



AORTIC NEWS

Le Pouls de l'Afrique!

Volume 2, No. 2

Février 2005

Articles spéciaux:

- Vème Congrès International
- Statistiques mondiales du cancer
- Programme national de lutte contre le cancer

Sommaire:

<i>L'Hospice St Luke's</i>	2
<i>Statistiques mondiales du cancer</i>	2
<i>Le Congrès mondial de l'UICC</i>	3
<i>Les Bourses ICRETT</i>	3
<i>Le Registre du Cancer</i>	4
<i>Lettres à l'Editeur</i>	4
<i>Le programme national de lutte contre le cancer</i>	5
<i>Vème Congrès international</i>	6
<i>Le projet du dépistage du cancer du col de l'utérus à Khayelitsha</i>	7
<i>L'enregistrement des cas de cancer dans le Transkei</i>	8
<i>Clinique du cancer du sein</i>	10
<i>Appel du Professeur Elzawawy</i>	12

EDITORIAL



Près d'un demi-million de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année à travers le monde. 80% de ces cas environ surviennent dans les pays en développement tels que l'Afrique du Sud. Cependant, il existe un espoir dans la bataille qui est menée contre le cancer du col de l'utérus (voir l'article intitulé : *Projet de Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus à Khayelitsha*, page 6). Il est clair que l'Afrique a beaucoup à offrir à la recherche et à la mise au point des traitements à succès pour les cancers du col de l'utérus et d'autres qui sont répandus en Afrique.

Le Vème Congrès International d'AORTIC aura lieu en novembre 2005. Les personnes qui désirent y prendre part sont invitées à présenter les résumés de leurs communications. La première annonce de ce Congrès est publiée sur notre site Internet et des détails supplémentaires sont donnés en page 7.

Nous remercions les personnes qui ont contribué à la réalisation du premier numéro d'AORTIC News en envoyant des articles et en nous faisant parvenir des réactions positives. N'hésitez pas à envoyer régulièrement vos contributions qui sont d'un précieux apport. J'espère que vous trouverez ce numéro aussi instructif et utile que le premier.

BRodrigues

Belmira Rodrigues

E-mail: aortic@telkomsa.net

MESSAGE DU PRÉSIDENT DE AORTIC



Dr Paul Ndom

Chers Lecteurs,

Les missions de notre organisation concernent la recherche ; la formation ; l'enseignement et la lutte contre le cancer en Afrique.

La prévalence des cancers devient de plus en plus élevée dans certains pays où des études statistiques sont menées. Il s'agit pour la plupart de ces cancers des formes évoluées, des formes nécessitant de soins palliatifs que curatifs. Le personnel de santé compétent est très réduit et parfois dépassé par l'immensité du travail : « La moisson est grande et les ouvriers peu nombreux ». Je voudrais donc lancer un appel à toutes les personnes de bonne volonté de se joindre à notre organisation pour qu'ensemble nous atteignons des objectifs nobles ci-dessus nommés:

- Consultez donc notre site web: www.aortic.org ;
- Remplissez le formulaire d'adhésion ,
- Lisez et faites lire le Newsletter .
- Faites nous des suggestions ;
- Posez nous des questions .
- Si vos moyens le permettent , financez nos actions notamment notre prochain congrès de Dakar 2005.

Merci d'avance pour votre contribution

Paul Ndom, Président de AORTIC



ST LUKE'S HOSPICE

L'Hospice St Luke célèbre son Jubilé d'argent en 2005 – en reconnaissant qu'il a gratuitement prodigué ses soins à plus de 18.000 patients et à leurs familles au cours des 25 dernières années. Les services rendus par l'Hospice St Luc ont évolué avec le temps et eu à faire face à la demande sans cesse croissante de la communauté sans toutefois jamais compromettre la qualité de ses soins.

L'Hospice n'est pas un mouroir où les gens s'en vont attendre la mort. Il met l'accent sur la qualité de la vie, en donnant un sens à chaque instant qui passe. L'Hospice St Luke a pour mission de prodiguer des soins palliatifs aux patients qui souffrent de maladies incurables et qui se trouvent à un stade avancé de leur maladie; il apporte son soutien à leurs familles sur l'ensemble de la région de Cape Town.

Les soins palliatifs constituent toute une gamme de soins prodigués aux patients dont la maladie ne réagit plus au traitement curatif. Ce qui compte le plus, c'est la maîtrise de la douleur, d'autres symptômes et des problèmes psychologiques et socio-culturels. Le but des soins palliatifs est de permettre aux patients et à leurs familles d'atteindre la meilleure qualité de vie. Les programmes des hospices sud-africains prodiguent des soins palliatifs en particulier aux patients à un stade avancé de leur maladie, en cas de maladies évolutives, notamment le cancer et le VIH/SIDA. L'accent est mis sur les soins dispensés à domicile, y compris pendant toute la période de deuil.

L'Hospice St Luke est au service des personnes de toutes les religions et de tous les groupes raciaux, quelque soit leur pouvoir d'achat. L'Hospice reçoit plus de 750 patients chaque jour. Il intervient dans différents milieux et à différents niveaux – surtout dans les domiciles des malades, les hospices du jour et les pavillons de Kenilworth ainsi qu'au Lentegeur Hospital, à Mitchell's Plain. Les patients y sont admis dans le but de maîtriser leur douleur et les symptômes de leur maladie, ou de donner à leurs familles un moment de répit avant d'y retourner. Il y a en tout 16 religieuses chargées des soins à domicile et qui rendent régulièrement visite aux malades dans leurs domiciles. Leur approche consiste en des efforts concertés dans le cadre d'un travail d'équipe dans le but de satisfaire les besoins physiques, spirituels, émotionnels et sociaux des patients. L'équipe est composée d'un médecin, d'une religieuse, d'une assistante sociale et d'un conseiller spirituel.

“Les soins palliatifs constituent toute une gamme de soins prodigués aux patients dont la maladie ne réagit plus au traitement curatif.”

Plus de 800 bénévoles formés apportent leur assistance en prodiguant des soins aux patients et en s'occupant dans l'ombre de mille et une tâches telles que la collecte des fonds, le transport des malades, l'administration, la restauration, le jardinage, l'accueil, les travaux manuels et la gestion des œuvres de bienfaisance.

Chacun des 12 hospices

communautaires possède son propre comité de bénévoles dirigé par une personne dévouée placée à sa tête. Eddie Cyster est présidente du Comité de gestion de l'Hospice St Luke et a été présidente de l'Antenne Winberg pendant 6 ans. L'institution est dirigée par le Directeur général Fiona Grant.

La seule manière de satisfaire la demande sans cesse croissante en matière de prestation de services par rapport à la pandémie du SIDA est de s'occuper des malades dans leurs propres domiciles. Il existe de nos jours le défi supplémentaire qui consiste à planifier les soins à apporter à l'avenir aux orphelins et à responsabiliser les grands-parents et les personnes qui s'occupent de leurs proches dépendants en leur inculquant les connaissances et les aptitudes nécessaires à leur rôle.

L'Hospice St Luke travaille en partenariat avec d'autres ONG pour s'assurer que ces besoins sont satisfaits. L'Hospice St Luke fournit tous ses services gratuitement et compte sur la générosité des bailleurs de fonds publics et des sociétés, ainsi que sur son équipe qui s'occupe de la collecte des fonds.

Pour de plus amples informations, prière de consulter le site Internet de l'Hospice St Luke, soit : www.stlukes.co.za ou de téléphoner au numéro suivant: (021) 797 5335.



STATISTIQUES MONDIALES DU CANCER

En 2003, plus de 7 millions de personnes sont mortes des suites du cancer. Plus de 10 millions de nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année. Le cancer a été responsable de deux fois plus de décès que le SIDA en 2004. 12,6% de tous les décès qui surviennent chaque année sont causés par le cancer. 43% des décès des suites du cancer sont dus au tabac, aux régimes alimentaires et aux infections. On estime que le nombre de nouveaux cancers enregistrés chaque année passera de 10,8 millions en 2002 à plus de 16,6 millions d'ici 2020.

Dans les pays en développement, 80% à 90% des malades cancéreux souffrent de cancers à l'état avancé et incurables au moment où ils sont diagnostiqués. Le cancer du poumon est responsable de plus de décès que n'importe quel autre type de cancer. D'ici 2020, 60% de nouveaux cas de cancers surviendront dans les pays en développement. Il y aura plus de 10 millions de décès des suites du cancer d'ici 2020, si les tendances actuelles se poursuivent. Au moins 30% des cas de cancer estimés et diagnostiqués chaque année peuvent être

prévenus.

30% de tous les cas de cancer peuvent être guéris s'ils sont diagnostiqués précocement.

Entre 25% et 30% de tous les décès des suites de cancer sont attribués à la consommation du tabac.

Si l'on diminuait actuellement de moitié le taux de consommation du tabac, cela permettrait d'éviter 150 millions de décès prématurés d'ici 2050.

La chance de sauver des vies et de contribuer au bien-être des gens n'a jamais été autant à notre portée!



LE CONGRÈS MONDIAL DE L'UICC

Le présent rapport s'appesantira exclusivement sur la présentation des affiches et les contacts établis pendant la réunion au nom d'AORTIC.

Trente-six (4,9 %) des 734 participants enregistrés à la Conférence viennent d'Afrique. Les Africains qui se sont inscrits viennent des différents horizons : ce sont notamment des rescapés du cancer, des infirmiers et des médecins spécialistes, les assistants sociaux, les inconditionnels de la lutte contre le cancer et les journalistes.

Plusieurs participants Africains ont apporté le matériel didactique qu'ils utilisent pour promouvoir la lutte contre le cancer dans leurs pays respectifs. La plupart d'entre eux n'avaient pas entendu parler d'AORTIC auparavant et désiraient ardemment devenir membre de notre organisation.

L'affiche sur AORTIC était exposée avec des dépliants dont cinquante (50) exemplaires de l'affiche et 50 exemplaires du Bulletin d'Informations de AORTIC.

Monsieur Nathan Grey, Vice-président d'*American Cancer Society*, a proposé que je le rencontre au début de cette nouvelle année pour une discussion « face à face » sur les besoins d'AORTIC.

J'ai eu plusieurs discussions avec Joe Harford, notamment sur le thème du cinquième congrès international du cancer en Afrique qui aura lieu au Sénégal à Dakar en 2005, ainsi qu'au séminaire multidisciplinaire sur la prise en charge du cancer proposé par ASCO. Il a suggéré qu'il serait plus facile pour NCI de nous apporter son aide si les deux événements pouvaient se dérouler simultanément. Il aimerait cependant voir le type de séminaire de prise en charge qui intéresserait AORTIC et j'ai fait savoir que cela dépendait des desiderata des membres d'AORTIC exprimés à travers un sondage appuyé par un questionnaire. On espère que ces procédures seront finalisées d'ici fin janvier 2005.

Paula Rieger, Directeur du Département des affaires internationales d'ASCO, a manifesté un vif intérêt dans les perspectives de financements du séminaire multidisciplinaire sur la prise en charge du cancer. Ceci dépendra de l'appréciation que ASCO fera par rapport à l'organisation du séminaire, selon la proposition AORTIC.



Bourses ICRETT

Dans le cadre de son programme de bourses bien connu - International Cancer Technology Transfer, nous avons le plaisir de vous annoncer le lancement d'un Programme de Bourses qui prend en charge les frais de transport et de séjour, pour une durée d'une semaine, de 3 enseignants d'université qui acceptent de dispenser des cours spécifiques sur la recherche en cancérologie et la formation clinique dans une organisation qui est disposée à les accueillir à l'étranger.

Pour de plus amples détails, prière de consulter le site Internet <http://www.uicc.org> *Faculty Reverse ICRETT*



ORGANISATIONS EUROPEENNES :

De brèves discussions ont eu lieu avec Ian Magrath, président de International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR). Il souhaite vivement collaborer avec AORTIC, surtout en vue du succès de Dakar 2005.

UICC :

J'ai participé à un séminaire-atelier au cours duquel les efforts récemment entrepris pour « redorer le blason de l'UICC » ont fait l'objet de longues discussions. L'organisation s'est rendu compte qu'après 70 ans d'existence (elle a été fondée en 1930), elle a besoin de changer son image de marque pour refléter un nouveau centre d'intérêt et mobiliser les ressources pour soutenir son action et plaider en faveur du changement.

MADAME SEPULVEDA (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE) :

L'essentiel du bref entretien que j'ai eu avec Mme Sepulveda de l'OMS a porté sur le fait que l'organisation n'a pas d'argent pour parrainer les conférences à l'heure actuelle. Cependant, un programme mondial de lutte contre le cancer doit être prêt pour la signature d'ici mai 2005.

PARTICIPANTS AFRICAINS :

Comme je l'ai dit auparavant, j'avais énormément d'opportunités pour interagir avec les participants africains d'horizons divers. La plupart d'entre eux manifestaient un vif intérêt pour AORTIC et exprimaient l'espoir de participer à son Congrès de Dakar en 2005. Plusieurs d'entre eux pourront encourager de nombreuses personnes à participer au Congrès de Dakar, quelque soit le type de parrainage qu'AORTIC pouvait leur offrir.

Dr Chris Williams

Membre du Conseil exécutif d'AORTIC





Le Registre du Cancer de la ville de Cape Town

La *Cancer Association of South Africa* (CANSa) s'occupe d'un registre du cancer axé sur les populations (PBCR) dans les faubourgs de Cape Town dans le Cap occidental, en collaboration avec le Conseil de la Recherche médicale (MRC), l'Université de Cape Town (UCT) et l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (IARC). Ce registre est le premier registre urbain en Afrique du Sud. La fonction principale du PBR consistera à consigner dans un registre tous les cas de cancer qui surviennent dans la ville de Cape Town. Toutes les informations personnelles concernant les malades du cancer, les caractéristiques cliniques et pathologiques des cancers seront collectés continuellement et systématiquement à partir des sources de données relatives à divers types de cancers et elles seront exploitées grâce à un logiciel spécialisé mis au point par l'IARC.

Les informations qui seront collectées dans ce registre nous permettront, au niveau de CANSa, de retracer les tendances de l'incidence des cancers qui sont spécifiques à cette localité, ce qui constituera une stratégie en matière de surveillance du cancer. Notre surveillance inclurait les liens entre le mode de vie tributaire des tendances relatives au cancer, les facteurs environnementaux et d'autres causes éventuelles. Ceci serait d'un apport significatif à la planification de nos programmes et de nos interventions, à l'identification des partenaires ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des résultats. Ceci constituerait également la plate-forme pour les études en épidémiologie,

l'évolution des traitements et les programmes de lutte contre le cancer. Avec les données que nous recevons couramment du NCR, il n'est pas possible d'entreprendre une telle surveillance, bien que cette approche ait été la meilleure pratique internationale pendant de nombreuses années. Ceci est dû au fait que le système de collecte et de répercussion des données par le NCR est limité et en fait compromis. Le système de collecte des données sur un registre axé sur les populations est le plus approprié pour l'Afrique du Sud, et ce par rapport à nos franges de populations variées et à leur style de vie qui présente différents taux d'incidences et d'évolution de la maladie.

Nous sommes à la première étape de la mise en œuvre du PBCR en tant que projet pilote au Cap oriental et nous avons reçu l'aval du Comité d'éthique de la MRC. Le projet serait intégralement mis en œuvre dans le respect des orientations de l'OMS en matière de confidentialité (PBCR). Ces orientations sont strictes et claires ; elles concernent tous les employés et toutes les personnes figurant dans le registre. Elles s'intéressent aux domaines tels que la collecte et le stockage des données ainsi que la publication des informations, etc.

Les informations compilées sous forme de rapport à partir du registre sont anonymes. Cependant, la collecte des données est faite avec un formulaire de notification conçu par l'IARC qui contient les informations personnelles mises à jour au fur et à mesure. Les exigences de confidentialité s'appliquent à tous les médecins

généralistes et à toutes les structures qui assurent aux clients des services à tout moment. Pour que le PBR soit efficace, toutes les sources de données doivent être consignées dans notre répertoire, notamment les cliniques, les hôpitaux, les laboratoires (d'analyses médicales), les morgues, etc... le Registre National du Cancer (NCR) est lui aussi partie prenante dans ledit registre. Les autres parties prenantes comprennent le ministère de la santé publique, les administrations publiques aux niveaux national et provincial et même local, les hôpitaux tertiaires à l'instar de Groote Schuur à l'instar de Groote Schuur Hospital, de Tygerberg Hospital and the Red Cross Children Hospital, les hôpitaux privés, l'UTC et le MRC.

Nous considérons par conséquent ce projet pilote comme le plus important pour l'Afrique du Sud dans la mesure où il va introduire les innovations dans notre pratique de la santé publique. Cela nous permettrait de répondre aux attentes des populations.

*Compilé par
Patsy de Lora*



Lettres à l'Editeur

Belmira,

Bonjour à toi et aux autres membres de l'équipe de rédaction de notre Bulletin d'informations tant apprécié. Merci pour vos messages et pour avoir bien voulu publier notre travail sur le cancer ovarien dans le dernier numéro du Bulletin d'informations. Continue à faire un excellent travail.

J'ai constaté une plus grande prise de conscience des activités d'AORTIC chez les médecins généralistes ici au Nigéria. Il est à souhaiter que cela se traduise par une amélioration dans les travaux de recherche, les prestations de service et les programmes de formation en matière de cancérologie.

J'ai reçu de Helene Harris Memorial Trust une bourse (International Traveling Fellowship), à titre d'observateur, pour participer au Forum biennal sur les cancers ovariens qui aura lieu à Washington DC, aux Etats-Unis, en avril 2005.

Voici leur site Internet: www.hhmt.org

Et leur adresse électronique: info@hhmt.org



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait tracé les grandes orientations du Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLC) en 1995.

Un PNLC est établi par le Ministère de la santé publique en collaboration avec les parties prenantes dans les secteurs de la santé, ainsi qu'avec les partenaires pertinents dans les secteurs de l'éducation, de l'agriculture, de l'industrie et du commerce. Les aspects ci-après doivent être déterminés pour l'élaboration d'un PNLC :

Evaluation de l'impact du cancer sur la population d'un pays ;
Détermination d'objectifs de contrôle mesurables ;
Evaluation éventuelle des stratégies de lutte contre le cancer ;
Etablissement des priorités en matière de stratégies de lutte.

Il importe, dans le cas de l'élaboration des politiques, de tenir compte des ressources qui peuvent être consacrées à une activité particulière sur la base de critères bien étayés et acceptables par la communauté cible bénéficiaire, en fonction des possibilités financières.

« Les programmes de prévention sont beaucoup plus efficaces et beaucoup moins coûteux que les efforts déployés pour le traitement de la maladie. Les politiques y relatives doivent par conséquent intégrer ce qui suit :

La lutte contre la consommation du tabac par divers moyens, notamment l'éducation des masses, les augmentations fiscales et les restrictions sur les ventes et les lieux de consommation ;

L'évaluation de la consommation des graisses, des fruits et des légumes et la promotion de l'adoption et du maintien d'une alimentation saine.

La mise en garde du public contre les risques du cancer liés à certaines maladies contagieuses et sexuellement transmissibles et la promotion de mesures appropriées telles que la vaccination contre l'hépatite B.

L'identification des carcinogènes auxquels les gens sont exposés et la législation en vigueur pour les combattre ».

Un PNLC efficace est fondé sur quatre principes, notamment :

La prévention
Le dépistage précoce
Le traitement et
Les soins palliatifs.

Une fois établies les fondations d'un PNLC, il est extrêmement important d'obtenir l'engagement politique en vue de l'adoption et de la mise en œuvre des politiques. En outre, il faut mettre en place des systèmes pour le suivi et l'évaluation des politiques mises en œuvre pour chacun des quatre principes ci-dessus aux niveaux national, régional et de district.

Les PNLC réussis sont interdépendants à travers la collaboration entre les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et le secteur privé, le tout accompagné d'un engagement politique fort dans le but de réduire effectivement l'impact du cancer sur les populations de leurs pays.

L'Afrique du Sud a élaboré un PNLC en 1999 et était l'un des premiers pays africains à voter les lois antitabac. Ce PNLC sera revu en 2005 afin d'étendre la portée des sections portant en particulier sur la prévention et le dépistage précoce du cancer. La *Cancer Association of South Africa* (CANSa) a établi un précieux partenariat avec le ministère de la santé publique pour s'assurer que cette importante tâche est effectivement réalisée au courant de cette année. Dès qu'un PNLC est créé, un tel document soutenu par un engagement politique peut être inséré dans l'ordre du jour de l'Union Africaine (UA) il est temps que les Africains se donnent la main pour prévenir la survenue de cette terrible maladie et que nous conjuguions nos efforts pour combattre les effets du cancer sur les malades, leurs familles et leurs communautés.

Référence:

World Health Organisation. National Cancer Control Programmes : Policies and Managerial Guidelines, 1995

ISBN 92 4 154474 0

Salomé Meyer
CANSa





AORTIC'S 5^{ème} Conférence Internationale

14—16th Novembre 2005

Dakar, Senegal

L'AORTIC invite tous les oncologistes, professionnels de la santé, scientifiques et étudiants à envoyer des résumés de communications orales et/ou affichées pour la conférence. Le gabarit de soumission d'abstract et les dates limites de dépôts seront bientôt sur le site Web de l'AORTIC à l'adresse suivante: www.aortic.org.

Thèmes

- Epidémiologie des cancers et Recherche
- Prise en charge clinique et Recherche
- Traitement des cancers
- Enseignement

Thèmes Spécifiques

- Cancers liés au VIH/SIDA
- Cancers gynécologiques et cancer du sein
- Cancer de la prostate
- Cancers liés au tabac
- Soins infirmiers – Soins palliatifs

Comite Scientifique

C Gombe (Congo)	S Ayetey (Ghana)
C Hunter (USA)	P Ndom (Cameroun)
S Mohammed (Soudan/USA)	S Bayo (Mali)
F Olopade (Nigeria/USA)	H Wabinga (Uganda)
A Elzawawy (Egypt)	P Fördelmann (South Africa)
J Holland (USA)	C Williams (Nigeria/Canada)
L Denny (South Africa)	

L'Union Internationale pour la Lutte contre le Cancer met en garde contre le cancer du poumon—Appels lancés aux gouvernements pour qu'ils soutiennent le traité

Genève, Suisse (27 février 2005) – Selon l'Union Internationale pour la Lutte contre le Cancer (UICC), l'organisation de lutte contre le cancer à l'échelle mondiale, l'action contre le tabac doit constituer une priorité pour les gouvernements s'ils veulent mener la lutte contre le cancer. En affirmant que le nombre de décès dus au tabagisme ne cesse de croître, l'organisation invite les gouvernements du monde entier à appuyer un nouveau traité international sur le tabac qui aura force de loi dans 40 pays le 27 février.

La Convention Cadre sur la Lutte contre le Tabac (CCLT) qui est le tout premier traité mondial en matière de santé publique engage les gouvernements à mettre en œuvre des politiques qui permettront de diminuer la consommation de tabac, à savoir: augmentation des taxes sur le tabac; inscription en gros caractères sur les paquets de cigarettes des mises en gardes sur les risques pour la santé; interdiction de toute promotion du tabac; prohibition de la cigarette dans les lieux publics.

L'UICC nous a prévenu qu'environ un cancer sur cinq dans le monde est causé par le tabac. Chaque année, le tabac tue environ 5 millions de personnes dont 1,2 million meurent de cancer du poumon. Le tabac est également à l'origine d'autres cancers : ceux de la bouche; de la tête et du cou; du rein; du pancréas; de la vessie et du col de l'utérus.

“Isabel Mortara, Directeur exécutif de l'UICC, a déclaré : « Le cancer du poumon causera le décès de 1,2 million de personnes cette année – dont la plupart dans les pays en développement. Et comme la consommation de tabac continue de s'accroître dans la plupart des pays en développement, les taux de cancers du poumon vont fatalement monter en flèche ».

Le responsable à l'UICC de la Stratégie de lutte contre le cancer, Dr Yussuf Saloojee, a souligné l'importance d'une intervention rapide en ces termes : « Il est regrettable que le pronostic du cancer du poumon soit souvent médiocre. Mais la prévention est possible. La Convention Cadre énonce des mesures efficaces qui peuvent faire baisser la consommation de tabac et sauver des vies. Nous exhortons tous les gouvernements à ratifier sans délai ce traité ».

« Nous savons que lorsqu'il s'agit du cancer, une intervention rapide peut sauver des vies. Nous félicitons les 57 pays ayant ratifié ce traité et qui se sont ainsi hissés à l'avant-garde du mouvement d'action mondial contre le tabac. Nous invitons aussi les gouvernements d'autres pays à ratifier le traité sans délai.

L'avenir de la santé des millions de personnes est entre vos mains ».





Le Projet de dépistage du cancer du col de l'utérus (KCCSP)

Le Projet de dépistage du cancer du col de l'utérus de Khayelitsha (KCCSP) a été initié en 1995 réalisé en collaboration avec University of Cape Town, Columbia University, New York et Engender Health. L'objectif initial consistait à trouver un test alternatif au *Pap smear* qui est un tout premier test de dépistage, surtout dans l'optique de trouver un test qui pourrait être effectué au niveau des soins de santé primaires et qui permettrait d'obtenir des résultats rapides sans toutefois nécessiter les infrastructures requises par des tests effectués dans un laboratoire.

Entre 1996 et 1999, nous avons effectué des tests de dépistage sur juste un peu moins de 6.000 femmes recrutées dans une zone résidentielle périurbaine située à 20 kilomètres de Cape Town, dans un quartier pauvre appelé *Khayelitsha* et dont les deux tiers (2/3) des résidents vivent dans des habitations non conventionnelles. Nous avons auparavant recruté des femmes âgées de 35 à 65 ans qui n'avaient pas encore subi de test de dépistage. Nous avons comparé les *Pap smears* classiques à trois autres tests, à savoir :

« L'objectif initial consistait à trouver un test alternatif au *Pap smear* ... »

- L'inspection visuelle directe (Direct Visual Inspection ou DVI)
- Le test de dépistage du Human Papilloma Virus (HPV) La cervicographie.

Alors que les tests de dépistage *DVI* et *HPV* se sont avérés équivalents et/ou supérieurs aux *Pap smears* pour ce qui est de l'identification des lésions, les deux tests présentaient un très faible degré de spécificité – c'est-à-dire qu'il y avait beaucoup de faux cas positifs, comparés aux *Pap smears*. Ceci signifiait que si nous voulions mettre immédiatement sous traitement les femmes dont les tests de dépistage s'étaient révélés positifs, nous finirions par poser les actes ci-après :

- Traiter 1 femme sur 5 femmes qui avaient été soumises au test de dépistage
- Et, ce qui est encore plus important, administrer trop de médicaments aux très nombreuses femmes dont le test de dépistage s'était révélé positif, mais qui ne présentaient pas de véritables signes précurseurs du cancer du col de l'utérus.

Nous avons conçu un essai de contrôle randomisé de dépistage et de traitement des femmes sur la base du dépistage par *DVI* et pour le *HPV*. 7.200 femmes ont été recrutées entre 2000 et 2003 et orientées par hasard dans l'un des trois groupes ci-après : traitement effectué par une religieuse au niveau des soins de santé primaires en pratiquant la cryothérapie si la *DVI* était positive ; traitement par cryothérapie si le *HPV* était positif ou aucun traitement quelque soit le résultat du test de dépistage *DVI* ou *HPV*.

Toutes les femmes ont été consultées un mois après le traitement afin d'en évaluer les complications éventuelles, y compris les femmes non traitées, de telle sorte que nous avons un groupe constituant un élément de comparaison et, de nouveau, tous les 6 mois pendant 36 mois pour une évaluation du traitement par coloscopie, le cas échéant. Toutes les coloscopies étaient faites par moi-même et par des médecins formés sur place et travaillant dans des conteneurs de seconde main aménagés et placés au niveau de deux centres de consultation en soins de santé primaires à

traitement afin d'en évaluer les complications éventuelles, y compris les femmes non traitées, de telle sorte que nous avons un groupe constituant un élément de comparaison et, de nouveau, tous les 6 mois pendant 36 mois pour une évaluation du traitement par coloscopie, le cas échéant. Toutes les coloscopies étaient faites par moi-même et par des médecins formés sur place et travaillant dans des conteneurs de seconde main aménagés et placés au niveau de deux centres de consultation en soins de santé primaires à Khayelitsha. Cette étude se poursuit mais notre première analyse des données a montré que les femmes dépistées avec la méthode *DVI* et traitées par cryothérapie avaient connu une diminution de 40% des signes précurseurs du cancer du col de l'utérus à 6 et à 12 mois après le traitement, comparativement aux femmes qui n'avaient pas été traitées. Les femmes dont l'étude portait sur le *HPV* avaient connu une diminution de 80%, comparativement aux femmes qui n'avaient pas été traitées. Nous avons effectué un peu moins de 1.000 cryothérapies et n'avons rencontré qu'une seule complication grave chez une femme

souffrant d'une atteinte avancée de *VIH* qui présentait un saignement après la cryothérapie, et nous avons demandé qu'elle soit hospitalisée en vue d'une transfusion sanguine. Elle fut guérie par la suite.

Ces données nous ont prouvé que le dépistage et le traitement des femmes, bien qu'effectués dans les limites d'une étude de recherche rigoureusement contrôlée et suivie, sont sans danger, réalisables et efficaces. Nous avons également constaté que les femmes qui ont fait l'expérience de cette procédure l'ont trouvée tout à fait acceptable. Un autre indicateur d'acceptabilité est le fait que nos taux de suivi ont été extrêmement élevés : 98% de femmes revenaient pour leur interview au bout d'un mois, plus de 86% pour la consultation qui devait avoir lieu après 6 mois et environ 80% pour la consultation qui devait avoir lieu après 12 mois. Ces taux élevés sont plutôt exceptionnels pour des études cliniques de grande envergure et ils ont été rendus possibles en partie par le fait que nous disposons d'une équipe dévouée d'agents de santé communautaires qui vont rendre visite aux malades dans leurs domiciles pour leur rappeler de revenir se faire consulter. En outre, nous avons organisé un service très axé sur les malades, mais nous avouons que cela ne peut pas toujours être possible dans les « pays développés », bien que nous devrions aspirer à fournir ce type de service de qualité à nos malades.

Professeure Lynette Denny

D'autres informations relatives à ce projet seront publiées dans le prochain numéro d'AORTIC News



KCCSP PERSONNEL



ENREGISTREMENT DES CAS DE CANCER DANS LES ZONES RURALES DU TRANSKEI, PROVINCE DU CAP ORIENTAL, AFRIQUE DU SUD

Des taux d'incidence crédibles et des informations détaillées sur les cas de cancer sont rares en Afrique du Sud en raison du manque de bureaux d'enregistrement des cas de cancer bien constitués et établis sur une base démographique (PBCR). Néanmoins, la cellule PROMEC du Conseil de la Recherche Médicale sud-Africaine coordonne l'établissement d'un nombre limité de registres PBCR dans la zone Rurale du TRANSKEI dans la Province du Cap oriental.

Le Bureau d'enregistrement fournit des informations précieuses sur l'incidence et la prévalence du cancer dans cette région où le taux de cancers de l'oesophage (CO) est l'un des plus élevés du monde. Le bureau d'enregistrement collecte des données sur le cancer provenant de dix (10) régions déterminées s'étendant d'Amatole District au OR Tambo et dont fait partie Alfred NZO où vit une population de 1,2 millions d'âmes selon le Recensement de 2001. Ces zones de forte endémicité comprennent Centane (Kentani), Butterworth, Nquamekwe, Idutywa et Willowvale au sud, et Bizana, Flagstaff, Port St Johns, Lusikisiki et Umzimkulu au nord. Les objectifs poursuivis à travers l'établissement du registre sont les suivants :

- Surveiller l'évolution du fardeau du cancer dans dix zones de forte endémicité sélectionnées
- Analyser et interpréter périodiquement les données sur le cancer

Fournir des informations sur l'incidence et les caractéristiques de cancers spécifiques dans diverses franges de la population de résidents. Ces informations constituent la première source non seulement pour les recherches épidémiologiques sur le cancer, mais aussi pour la planification et l'évaluation des services de santé en vue de la planification, du diagnostic et du traitement du cancer.

Recherche des cas

Plus de 60% des cas sont signalés par les hôpitaux et les cliniques de la zone d'enregistrement et le reste par les hôpitaux de référence et le laboratoire régional de pathologie.

La recherche des cas est basée sur la notification par un infirmier ou une infirmière désigné(e) dans chacun des grands hôpitaux des dix zones de forte endémicité sélectionnées. Elle est complétée par une recherche active des cas menée par le responsable du projet. Celui-ci entreprend des visites dans onze hôpitaux situés dans dix zones de forte endémicité et dans certaines zones environnantes et au laboratoire régional de pathologie. Au cours de ces visites, des registres des pavillons de chaque hôpital sont attentivement examinés pour vérifier le caractère complet de la notification, et les pages manquantes ou incomplètes sont mises à jour. La recherche des cas s'étend également aux hôpitaux situés hors de la zone d'enregistrement vers lesquels des cas peuvent avoir été référés ou s'être présentés eux-mêmes en raison de leurs meilleures structures de traitement. Il s'agit du Centre régional de radiothérapie de référence situé à Frere Hospital et de la Cecilia Makiwane Thoracic Surgery Clinic situés à East London, de trois hôpitaux de référence (Inkosi Albert Luthuli, King George V et Addington) pour la chirurgie du thorax, la gynécologie, l'oncologie et la radiothérapie à Durban, Province du KwaZulu-Natal.

Gestion des données

Les données sont codées selon la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CID-O 2). Les données socio-démographiques sont codées selon un système élaboré par le bureau d'enregistrement. CANREG, qui est un logiciel informatique d'enregistrement des cas du cancer, élaboré par l'unité d'épidémiologie descriptive de l'Agence internationale pour la recherche sur le cancer (IACR), est utilisé pour le traitement des données. Il s'agit là d'un système fiable qui répond présentement et de façon adéquate aux exigences du bureau d'enregistrement en matière de traitements des données. Seuls les cas de cancer notifiés selon les normes après examen intégral dans les hôpitaux et dans les laboratoires sont traités. Des contrôles de qualité sont effectués périodiquement sur toutes les données déjà enregistrées. Il s'agit là de l'autre meilleure manière de préserver la qualité des données contenues dans la base de données. La confidentialité est strictement observée et les données restent la propriété du maître d'œuvre du projet. Des numéros de dossiers spécifiques sont attribués à chaque patient pour s'assurer qu'il garde l'anonymat au cours des analyses ultérieures.

Cancers les plus communément signalés dans cette région

Voici les dix cancers les plus fréquents : cancer de l'oesophage, cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer du poulmon, cancer de la prostate, cancer du foie, cancer du larynx, cancer de l'estomac, cancers de la bouche et de la langue.

Méthodes de présentation des données

Les résultats des données analysées de temps en temps sont présentés au cours d'ateliers, de séminaires et de conférences organisés localement ou au niveau international et ils sont publiés dans des publications spécialisées revues par des confrères. Des rapports techniques sont également préparés et distribués aux parties prenantes.

AFRIQUE DU SUD





ENREGISTREMENT DES CAS DE CANCER DANS LES ZONES RURALES DU TRANSKEI

Utilisateurs des données

Parmi les utilisateurs des données, on compte les instituts de recherche, les services de santé de la Province du Cap oriental, l'Association sud-africaine de lutte contre le cancer (CANSa) et les communautés rurales de la région du Transkei.

Conclusion

Les bureaux d'enregistrement des cas de cancer constituent les principales sources des données sur le cancer. Il n'est pas possible de planifier de manière rationnelle en l'absence de moyens permettant d'identifier les problèmes de santé, de déterminer les priorités des programmes de prévention et de soins, d'évaluer si oui ou non les objectifs sont atteints et de comparer les ressources et les résultats obtenus. Les programmes de lutte contre le cancer tels que présentés dans le plaidoyer de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont donc impossibles à réaliser en l'absence des bureaux d'enregistrement des cas de cancer.

« Il est nécessaire de procéder à une éducation de masse sur le cancer en Afrique en vue de faire prendre conscience de la maladie et de souligner le fait qu'il est possible de la prévenir ». Il s'agit là d'une déclaration faite par l'ancien Président d'AORTIC, le Professeur Seth Ayettey et de l'Association sud-africaine de lutte contre le cancer (CANSa) (AORTIC News, vol.1, pp7-8).

« Malheureusement cependant, la gravité du cancer en Afrique est sous-estimée. La création d'un plus grand nombre de bureaux d'enregistrement constituera un important outil de conscientisation notamment dans le cadre de la programmation des actions politiques visant à diminuer l'ampleur du cancer au sein du continent africain.

« Il existe très peu de bureaux d'enregistrement des cas de cancer en Afrique qui soient capables de produire des données de bonne qualité, à cause de nombreux problèmes et défis auxquels leur personnel est confronté, à savoir :

« Des problèmes structurels dont :

- Le manque de financement dû au fait que les pouvoirs publics ne considèrent pas le cancer comme un sujet de préoccupation, ce qui a pour conséquence l'incapacité de recruter, de former et de maintenir un personnel dévoué pour les bureaux d'enregistrement des cas de cancer.
- Le manque de personnel dévoué et qualifié pour faire fonctionner les bureaux d'enregistrement des cas de cancer. Le peu d'engagement de la part des collaborateurs, même ceux qui sont du corps médical.

« Des problèmes techniques parmi lesquels :

- Des difficultés dans la recherche des cas en raison de la mauvaise tenue et de l'inaccessibilité des registres des hôpitaux.
- L'absence de collaboration de la part des fournisseurs de données tels que les hôpitaux privés et les laboratoires de pathologie.

Des problèmes relatifs entre autres à l'attribution du statut de résident.

« Un appel urgent est lancé à AORTIC pour que cette institution se penche sur ces problèmes et trouve les voies et moyens de les résoudre. Les quelques paroles ci-dessous sont un encouragement pour ceux qui ont déjà créé des bureaux d'enregistrement des cas de cancer en Afrique ou qui s'évertuent encore à le faire. Avec de l'imagination, de la patience, de la persévérance et de l'engagement, le bon travail de surveillance du cancer doit continuer. G.W. F. Hegel le confirme lorsqu'il affirme : « Aucune grande œuvre dans ce monde ne s'est faite sans passion ».

Ntuthu IM Somdyala, MDS, Bcur, RM, RN — Conseil de la Recherche Médicale d'Afrique du Sud, Le Cap



Bienvenue à nos nouveaux membres!

Dr Dan Jones d'Afrique du Sud
 Dr Manivasan Moodley d'Afrique du Sud
 Dr Olufemi Akinsanya du Nigéria
 Dr Olayinka Olaniyan du Nigéria
 Dr Sandra da Canha

Si vous souhaitez devenir membre d'AORTIC, veuillez contacter le secrétariat à l'adresse suivante :
 aortic@telkomsa.net ou consulter notre site Internet :

AORTIC - Le Pouls de l'Afrique!



LA CLINIQUE DE SPÉCIALISTES DES CANCERS DU SEIN

L'Afrique du Sud présente à la fois les caractéristiques d'un pays développé et celles d'un pays en développement. Pour de nombreuses personnes, nos ressources – comme le manque d'un simulateur dans un Service de Radiothérapie jusqu'en 2005 – peuvent sembler insignifiantes, mais pour certaines autres personnes en Afrique qui ne sont dotées ni d'équipement de radiothérapie ni de celui de chimiothérapie, nous donnons l'impression d'être très riches. Il m'a été demandé de présenter le travail que nous faisons dans notre clinique.

Historique

La Clinique des spécialistes des cancers du sein (équipe interdisciplinaire) de Groote Schuur Hospital et l'Université de Cape Town ont entamé des discussions sur les patients lors du passage de l'équipe des spécialistes. Il s'agissait du chirurgien bien connu Samuel Helman et du radiothérapeute Betty Bennet. Professeur David Dent a par la suite séjourné à Edimbourg et, à son retour, il a bien développé la clinique en s'inspirant du modèle britannique.

Buts

Notre clinique fonctionne sur une base véritablement interdisciplinaire. Notre objectif est d'administrer les meilleurs traitements possibles dans la limite des ressources dont nous disposons tout en poursuivant nos activités d'enseignement et de formation des internes et des spécialistes, ainsi que celles liées à la recherche, et également en fournissant un appui adéquat au personnel et en prodiguant des soins tout aussi appropriés. Nous n'ambitionnons point d'atteindre des niveaux de sophistication qui vont au-delà de nos ressources actuelles car, cela coûte cher et rapporte peu.

Ressources

Malgré le fait que notre hôpital soit un hôpital universitaire tertiaire, le temps que nous consacrons aux interventions chirurgicales est très limité, de telle sorte que les malades peuvent attendre pendant 2 à 3 mois pour se faire opérer des seins. Nous avons recours aux hôpitaux périphériques le plus possible pour ce type d'interventions chirurgicales. Tout récemment, notre administration locale nous a apporté un concours financier pour nous permettre d'essayer de diminuer le nombre de malades inscrites sur les listes d'attente. Les chirurgiens plasticiens font partie de notre équipe de spécialistes mais, une fois de plus, les malades désirant subir une chirurgie réparatrice doivent être sélectionnées avec soin à cause du temps limité consacré aux interventions chirurgicales. En ce qui concerne la radiothérapie, nous allons bientôt réceptionner notre premier simulateur dans le cadre de notre service. Nous sommes confrontés à de graves pénuries de techniciens et à un manque crucial d'argent, mais nous sommes habitués à nous débrouiller avec des ressources limitées et à obtenir d'excellents résultats en mettant nos propres moyens à contribution. Des protocoles de chimiothérapie de base tels que CMF et CAF sont disponibles, mais pas de protocoles plus coûteux comme ceux qui contiennent des « taxanes ». Tamoxifen est tout à fait disponible au coût de 3 USD environ par patiente et par mois. Nous avons récemment reçu Arimidex sur un code de l'hôpital, mais au coût de 115 USD environ par patiente et par mois; ce produit ne sera disponible que comme deuxième alternative et ne sera administré qu'à certaines patientes bien sélectionnées.

Les patientes qui présentent des problèmes de seins, quel qu'en soit la nature, peuvent être reçues en consultation le vendredi matin par un membre de l'équipe chirurgicale. Des tests tels que les mammographies, les biopsies par aspiration au moyen d'une aiguille fine et les biopsies pratiquées directement à vif sur la peau peuvent être effectués immédiatement. Les prélèvements effectués par aspiration au moyen d'une aiguille fine sont interprétés par un technicien en fonction de l'état clinique général des patientes et si les résultats montrent qu'une patiente est atteinte d'un cancer, elle est reçue en consultation ce matin-là même par un membre de l'équipe d'oncologie. Des conseils appropriés sont prodigués à la patiente qui fait désormais l'objet d'investigations étape par étape. Si l'intéressée n'est pas apte à subir une intervention chirurgicale ou si la tumeur semble inopérable, on mettra d'abord la patiente sous un traitement hormonal ou on lui donnera rendez-vous pour la chimiothérapie ou la radiothérapie. Si on opte pour la chirurgie, cette patiente sera de nouveau reçue en consultation la semaine d'après par notre équipe interdisciplinaire de spécialistes. Les patientes sont reçues en consultation par un conseiller expérimenté (ou un travailleur social) lors de leur première visite médicale et le conseiller est disponible au sein de la clinique de spécialistes. L'équipe mixte comprend généralement des chirurgiens, des oncologues qui s'occupent de radiation clinique, des chirurgiens plasticiens, des pathologistes, des radiologues, du personnel infirmier et du personnel de secrétariat, ainsi qu'un travailleur social. Les patientes qui ont déjà été opérées retournent au service d'oncologie pour un traitement et un suivi complémentaires. Les patientes sont référées de nouveau aux chirurgiens ou à la clinique de spécialistes s'ils ont d'autres problèmes chirurgicaux tels que des infections locales récurrentes. Les patientes peuvent être référées à leurs hôpitaux communautaires pour des besoins de suivi. Nous collaborons aussi étroitement avec les hospices dans l'intérêt des patientes à un stade avancé de la maladie.

En tant que cliniciens chargés des malades atteintes du cancer du sein, nous ne souscrivons pas entièrement à l'approche de l'OMS qui met l'accent sur la prévention et les soins palliatifs plutôt que sur la guérison. Nous ne savons pas comment prévenir le cancer du sein en Afrique du Sud et beaucoup de nos patientes souffrent de maladies curables. refusent la chirurgie et même la radiothérapie.

Suite à la page suivante ...



LA CLINIQUE DE SPÉCIALISTES DES CANCERS DU SEIN (Suite)

Nous ne partageons pas non plus l'approche qui a été évoquée lors du Congrès AORTIC d'Accra et qui préconise qu'en Afrique, il faut simplement administrer Tamoxifen aux patientes. Nous offrons aux patientes la meilleure option disponible, bien que plusieurs de nos patientes noires

Elles croient que la chirurgie en particulier va favoriser l'évolution du cancer et provoquer leur mort. Tant que l'éducation sanitaire ne se sera pas améliorée, cette attitude restera probablement l'une des principales causes de la mortalité due au cancer du sein en Afrique du Sud. Bien qu'un nombre relativement élevé de nos patientes noires présentent des tumeurs malignes aux urgences (contrairement à celles qui sont signalées par d'autres pays africains où il semble y avoir un nombre élevé de tumeurs bénignes aux urgences), à notre avis, les tumeurs doivent impérativement faire l'objet d'un test d'identification de récepteurs d'hormones avant la mise en place d'un traitement à base d'hormones. Il s'agit là d'une bien meilleure utilisation des ressources qui s'avère plus rentable que le fait de traiter toutes les malades du cancer du sein avec Tamoxifen.

Lors de la dernière réunion d'AORTIC, il a été dit que les centres implantés en Afrique doivent effectuer leurs propres travaux de recherche plutôt que de collaborer avec les centres implantés en Europe ou aux Etats-Unis. Cependant, nous trouvons que bien qu'étant mieux équipés que des centres implantés dans beaucoup d'autres pays africains, nous ne sommes pas dotés d'infrastructures nécessaires à la réalisation de grands projets de recherche. Il nous est par ailleurs très difficile de collaborer avec d'autres centres basés en Afrique du Sud probablement à cause du manque de ressources financières et de l'insuffisance de personnel dans tous nos centres. Nous sommes convaincus que la recherche la plus importante que nous faisons est celle pour laquelle nous collaborons avec l'International Cancer Study Group (IBCSG). Comme il s'agit d'un groupe international, on peut s'attendre à ce qu'il tienne compte de la situation qui prévaut dans différents pays. Nous avons certes constaté que l'IBCSG nous apporte tout son concours dans le cadre de nos activités en même temps qu'il comprend les actions réalisables et indiquées dans notre service. Un bon nombre de ces essais au niveau international portent sur la personnalisation et la durée du traitement, toutes préoccupations qui peuvent revêtir une importance capitale là où les ressources sont limitées. Notre travail dans le cadre de l'IBCSG est financé en partie par la CANSA Association d'Afrique du Sud. Nous sommes également impliqués dans un contrat de recherche pharmaceutique et nous nous occupons de petits essais au niveau local, bien que nous éprouvions des difficultés à le faire.

Pour l'avenir, nous fondons l'un de nos espoirs sur le fait que, si la radiation partielle du sein - qui est déjà prometteuse, devient une technique éprouvée et adoptée/acceptée, nous aurons les infrastructures nécessaires pour la pratiquer dans notre service. Cela permettrait d'éviter de faire l'ablation d'un nombre plus élevé de seins.

Nous avons reçu les encouragements des internes formés dans notre clinique. Ils sont allés faire un tour ailleurs dans notre pays ou en Afrique et ont ouvert des cliniques animées par des équipes de spécialistes du cancer du sein. Ceci montre que le personnel trouve le travail dans ces cliniques utile, agréable et gratifiant. Nous nous occupons de la formation des internes provenant d'autres pays africains et parrainés par exemple par l'Association Internationale de l'Energie Atomique.

A travers AORTIC, nous espérons que nos liens avec l'Afrique vont se consolider puisque nous avons constaté que ceux que nous avons tissés avec des spécialistes en Europe et aux Etats-Unis se sont avérés utiles et ont été pour nous une source d'encouragement.



Programme de bourses de recherche pour les chercheurs Africains invités par Nordic Africa Institute 2006

L'un des objectifs du Nordic Africa Institute consiste à tisser et à entretenir des relations avec les équipes de chercheurs africains. Cet objectif est atteint à travers le Programme de Chercheurs Invités qui offre des opportunités permettant à ses participants de continuer leurs projets de recherche.

Ce Programme s'adresse aux enseignants africains de haut rang qui font des travaux de recherche sur le continent africain et qui ont obtenu de bons résultats au niveau post-universitaire. Les candidatures des femmes sont particulièrement encouragées.

La préférence est accordée aux personnes impliquées dans la recherche dans les domaines ci-après :

1. Images culturelles en Afrique et celles de l'Afrique
2. Libéralisation et Démocratie en Afrique australe
3. Sexualité, Genre et Société en Afrique
4. Genre et Age dans les cités africaines
5. Restauration de l'autorité de l'Etat, Mobilisation des Ressources et Conflits
6. Transition post-conflit, Etat et Société civile en Afrique

Pour de plus amples informations, prière de contacter Nina Klinge-Nygård par courrier électronique à l'adresse suivante: klinge-nigard@nai.uu.se ou au site Internet suivant: <http://www.nai.uu.se>



Lettre relative à l'appel lancé par Professeur Ahmed Elzawawy

La lutte contre le cancer dans les pays ayant des ressources limitées est une lutte très complexe. L'un des principaux problèmes qui se posent dans beaucoup de pays en développement est le fait que nous travaillons de manière isolée les uns par rapport aux autres. Un des moyens d'atténuer ce dilemme consiste à ouvrir des réseaux de communications parmi les professionnels de la santé en Afrique.

Je pense qu'il est de mon devoir de me mettre au service de mes collègues et de mes confrères avec les capacités dont je dispose, quelque limitées puissent-elles être, et d'assurer la liaison entre les uns et les autres quand il s'agit de nouvelles initiatives.

En marge de la prochaine réunion de l'UICC qui aura lieu en mars 2005 au Caire, il y aura une rencontre dans le but de lancer un appel à toutes les personnes qui luttent contre le cancer en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Dr Joe Harford, Directeur des Affaires Internationales au National Cancer Institute (NCI) aux Etats-Unis, assistera également à cette réunion dont le compte rendu des travaux sera publié dans le prochain numéro d' "AORTIC News".

Je voudrais saisir cette occasion pour lancer un appel à tous les collègues et confrères d'Afrique du Nord pour qu'ils me communiquent les adresses électroniques des oncologues qui exercent en Afrique du Nord, quel qu'ils soient. Je vous serais également profondément reconnaissant de bien vouloir me faire parvenir par courrier électronique les détails des opportunités de formation, de stages et d'événements qui se dérouleront au sein de vos institutions, des hôpitaux ou des centres de formation de votre région.

Merci à tous ceux et à toutes celles qui ont soutenu la cause d'AORTIC et qui continuent à le faire.

Professeur Ahmed Elzawawy

Vice-Président d'AORTIC pour l'Afrique du Nord

La présente lettre a été révisée à cause du manque d'espace.



OFFRE DE BOURSES DE FORMATION

Des bourses de formation sont offertes par Johnson & Johnson en vue d'améliorer les compétences techniques des médecins/infirmiers/infirmières/personnels exerçant dans d'autres spécialités concourant à la prise en charge des femmes malades du cancer en Afrique.

Les candidats à ces bourses doivent avoir une expérience d'au moins 3 années d'exercice dans leur spécialité, obtenir l'autorisation de l'institution utilisatrice et prendre l'engagement d'y retourner après leur formation.

Toutes les spécialités liées au traitement des cancers des femmes justifieront de l'attribution de l'une des bourses. Le montant de la bourse variera de 2000 dollars USD à 10 000 dollars USD en fonction de la nature de la formation.

Les candidats intéressés doivent envoyer leurs dossiers au Professeur Lynette Denny à l'adresse suivante:

AORTIC
P O Box 186
Rondebosch 7701
South Africa
E-mail: aortic@telkomsa.net
OR
Erica Bard Riley
Operations Manager, IGCS
PO Box 6387
Louisville KY 40206 USA
Tel: 502-891-4460
Fax: 502-891-4461

AORTIC
P O Box 186
Rondebosch
7701
South Africa

Tel: +27 21 689-5359
FAX: +27 21 689-5350

E-mail: aortic@telkomsa.net
Website: www.aortic.org

L'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer est une organisation non gouvernementale bilingue et à but non lucratif. Elle a été créée en 1983 à Lomé, République du Togo, Afrique de l'Ouest. Elle oeuvre en faveur de la lutte contre le cancer en Afrique. Fondée par des travailleurs africains immigrés nécessitant des soins pour le cancer, AORTIC International regroupe en son sein des hommes de sciences et des amis engagés à promouvoir le développement de cette organisation en Afrique.

LIVRES

Patient Education Guide to Oncology Drugs, 2nd Edition
Gail M Wilkes & Terri B. Ades
Published by the American Cancer Society
ISBN: 0-7637-2254-5 480 pages
To order, consult their website: www.cancer.org/bookstore

Oncogenomics, Molecular Approaches to Cancer
Charles Brenner & David Duggan
Published by John Wiley & Sons, Ltd.
ISBN: 0-471-22592-4 384 pages
Price: US\$79.95
To order, e-mail: cs-books@wiley.co.uk

When cells die II
Richard A. Lockshin & Zahra Zakeri
Published by John Wiley & Sons, Ltd
ISBN: 0-471-21947-9
Price: US\$99.95
To order, e-mail: cs-books@wiley.co.uk

A Cancer Source Book for Nurses, 8th Edition
Claudette G. Varricchio, et al.
Published by the American Cancer Society
To order, consult their website: www.cancer.org/bookstore



CONFÉRENCES 2005

3rd International Symposium on Targeted
Anti-cancer Therapies
March 3 – 5, 2005
Amsterdam, Netherlands
E-mail: congress@nddo.org

58th Annual Cancer Symposium of the Society of
Surgical Oncology
March 3 – 6, 2005
Atlanta, Georgia, USA
E-mail: diannekubis@acaai.org

Functional Genomics and Animal Tumour Models
March 7 – 9, 2005
Madrid, Spain
E-mail: ccc@cnio.es

7th Shaukat Khanum Memorial Cancer
Symposium
March 11 – 13, 2005
Lahore, Pakistan
E-mail: trainingmanager@skm.org.pk

13th International AEK-AIO Cancer Congress
March 13 – 16, 2005
Würzburg, Germany
E-mail: ssk@biomedtec-franken.de

ASCO Annual Meeting
May 14–15, 2005
Orlando, Florida
E-mail: asco@asco.org

AGENDA DE L'AFRIQUE CENTRALE

06–15 Mars 2005: Campagne de dépistage des Cancers du col et du sein à Yaoundé et à Douala organisée par le comité national de lutte contre le cancer au Cameroun (CNLC)

15 Mars 2005: Conférence scientifique sur le cancer à Ndjamena au Tchad par Les leaders de Aortic de l'Afrique centrale .

05 Avril 2005: Journée de Cancérologie au Cameroun .Bilan d'activité de l'année 2004.

04–07 Avril 2005: Visite de Travail à Yaoundé au Cameroun de Monsieur le président Directeur de l'INCTR (Dr Ian Magrath)

4–5 Mars: Congrès de Libreville (3^{ème} Congrès Euro -Africain de Cancérologie). **Cette activité a été use repoussée à Mars 2006 .**