays aux ressources limitées est difficile du fait de la faiblesse des systèmes de santé en général et des systèmes nationaux d'information sanitaires en particulier. Les registres des cancers basés sur la population sont rares ou produisent des données de qualité médiocre.

10. *Lourde charge économique et psychosociale.* Le cancer du col utérin diagnostiqué à des stades avancés chez des femmes africaines de 30 à 69 ans a des conséquences dévastatrices aux plans physique, psychologique et social, aussi bien sur les malades que sur leur famille et la communauté. Selon une analyse de la Banque mondiale de 1993, un coût de dépistage du cancer du col pratiqué tous les cinq ans s'élevait à US \$100 par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) gagnée, comparé aux US \$2 600 par AVCI pour le traitement des cancers invasifs et les soins palliatifs.⁹

11. *Insuffisance voire inexistence des informations et des compétences.* Dans la quasi totalité des pays de la Région africaine, les populations et les prestataires de soins manquent d'information sur les méthodes de prévention et de prise en charge du cancer du col. Les professionnels de la santé adoptent parfois des protocoles médicaux inappropriés utilisant de manière inefficace les ressources déjà limitées. De plus, les femmes ne connaissent pas les services disponibles quand ils existent. Dans certaines communautés, l'ignorance et le manque d'information concernant la maladie sont également des obstacles à la prévention.

12. *Coût élevé de la vaccination contre le VPH.* Le coût des vaccins disponibles contre le VPH reste très élevé et n'est pas à la portée de la majorité des populations et des pouvoirs publics de la Région africaine. En effet, le coût moyen pour les trois doses nécessaires est estimé à 400 dollars

⁷ OMS. Prévention et lutte contre le cancer : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique (Document AFR/RC58/4), 2008.

⁸ Dangou JM. Recommandations de la Consultation régionale de Ouagadougou sur la prévention et la lutte contre le cancer du col utérin en Afrique. Journal africain du Cancer, 2009, 1:56-60

⁹ Jamison, D.T. et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, World Bank, 1993.

américains environ, ce qui pose un problème d'accès universel au vaccin et un défi à la pérennité de toute politique de prévention primaire basée sur une vaccination à grande échelle.

13. *Indisponibilité de la prévention secondaire.* Le coût de la prévention du cancer du col de l'utérus peut être minoré par l'utilisation de technologies simples lors du dépistage des états précancéreux. Pour pallier la difficulté d'assurer des services de qualité basés sur la cytologie dans les pays à faible revenu, le dépistage par examen visuel du col de l'utérus doit être privilégié. Cependant, ce service est peu développé dans les pays de l'Afrique subsaharienne.

14. *Moyens thérapeutiques inabordables et soins palliatifs négligés.* Les prestataires de soins reçoivent régulièrement des femmes ayant un cancer du col de l'utérus à un stade avancé et confrontées à des contraintes financières. Les faibles ressources thérapeutiques disponibles ne peuvent suffire à fournir des services efficaces de chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. Les soins palliatifs nécessaires à ce stade de la maladie ne sont que très peu disponibles.

15. *Inaccessibilité géographique de la prévention tertiaire.* Les traitements utilisés en prévention tertiaire ne sont généralement pas disponibles dans les pays de la Région africaine; et lorsqu'ils le sont, les infrastructures, les équipements et les spécialistes sont mal répartis.

16. *Insuffisance de collaboration et de coordination des interventions menées.* Des initiatives ont été prises dans les pays pour prévenir et lutter contre le cancer du col de l'utérus. Des progrès notables ont parfois été réalisés. Cependant, de nombreux enjeux et défis persistent. La collaboration entre les différents acteurs est insuffisante et les initiatives isolées manquent de coordination. Toutes les parties prenantes, à savoir les communautés, les professionnels de la santé, les États Membres et les partenaires, doivent donc œuvrer de concert afin de surmonter ces obstacles et lutter efficacement contre le cancer du col de l'utérus à travers les mesures concrètes ci-après énoncées.

ACTIONS PROPOSÉES

17. **Élaborer et mettre en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col utérin fondés sur une politique clairement définie.** La lutte contre le cancer du col, tout comme la lutte contre les autres cancers féminins, doit s'effectuer dans le cadre d'un programme national de lutte contre le cancer et s'intégrer aux services existants des soins primaires de santé génésique et sexuelle. Les programmes viseront à sensibiliser les femmes de 30 à 50 ans au dépistage précoce, traiter de manière adéquate celles qui ont des lésions précancéreuses ou invasives, et dispenser des soins palliatifs à celles qui ont un cancer avancé.¹⁰

18. **Mobiliser et allouer des ressources suffisantes.** Les pays devront mobiliser des ressources et établir une meilleure allocation de celles-ci afin d'assurer la mise en place de programmes performants garantissant un effet durable sur la santé des femmes. Il importe de décentraliser les ressources existantes et de les rendre disponibles aux niveaux intermédiaire et périphérique du système de santé.

19. **Assurer la promotion de la santé et impliquer les communautés.** L'éducation et le conseil sont parties intégrantes de tout programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus. La

¹⁰ OMS. Prévention et lutte contre le cancer : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique (WHO/AFR/RC58/4), 2008

participation des communautés sera essentielle afin de nouer un dialogue avec les femmes, améliorer la compréhension des moyens de dépistage et de traitement mais également lever les craintes, appréhensions et idées reçues. Les messages d'éducation à la santé visant à éviter les comportements à risque devront être le reflet des politiques nationales afin d'amener les populations à adopter des pratiques sexuelles et des modes de vie plus sains. Ces messages privilégieront notamment l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention primaire susceptible de réduire également les infections sexuellement transmissibles.

20. Améliorer les connaissances et les compétences du personnel de santé. Il conviendra d'aider les prestataires à adopter une approche orientée sur la santé publique concernant le dépistage et les traitements, et de les former afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour conseiller leurs patientes et offrir des services de qualité à tous les niveaux du système de santé.

21. Mettre en œuvre les techniques d'examen visuel pour le dépistage du cancer du col, accompagnées d'un traitement immédiat par cryothérapie. L'application de cette technique simple et à faible coût permettra de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer du col. À cet effet, les capacités dans ce domaine devront être renforcées. Une mise en œuvre graduelle sera adoptée afin que chaque étape ait un résultat mesurable et que les progrès accomplis puissent être évalués.

22. Introduire la vaccination contre le VPH comme l'un des moyens de lutte contre le cancer du col de l'utérus. L'introduction de la vaccination contre le VPH dans les programmes nationaux élargis de vaccination n'est envisageable que si le coût du vaccin est accessible. À cet effet, les gouvernements, avec l'appui de l'OMS et des partenaires au développement, mèneront des actions de plaidoyer en direction des firmes pharmaceutiques afin de négocier des prix abordables. Le vaccin contre le VPH devra être administré en priorité aux filles dont l'âge se situe entre 9 ans et 13 ans, et selon le contexte épidémiologique propre à chaque pays. Les pays intéressés à l'introduction du vaccin devront mobiliser, avec l'appui de leurs partenaires, des ressources financières suffisantes pour garantir la couverture vaccinale complète et éviter les ruptures de stock.

23. Assurer la prise en charge des patientes atteintes de cancers à un stade avancé. Le bien-être et la survie des femmes atteintes de cancer invasif dépend de la qualité de leur prise en charge. Les prestataires des niveaux de soins primaires et secondaires devront être formés pour orienter les femmes vers des établissements spécialisés ayant des personnels qualifiés, des moyens thérapeutiques adéquats et assurant une prise en charge de la douleur.

24. Mettre en place un système de surveillance adéquat, contrôler les interventions et évaluer l'impact du programme de prévention. Les données sanitaires sur le suivi des patientes seront répertoriées pour évaluer les interventions et mesurer l'impact des programmes. Les différents centres de prise en charge du cancer du col seront en liaison avec des bases de données nationales et/ou régionales pour apprécier la performance et les besoins des programmes. Les résultats de l'évaluation pourront être utilisés pour la mobilisation des ressources et un soutien politique continu.

25. Renforcer la collaboration interdisciplinaire et les partenariats intersectoriel et multisectoriel pour une synergie d'action. Le secteur privé, les associations socioprofessionnelles, les organisations non gouvernementales, les centres collaborateurs de l'OMS et autres partenaires seront mis à contribution pour la mise en œuvre des actions spécifiques susmentionnées dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le cancer. Ces collaborations et partenariats seront coordonnés pour une meilleure efficacité et un usage plus rationnel des ressources.

26. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les actions proposées dans le présent document.

ANNEXE

TABLEAU 1: Incidence et mortalité estimées des cancers du col de l'utérus dans la Région africaine de l'OMS (tous âges confondus) en 2008

Pays	Incidence annuelle, 2008			Mortalité, 2008		
	Nombre de cas	Taux brut	TSA (Monde)	Nombre de décès	Taux brut	TSA(Monde)
Afrique du Sud	5743	22,8	26,6	3027	12,0	14,5
Algérie	1398	8,2	10,4	797	4,7	6,1
Angola	1504	16,5	30,0	1008	11,0	21,9
Bénin	925	21,5	35,0	616	14,3	24,4
Botswana	163	16,9	22,2	83	8,6	12,1
Burkina Faso	1230	16,1	28,6	838	11,0	21,5
Burundi	1270	30,8	49,1	900	21,8	37,2
Cameroun	1474	15,4	24,0	995	10,4	17,0
Cap-Vert	67	25,7	34,9	40	15,4	21,3
Comores	110	33,4	51,7	76	23,1	39,1
Congo	304	16,8	27,2	191	10,5	17,6
Côte d'Ivoire	1601	15,9	26,9	1095	10,8	19,1
Érythrée	180	7,2	12,9	126	5,0	9,8
Éthiopie	4648	11,5	18,8	3235	8,0	14,0
Gabon	130	17,9	24,4	76	10,5	14,6
Gambie	195	23,3	32,4	133	15,9	24,4
Ghana	1736	26,4	39,5	2006	17,4	27,6
Guinée	1736	35,7	56,3	1217	25,0	41,7
Guinée-Bissau	185	23,3	35,1	130	16,4	26,0
Guinée équatoriale	59	17,8	25,0	41	12,3	18,5
Kenya	2454	12,7	23,4	1676	8,6	17,3
Lesotho	279	25,8	35,0	178	16,4	22,7
Libéria	487	25,5	41,8	341	17,9	31,2
Madagascar	1553	16,2	27,2	1085	11,3	20,5
Malawi	2316	31,0	50,8	1621	21,7	38,3
Mali	1491	23,2	37,7	1010	15,7	28,4
Maurice	98	15,20	12,9	64	9,9	8,2
Mauritanie	364	23,0	35,1	244	15,4	25,5
Mozambique	3690	32,1	50,6	2356	20,5	34,5
Namibie	117	10,8	15,8	63	5,8	8,9
Niger	572	7,8	15,6	405	5,5	12,0
Nigéria	14550	19,3	33,0	9659	12,8	22,9
Ouganda	3577	22,6	47,5	2464	15,6	34,9
République centrafricaine	284	12,9	19,4	201	9,1	14,1
République démocratique du Congo	3839	11,8	21,3	2760	8,5	16,4
Rwanda	986	19,7	34,5	678	13,5	25,4
Sao Tomé et Príncipe	...	...	...	...	...	...
Sénégal	1197	19,4	34,7	795	12,9	25,5
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Sierra Léone	670	23,5	41,9	466	16,3	33,0
Swaziland	198	33,1	50,0	116	19,4	31,4
Tanzanie	6241	29,3	50,9	4355	20,4	37,5
Tchad	615	11,2	19,9	425	7,7	14,6
Togo	595	18,2	30,0	417	12,8	21,8
Zambie	1839	29,1	52,8	1276	20,2	38,6
Zimbabwe	1855	28,8	47,4	1286	20,0	33,4

Notes :

- ...: Données non disponibles.
- TSA : Taux Standardisé selon l'âge. Le taux brut et le TSA sont pour 100 000.
- Le nombre de cas de cancer et le nombre de décès sont en chiffres absolus.

Source : IARC, GLOBOCAN, 2008: <http://www-dep.iarc.fr>