

EMBARGO POUR PUBLICATION: Mardi 22 septembre 2009, 08.00 GMT

CANTREAT INTERNATIONAL

LES CANCERS FÉMININS DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE : UNE ÉPIDÉMIE SILENCIEUSE

Référence: Résumé No. 31. Séance: Cancer treatment in emerging countries

21 septembre, 14.00-15.00, Hall 15.3

15th Congress of the European CanCer Organisation (ECCO) et 34th Congress of the European Society for Medical Oncology (ESMO)

Septembre 2009

© **CanTreat International 2009**

Pour toute information complémentaire veuillez contacter:

Axios International
7 Boulevard de la Madeleine
75001 Paris France

+33 1 44 860 760
axios@axiosint.com
www.axios-group.com

VUE D'ENSEMBLE

La tendance actuelle fait craindre un doublement du fardeau global du cancer au cours des 20 prochaines années, avec environ 26,4 millions de nouveaux cas et 17 millions de décès dus au cancer par an dans le monde d'ici 2030¹. L'épidémie mondiale du cancer prend de l'ampleur et évolue. D'abord considéré comme une maladie des pays riches industrialisés, le cancer est en passe de devenir un problème de santé majeur dans les pays en voie de développement. En 2008, plus de la moitié des 12,4 millions de nouveaux cas et les deux tiers des 7,6 millions de décès dus au cancer ont concerné des pays à revenu faible et intermédiaire² ; le cancer y fait chaque année plus de morts que le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Une fois le diagnostic établi, le risque de décès est en général trois fois plus élevé pour un habitant d'un pays pauvre que pour un habitant d'un pays riche³.

Au niveau mondial, les cancers du sein et du col de l'utérus sont responsables de plus d'un quart des décès dus au cancer chez les femmes⁴. Dans les pays en voie de développement, plus d'un quart du million (255 576) de femmes sont décédées des suites d'un cancer du sein en 2007⁵. Le cancer du col de l'utérus fait encore plus de ravages ; en 2007, il est à l'origine du décès de 272 238 femmes habitant dans un pays en voie de développement⁶. Le cancer du col de l'utérus tue en grande majorité des femmes des régions les plus pauvres du monde : plus de 85 % de l'ensemble des décès dus au cancer du col de l'utérus se produisent dans un pays en voie de développement⁷.

En dépit de l'ampleur et de l'extension rapide du fardeau et des souffrances dus au cancer dans les pays en voie de développement, la maladie ne figure pas parmi les priorités des dépenses nationales de santé des pays à revenu faible et intermédiaire, ni des pays donateurs. 5 % seulement des ressources mondiales destinées à la lutte contre le cancer sont affectés aux pays en voie de développement⁸ ; la lutte contre le cancer est notablement absente des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). La liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, dont l'influence sur le choix des traitements disponibles dans les pays en voie de développement est déterminante, ne répertorie qu'un seul anticancéreux, le tamoxifène/Nolvadex. La liste complémentaire de l'OMS comprend d'autres médicaments contre le cancer, mais ceux-ci requièrent des soins et des installations médicales spécialisés très rares dans les pays en développement. Ce problème ne fait donc pas partie des préoccupations majeures en matière de santé publique au niveau international.

Dans les régions les plus pauvres du monde, l'insuffisance de la sensibilisation de la population à la lutte contre le cancer, l'absence de registres du cancer permettant d'orienter les campagnes d'information et l'élaboration des politiques, ou les programmes de prévention, de diagnostic ou de traitement du cancer, maintiennent les femmes à l'écart du système de santé jusqu'à un stade avancé de la maladie ; le traitement est alors plus coûteux et moins efficace. En outre, les rares établissements de santé correctement équipés en matériel et en personnel capables d'effectuer le diagnostic et le traitement du cancer sont souvent situés dans des centres urbains, inaccessibles aux populations pauvres et rurales. La formation du personnel de santé des pays à revenu faible et intermédiaire, notamment les médecins, infirmiers, etc., est globalement insuffisante dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement du cancer. Dans les pays pauvres, la prise

en charge médicale de la grande majorité des femmes atteintes d'un cancer est limitée, voire nulle pendant toute la durée de leur maladie.

« ...Si vous ne pouvez pas partir à l'étranger pour y être traitée, il ne vous reste qu'à vous asseoir et attendre la mort... »

■ Mary Onyango, Kenya, 40 ans, atteinte d'un cancer du sein ⁹

Si tous les cancers méritent une attention particulière dans les pays pauvres, les cancers du sein et du col de l'utérus doivent être prioritaires. On dispose, en effet, pour ces deux types de cancer de méthodes de prévention et/ou de traitement efficaces pouvant être mises en place dans les régions à faibles ressources, mais encore inaccessibles à bon nombre de patientes.^{10, 11} Il reste encore beaucoup à faire pour réduire le risque et améliorer l'accès au dépistage et au traitement de ces cancers à forte mortalité, y compris le traitement des cancers en phase terminale et la mise en place de soins palliatifs pour les malades incurables, le nombre de programmes efficaces actuellement opérationnels étant encore très limité.

Cet article donne un aperçu des réalités méconnues de l'épidémie mondiale du cancer, préconise un renforcement du soutien public et privé dans le domaine de la prévention, du dépistage et du traitement du cancer dans les régions à faibles ressources et appelle de ses vœux la mise en place d'un programme efficace de lutte contre les cancers féminins dont l'infrastructure pourrait également bénéficier aux autres cancers et maladies chroniques.

Europe de l'Est et Asie centrale

On a tendance à oublier les pays de l'Europe de l'Est et d'Asie centrale dans les discussions sur les problèmes des pays pauvres. Les pays de cette région, à revenu faible et intermédiaire, sont confrontés à la plupart des difficultés sociales et sanitaires rencontrées par les autres pays de cette catégorie. En voici quelques unes :

* La plupart des pays de cette région ont connu une forte récession économique après la chute du communisme en 1989, la guerre et les troubles sociaux qu'elle a engendrés et qui ont affecté la région pendant toute la décennie des années 1990. La reprise économique a été lente et le PNB de la plupart des pays n'a pas encore retrouvé son niveau de 1989.¹²

* Dans l'ensemble de la région, le PNB a baissé de 1,7 % par an entre 1990 et 2001.¹³

* La proportion de la population vivant actuellement sous le seuil de pauvreté est de 29 % en Roumanie, de 25 % en Albanie, de 20 % en Bosnie-Herzégovine et en Macédoine et de 10 % en Croatie.¹⁴

* Le pourcentage de l'APD (aide publique au développement) affecté à la santé (1,7 % en moyenne) est plus faible dans cette région que partout ailleurs dans le monde (16,5 % en Afrique du Sud, 16,8 % en Asie du Sud-Est, 8,6 % dans la zone sub-saharienne et 9 % au niveau mondial).¹⁵

* En matière de santé, l'écart entre les pays de l'Europe de l'Est et l'UE des 15 (pays de l'Union européenne avant l'élargissement de mai 2004) est plus important aujourd'hui qu'au début des années 1990.¹⁶

* L'émigration de nombreux professionnels de santé de cette région afin d'obtenir un meilleur salaire et de meilleures conditions de travail, ainsi que la répartition déséquilibrée du personnel de santé au niveau national, constituent deux obstacles majeurs à la qualité de soins de santé. En Moldavie, d'après les estimations de 2002, environ 15 % des zones rurales n'avaient pas de médecin. En Albanie, la plupart des communautés isolées n'ont aucun médecin.¹⁷

* Les données épidémiologiques et de surveillance permettant de déterminer la politique sanitaire et son financement dans la région sont très rares et de qualité variable, en raison de la désorganisation sociale et des déplacements de population à grande échelle dans les années 1990.¹⁸

* En dépit de la réforme des systèmes de santé dans la région, l'ancien système centralisé de type soviétique reste bien ancré. Dans de nombreux pays, les services sanitaires sont inadaptés aux besoins actuels et ne permettent pas une utilisation optimale des fonds pourtant limités. En l'an 2000, par exemple, la Moldavie tentait de maintenir en place trois fois plus d'hôpitaux que le RU avec seulement 0,5 % des moyens.¹⁹

Le contexte de l'épidémie mondiale de cancer

Le changement des modes de vie, l'allongement de la durée de vie et les infections chroniques expliquent l'expansion mondiale du cancer. L'urbanisation croissante, les changements alimentaires, le manque d'exercice, le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité participent, en outre, à l'augmentation du risque de développement de la maladie.

Le risque individuel de développer un cancer augmente de façon significative avec l'âge ; le vieillissement des populations est, en outre, plus rapide dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays riches. En France, le pourcentage de la population représenté par les plus de 65 ans a doublé en un siècle (passant de 7 % à 14 % en 1980). À Singapour, ce phénomène ne prendra que 19 ans, les plus de 65 ans représentant 14 % de la population d'ici 2019. En Chine, le pourcentage des plus de 65 ans devrait tripler entre 2006 (8 %) et 2050 (24 %).²⁰ Dans certains pays d'Europe de l'Est, le vieillissement de la population est significatif ; en Pologne, le pourcentage des plus de 65 ans, de 13 % en 2005, devrait atteindre 21 % en 2025 ; en Slovénie, ce pourcentage devrait passer de 16 % à 24 % sur la même période.²¹

Dans les pays en voie de développement, un cancer sur quatre environ, contre un sur dix dans les pays développés, est d'origine infectieuse²². Ces infections peuvent être dues à des virus (par ex., l'hépatite B pour le cancer du foie et le papillomavirus humain (PVH) pour le cancer du col de l'utérus), à des bactéries (*Helicobacter pylori* pour le cancer de l'estomac) ou à des parasites (schistosomiase pour le cancer de la vessie).²³

Chez l'homme, de nombreux cancers sont liés au mode de vie, au comportement ou à une infection ; une prévention est néanmoins possible²⁴. D'après les estimations, la moitié environ des nouveaux cas de cancer et des décès dus au cancer pourrait être évitée.²⁵

On dispose aujourd'hui des connaissances et des outils permettant de lutter contre ces maladies. Pour réduire de façon significative le nombre de cancers du sein et du col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une modification notable de la gestion et de la prestation des services sanitaires est nécessaire. Une telle évolution permettrait de mieux lutter contre l'augmentation des taux de cancer dans les régions à faibles ressources et de lutter plus efficacement contre les nombreuses maladies chroniques, notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires, fardeau de plus en plus lourd pour les pays les plus pauvres du monde.

Lutter contre les idées reçues et les préjugés

Dans de nombreux pays, les cancers féminins, et le cancer en général, font l'objet d'idées reçues, de désinformation et de préjugés bien ancrés. En Inde, par exemple, on interdit parfois les femmes atteintes d'un cancer d'utiliser la même vaisselle et les mêmes couverts que le reste de la famille et de préparer les repas par peur de la contagion²⁶. En Éthiopie, les femmes souffrant d'un cancer du sein pensent être victime de forces mystiques, notamment du « mauvais œil »²⁷. En Ukraine, il est courant de ne pas révéler le diagnostic de cancer du sein aux patientes, même après une mastectomie, du fait des tabous culturels et des consignes nationales qui incitent les médecins à taire le diagnostic de cancer à leurs patients, afin de limiter leur souffrance.²⁸

La lutte contre le cancer du sein commence par l'éducation de la population afin de vaincre la stigmatisation et les idées reçues, et des femmes afin de favoriser un changement des comportements pour réduire le risque et permettre un traitement précoce dès les premiers symptômes. Les études réalisées au Royaume-Uni montrent qu'une sensibilisation efficace des femmes et de la population en général est plus efficace en nombre de vies sauvées qu'un programme de dépistage du cancer du sein au niveau national²⁹.

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA montrent que la stigmatisation est un obstacle majeur à l'accès universel aux moyens de prévention, de soins et de la prise en charge. Elle limite le recours aux services de prévention et de diagnostic et est responsable de l'ajournement ou du refus du traitement, des soins et de l'appui. Ce sont les filles, les femmes et les groupes socialement vulnérables qui en souffrent le plus.³⁰

Pour vaincre efficacement la stigmatisation, il faut agir à plusieurs niveaux en tenant compte des mentalités des individus, des communautés, du personnel de santé et des responsables politiques. Au niveau individuel et communautaire, il faut faire participer les malades, mettre en place des programmes d'éducation participatifs et des activités associant les malades et les non malades. Parmi les initiatives efficaces au niveau de la prestation sanitaire, l'on peut citer la sensibilisation et la formation spécialisée dans la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer du personnel de santé à tous les niveaux ; au niveau politique, il convient de désamorcer les préjugés et la discrimination dans le cadre institutionnel et de faire respecter les droits de l'homme.³¹

L'expérience montre que l'accès au traitement, au moins pour les maladies infectieuses, encourage les malades à révéler leur maladie à leurs familles, ce qui réduit la stigmatisation.^{32, 33}

Points à retenir

- Chaque année, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le cancer tue plus que le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- En 2008, plus de la moitié de l'ensemble des nouveaux cas de cancer et près des deux tiers des décès dus au cancer ont touché les régions les plus pauvres du globe.
- En 2008, on comptait 12,4 millions de nouveaux cas de cancer, 7,6 millions de décès dus au cancer et 28 millions malades du cancer dans le monde.
- D'ici 2030, on comptera 26,4 millions de nouveaux cas de cancer par an et 17 millions de décès dans le monde.
- Le cancer du col de l'utérus tue plus de femmes dans les pays en voie de développement que toute autre forme de cancer ; 85 % de l'ensemble des décès dus au cancer du col de l'utérus se produisent dans les pays en voie de développement.
- Le mode de vie moderne, associé au vieillissement rapide des populations et, dans les pays pauvres, à l'impact des cancers d'origine infectieuse, sont les principales causes de l'épidémie mondiale de cancer.
- D'après les estimations, près de la moitié des cancers diagnostiqués chaque année pourrait être évitée.
- La stigmatisation constitue un obstacle majeur au diagnostic et au traitement du cancer, qui pourrait être surmonté en partie par la sensibilisation de la population et l'accès au traitement.

LE CANCER DU SEIN

À lui seul, le cancer du sein est le plus répandu au monde³⁴. On comptait en 2007 environ 1,3 million de nouveaux cas³⁵, ce qui porte à 4,4 millions le nombre total de patientes atteintes d'un cancer du sein³⁶.

Aujourd'hui, le risque pour une femme de développer un cancer du sein avant l'âge de 65 ans reste deux fois et demie plus élevé si elle vit dans un pays riche que si elle vit dans un pays en voie de développement³⁷. Mais cet écart diminue rapidement. L'incidence mondiale du cancer du sein augmente rapidement à raison de 0,5 % par an depuis 1990 ; cette augmentation est dix fois plus rapide (jusqu'à 5 % par an) dans les pays à revenu faible et intermédiaire³⁸. En République tchèque, par exemple, l'incidence du cancer du sein a augmenté de 4 % par an dans les années 1990, pour atteindre le taux de 93 pour 100 000 femmes en 2001, contre une augmentation de 0,6 % par an aux États-Unis sur la même période.³⁹ En Chine, les registres du cancer font état d'une augmentation annuelle de l'incidence comprise entre 3 et 4 %.⁴⁰ En 2007, plus de la moitié de l'ensemble des décès dus au cancer du sein (soit 255 576) sont survenus dans les pays en voie de développement⁴¹.

Le décès d'une femme des suites d'un cancer, outre la douleur personnelle liée à la perte d'un proche, a un impact significatif sur sa famille et la communauté dans son ensemble. Très souvent, une femme atteinte d'un cancer du sein est la principale ou même seule source de revenu de la famille ou de prise en charge des enfants et des personnes âgées. La maladie ou le décès d'une mère de famille oblige ses filles à assumer ses responsabilités et à abandonner leur scolarité.

La Banque mondiale a tenté de quantifier la perte que représente pour la famille et les économies nationales le cancer du sein dans les différentes régions du monde en 2001, à l'aide de l'indicateur DALY (Disability Adjusted Life Years) (voir Tableau 1)⁴². DALY est un indicateur des années de vie productive perdues du fait d'une mortalité prématurée ou d'invalidité.

Tableau 1 : Nombre de décès dus au cancer et DALY perdues dues au cancer, Banque mondiale, 2001

	Asie du Sud-Est et Asie-Pacifique	Amérique latine et Caraïbes	Asie du Sud	Afrique sub-saharienne	Europe (de l'Est) et Asie centrale	Pays à revenu élevé
Type de cancer	(Décès) DALY perdus	(Décès) DALY perdus	(Décès) DALY perdus	(Décès) DALY perdus	(Décès) DALY perdus	(Décès) DALY perdus
Cancer du sein	(93 000) 1 730 000	(37 000) 642 000	(76 000) 1 246 000	(34 000) 574 000	(63 000) 1 058 000	(155 000) 2 509 000
Cancer du col de l'utérus	(47 000) 805 000	(26 000) 494 000	(83 000) 1 423 000	(38 000) 627 000	(19 000) 356 000	(17 000) 319 000

Causes et facteurs de risque

Les hormones œstrogène et progestérone jouent un rôle majeur dans le cancer du sein. Le risque de la maladie commence à l'apparition des premières règles et augmente tout au long de la vie reproductrice d'une femme pour diminuer ensuite après la ménopause. Les femmes en âge de procréer de façon précoce, ayant beaucoup d'enfants et allaitant sur une période longue présentent moins de risque⁴³ ; l'utilisation de l'hormonothérapie substitutive est en revanche associée à une augmentation du risque⁴⁴, de même que l'obésité, l'alcoolisme et un faible niveau d'activité physique. L'alcool semble être un facteur de risque de cancer très important en Europe du Sud-Est, région où les taux de maladie hépatique chronique et de cirrhose chez les femmes, principalement dues à l'alcool, dépassent de 70 % les taux dans les pays de l'Union européenne avant l'élargissement de 2004. Au niveau mondial, les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein présentent 2 à 3 fois plus de risque de développer la maladie que les autres⁴⁵.

Prévention, dépistage et diagnostic

Pour le cancer du sein, un dépistage précoce est essentiel à l'amélioration de la survie. Aux États-Unis, par exemple, 98 % des femmes dont le cancer du sein a été diagnostiqué et traité dès le début de la maladie étaient encore en vie au bout de 5 ans, contre 84 % de celles dont la maladie s'était propagée aux ganglions lymphatiques avant le début du traitement et 28 % de celles dont le cancer s'était étendu à des organes distants⁴⁶. Un dépistage précoce est particulièrement important dans les régions disposant de ressources limitées, où les coûts associés à un traitement efficace des stades avancés de la maladie sont difficiles, voire impossibles à supporter.

Le dépistage précoce est très difficile à effectuer dans les pays en voie de développement car la plupart des malades symptomatiques consultent d'abord un guérisseur avant de s'adresser à un spécialiste. La peur, la stigmatisation et la désinformation n'incitent pas les femmes à faire diagnostiquer et traiter leur cancer du sein. Près de 80 % des patients atteints d'un cancer dans les pays en voie de développement ne sont pris en charge par les services sanitaires qu'à un stade avancé de la maladie, difficile et coûteux à traiter⁴⁷ ; le coût du traitement d'un cancer au stade avancé est jusqu'à 9 fois plus élevé que celui d'un cancer au stade précoce.⁴⁸ En Inde, par exemple, 50 à 70 % des 75 000 cancers du sein nouvellement diagnostiqués chaque année sont à un stade avancé, contre respectivement 38 % et 30 % en Europe et aux États-Unis⁴⁹.

Le dépistage de routine auprès des femmes du groupe d'âge concerné est essentiel à la détection précoce du cancer du sein. Le dépistage généralisé par mammographie n'est pas envisageable dans les pays les plus pauvres du globe, mais il a été démontré qu'un examen mammaire clinique par un infirmier, associé à une campagne de sensibilisation de la population aux avantages d'un dépistage précoce du cancer du sein, soit aussi efficace, en particulier dans les pays où les patientes présentent généralement un stade localement avancé ou métastatique de la maladie. L'examen clinique est en outre facile à mettre en place dans des cliniques et des centres de soins isolés⁵⁰. Actuellement, la proportion de femmes qui bénéficient de programmes de dépistage du cancer du sein dans les pays en voie de développement reste très faible.

Les études de cas réalisées dans les pays en voie de développement ayant renforcé la lutte contre le cancer montrent que les problèmes de ressources, ainsi que les obstacles culturels et logistiques, peuvent être surmontés. Au Soudan, par exemple, un programme ambitieux de lutte contre le cancer a été mis en place pour les trois principaux cancers mortels du pays : cancer du sein, du col de l'utérus et buccal. La sensibilisation de la population est la pierre angulaire de l'initiative du Soudan. 80 % des 41 millions de soudanais vivent dans des zones rurales ou sont nomades ; le taux d'illettrisme y est également très élevé. C'est pourquoi le programme soudanais a concentré sa communication sur la radio, la télévision, l'affichage public et les débats dans les lieux. Les efforts consentis par le Soudan n'ont pas encore été évalués, mais on observe néanmoins une augmentation des traitements précoces et une baisse des comportements à risque, comme la consommation d'alcool et de tabac⁵¹.

Traitement

La radiothérapie est l'élément central du traitement du cancer ; l'accès à cette thérapie doit être la priorité des programmes de lutte contre le cancer dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁵². Plus de 50 % de l'ensemble des patients atteints d'un cancer devront subir une radiothérapie à un moment donné de la maladie, même si la proportion est plus élevée parmi les malades à un stade avancé. Les régions les plus pauvres du globe manquent cependant cruellement de services de radiothérapie. En Afrique, seulement 20 % des patients concernés ont accès à la radiothérapie. La région Asie-Pacifique possède moins d'un tiers des machines nécessaires au traitement des 3 millions de nouveaux cas par an. Et plus de 30 pays africains et asiatiques ne disposent d'aucun service de radiothérapie⁵³.

En 2002, l'Europe de l'Est disposait de la moitié des appareils de radiothérapie nécessaires aux besoins estimés en matière de traitement du cancer. Dans cette région, l'accès à la radiothérapie varie en fonction du pays. En 2002 également, l'Albanie ne possédait qu'une des 8 machines nécessaires ; la Bosnie-Herzégovine, trois des 16 machines nécessaires pour subvenir aux besoins de sa population, alors que l'Ouzbékistan disposait de 21 des 26 machines jugées nécessaires et la République tchèque, 54 des 61 machines requises.⁵⁴

Le fossé entre la demande et l'offre, bien qu'important, n'est pas insurmontable. Compte tenu de l'ampleur des besoins non satisfaits, l'AIEA (Agence internationale de l'énergie atomique) fournit, depuis 1981, des moyens technologiques et de formation pour un montant dépassant les 200 millions de dollars US afin d'aider les pays en voie de développement à ouvrir des services de radiothérapie⁵⁵. En 2004, l'IAEA a mis en place le programme PACT (Program of Action for Cancer Treatment : programme d'action en faveur de la cancérothérapie) pour étendre ces activités à tous les aspects du diagnostic, du traitement et de la prise en charge du cancer, en partenariat avec des organisations comme l'OMS (Organisation mondiale de la santé)⁵⁶. Six projets pilotes, regroupés sous la dénomination Sites de démonstration du modèle PACT, ont été lancés en Albanie, au Nicaragua, au Sri Lanka, en République unie de Tanzanie, au Viet Nam et au Yémen pour mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le cancer⁵⁷. Nombreux sont les pays qui auraient besoin de ce type de programme pour améliorer l'accès aux soins de base avec radiothérapie.

Initiative internationale de lutte contre le cancer de sein

En 2002, l'initiative BHGI (Breast Health Global Initiative), regroupant des organisations nationales et internationales, des organismes publics, des organisations non gouvernementales, des entreprises et des particuliers, dont l'objectif est d'améliorer la santé mammaire et le traitement du cancer du sein pour les femmes des pays pauvres, a été lancée par le centre américain Fred Hutchinson Cancer Research Center et l'organisation Susan G. Komen for the Cure. L'une des principales activités de la BHGI est de mettre au point et de publier des directives pour la santé mammaire et la lutte contre le cancer du sein au niveau international (Guidelines for International Breast Health and Cancer Control), destinées aux pays à revenu faible et intermédiaire. Ces directives définissent les éléments essentiels pour un dépistage, un diagnostic et un traitement précoces du cancer du sein et proposent un

éventail d'options permettant de mettre en place ces services dans différents environnements socio-économiques⁵⁸.

Dans un supplément publié en 2008 par le journal *Cancer*, la BHGI a proposé la mise en place de « laboratoires d'apprentissage »⁵⁹ pour réviser et adapter ces directives afin d'améliorer leur applicabilité et leur utilisation. Ces laboratoires réuniront des experts issus de différents environnements socio-économiques dont les compétences et expériences personnelles en matière de fourniture de soins de santé permettront de définir des directives plus proches des enjeux réels liés à la création de modèles et de prestation de services dans les pays à faibles ressources.

Le premier de ces laboratoires a été créé à Kumasi, au Ghana en octobre 2008⁶⁰, en collaboration avec la Ghana Breast Cancer Alliance. La première tâche de ce laboratoire a été de mettre en place un programme de formation continue pour le personnel de santé ghanéen spécialisé dans les soins et la lutte contre le cancer du sein tenant compte des ressources limitées du Ghana et d'autres pays en voie de développement. Un deuxième laboratoire d'apprentissage a également été créé à Bogota, en Colombie en collaboration avec le Colombian Instituto Nacional de Cancerologia (Institut national du cancer).

Les services d'anatomopathologie sont également essentiels à l'efficacité d'un programme de traitement du cancer. Seul un anatomopathologiste, médecin spécialisé dans le diagnostic médical, est en mesure d'effectuer un diagnostic précis du cancer du sein, de déterminer le stade de la maladie et de choisir la meilleure option de traitement (polypharmaco-thérapie, radiothérapie et chirurgie). Les pays les plus pauvres du globe disposent rarement de tels spécialistes. Les quelques services laboratoires d'anatomopathologie existants manquent généralement de l'équipement, des fournitures, des techniciens et des dirigeants nécessaires à leur fonctionnement.

En 2005, un petit groupe d'anatomopathologistes de l'UNN (University Hospital of North Norway), travaillant en collaboration avec l'initiative BHGI (Breast Health Global Initiative – voir encadré), a permis de rouvrir des services d'anatomopathologie à l'hôpital Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) de Kumasi, au Ghana qui avait été fermé en raison du manque de ressources⁶¹. Ce projet a également servi de modèle pour une collaboration internationale efficace à d'autres régions à faibles ressources confrontées à des problèmes similaires. Deux techniciens de laboratoire du KATH ont suivi une formation de trois mois à la préparation de lames tissulaires et d'échantillons à l'UNN. À leur retour au Ghana, ils ont commencé à envoyer des lames de biopsies de cancer du sein chaque semaine par courrier à l'UNN pour obtenir un diagnostic spécialisé, ensuite communiqué à Kumasi par téléphone ou courriel. Simultanément, deux jeunes médecins ghanéens ont suivi une formation d'anatomopathologiste à l'UNN en vue de leur retour au Ghana comme anatomopathologiste en 2010 et de la réouverture d'un véritable service d'anatomopathologie, ainsi que la formation locale de nouveaux spécialistes.

L'Éthiopie : centre d'excellence dans le traitement du cancer du sein

En 2005, Axios a lancé un projet pilote conçu pour fournir à l'Éthiopie les moyens de prendre en charge tous les aspects du cancer du sein, avec le soutien du laboratoire pharmaceutique AstraZeneca et la collaboration étroite du Ministère de la santé⁶². Au lancement du projet, il n'existait aucune donnée sur les patientes souffrant d'un cancer du sein, aucune mammographie, ni aucune directive en matière de traitement ou de soins ; le pays disposait d'un nombre très limité de traitements, d'un seul oncologue et d'une seule unité de radiothérapie pour 72 millions d'habitants. À la fin de l'année 2008, l'hôpital Tikur Anbessa d'Addis Abeba est devenu un centre d'excellence et de référence pour les femmes atteintes d'un cancer du sein. Des directives de traitement et de soins ont été définies, un équipement de pointe installé, des systèmes d'approvisionnement en médicaments et en fournitures de laboratoire ont été créés, le personnel a été formé à l'application du programme et des médicaments ont été fournis à titre gratuit par AstraZeneca. Parallèlement, une association éthiopienne de lutte contre le cancer a été renforcée pour se concentrer sur la sensibilisation de la population et la création d'un registre national du cancer rassemblant les données sur la maladie en Éthiopie. Fin 2008, 3 634 patientes avaient été dépistées, diagnostiquées ou traitées à l'hôpital Tikur Anbessa et suivies selon leurs besoins.

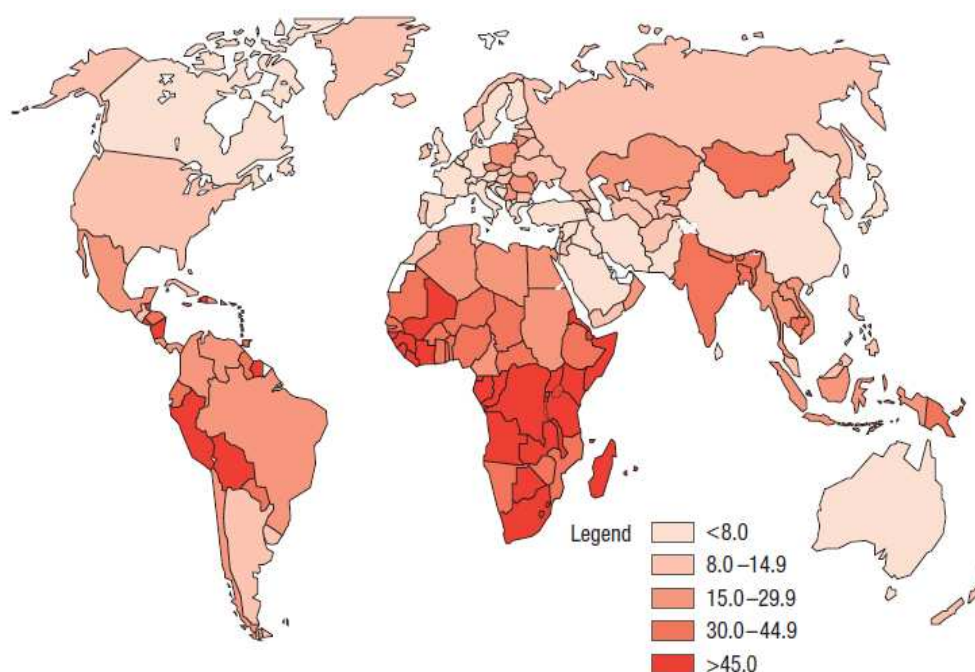
Points à retenir

- Le cancer du sein est le cancer le plus répandu au monde.
- En 2007, on comptait 1,3 million de nouveaux cas de cancer du sein dans le monde et 464 854 décès. Plus de la moitié des décès (255 576) ont concerné des patientes des pays en voie de développement.
- Au niveau mondial, l'incidence du cancer du sein augmente de 0,5 % par an depuis 1990. Dans les régions les plus pauvres du globe, l'augmentation est jusqu'à dix fois plus rapide.
- Le risque de développer un cancer du sein dépend de l'histoire de procréation de la femme, de son mode de vie (alimentation/exercice) et de ses antécédents familiaux.
- Le dépistage précoce est le meilleur moyen d'améliorer la survie des patientes. Dans les pays en voie de développement, près de 80 % des patients atteints d'un cancer ne s'adressent aux services de santé qu'à un stade avancé de la maladie. Les stades avancés du cancer du sein sont jusqu'à neuf fois plus coûteux à traiter que le stade précoce pour des résultats bien moins bons.
- Plus de la moitié des patients atteints d'un cancer, et une proportion encore plus élevée de patients à un stade avancé, ont besoin d'une radiothérapie à un moment donné de leur maladie.
- En Afrique, seulement 20 % des patients concernés ont accès à la radiothérapie ; 30 pays africains et asiatiques ne disposent d'aucun service de radiothérapie.

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

L'incidence du cancer du col de l'utérus est très variable selon les pays. Globalement, les taux les plus bas (inférieurs à 7/100 000 femmes par an) sont observés dans les pays asiatiques occidentaux et en Chine, les taux les plus élevés (généralement supérieurs à 25/100 000 femmes par an) concernant l'Afrique subsaharienne, l'Amérique Latine et les Caraïbes, ainsi que l'Asie de l'Est⁶³. Le cancer du col de l'utérus affecte 10/100 000 femmes par an en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest. Les taux observés en Haïti, en Tanzanie et en Bolivie, les plus élevés de leurs régions respectives, sont respectivement de 87/100 000, 69/100 000 et de 55/100 000 femmes par an⁶⁴.

Figure 1 : Incidence mondiale du cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes (tous âges confondus), après standardisation sur la population mondiale de l'OMS, 2005. Reproduction autorisée par l'OMS.⁶⁵



Les chances de survie d'une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus est également très variable. La mortalité associée à cette maladie est nettement plus élevée en Europe de l'Est que dans l'UE ; en Roumanie, le taux est de 15,4 pour 100 000 femmes, contre 2,4 pour 100 000 femmes dans l'UE des 15.⁶⁶ Les études montrent également qu'en Ouganda et au Zimbabwe moins d'une femme sur quatre atteinte de la maladie était encore en vie cinq ans après le diagnostic, contre 30 à 50 % à Cuba, en Inde et aux Philippines, 50 à 60 % en Thaïlande et en Chine et 60 à 75 % dans les pays développés globalement⁶⁷. La Banque mondiale a essayé de quantifier, en termes de DALY, la perte pour chaque région représentée par ces femmes pendant leurs années les plus productives (voir Tableau 1). Un dépistage précoce du cancer du col de l'utérus est un facteur déterminant de la survie.

Causes et facteurs de risque

La principale cause du cancer de l'utérus est l'infection par le papillomavirus humain (PVH), un organisme sexuellement transmissible très courant qui détruit le mécanisme de régulation des cellules du col de l'utérus. En général, l'infection au PVH se guérit spontanément en quelques années et seul un petit pourcentage

évolue en cancer. Sur les 40 types de PVH (voire plus) responsables d'une infection de l'appareil génital, 15 sont associés à un risque significatif de cancer du col de l'utérus, les types PVH 16 et 18 étant responsables de plus de 60 % des cas⁶⁸.

D'autres facteurs de risque contribuent également au développement d'un cancer du col de l'utérus chez les patientes infectées par le PVH. Une co-infection par le VIH et d'autres organismes sexuellement transmissibles, comme les chlamydia et le virus herpès simplex, augmente le risque, de même que le tabagisme, l'utilisation de longue durée de contraceptifs oraux et une mauvaise alimentation. Certaines femmes possèdent, en outre, une prédisposition génétique au cancer du col de l'utérus⁶⁹.

Prévention, dépistage et diagnostic

La protection contre l'infection au PVH est la principale mesure de prévention du cancer du col de l'utérus. Des vaccins protégeant contre deux ou quatre types de PVH les plus dangereux (respectivement types 16 et 18 ou 6, 11, 16 et 18) ont récemment été commercialisés⁷⁰. Le coût de ces vaccins (autour de 100 dollars US par dose dans les pays où ils ont été autorisés) est un obstacle de taille à leur accessibilité⁷¹. L'un des fabricants, Merck, a fourni au moins trois millions de doses de son vaccin anti-PVH, Gardasil, aux pays éligibles dans le cadre d'un programme de don géré par Axios. Au cours de la première session de dons lancée en septembre 2008, 190 000 doses du vaccin ont été livrées à huit pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine⁷².

Le coût n'est pas leur seul obstacle à la mise en place efficace de programmes de vaccination anti-PVH dans les pays en voie de développement. Pour obtenir une protection d'au moins 90 %, les vaccins anti-PVH doivent être administrés en trois doses aux adolescentes avant le début de leur activité sexuelle. La plupart des adolescentes ne sont pas aussi régulièrement en contact avec des services de soins que les mères et les enfants ; pour être efficace, un programme de vaccination anti-PVH doit informer les adolescentes, les mettre en contact avec les services de vaccination et veiller à l'administration des trois injections du vaccin.

Plusieurs stratégies ont été proposées et sont actuellement testées afin d'améliorer l'accessibilité aux vaccins anti-PVH. Les projets de démonstration soutenus par PATH en Inde, au Pérou, en Ouganda et au Viet Nam, en coopération avec les Ministères de la santé nationaux, étudient et mettent en place des programmes visant à améliorer l'information des adolescentes en associant les établissements scolaires⁷³, les centres de soins⁷⁴ et les centres de la petite enfance financés par l'État⁷⁵. Le programme d'accès GARDASIL® prévoit la fourniture de vaccins à des unités de soins mobiles ou à des dispensaires locaux.⁷⁶

Quelles que soient les méthodes utilisées pour informer les adolescentes, l'aide des familles et des communautés est essentielle à toute initiative de santé destinée aux enfants. Dans le cas du PVH, il convient de répondre à plusieurs problèmes liés aux tabous moraux, religieux et culturels concernant l'activité sexuelle, l'éducation, l'indépendance et l'autonomie des filles. Des études réalisées dans des pays aussi différents que la Malaisie, l'Afrique du Sud et le RU, montrent, par exemple, que les parents et les tuteurs redoutent surtout que les programmes de vaccination anti-PVH encouragent la multiplicité des partenaires et/ou stigmatisent les jeunes femmes^{77, 78, 79, 80}. D'après les premiers résultats du programme d'accès GARDASIL® et

d'autres programmes de vaccination anti-PVH, ces mentalités ne semblent pas être un frein au succès de ces programmes.

Même en cas de généralisation de la vaccination anti-PVH, la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus ne devrait être visible que dans 20 ans, du fait du décalage entre l'infection au PVH et le développement du cancer du col de l'utérus. Les femmes vaccinées ne sont, par ailleurs, pas totalement protégées contre les quatre autres types de PVH ne faisant pas partie des vaccins existants. Le dépistage et le traitement précoces restent donc les premiers objectifs des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus ; dans la mesure du possible, un dépistage doit être inclus dans les programmes de vaccination anti-PVH. Les avantages d'une telle mesure sont nombreux : les recherches montrent que le dépistage d'une femme une seule fois entre 35 et 40 ans réduit de 25 à 35 % le risque de développer un cancer du col de l'utérus au cours de sa vie⁸¹. Actuellement, en moyenne 19% des femmes dans les pays en voie de développement ont accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, contre 63 % dans les pays développés ; cette couverture varie selon les pays, allant de 1 % au Bangladesh à 73 % au Brésil⁸².

Dans les pays développés, le dépistage est généralement basé sur la technologie de frottis de Pap, à savoir l'examen microscopique de cellules prélevées sur le col de l'utérus. En l'absence d'équipement et de personnel de laboratoire, le dépistage peut être effectué de façon efficace et rentable par inspection visuelle du col de l'utérus après application d'acide acétique (vinaigre) ou de soluté de Lugol permettant d'identifier les cellules anormales. Ce type de dépistage peut être réalisé par des infirmiers formés, même dans les centres de soins les plus rudimentaires.

D'autres méthodes d'identification des femmes présentant un risque de développement d'un cancer du col de l'utérus sont également utilisées et mises au point. Des chercheurs indiens ont récemment publié les résultats d'une étude de grande envergure d'une durée de 7 ans sur un nouveau test PVH sur des femmes en zone rurale. Le nouveau test s'est avéré nettement plus efficace que les frottis de Pap ou l'inspection visuelle, mais beaucoup plus long ; il nécessite, en outre, des équipements de laboratoire beaucoup plus sophistiqués et coûte entre 20 et 30 dollars US par test.⁸³ Suite à la publication des résultats de cette étude, le fabricant du test, Qiagen, a annoncé qu'il ferait don d'un million de ces nouveaux tests aux pays à revenu faible. La société envisage de commercialiser prochainement un produit de deuxième génération spécialement conçu pour les pays pauvres, le test *careHPV*⁸⁴, après les résultats prometteurs d'une étude réalisée sur 2 530 femmes de la province du Shanxi, en Chine⁸⁵.

Ces études de cas et les résultats des recherches montrent que le coût, l'équipement, les besoins techniques et le manque de personnel formé constituent des obstacles importants mais pas insurmontables au dépistage du cancer du col de l'utérus. Une action concertée permettrait de faire progresser les taux de dépistage encore extrêmement bas du cancer du col de l'utérus aux stades précoces ou précancéreux dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Une école de formation à la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique Latine

En 2004, une école pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus a été créée au Pérou par l'INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas) en collaboration avec l'IARC (International Agency for Cancer Research : Agence internationale pour la recherche sur le cancer)⁸⁶. L'école a été fondée pour permettre l'extension du dépistage du cancer du col de l'utérus dans toute l'Amérique Latine, aujourd'hui limitée par le manque d'administrateurs de programme ayant reçu une formation adaptée. Aujourd'hui, l'école propose des cours adaptés aux besoins des différents professionnels intervenant dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus, des gynécologues et techniciens de dépistage aux responsables politiques et au personnel non médical, comme le personnel s'occupant des registres du cancer et aux archivistes. L'objectif de l'école est de former des formateurs afin d'accroître rapidement la capacité de formation au niveau de la région. Les efforts de l'école se concentrent principalement sur les zones rurales où les femmes sont particulièrement isolées.

Traitement

Le dépistage du cancer n'est efficace et éthique que s'il est effectué dans le cadre d'un système bien organisé de suivi et de traitement. Dans les régions à faibles ressources, il est possible de traiter les cellules cervicales anormales précancéreuses dans un établissement de soins de premier recours par cryothérapie, une procédure peu invasive qui détruit les tissus par congélation. La cryothérapie est une procédure simple, bon marché qui ne nécessite pas d'électricité et d'une efficacité supérieure à 95 % sur les petites lésions⁸⁷. Des infirmiers peuvent être formés à l'utilisation de la technique de dépistage à l'acide acétique et à la cryothérapie en 5 à 10 jours ; ces deux procédures peuvent être réalisées sur le même site et le même jour, ce qui limite les visites répétées au centre de soins.

La procédure LEEP (Loop electrosurgical excision : excision électrochirurgicale à l'anse), réalisée à l'aide d'un fil métallique fin chauffé à l'électricité pour retirer les cellules anormales, permet de traiter les lésions précoces. La LEEP a une efficacité comparable à la cryothérapie et permet, en outre, d'obtenir un échantillon fiable pour un examen histopathologique, ce qui permet d'évaluer le degré d'invasivité de la maladie. La LEEP nécessite une formation plus poussée, une alimentation électrique fiable, des tables chirurgicales, un équipement de stérilisation et un évacuateur de fumées ; il est donc plus adapté aux centres de soins plus importants, comme les cliniques ou les hôpitaux régionaux⁸⁸.

Comme indiqué précédemment, le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus est essentiel à l'amélioration de la survie, en particulier dans les régions à faibles ressources. Les options thérapeutiques dépendent de l'étendue ou « stade » de la maladie au moment du diagnostic, évaluée selon des critères pathologiques tels que la taille de la tumeur et l'ampleur de la dissémination de la maladie au pelvis et aux organes distants. Les patientes présentant un cancer du col de l'utérus au stade

avancé doivent être adressées à un hôpital spécialisé afin d'envisager une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une chimiothérapie, seule ou en combinaison.

Le pronostic pour une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus dépend de facteurs tels que le stade clinique de la maladie au moment du dépistage, l'âge, l'état des ganglions lymphatiques, l'état général et le degré d'immunosuppression.⁸⁹ Même avec un traitement optimal, la survie à cinq ans est comprise entre 30 % si le cancer ne touche que le vagin, et moins de 5 % s'il s'est propagé aux organes proches⁹⁰. Dans les régions les plus défavorisées du globe, presque qu'aucune malade ne peut avoir accès à un traitement à un stade avancé du cancer du col de l'utérus ; autrement dit, seules la détection et la destruction précoces des cellules suspectes au stade précancéreux permettraient d'améliorer la survie des femmes de ces pays.

Points à retenir

- C'est en Chine et en Asie occidentale que les taux de l'incidence du cancer du col de l'utérus sont les plus bas ; c'est en Afrique, en Amérique Latine, dans les Caraïbes et en Asie du Sud et de l'Est qu'ils sont les plus élevés.
- La principale cause du cancer du col de l'utérus est l'infection par le papillomavirus humain (PVH), deux types seulement, HPV 16 et 18, étant responsables de plus de 60 % des cas.
- Parmi les facteurs de risque aggravants du cancer du col de l'utérus, l'on peut citer le tabagisme, l'utilisation de longue durée de contraceptifs oraux, une alimentation déséquilibrée et une co-infection par d'autres organismes sexuellement transmissibles.
- Un seul dépistage entre 35 et 40 ans réduit de 25 à 35 % le risque de développement d'un cancer du col de l'utérus.
- Dans les pays en voie de développement, le dépistage du cancer du col de l'utérus ne concerne en moyenne que 19 % des femmes, contre 63 % dans les pays développés.

LA NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT POUR LES STADES AVANCÉS

La priorité reste la généralisation du dépistage. Le nombre de femmes consultant à un stade très avancé de la maladie ne baissera pas de manière significative dans un avenir proche. Les services de cancérologie doivent donc être capables de mettre en place des protocoles thérapeutiques adaptés à chaque stade de la maladie (précoce, intermédiaire et avancé), en donnant accès à la radiothérapie et en améliorant la prise en charge chirurgicale lorsque cela est nécessaire⁹¹. Enfin, il est impératif sur les plans médical et éthique de développer les méthodes de soins palliatifs, quasiment inexistantes actuellement, pour les femmes dont le cancer est incurable.

La rareté des articles consacrés au traitement des cancers au stade terminal dans les régions à faibles ressources est affligeante. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les femmes présentant un cancer à un stade terminal sont renvoyées chez elles et meurent dans d'atroces souffrances, presque sans soins, ni traitement. C'est une situation intolérable et il est urgent que les responsables politiques, les

collecteurs de fonds, les ambassadeurs de la lutte contre le cancer et le secteur privé réagissent pour mettre en place des méthodes rentables et durables de soins et palliatifs pour les cancers féminins au stade terminal dans les régions les plus pauvres du globe.

Dans les pays riches, le traitement du stade terminal de la plupart des cancers est souvent très onéreux et ne prolonge la vie que de quelques mois. Ces méthodes ne peuvent être appliquées aux pays très pauvres. Parmi les options envisageables, l'on peut citer des combinaisons rentables de traitements existants, notamment certains passés dans le domaine public, qui permettent de prolonger la survie et/ou d'améliorer la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer au stade terminal.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont essentiels au traitement du cancer ; ils doivent prendre en charge l'aspect clinique, psychologique et spirituel des soins. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie incurable, d'apporter un soutien pratique et psychologique aux patients et à leurs proches et d'aider les patients à mourir dans la dignité. Les soins palliatifs sont centrés sur la prévention et le contrôle des symptômes insoutenables et principalement la douleur parfois très intense qui accompagne le stade terminal du cancer.

Les pays en voie de développement ont particulièrement besoin de centres de soins palliatifs ; 80 % des patients atteints de cancer sont en effet à un stade avancé de la maladie. Ces soins sont pourtant souvent négligés ou peu mentionnés dans les programmes nationaux de lutte contre le cancer, lorsqu'ils existent, dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'accès à la morphine, au centre de la prise en charge de la douleur cancéreuse et des droits de l'homme, selon l'Organisation mondiale de la santé, n'existe pas ou peu dans 150 des 193 États membres de l'OMS ; d'après les estimations, entre 30 et 86 millions de malades dans le monde n'ont pas accès aux méthodes de soulagement de la douleur modérée à sévère⁹².

L'utilisation des narcotiques est régie par plusieurs conventions internationales ; elles sont destinées à éviter la production illicite et le trafic de médicaments potentiellement addictifs. Dans de nombreux pays, les restrictions très strictes et une bureaucratie trop lourde ne favorisent pas leur prescription aux patients atteints de souffrance aiguë⁹³. Les inquiétudes ancrées, mais sans fondement, sur l'addiction limitent également leur utilisation. Dans la plupart des cas, les soins palliatifs ne sont pas pris en considération du fait de l'absence de formation spécifique dispensée aux médecins et aux infirmiers à qui ses principes sont étrangers.

Plusieurs initiatives innovantes montrent qu'il est possible de soulager la douleur cancéreuse, même dans les pays les plus pauvres. Le Nairobi Hospice, par exemple, a mis en œuvre l'un des premiers programmes de soins palliatifs de ce sous-continent, à l'exception de l'Afrique du Sud, en proposant un kit pour soins palliatifs⁹⁴ : ce manuel pratique, qui fait la synthèse de vingt années d'expérience, offre aux professionnels de santé évoluant dans des conditions similaires les outils permettant de proposer des soins palliatifs à leurs patients.

En 1993, la première directrice médicale du Nairobi Hospice, Dr. Anne Merriman, a fondé le Hospice Uganda, qui, en collaboration avec le Ministère ougandais de la

santé, a permis de proposer de la morphine, achetée sous forme de poudre à moins d'un dixième de dollar US le milligramme et mélangée sur place, aux établissements de santé de la plupart des régions du pays⁹⁵. Au cours des neuf premières années de fonctionnement, le Hospice Uganda a répondu à la demande de 4 000 patients, nombre considérable mais bien insuffisant par rapport aux besoins. En 2002, l'organisation a proposé une formation à distance débouchant sur un diplôme en soins palliatifs afin de mieux sensibiliser et d'accroître les connaissances des professionnels de santé ougandais et de l'ensemble du sous-continent.

En Éthiopie, l'introduction de la morphine a suivi l'établissement de lignes directrices pour les soins palliatifs et de nombreuses négociations avec les autorités de régulation des médicaments⁹⁶.

En Europe de l'Est, l'offre de soins palliatifs varie selon les pays. Il n'existe, par exemple, aucun service de ce type en Ouzbékistan et au Tadjikistan ; en Hongrie, on compte 57 services prenant en charge 13 % des patients atteints de cancer en 2006⁹⁷.

La Hongrie : la fondation des hospices a vaincu d'anciens tabous

En Hongrie, où la mort et la fin de vie étaient des sujets tabous jusqu'aux changements politiques et sociaux suivant l'effondrement du communisme, la création des soins palliatifs date de la fin des années 1980. Avec le soutien tacite du Président Arpad Goncz et d'autres personnalités politiques, la fondation des hospices hongrois, créée par deux groupes travaillant à l'Institut national d'oncologie, a été officiellement lancée en avril 1991. Son premier objectif était de modifier la mentalité de la population face au décès et à la fin de vie et de s'assurer le soutien des services sociaux pour la mise en place de soins palliatifs. Les premiers services ont été proposés par des volontaires aux domiciles des patients ; en 1994, plusieurs équipes hospitalières ont été créées à l'aide de la fondation américaine Soros.

Après plusieurs années de sensibilisation de la population et des professionnels de santé à la philosophie et aux principes des soins palliatifs et de pression exercée sur le gouvernement, pour que son soutien tacite se traduise par des actions pratiques et légales, les soins palliatifs font partie intégrante, depuis 2004, du service de santé national de la Hongrie, avec des définitions, des normes et des réglementations strictes. En 2005, la Hongrie a lancé un programme national de lutte contre le cancer dans le cadre d'un plan de développement national ; l'année suivante, les soins palliatifs ont été inclus au programme.

Aujourd'hui, tous les patients atteints de cancer ont droit à un accès libre à la morphine et à d'autres opiacés, même si certains médecins ne disposent encore ni des connaissances, ni de l'expérience requise pour prescrire ce type de médicaments. La disponibilité est néanmoins inégalement répartie ; certaines régions de Hongrie ne possèdent aucun service de ce type. Selon les estimations, près de la moitié des patients nécessitant ce type de soins y ont accès.⁹⁸

Points à retenir

- Il n'existe actuellement aucun document sur le problème du traitement du cancer en phase terminale dans les pays pauvres.
- L'objectif central des soins palliatifs est le soulagement de la douleur dont souffre la grande majorité des patients atteints de cancer.
- La morphine, élément central de la prise en charge de la douleur cancéreuse, est presque indisponible dans 150 des 193 États membres de l'OMS, principalement à cause des préjugés culturels et de la législation et de la politique très restrictives en matière de contrôle des narcotiques.
- Les soins palliatifs sont un élément essentiel du traitement du cancer ; dans les pays pauvres du globe, ils ne sont pas ou peu pris en compte dans les programmes de lutte contre le cancer.
- Dans de nombreux pays, les soins palliatifs sont totalement absents de la formation des médecins et des infirmiers.

LES ENJEUX

On dispose aujourd'hui des connaissances et des outils permettant de faire baisser de façon significative le nombre de décès liés aux cancers du sein et du col de l'utérus dans les régions à faibles ressources ; cette première étape permettra ensuite de s'attaquer à une plus large gamme de cancers dont l'incidence augmente dans les pays pauvres. La mise en pratique de ces connaissances pose de nombreux problèmes aux concepteurs et installateurs de programme, responsables politiques, collecteurs de fonds, patients et ambassadeurs de la lutte contre le cancer, et notamment :

* *Manque de sensibilisation et d'information des populations dans le domaine du cancer.* Dans de nombreux pays, le niveau d'information relatif aux risques, à la prévention, au dépistage et au traitement du cancer est très bas alors que cette maladie y fait de plus en plus de ravages. Les femmes doivent être informées de la nécessité d'un dépistage et d'un traitement précoces, dès les premiers signes et symptômes. Les familles et l'ensemble de la population doivent être intégrées au processus de sensibilisation afin de faire disparaître les préjugés, de lutter contre la peur du cancer et d'améliorer la mise à disposition d'un diagnostic et d'un traitement précoces du cancer.

* *Manque de sensibilisation et d'information relatives au cancer chez les professionnels de la santé.* La communauté médicale doit être également mieux informée sur le cancer ; de nombreux professionnels de la santé ont des connaissances ou une expérience limitées sur le cancer ou les autres maladies chroniques.

* *Manque de données de surveillance et de statistiques sur le cancer.* En 2000, les registres du cancer couvraient moins de 20 % de la population mondiale; autrement dit, les ministères de la santé d'une grande partie du monde ne connaissaient pas l'ampleur du problème du cancer dans leurs pays et ne disposaient pas des données de base nécessaires à la planification des services ou à l'allocation des ressources⁹⁹.

* *Mauvaise infrastructure sanitaire.* Dans les pays pauvres, les hôpitaux et les cliniques ne disposent généralement pas de l'équipement et des fournitures de base.

Les services sont généralement concentrés dans les zones urbaines et l'accès aux soins de santé de la population rurale est particulièrement limité.

* *Manque de personnel qualifié.* Dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, on compte moins de 20 médecins et moins de 100 infirmiers pour 100 000 habitants, chiffre minimal fixé par l'OMS. La pénurie est plus forte en Afrique, qui supporte 24 % du fardeau global de la maladie et ne dispose que de 3 % des professionnels de santé. Le continent américain, au contraire, qui supporte 10 % du fardeau global de la maladie, dispose de 37 % du personnel de santé du monde¹⁰⁰. Les spécialistes sont encore plus rares. L'Éthiopie, par exemple, ne disposait que d'un seul oncologue pour une population de 72 millions d'habitants en 2005¹⁰¹. L'institut du cancer tanzanien Ocean Road, premier et unique centre de traitement anticancéreux, ne compte qu'un anatomopathologiste à mi-temps et un gynécologue¹⁰². La pénurie de personnel médical est accentuée par l'émigration des professionnels de santé des pays en voie de développement vers les pays riches où ils trouvent de meilleures conditions de travail et des salaires plus élevés. Selon l'OMS, en 2006, un médecin sur quatre et un infirmier sur vingt formés en Afrique travaillaient dans un pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)¹⁰³.

* *Coût élevé des médicaments et du dépistage.* Les prix des traitements anticancéreux les rendent généralement inaccessibles aux systèmes de santé publique des pays à revenu faible et intermédiaire. Actuellement, les efforts visant à améliorer l'accessibilité aux traitements anticancéreux par des initiatives de fourniture de médicaments, similaires à celles mises en place pour les patients infectés par le VIH et atteints du SIDA dans les régions les plus pauvres du monde, sont encore trop limités.

* *Des systèmes de soins de santé insuffisants et mal adaptés.* Dans de nombreux pays, les services sanitaires ont été créés pour faire face à des maladies infectieuses aiguës et de courte durée. La prise en charge d'une maladie chronique nécessite une réorganisation de fond, depuis la formation et la réorientation du personnel de santé jusqu'à la tenue de dossiers et la prise en charge et le suivi à long terme des patients.

« Dans les pays en voie de développement, les systèmes sanitaires dans les pays en voie de développement peuvent généralement faire face aux urgences intermittentes liées aux maladies infectieuses. Le patient survit ou meurt. Un système sanitaire fragile n'est pas en mesure de répondre aux demandes de soins chroniques. »

■ Dr Margaret Chan, Directrice-Générale de l'OMS¹⁰⁴

LES SOLUTIONS

On dispose aujourd'hui des connaissances et de l'expérience nécessaires à la mise en œuvre de changements profonds et positifs dans la lutte contre les cancers du sein et du col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Reste à mettre en pratique ces connaissances dans un environnement de santé publique permettant de prendre en charge le plus grand nombre de femmes possible tout en maintenant les coûts à un niveau accessible pour les pays pauvres et les donateurs internationaux. Ce n'est pas tâche facile, compte tenu du coût élevé des méthodes

de diagnostic et de traitement destinées aux femmes atteintes d'un cancer, prohibitif pour les pays pauvres. Tout investissement visant à améliorer les installations destinées au diagnostic et au traitement des cancers féminins en phase terminal aura de toute évidence un impact sur l'amélioration du diagnostic et du traitement d'autres cancers. La mise à disposition d'un traitement permettra d'améliorer, comme pour d'autres maladies, notamment pour le VIH/SIDA, la sensibilisation et d'augmenter le nombre de patients ayant recours au diagnostic précoce. Une prise en charge plus précoce permettra en outre de limiter le coût du traitement et d'en améliorer les résultats.

Les ressources investies dans l'amélioration des moyens de diagnostic et de traitement du cancer des systèmes sanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire permettront également d'améliorer la prise en charge d'autres maladies. La formation des professionnels de santé et la mise en œuvre de nouveaux systèmes de gestion et de suivi des patients permettront d'améliorer la lutte contre d'autres maladies chroniques, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Pour améliorer la prise en charge des cancers féminins, il convient de créer des services adaptés aux femmes. Pour attirer les femmes à risque, les services de santé doivent être attentifs au rapport émotionnel des femmes avec leur corps et à la peur du cancer, respecter l'intimité des femmes pendant les consultations, ouvrir à des heures et à des endroits pratiques et surveiller, dans la mesure du possible, les enfants qui accompagnent leur mère. Parmi les exemples de services de santé adaptés aux femmes, l'on peut citer les cliniques mobiles qui peuvent se déployer les jours de marché et être accessible aux communautés isolées et les journées consacrées à la santé des femmes. On peut également mettre en place des services intégrés qui permettent de combiner dépistage et traitement ou de procéder simultanément et en une seule visite au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Plusieurs milliers de femmes des pays pauvres atteintes d'un cancer n'ont pas ou peu accès au traitement et aux soins ; il est donc urgent de leur proposer des services adaptés. Mais les pays concernés ne doivent pas négliger pour autant la prévention, élément essentiel d'un programme de lutte efficace contre le cancer. Il est possible de réduire de façon significative le fardeau de la maladie en mettant en place des programmes de sensibilisation de la population et de réduction des risques de cancer, en favorisant et en encourageant notamment les modes de vie sains (alimentation équilibrée, exercice physique adapté, consommation modérée d'alcool et limitation du tabagisme). L'allaitement, dont les effets bénéfiques pour l'enfant et la mère sont nombreux, doit être également encouragé comme mesure de protection contre le cancer du sein. La vaccination des jeunes filles contre le PVH doit être considérée comme une mesure de prévention du cancer du col de l'utérus.

Outre ces mesures de prévention primaires, il est nécessaire d'investir dans des services secondaires de prévention et de dépistage capables d'assurer le dépistage des cellules anormales à l'état précoce ou précancéreux dont le traitement est plus facile et plus efficace.

APPEL À LA MOBILISATION CONTRE LES CANCERS FÉMININS

En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a publié une résolution sur la lutte contre le cancer (WHA58.22) appelant à une collaboration internationale pour l'établissement et le renforcement des programmes complets de lutte contre le cancer par l'application systématique, progressive et équitable de stratégies de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs fondées sur des données factuelles. La résolution insiste également sur la nécessité d'adapter les efforts de lutte contre le cancer au contexte socio-économique de chaque pays.¹⁰⁵

En 2008, l'Union internationale de lutte contre le cancer (UICC : International Union Against Cancer), une ONG internationale majeure qui se consacre à la lutte contre le cancer au niveau international, a publié une déclaration internationale sur le cancer (WCD), validée par des organismes publics, des ONG et des organisations internationales de santé. La déclaration peut être consultée à l'adresse <http://www.uicc.org> et peut être signée par des organisations ou des particuliers.

Ces déclarations constituent un pas important vers la reconnaissance et la définition d'un programme visant à répondre à l'incidence croissante et au manque d'outils diagnostiques et thérapeutiques des cancers féminins dans les zones les plus pauvres du globe. En dépit de ces importants efforts initiaux, les programmes de lutte contre le cancer dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont encore insuffisants. La grande majorité des femmes atteintes d'un cancer du sein ou du col de l'utérus dans les pays les plus pauvres du monde ne recevra jamais ni diagnostic, ni traitement pour leur maladie, d'où une progression très douloureuse de la maladie et un décès qui, dans la plupart des cas, déstabilise les familles et les communautés.

Vous trouverez ci-après un appel consensuel à l'action pour répondre au besoin urgent des pays à revenu faible et intermédiaire de répondre et de réagir à la crise liée à la croissance rapide des taux de femmes atteintes d'un cancer dans les pays en voie de développement non diagnostiquées et non traitées et d'inverser ainsi la tendance :

1. Les États doivent mettre en place un programme de santé publique destiné à identifier les causes premières et les facteurs de risque dans la population féminine dans son ensemble, plutôt qu'à cibler une maladie chez des patients spécifiques.
2. Les Ministères de la santé doivent mettre en place des registres du cancer et d'autres mécanismes de surveillance afin de déterminer l'ampleur et le schéma épidémiologique des cancers du sein et du col de l'utérus et de fournir des éléments de base sur les connaissances, les comportements et les pratiques locales associés à ces maladies. Ces informations sont essentielles à une planification ciblée et efficace.
3. Une amélioration notable de l'éducation, de l'information et de la communication en matière de santé doit être une priorité, afin de renforcer la sensibilisation de la population et des professionnels au problème des cancers féminins et de favoriser la prévention contre ces maladies, ainsi que d'encourager les femmes à utiliser les services proposés et à demander tout autre service dont elles auraient besoin.

4. Outre la sensibilisation du public, il convient également d'améliorer la prévention du cancer en encourageant l'adoption de modes de vie et de comportements sains et en proposant des services de dépistage.

5. L'industrie pharmaceutique, en partenariat avec les États, doit profiter de l'expérience acquise pour d'autres maladies (notamment le VIH/SIDA) et d'étudier toute idée innovante visant à améliorer l'accès aux médicaments et au diagnostic, notamment des stratégies tarifaires préférentielles.

6. Les services de cancérologie du sein et du col de l'utérus ne doivent pas être isolés, mais intégrés aux services de santé généraux, afin de faire profiter l'ensemble du système des nouvelles compétences, installations, équipements et autres ressources générés par un programme de lutte contre le cancer. Les systèmes d'aiguillage vers les services appropriés et l'offre thérapeutique pour les stades terminaux doivent être renforcés.

7. Les services destinés aux cancers féminins doivent être adaptés aux femmes : attentifs aux sentiments et aux peurs des femmes, respectueux de leurs besoins particuliers et adaptés à leur charge de travail dans la mesure du possible.

8. Les soins palliatifs doivent jouer un rôle central dans la formation des professionnels de la santé. L'accès aux médicaments permettant de soulager la douleur cancéreuse, en particulier la morphine, doit être favorisé selon des méthodes médicales appropriées aux régions à faibles ressources dans lesquels les préjugés, la désinformation, ainsi que les législations et politiques très restrictives, entraînent l'isolement des patients en fin de vie qui meurent dans d'atroces douleurs.

De nombreuses vies peuvent être sauvées et tout le monde (les États, les collecteurs de fonds, la communauté médicale nationale et internationale, les défenseurs de la lutte contre le cancer et les simples citoyens) a un rôle à jouer. Il manque encore une véritable volonté politique, un leadership fort et une augmentation notable des fonds affectés. La majorité des nouveaux cas de cancer et les deux-tiers des décès liés au cancer concernent les pays en voie de développement, qui ne disposent que de 5 % des fonds mondiaux affectés à la lutte contre le cancer¹⁰⁶. Les maladies chroniques non transmissibles commencent à se faire une place dans les programmes de santé des régions à faibles ressources. Mais les progrès à réaliser sont encore énormes, l'engagement de ces pays dans la lutte contre l'épidémie de cancer devant être accompagné d'un engagement équivalent de la part de la communauté internationale pour soutenir leurs efforts et leur affecter une part beaucoup plus équitable des ressources mondiales.

FIN

Le groupe de travail informel sur le traitement du cancer dans les pays en voie de développement (CanTreat International) réunit des experts issus d'organisations internationales majeures de lutte contre le cancer travaillant en commun pour mettre au point de nouveaux modèles pour la fourniture de traitement et de soins palliatifs aux patients atteints de cancer, en particulier les cancers féminins, dans les pays en voie de développement.

Membres de CanTreat International :

1. Ben Anderson (Breast Health Global Initiative)
2. Michel Ballieu (Directeur général d'ECCO, European CanCer Organization)
3. Colm Bradley (Fondation ELN)
4. Ahmed Elzawawy (International Campaign for the Establishment and Development of Oncology Centres)
5. Joe Harford, (Directeur, Affaires internationales, Instituts nationaux de santé publique)
6. David Kerr (AFROX, Professeur, Université d'Oxford)
7. Len Mafrica (Éditeur, Oncology Nursing Society)
8. Ian Magrath (Réseau international pour l'étude et le traitement du cancer)
9. Doug Pyle (Directeur, Affaires internationales, American Society of Clinical Oncology)
10. Anne Reeler (Directrice technique, Axios International)
11. Lewis Rowett (Société européenne d'oncologie médicale)
12. Joseph Saba (Directeur général, Axios International)

¹ Agence internationale pour la recherche sur le cancer. Rapport sur le cancer dans le monde 2008. Lyon, Agence internationale pour la recherche sur le cancer (p25/26).

² Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p15)

³ LA et al. Between and within: International perspectives on Cancer and Health Disparaties. Journal of Clinical Oncology 2006;14:2204.

⁴ American Cancer Society. *Global Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA. American Cancer Society. (p3)

⁵ American Cancer Society 2007, ibid (p3)

⁶ American Cancer Society 2007, ibid (p3)

⁷ American Cancer Society 2007, ibid, (p3)

⁸ Ngoma, T. *World Health Organization cancer priorities in developing countries*. Annals of Oncology Vol.17, Supplement 8, June 2006.

⁹ Kingsbury, K. The Changing Face of Breast Cancer. *Time* magazine, October 15, 2007.

¹⁰ <http://screening.iarc.fr/breastindex.php>

¹¹ <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2004/pr156.html>

¹² Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe et Banque de développement du conseil de l'Europe, *Développement sanitaire et économique dans l'Europe du Sud-Est*. OMS, Copenhague, 2006.

¹³ Indicateurs du développement Banque mondiale 2003

¹⁴ OMS (EURO) ibid 2006

¹⁵ Suhrcke M, Rechel B, Michaud C, *Development assistance for health in central and eastern European Region*. Bulletin of the World Health Organization, | December 2005, 83 (12)

¹⁶ OMS (EURO) ibid 2006

¹⁷ OMS (EURO) ibid 2006

¹⁸ OMS (EURO) ibid 2006

¹⁹ OMS (EURO) ibid 2006

²⁰ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid (p24/25)

-
- ²¹ Banque mondiale. From Red to Gray: The “Third Transition” of Aging Populations in Eastern Europe and the former Soviet Union,. World Bank, Washington D.C. 2007
- ²² Kanavos P, *The rising burden of cancer in the developing world*. Annals of Oncology Vol.17, Supplement 8, June 2006.
- ²³ OMS Aide-mémoire 297, Février 2009, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- ²⁴ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid (p30)
- ²⁵ American Cancer Society 2007, ibid (p 4)
- ²⁶ The Changing Face of Breast Cancer, by Kathleen Kingsbury, Time Magazine, 2007 Consultable sur le lien suivant : www.time.com/time/specials/2007/article/0,28804,1666089_1666563_1668477-3,00.html
- ²⁷ Axios, Ethiopia Breast Cancer Pilot Project: Newsletter, August 2008
- ²⁸ Doan R, Bishop A. *Psychosocial support for breast cancer survivors: Supporting women in Ukraine*. West J Med. 2001 November; 175(5): 296–298.
- ²⁹ 5. Stockton D, Davies T, Day N, McCann J. A Retrospective study of reasons for improved survival in patients with breast cancer in East Anglia: earlier diagnosis or better treatment? *BMJ* 1997; 314: 472-475.
- ³⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Vaincre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA : élément essentiel de programmes nationaux de lutte contre le SIDA – Ressource pour les partenaires nationaux impliqués dans la lutte contre le VIH. Genève, Suisse. ONUSIDA, 2007 (p9)
- ³¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2007, ibid (pp15)
- ³² Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2007, ibid (p16)
- ³³ Brown L, Trujillo L, Macintyre K. *Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?* Horizons Program, US Agency for International Development, 2001.
- ³⁴ Agence internationale pour la recherche sur le cancer. Rapport sur le cancer dans le monde 2008. Lyon, Agence internationale pour la recherche sur le cancer, (p100)
- ³⁵ American Cancer Society. *Global Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA. American Cancer Society. (p3)
- ³⁶ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid (p100)
- ³⁷ American Cancer Society 2007, ibid (p6)
- ³⁸ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p100)
- ³⁹ Bosanquet N, Attridge J, Sikora K. *Can the new EU members catch up in cancer care?* eurohealth Vol 11 No 1, 2005
- ⁴⁰ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p100)
- ⁴¹ American Cancer Society 2007, ibid (p3)
- ⁴² Brown ML, Goldie SJ, Draisma G, Harford J, Lipscomb J. 2006. “Health Service Interventions for Cancer Control in Developing Countries.” *In Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., editors D.T. Jamison, J.G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. Mills, and P. Musgrove. P141. New York: Oxford University Press.
- ⁴³ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p412-414)
- ⁴⁴ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p412-414)
- ⁴⁵ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, ibid, (p412-414)
- ⁴⁶ American Cancer Society 2007, ibid (p12)
- ⁴⁷ Kanvanos P, ibid.

- ⁴⁸ Groot MT, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO, Hortobágyi GN. *Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia*. The Breast Journal 2006; Vol.12 Supplement 1: S81-S90.
- ⁴⁹ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (p100)
- ⁵⁰ Smith RA, Caleffi M, Albert US, Chen TH, Duffy SW, Franceschi D, Nystrom, L. Breast cancer in limited resource countries: early detection and access to care. *Breast J* 2006;12 Suppl 1:S16-26.
- ⁵¹ Hamad HMA. *Cancer initiatives in Sudan*. *Annals of Oncology* Vol. 17, Supplement 8, June 2006
- ⁵² Bese NS, Munshi A, Budrukkar A, Elzawawy A, Perez CA. Breast radiation therapy guideline implementation in low- and middle-income countries. *Cancer* 2008;113(8 suppl):2305-14.
- ⁵³ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (p35-36)
- ⁵⁴ Barton MB, Frommer M, Shafiq. *Role of radiotherapy in cancer control in low-income and middle-income countries*. *Lancet Oncology* Vol. 7 July 2006: p584–95
- ⁵⁵ Agence internationale de l'énergie atomique, site web du programme PACT. Adresse : <http://cancer.iaea.org/whoarewe.asp#content>
- ⁵⁶ Agence internationale de l'énergie atomique, *ibid*.
- ⁵⁷ <http://cancer.iaea.org/cancerpartners.asp#content>
- ⁵⁸ <http://www.fhcrc.org/science/phs/bhgi/guidelines/>
- ⁵⁹ Anderson B, Yip C-H, Smith R, Shyyan R, Sener S, Eniu A, Carlson R, Azavedo E, Harford J. *Guideline Implementation for Breast Healthcare in Low-Income and Middle-Income Countries: Overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007*. *CANCER* Supplement October 15, 2008/Volume 113/ Number 8
- ⁶⁰ *New Specialty Hospital Dedicated in Ghana is Key Component of Susan G. Komen for the Cure(R)'s Debut in Africa*. Press Release, Susan G. Komen for the Cure, 17th October, 2008. Consultable sur le lien suivant : <http://www.earthtimes.org/articles/show/new-specialty-hospital-dedicated-in,584578.shtml>
- ⁶¹ Stalsberg H, Awuah B, Ibarra JA, Nsiah-Asare A. *Re-establishing a surgical pathology service in Kumasi, Ghana: case report and discussion of barriers and key elements of a successful collaboration between low- and high-resource countries*. *Cancer*. 2008;113(8 suppl):2338-2346.
- ⁶² Reeler, A.V. et al. (2008). Overcoming Challenges of Cancer Treatment Programmes in Developing Countries: A Sustainable Breast Cancer Initiative in Ethiopia. *Clinical Oncology* 20, 191-198. 34.
- ⁶³ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (p418)
- ⁶⁴ Ferlay et al. *Globocan 2002; Cervix Uteri Incidence Age Standardized Rates*.
- ⁶⁵ Organisation mondiale de la santé. , Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: Key points for policy-makers and health professionals. Genève, Suisse, OMS 2007 (p1). Consultable sur le lien suivant : https://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_keypoints/cerv_cancer_hpv_keypts.pdf
- ⁶⁶ Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe et banque de développement du conseil de l'Europe, *Développement sanitaire et économique en Europe du Sud-Est*. OMS, Copenhague, 2006.
- ⁶⁷ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (418)
- ⁶⁸ American Cancer Society 2007, *ibid*, (p24)
- ⁶⁹ Agence internationale pour la recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (p419)
- ⁷⁰ Organisation mondiale de la santé. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals. Genève, Suisse, OMS 2007. (p2)
- ⁷¹ Organisation mondiale de la santé. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals. Genève, Suisse, OMS 2007. (p27)

- ⁷² <http://www.gardasilaccessprogram.org/>
- ⁷³ PATH. *Shaping a Strategy to Introduce HPV Vaccines in Peru – Formative Research Results from the HPV Vaccines: Evidence for Impact Projects*. Seattle, USA, PATH, 2009. Page 8 Consultable sur le lien http://www.rho.org/files/PATH_FRTS_Peru_eng.pdf
- ⁷⁴ PATH. *Shaping a Strategy to Introduce HPV Vaccines in Vietnam - Formative Research Results from the HPV Vaccines: Evidence for Impact Projects*. Seattle, USA, PATH 2009, Page 9. Consultable sur le lien : http://www.rho.org/files/PATH_FRTS_Vietnam.pdf
- ⁷⁵ PATH. *Shaping a Strategy to Introduce HPV Vaccines in India*. *ibid*
- ⁷⁶ Axios International, document interne.
- ⁷⁷ Li Ping Wong. Young multiethnic women's attitudes toward the HPV vaccine and HPV vaccination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 103, Issue 2, November 2008, Pages 131-135
- ⁷⁸ Jane Harries, Jennifer Moodley, Mark A. Barone, Sumaya Mall and Edina Sinanovic. Preparing for HPV vaccination in South Africa: Key challenges and opinions. *Vaccine*, Volume 27, Issue 1, 1 January 2009, Pages 38-44
- ⁷⁹ Laura A.V. Marlow, Jo Waller and Jane Wardle. Parental attitudes to pre-pubertal HPV vaccination *Vaccine*, Volume 25, Issue 11, 1 March 2007, Pages 1945-1952
- ⁸⁰ Li Ping Wong, *ibid*.
- ⁸¹ American Cancer Society 2007, *ibid*.(p9)
- ⁸² Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. *PLoS Med* 2008 5(6): e132 [doi:10.1371/journal.pmed.0050132](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050132)
- ⁸³ Sankaranarayanan R, Nene B, Shastri S, et al, *HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India*. *New England Journal of Medicine*, Vol. 360 No. 14, April 2, 2009.
- ⁸⁴ Qiagen. Press Release. April 1, 2009. Consultable sur le lien : <http://www1.qiagen.com/about/pressreleases/PressReleaseView.aspx?PressReleaseID=247>
- ⁸⁵ Quiao et al. *A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China*. *The Lancet Oncology*, Volume 9, Issue 10, Pages 929 - 936, October 2008
- ⁸⁶ The International Network for Cancer Treatment and Research. *A Cervical Cancer Prevention Training Facility in Lima, Peru*. INCTR Newsletter Vol. 6. No. 6, Spring 2006.
- ⁸⁷ Organisation Mondiale de la Santé. *Lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006.
- ⁸⁸ Organisation Mondiale de la Santé. 2006, *ibid*. (p140)
- ⁸⁹ Organisation Mondiale de la Santé 2006, *ibid* (p170-177)
- ⁹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *ibid*. (p172-5)
- ⁹¹ Porter A, Aref A, Choudounsky Z, Elzawawy A, Manatrakul N, Ngoma T, Orton C, Van't Hooft E, Sikora K. *A global strategy for radiotherapy: A WHO consultation*. *Clinical Oncology (R Coll Radiol)* 1999; 11:368-370
- ⁹² Organisation Mondiale de la Santé, *Programme d'accès aux médicaments contrôlés : rapport biennal 2006-2007*. Genève, Suisse, OMS 2008, pp. 1-2.
- ⁹³ The International Narcotics Control Board of the United Nations, Annual Report 2008 (p5 and 6). Consultable sur le lien : <http://www.incb.org/incb/en/annual-report-2008.html>
- ⁹⁴ <http://www.helpthehospices.org.uk/our-services/international/what-we-do-internationally/education-and-training/palliative-care-toolkit/?locale=en>

⁹⁵ Innovations in End-of-Life Care -- an international journal of leaders in end-of-life care. International Perspectives. Hospice Uganda – A Model Palliative Care Initiative in Africa. Interview with Anne Merriman, FRCP, MCommH. Consultable sur le lien : <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/intlpersp.asp>

⁹⁶ Verbal communication with Anne Reeler

⁹⁷ Lynch T. *Palliative care updates in Eastern Europe and Central Asia*. International Observatory on End of Life Care. Consultable sur le lien : <http://www.eolc-observatory.net/global/ceecis2006.htm>

⁹⁸ Lynch T, 2006 *ibid*

⁹⁹ Agence internationale de recherche sur le cancer 2008, *ibid*, (p15)

¹⁰⁰ Rapport sur la santé dans le monde 2006 : *Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé. (p8)

¹⁰¹ Axios Media and Communications Messaging: Access strategies and cancer in the developing world paper, (in draft)

¹⁰² The International Network for Cancer Treatment and Research Newsletter, partner profile, Ocean Road Cancer Institute. See <http://www.inctr.org/>

¹⁰³ Organisation Mondiale de la Santé. *La migration des personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé Aide-mémoire n°301, Avril 2006.

¹⁰⁴ Déclaration d'ouverture du Congrès international du cancer IUCC, 27 août 2008

¹⁰⁵ WHA58.22. Geneva: Organisation Mondiale de la Santé ; 2005

¹⁰⁶ Ngoma T, , *ibid*.