

Introduction

1.1 Le projet Care4Afrique dans le cadre de l'élimination du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne

Quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes à l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est responsable de nombreux décès prématurés, surtout dans les pays d'Afrique subsaharienne. En effet, il tue chaque année plus de 300 000 femmes dans le monde, dont plus de 85 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), qui ne disposent pas de ressources suffisantes en matière de santé pour mettre en œuvre des programmes de dépistage efficaces [1]. La plupart des décès dus à ce cancer surviennent chez des femmes en âge de procréer, dont beaucoup sont aussi les mères de jeunes enfants dont la survie est alors compromise. Ainsi,

pour 100 femmes qui décèdent d'un cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne, au moins 14 enfants décéderont avant l'âge de 10 ans [2].

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé une stratégie globale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans le monde entier [3]. Pour y parvenir, tous les pays doivent ramener et maintenir l'incidence de ce cancer à moins de 4 pour 100 000 femmes-années. Pour réaliser cet objectif, chaque pays doit faire en sorte i) qu'au moins 70 % des femmes éligibles bénéficient d'un dépistage à l'aide d'un test de haute performance, ii) qu'au moins 90 % des femmes présentant des lésions cervicales précancéreuses reçoivent un traitement et que 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif soient prises en charge, et iii) qu'au moins 90 % des filles soient

entièrement vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH) à l'âge de 15 ans. Chaque pays doit atteindre ces cibles d'ici 2030 pour être en voie d'éliminer le cancer du col de l'utérus au cours du siècle à venir.

A ce jour, la situation en Afrique concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus est très contrastée. Certains pays comme le Maroc, la Zambie et le Zimbabwe ont déployé des efforts considérables pour introduire et généraliser le dépistage de ce cancer par inspection visuelle à l'acide acétique (IVA). Mais dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, le dépistage opportuniste est peu pratiqué et de qualité médiocre, et il existe peu d'établissements capables d'assurer la prise en charge des lésions cervicales précancéreuses. Ces pays ont donc besoin d'un modèle de dépistage et de traitement du cancer du col adapté

au contexte, qui soit réalisable, acceptable et intégré au système existant des soins de santé primaires. En raison du coût élevé du modèle de dépistage organisé sur invitation systématique, la troisième édition de *Disease Control Priorities* recommande, dans les pays à revenu faible, d'intégrer le dépistage opportuniste par IVA et le traitement des lésions précancéreuses – approche « dépister et traiter » – dans le paquet essentiel des soins de santé rentables [4]. Cette intégration permettra d'élargir la portée du programme de dépistage, de réduire son coût pour le système de santé et d'en assurer ainsi la pérennité.

La réussite d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dépend de sa capacité à traiter de façon appropriée les lésions précancéreuses et cancéreuses détectées. Or, dans les PRFI, le traitement constitue souvent le maillon faible des programmes de dépistage. Dans ces pays, il est impossible de mettre en œuvre un modèle similaire à celui des pays à revenu élevé qui s'appuie largement sur la colposcopie, l'histopathologie et le traitement par résection de la zone de transformation à l'anse diathermique (LLETZ pour *large loop excision of the transformation zone*). Par conséquent, l'OMS préconise une thérapie ablatrice immédiate en cas de dépistage positif, sans attendre confirmation par colposcopie ou analyse histopathologique. Toutefois, même cette approche « dépister et traiter en une seule consultation », visant à une meilleure observance du traitement, est confrontée à d'importantes difficultés en Afrique subsaharienne. L'OMS avait d'abord préconisé la cryothérapie comme thérapie ablatrice de choix, mais celle-ci nécessite une alimentation en gaz réfrigérant (oxyde d'azote ou dioxyde de carbone). Or, il est compliqué d'assurer l'approvisionnement

régulier des structures de soins primaires en gaz réfrigérant dans les pays d'Afrique subsaharienne, ce qui limite la généralisation de la cryothérapie. Des chercheurs du Centre international de Recherche sur le cancer (CIRC) ont réalisé deux méta-analyses dont les résultats, publiés en 2014 et en 2019, ont montré que l'utilisation de l'ablation thermique (autrefois connue sous le nom de coagulation à froid) comme thérapie ablatrice pour traiter les lésions cervicales précancéreuses était non seulement sans danger et acceptable, mais également aussi efficace que la cryothérapie [5, 6]. Le CIRC et ses partenaires ont alors élaboré et évalué un dispositif médical d'ablation thermique peu coûteux, portable, fonctionnant sur batterie, dans le cadre d'un projet de recherche subventionné par les *National Institutes of Health* [7]. En 2019, l'OMS a préconisé l'ablation thermique comme thérapie ablatrice de choix [8].

En novembre 2017, le CIRC et la Fondation Lalla Salma pour la prévention et le traitement des cancers (FLS) ont initié le projet pilote Care4Afrique, alors que très peu de pays dans le monde avaient adopté la technique de traitement par ablation thermique. L'objectif de ce projet consistait à évaluer la faisabilité, la sécurité et l'acceptabilité de la nouvelle approche (IVA suivie d'une ablation thermique) dans les conditions réelles des structures de soins, où les actes seraient dispensés par des prestataires de soins possédant différents niveaux d'expertise. Les enseignements tirés de l'utilisation à grande échelle de l'IVA suivie de l'ablation thermique dans les centres de soins primaires, devraient convaincre les professionnels de santé, les responsables de programme et les décideurs politiques et de la généraliser. Par ailleurs,

environ 30 % des femmes dont le test de dépistage est positif ne sont pas éligibles à la thérapie ablatrice et nécessitent par conséquent un traitement par LLETZ, de préférence sous contrôle colposcopique. Dans le cadre du projet Care4Afrique, des installations pour la colposcopie et la LLETZ, rattachées aux centres de dépistage, ont donc été mises en place afin de proposer un traitement à toutes les femmes qui viennent se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus. Cette expérience et l'expertise ainsi acquises seront précieuses pour les pays concernés qui envisagent de mettre à l'échelle le dépistage et le traitement de ce cancer.

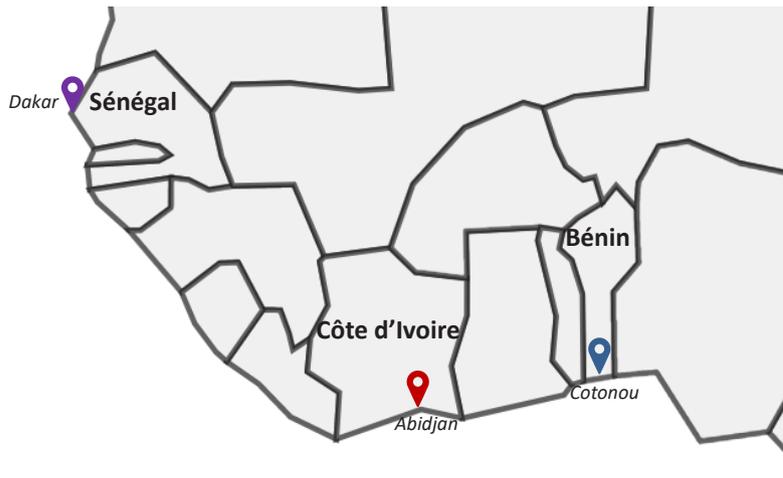
Enfin, en Afrique subsaharienne, 1,2 % seulement des filles âgées de 10 à 20 ans étaient vaccinées contre le VPH en 2019 [9]. Dans cette région, les programmes de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus doivent être améliorés si les pays veulent s'aligner sur la stratégie de l'OMS pour éliminer ce cancer. L'expérience tirée du projet pilote Care4Afrique dans trois pays différents permet d'éclairer la prise de décisions pragmatiques par les responsables politiques pour généraliser le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.

1.2 Sites de mise en œuvre du projet Care4Afrique

Le projet pilote Care4Afrique a été mis en œuvre dans trois pays francophones d'Afrique de l'Ouest : le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Sénégal (Figure 3), tous trois situés en Afrique subsaharienne.

Le Bénin compte 5,5 millions de femmes ; il appartient au groupe des pays les moins avancés en termes d'indice de développement humain (IDH : 0,545) [10]. Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent dans la population féminine

Figure 3. Sites de mise en œuvre du projet Care4Afrique au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal.



de ce pays. En 2020, son incidence y était estimée à 560 nouveaux cas, avec 368 décès liés à la maladie. Le taux d'incidence standardisé sur l'âge atteignait 15,1 pour 100 000 femmes-années, et le taux de mortalité standardisé sur l'âge était de 10,4 pour 100 000 femmes-années [11]. Le projet Care4Afrique a été mis en œuvre à Cotonou, la capitale du pays.

La Côte d'Ivoire compte 11,7 millions de femmes ; il appartient au groupe des pays les moins avancés avec un IDH à 0,538 [10]. Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent dans la population féminine de ce pays. En 2020, son incidence y était estimée à 2067 nouveaux cas, avec 1417 décès liés à la maladie. Le taux d'incidence standardisé sur l'âge atteignait 31,2 pour 100 000 femmes-années, et le taux de mortalité standardisé sur l'âge était de 22,8 pour 100 000 femmes-années [11]. Le projet Care4Afrique a été mis en œuvre à Abidjan, la capitale du pays.

La Sénégal compte 7,8 millions de femmes ; il appartient au groupe des pays les moins avancés avec un IDH à 0,512 [10]. Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent dans la population féminine de ce pays. En 2020, son incidence y

était estimée à 1937 nouveaux cas, avec 1312 décès liés à la maladie. Le taux d'incidence standardisé sur l'âge atteignait 36,3 pour 100 000 femmes-années, et le taux de mortalité standardisé sur l'âge était de 26,0 pour 100 000 femmes-années [11]. Le projet Care4Afrique a été mis en œuvre à Dakar, la capitale du pays.

Le ministère de la Santé (MS) de chaque pays a choisi le site de réalisation du projet pilote en concertation avec les autres acteurs nationaux concernés. Avant que le projet ne débute, certains sites offraient déjà aux femmes un dépistage par IVA, mais aucun ne proposait l'ablation thermique au cas positifs.

1.3 Missions et objectifs du projet Care4Afrique

La mission première du projet Care4Afrique consistait à discuter avec les principaux responsables du ministère de la Santé de chaque pays et à les aider à intégrer le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus par IVA et son traitement par ablation thermique dans les services courants de soins primaires. Il s'agissait uniquement d'apporter un soutien technique en organisant des

formations pour les prestataires de soins des différents niveaux, en fournissant des équipements essentiels et en développant une base de données électronique pour l'archivage. Ce projet avait pour ambition de faire en sorte qu'une fois terminé, les sites sélectionnés continuent à dispenser les services de dépistage et de traitement et qu'ils envisagent de les développer progressivement.

Les objectifs spécifiques du projet pilote, dans chaque pays concerné, étaient les suivants :

1. étudier la possibilité de mettre en place un service parfaitement fonctionnel « dépister-par-IVA-et-traiter » dans les centres de soins de santé primaires (CSSP) sélectionnés ;
 2. étudier la possibilité de mettre en place un service parfaitement fonctionnel de colposcopie et de traitement des lésions précancéreuses, rattaché au service de dépistage ;
 3. évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et la sécurité du traitement dispensé par les infirmières et les médecins généralistes dans les structures de soins primaires, avec le nouveau dispositif portable d'ablation thermique fonctionnant sur batterie ;
 4. étudier la possibilité de développer et de mettre en place un système d'enregistrement-archivage électronique permettant de superviser et d'évaluer les activités de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ;
 5. constituer un groupe de maîtres formateurs en matière de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus pour favoriser le renforcement constant des compétences et des ressources humaines dans le pays.
- Ce rapport présente un résumé des principaux événements et activités qui ont eu lieu depuis le

lancement du projet pilote dans trois pays d'Afrique : le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. Il vise à mettre en lumière certaines observations et conclusions, notamment en

ce qui concerne la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche proposée, dans les contextes réels des soins de santé de ces trois pays. Enfin, ce rapport présente une discussion des

enseignements tirés de ce projet et des recommandations pour généraliser les services.