



56^e CONSEIL DIRECTEUR

70^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CD56/9
11 juillet 2018
Original: anglais

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS 2018-2030

Introduction

1. Le cancer est la deuxième cause de décès dans la Région des Amériques. Chez les femmes, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès dans 11 pays et la deuxième cause de décès dans 12 pays.¹ Selon les estimations, 83 200 femmes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus chaque année dans les Amériques, et 35 680 femmes décèdent de cette maladie, dont une proportion importante (52 %) est âgée de moins de 60 ans (1).

2. Le cancer du col de l'utérus est dû à une infection permanente par certains types à haut risque de virus du papillome humain (VPH), qui se transmet par voie sexuelle. Ce cancer peut être prévenu par la vaccination anti-VPH, ainsi que par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Il peut être traité avec succès si son diagnostic est posé à un stade précoce. Les programmes de promotion de la santé, de santé sexuelle et de prévention contre l'infection à VIH et les IST contribuent également à la prévention du cancer du col de l'utérus. Le vaccin anti-VPH a été introduit dans les programmes nationaux de vaccination en 2006 ; des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été instaurés dans presque tous les pays de la Région à partir des années 70 et des services de prise en charge thérapeutique de ce cancer ont été mis en place dans presque tous les pays. De ce fait, des progrès notables ont été observés en matière de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, comme cela a été indiqué dans le rapport final *Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus* (2) de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, en 2017.

¹ Le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès chez les femmes au Belize, en Bolivie, à El Salvador, au Guyana, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua, au Paraguay, en République dominicaine, au Suriname et au Venezuela. C'est la deuxième cause de décès chez les femmes au Brésil, en Dominique, en Équateur, à la Grenade, au Guatemala, en Jamaïque, au Panama, au Pérou, à Saint-Kitts-et-Nevis, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines, à Sainte-Lucie et à la Trinité-et-Tobago.

3. Il existe encore, néanmoins, des lacunes et des défis importants sur le plan de la réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus, et donc sur la voie de son élimination en tant que problème de santé publique. Ce plan trace une feuille de route qui guidera les États Membres et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour le renforcement de leurs capacités à développer des stratégies efficaces, innovantes et fondées sur des données factuelles, qui permettront d'accroître les réductions d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus.²

Antécédents

4. Contrairement à la plupart des autres types de cancer, le cancer du col de l'utérus a une cause scientifiquement établie et il existe des outils d'un bon rapport coût-efficacité mis à disposition pour sa prévention et son contrôle (3). Les VPH 16 et 18 figurent parmi les types les plus répandus de VPH et sont responsables d'environ 70 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus. Dans la mesure où l'infection à VPH peut également être à l'origine d'autres cancers (anus, oropharynx, pénis, rectum, vagin et vulve), les stratégies de prévention contribueront également à la réduction de ces autres cancers liés au VPH. Le cancer du col de l'utérus se développe lentement, commençant par une infection à VPH qui, dans certains cas, persiste et évolue en lésions précancéreuses, ces dernières pouvant elles-mêmes se transformer en cancer invasif si elles ne sont pas détectées et traitées. Les personnes immunodéprimées, comme celles vivant avec le VIH, sont plus susceptibles d'avoir une infection à VPH persistante et d'évoluer plus rapidement vers un cancer.

5. Le dépistage de lésions précancéreuses chez des femmes asymptomatiques à l'aide du test de Papanicolaou (test Pap) a entraîné une réduction annuelle moyenne d'environ 2,6 % du nombre de décès par cancer du col de l'utérus dans les pays dotés de systèmes de santé fiables (4). Cependant, cette méthode s'est montrée moins efficace dans les pays en développement, essentiellement du fait des exigences connexes en termes d'infrastructures de laboratoire, de matériels et de défis logistiques associés au processus de dépistage, ainsi que de l'efficacité du test Pap lui-même, dont la sensibilité s'est révélée approximativement égale à 50 %, voire moins (5). De nouvelles technologies et approches, qui incluent les vaccins anti-VPH, les tests vis-à-vis du VPH³ et une démarche « dépistage et traitement » ont été élaborées, qui ont fait la preuve de leur efficacité pour prévenir le cancer du col de l'utérus (6, 7). Le rapport coût-efficacité des stratégies de prévention a été bien documenté,

² Aux fins du présent plan, les États Membres identifieront les populations prioritaires en fonction de leurs propres contextes et des profils épidémiologiques nationaux du cancer du col de l'utérus. Ils peuvent inclure des personnes vivant dans des circonstances économiques et sociales défavorables, des personnes vivant en zone rurale, des populations mal desservies sur le plan médical, des populations autochtones ou d'ascendance africaine, des femmes et des adolescents séropositifs au VIH, des travailleurs du sexe et/ou des migrants.

³ Il existe un certain nombre de tests de dépistage du VPH offerts sur le marché, chacun présentant des caractéristiques spécifiques. Une récapitulation de ces divers tests a été préparée pour aider les États Membres à choisir le ou les plus approprié(s) à leurs objectifs. Cette récapitulation est disponible (en anglais) sur le site web de l'OPS sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11925&Itemid=41948&lang=en.

ce qui a permis de montrer que la vaccination anti-VPH couplée au dépistage a un meilleur rapport coût-efficacité que l'une ou l'autre de ces stratégies envisagées isolément (8-10). Si elles sont mises en œuvre à grande échelle, ces nouvelles interventions et stratégies au bon rapport coût-efficacité ont le potentiel d'accroître les réductions de mortalité par cancer du col de l'utérus (9).

6. Depuis l'adoption, en 2008, des *Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus* (11), les États Membres ont renforcé, avec la collaboration du BSP, leurs programmes sur le cancer du col de l'utérus en introduisant les vaccins anti-VPH et de nouvelles approches de dépistage, ainsi qu'en améliorant la qualité des traitements anticancéreux, des soins palliatifs et de la notification des cas de cancer. Ces engagements concrets ont été renforcés par trois plans d'action supplémentaires de l'OPS pour la Région : le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev. 1) en 2013, qui comporte des interventions pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus (12), le *Plan d'action en matière de vaccination* (document CD54/7, Rev. 2) en 2015, qui inclut la vaccination anti-VPH (13) et le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles* (document CD55/14) en 2016, qui aborde l'infection à VPH (14). De plus, en 2017, l'*Agenda régional pour l'égalité des sexes* a défini des accords gouvernementaux concernant, entre autres questions, les droits sur le plan de la santé sexuelle et génésique et l'égalité entre les genres (15). Enfin, récemment, les États Membres ont réaffirmé leur engagement de réduire la morbidité, le handicap et la mortalité dues à des maladies non transmissibles, parmi lesquelles le cancer, dans le cadre de l'objectif 9 du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* (document CSP29/6, Rev 3).

7. De plus, en 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la prévention et la lutte contre le cancer dans le contexte d'une approche intégrée, résolution qui, entre autres interventions, appelle les États Membres à élaborer et à mettre en œuvre des plans complets de prévention et de lutte contre le cancer centrés sur les interventions d'un bon rapport coût-efficacité, sur l'équité, et l'accès (16). Enfin, la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (17) de l'OMS met l'accent sur la santé de l'adolescent et sur l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, tandis que la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles* (18) de l'OMS préconise une intensification des interventions efficaces et des services dédiés aux IST, toutes démarches qui appuient la prévention du cancer du col de l'utérus.

8. Récemment, dans une perspective de renforcement des initiatives concernant le cancer du col de l'utérus, le *Programme mondial conjoint des Nations Unies pour la prévention du cancer du col de l'utérus* (19) a été établi pour offrir aux États Membres une coopération technique coordonnée entre les programmes des Nations Unies destinés à améliorer de telles initiatives. Par ailleurs, une nouvelle stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus est en cours d'élaboration par l'OMS et d'autres partenaires des Nations Unies, qui sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019. Ces

plans mondiaux et régionaux contribueront, avec le présent plan, à la réalisation des objectifs de développement durable et en particulier des cibles suivantes d'ici à 2030 : 3.4 réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles, 3.7 assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, 3.8 faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance maladie et 5.6 assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation (20).

Analyse de la situation

9. Les taux de cancer du col de l'utérus sont très variables dans la Région et présentent en particulier de grandes différences selon que les pays ont un revenu faible ou élevé (annexe A). Par exemple, le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus est 12 fois plus élevé en Bolivie qu'au Canada (21/100 000 femmes p/r à 1,7/100 000, respectivement). Des variations semblables sont notées à l'intérieur des pays, avec des différences quelquefois marquées entre les zones plus ou moins développées. Par exemple, en Argentine, le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus est quatre fois plus élevé dans la province de Jujuy (15/100 000) que dans la ville de Buenos Aires (4/100 000) (21). Ces différences ont été en grande partie attribuées à des variations dans la distribution des déterminants de la santé, en particulier le statut socio-économique, le niveau d'éducation et le revenu. L'infection à VIH est également associée à un devenir plus péjoratif. De plus, la race peut également constituer un facteur de risque : les femmes noires et les femmes autochtones ont en effet un risque plus élevé que les femmes de la population générale de présenter un cancer invasif du col de l'utérus (22, 23). Sur le plan des tendances, une diminution régulière de l'incidence du cancer du col de l'utérus depuis 2000 n'a été observée que dans certains pays (Argentine, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, États-Unis et Mexique) (24). La mortalité est élevée et reste relativement stable dans un grand nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes (24).

10. Trois vaccins prophylactiques contre l'infection à VPH, dont les efficacités respectives sont relativement similaires pour prévenir le cancer du col de l'utérus, sont actuellement offerts – le vaccin bivalent, le vaccin quadrivalent et le vaccin nonavalent (6). Au moment de l'introduction initiale de ces vaccins anti-VPH, ils ont été approuvés et mis sur le marché avec un calendrier vaccinal à trois doses. Cependant, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS a recommandé en 2014 un calendrier à deux doses, et cette modification a été approuvée l'année suivante par le Groupe consultatif technique sur la vaccination de l'OPS. À ce jour, 31 pays et territoires de la Région des Amériques offrent les vaccins anti-VPH dans le cadre de leurs programmes nationaux respectifs de vaccination (annexe A), soit un nombre de pays plus élevé que dans toute autre région du monde. Pour la majorité des pays, aucune donnée sur la couverture vaccinale anti-VPH n'était disponible. Quand des données chiffrées existaient, cette couverture était très variable (annexe A). Dans certains pays, la couverture a été ralentie par d'importantes préoccupations du public quant à l'innocuité vaccinale, à la suite d'une couverture médiatique qui a fait, de manière erronée, un lien entre le vaccin anti-VPH et des

événements indésirables (25).⁴ Cette situation souligne la nécessité de s'assurer que les prestataires de soins de santé et le grand public reçoivent régulièrement, dans tous les pays, des informations et des données factuelles issues de sources scientifiques fiables sur l'innocuité et l'efficacité du vaccin anti-VPH. Atteindre les 37 millions de filles (chiffre estimé) de la Région dans la population cible des 9-14 ans constitue en effet un défi, de même que surveiller et notifier de manière cohérente la couverture vaccinale anti-VPH.

11. Pour ce qui du dépistage du cancer du col de l'utérus, presque tous les États Membres indiquent que ces services sont mises à disposition. Le test Pap reste la prestation la plus courante, bien que des difficultés continuent de pénaliser l'efficacité des services de dépistage dans de nombreux pays, parmi lesquelles des difficultés pour intégrer ce test aux programmes concernant le VIH/sida, la qualité médiocre du test, les retards importants pour délivrer aux femmes leurs résultats, la faible couverture de la population, et l'insuffisance du suivi thérapeutique (26). Bien qu'il s'agisse d'un test beaucoup plus efficace pour détecter les femmes à risque de cancer du col de l'utérus, le test VPH n'a pas encore été largement intégré aux programmes de dépistage, seuls neuf États Membres indiquant l'avoir introduit dans leurs propres programmes. Dans ces pays, des données factuelles appropriées ont été produites, qui montrent que le test VPH est réalisable dans des établissements aux ressources limitées, qu'il dépiste un plus grand nombre d'infections que le test Pap traditionnel et qu'une stratégie l'utilisant peut conduire à des améliorations significatives de la couverture par le dépistage et des taux de traitement (27-33). Le test VPH peut éliminer les obstacles d'accès aux services de dépistage, car l'échantillon peut être collecté par la femme elle-même. L'autoéchantillonnage du VPH a été mis en œuvre dans un contexte programmatique pour au moins cinq pays de la Région (32, 33) et, sur un site de démonstration en Argentine, son utilisation a multiplié par quatre la couverture par le dépistage (33).

12. Pour atteindre un impact de programme, la couverture par le dépistage doit toucher au moins 70 % de la population cible (7). Dans les Amériques, seuls sept pays notifiant un tel niveau de couverture, la nécessité est donc grande de s'améliorer. Dans le cadre d'un scénario classique, il sera impossible d'atteindre les 32 millions de femmes entre 30 et 49 ans de la Région qui nécessitent un dépistage pour produire un impact sur la charge de la maladie.⁵ Plusieurs facteurs retardent la réalisation d'un dépistage plus performant : la majorité des programmes de dépistage ne sont pas organisés, ces programmes sont principalement offerts dans les zones urbaines et ces programmes sont fondés sur le test Pap dont la faible sensibilité est démontrée, particulièrement dans des établissements aux ressources limitées, et qui nécessite de multiples consultations (24, 34-36). Mais le seul

⁴ En date de juin 2017, plus de 270 millions de doses de vaccin anti-VPH ont été distribuées dans le monde. Le Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins a examiné les données d'innocuité depuis 2006 et déterminé l'anaphylaxie et la syncope comme des effets pouvant survenir. Le risque d'anaphylaxie a été défini comme étant de l'ordre de 1,7 cas pour 1 000 000 de doses. Il a par ailleurs été établi que la syncope était une réaction courante d'anxiété ou de stress vis-à-vis de l'injection.

⁵ Pour le nombre total estimé, dans la Région des Amériques, de femmes âgées de 30 à 49 ans qui auraient avantage à réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus, voir: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.

dépistage ne suffit pas pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Le suivi thérapeutique des femmes dont les résultats de dépistage sont anormaux est une nécessité, mais sa fréquence a été notifiée comme étant très basse dans la plupart des pays de la Région, ce qui continue à poser un défi (26, 37).

13. Les services thérapeutiques du cancer du col invasif sont offerts dans presque tous les pays, bien que des lacunes importantes existent en termes d'accès à ces services (annexe A). L'accès aux soins palliatifs continue également à poser un défi, seuls 10 pays indiquant offrir de tels soins (annexe A). La tendance globale de mise à disposition des opioïdes en Amérique latine et aux Caraïbes est à la hausse, mais elle est encore bien en deçà du niveau nécessaire pour répondre aux besoins des patients cancéreux (38). Un nombre bien trop élevé de personnes continuent de mourir en souffrant, alors qu'existent des médicaments très efficaces et abordables.

Projet

14. Ce plan envisage un futur où le cancer du col de l'utérus sera éliminé en tant que problème de santé publique grâce à un accès universel aux services de santé sexuelle et de prévention des IST, aux vaccins anti-VPH, à des services efficaces de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, à un traitement du cancer du col de l'utérus invasif et à des soins palliatifs. Il prévoit que toutes les femmes et jeunes filles, quels que soient leur âge, leur race, leur ethnicité, leur statut socioéconomique, leur statut vis-à-vis de l'infection au VIH ou vis-à-vis d'un handicap éventuel, auront accès en temps opportun à une prévention, à des soins et à un traitement de qualité d'un cancer du col de l'utérus, de manière à ce qu'elles puissent vivre en bonne santé tout au long de leur vie et bénéficier des droits de l'homme en matière de santé.

15. Ce plan est fondé sur la reconnaissance des divers contextes, priorités et nécessités des États Membres, tout en adaptant au contexte régional les initiatives et les missions mondiales pertinentes en matière de prise en charge du cancer du col de l'utérus ; le plan suppose également une coopération avec les États Membres quant à la mise en œuvre de stratégies complètes pour renforcer les programmes dédiés au cancer du col de l'utérus dans la Région. Il demande aussi de favoriser le dialogue, de mettre en œuvre les ressources et les outils OPS/OMS existants en matière de cancer du col de l'utérus (annexe B) et de déployer des synergies et des efforts de coordination avec les initiatives partenaires existantes (annexe C), parmi lesquelles le plan RINC de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique latine (39).

16. L'objectif est d'accélérer les progrès vers l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans les Amériques, en réduisant d'un tiers ses taux d'incidence et de mortalité d'ici à 2030. Cet objectif est dans la ligne de l'objectif 3.4 des objectifs de développement durable.⁶

⁶ Objectif de développement durable 3.4 : d'ici à 2030, réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques) par la prévention et le traitement, et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

Objectif	Indicateur d'impact	Référence (2012, année la plus récente)	Cible (2030)
Réduire d'un tiers l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus dans les Amériques, d'ici à 2030	1. Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus ^a	14,9/100 000 femmes ^a	10,0/100 000 femmes
	2. Taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ^a	5,8/100 000 femmes ^a	3,9/100 000 femmes

a. Source : Centre international de recherche sur le cancer. Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide, 2012 [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible (en anglais) sur : http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

Axes stratégiques d'intervention

17. Le Plan détermine les quatre axes d'intervention suivants :
- améliorer l'organisation et la gouvernance des programmes sur le cancer du col de l'utérus, les systèmes d'information et les registres du cancer,
 - renforcer la prévention primaire par l'information, l'éducation et la vaccination anti-VPH,
 - améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses en appliquant des stratégies innovantes, et
 - améliorer l'accès aux services de diagnostic et de traitement du cancer, de réadaptation du patient et de soins palliatifs.

Axe stratégique d'intervention 1 : améliorer l'organisation et la gouvernance des programmes sur le cancer du col de l'utérus, les systèmes d'information et les registres du cancer

18. Une meilleure organisation des programmes concernant le cancer du col de l'utérus favorise des taux plus élevés de couverture par la vaccination et par le dépistage, et contribue à un suivi accru des femmes dont les résultats aux tests de dépistage sont anormaux, tous éléments qui conduisent à un impact plus grand sur l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus. Pour améliorer l'organisation des programmes dédiés au cancer du col de l'utérus, les interventions suivantes sont importantes :

- Élaboration/révision et harmonisation des **stratégies et plans de programmes nationaux sur le cancer du col de l'utérus** avec des cibles et des étapes pour 2030 alignées sur les objectifs mondiaux et régionaux concernant le cancer du col de l'utérus et les autres cancers liés aux infections à VPH, la santé sexuelle et la santé génésique, les infections au VIH et les IST et les plans du système de santé ;
- Élaboration/révision de **politiques** nationales sur le cancer du col de l'utérus à partir des données scientifiques factuelles les plus récentes, en mentionnant

- particulièrement les stratégies d'administration et les groupes cibles de la vaccination anti-VPH, la ou les méthode(s) de dépistage, incluant les groupes cibles et la fréquence de dépistage, et les mécanismes d'orientation pour le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs – tous ajustés aux besoins des populations prioritaires selon la situation locale ;
- c) Création ou renforcement de la **structure de gestion** au ministère de la Santé pour garantir la mise en œuvre, le suivi et la réalisation des objectifs et des cibles du programme national, avec des mécanismes de coordination assurant l'efficacité d'une coordination interprogrammatique entre des programmes différents, tels que ceux dédiés à la vaccination, à la santé sexuelle et génésique, à l'infection à VIH et les IST et aux autres cancers liés à l'infection à VPH, ainsi qu'avec une coordination multisectorielle et une participation active des femmes, des organisations concernées de la société civile, et des réseaux et communautés rassemblant des personnes autochtones et d'ascendance africaine ;
- d) Renforcement de **systèmes complets d'information sur la santé** qui permettent la production de données et le suivi des programmes dédiés au cancer du col de l'utérus tout au long du continuum de la prévention, des soins et du traitement dans une perspective programmatique, pour inclure des notifications sur la couverture par le vaccin anti-HPV, sur la couverture par le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur les taux de traitement, avec un degré de granularité accru des données par groupe d'âge et par variables d'équité, ainsi que la création ou le renforcement des **registres de population concernant le cancer**, qui permettent de produire des rapports actualisés systématiques sur son incidence et sa mortalité, y compris des données sur le cancer du col de l'utérus et sur les autres cancers liés à l'infection à VPH ;
- e) Allocations durables de **ressources financières** suffisantes pour les initiatives d'information et d'éducation et pour la vaccination anti-VPH, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs.

Objectif	Indicateur	Référence (2017)	Cible (2030)
1.1 Élaborer et actualiser des plans nationaux complets sur le cancer du col de l'utérus qui visent à réduire l'incidence et la mortalité de ce cancer, en conformité avec les plans appropriés mondiaux et régionaux	1.1.1 Nombre de pays et territoires ayant actuellement un plan complet sur le cancer du col de l'utérus ^a	10	25
1.2 Améliorer le suivi et l'évaluation des programmes sur le cancer du col de l'utérus, y compris la	1.2.1 Nombre de pays et territoires produisant systématiquement des rapports de suivi sur leur programme dédié au cancer du col de l'utérus ^b	9	25

Objectif	Indicateur	Référence (2017)	Cible (2030)
couverture par le dépistage, les taux de traitement et l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus.	1.2.2 Nombre de pays et territoires dotés de registres du cancer basés sur la population, et de statistiques publiées d'incidence et de mortalité ^c	11	19

a. Source : OPS. Enquête sur les capacités nationales concernant les MNT, 2017

b. Source : examen de la documentation publiée et non publiée sur les rapports concernant les programmes nationaux sur le cancer du col de l'utérus

c. Source : CIRC. Incidence du cancer sur cinq continents, 2017

Axe stratégique d'intervention 2 : renforcer la prévention primaire par l'information, l'éducation et la vaccination anti-VPH

19. La mobilisation de la communauté, la formation et l'éducation sanitaire, et la vaccination anti-VPH pour tous sont des stratégies essentielles de prévention primaire. Il est également nécessaire de renforcer les campagnes d'information et d'éducation sanitaire, selon les besoins d'information propres aux personnes et aux communautés, en diffusant des informations et des messages scientifiques actualisés sur l'infection à VPH, les vaccins anti-VPH, le cancer du col de l'utérus et les modifications de comportements qui peuvent réduire les risques et prévenir ce cancer, le tout présenté dans un langage simple, compréhensible, culturellement approprié et tenant compte du genre. Des programmes pérennes de vaccination anti-VPH nécessitent également d'être mis en œuvre, conformément aux directives mondiales quant aux âges cibles et aux doses, l'objectif étant d'atteindre une couverture nationale par la vaccination anti-VPH supérieure à 80 %, dans le cadre des programmes nationaux de vaccination. Pour renforcer les efforts de prévention primaire du cancer du col de l'utérus, il faudra :

- a) **Élaborer ou renforcer et mettre en œuvre des initiatives de sensibilisation et d'éducation à la prévention de l'infection à VPH et au cancer du col de l'utérus** tenant compte du genre dans le but d'éclairer les personnes (en particulier les garçons, les filles et les populations prioritaires présentant une prévalence d'infection à VPH plus élevée et en situation de vulnérabilité) sur l'infection à VPH et sur le cancer du col de l'utérus et les autres cancers liés à cette infection, y compris leurs causes et leur histoire naturelle, d'offrir une éducation sur la santé sexuelle, ajustée à l'âge et à la culture, afin de réduire les comportements sexuels à haut risque, d'attirer l'attention sur le lien entre la prévention de l'infection à VIH et des IST et l'obtention et l'utilisation accrues de préservatifs, de détailler l'efficacité et l'innocuité du vaccin anti-VPH, de prendre des mesures à l'égard de toutes désinformations et rumeurs s'opposant à l'acceptation de la vaccination anti-VPH, d'encourager le dépistage des femmes d'âge qualifié, de sensibiliser davantage aux signes et aux symptômes du cancer du col de l'utérus et de prendre des mesures à l'égard de l'ignorance, de la crainte, de l'embarras et de la stigmatisation liés à l'infection au VPH et au cancer du col de l'utérus ;

- b) Élaborer ou réviser des **directives vaccinales anti-VPH** pour garantir qu'elles sont fondées sur les données scientifiques factuelles les plus récentes, conformément aux recommandations et aux normes éthiques de l'OMS/OPS, et ajustées aux besoins des populations clés et autres populations en situation de vulnérabilité, selon la charge locale du cancer du col de l'utérus. L'âge cible peut varier d'un contexte à l'autre ; il doit être déterminé en fonction de la susceptibilité d'atteindre, avant le début de l'activité sexuelle, le groupe le plus important de personnes présentant le risque le plus élevé ;
- c) Commencer ou poursuivre la mise en œuvre de **stratégies vaccinales anti-VPH** avec l'objectif d'atteindre une couverture nationale supérieure à 80 % en utilisant la dose recommandée dans le groupe cible des femmes d'âge requis tel qu'établi dans les directives nationales, de suivre les événements indésirables et les taux de couverture et de notifier annuellement la couverture vaccinale anti-VPH par cohorte d'âges dans le cadre d'un dispositif systématique de notification de la vaccination.

Objectif	Indicateur	Référence	Cible (2030)
2.1 Élaborer et mettre en œuvre des campagnes nationales d'information et d'éducation sur la prévention de l'infection à VPH et du cancer du col de l'utérus	2.1.1 Nombre de pays et territoires menant actuellement des campagnes d'information et d'éducation sur l'infection à VPH et le cancer du col de l'utérus ^a	9 (2017)	25
2.2 Mettre en œuvre la vaccination anti-VPH d'une manière pérenne dans le cadre des programmes nationaux de vaccination	2.2.1 Nombre de pays et territoires où la couverture vaccinale anti-VPH est supérieure à 80 % dans le groupe d'âge des femmes ciblées, selon les directives nationales ^b	2 ^c (2016)	15

- a. Source : examen de la documentation publiée et non publiée sur les rapports concernant les programmes sur le cancer du col de l'utérus
- b. Source : OMS. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017
- c. Source : OMS. Formulaire conjoint de déclaration, juillet 2017

Axe stratégique d'intervention 3 : améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses en appliquant des stratégies innovantes

20. Le cancer du col de l'utérus peut être prévenu par un dépistage chez les femmes asymptomatiques du groupe d'âge cible à risque de développer un cancer du col de l'utérus, et par l'administration d'un traitement à toutes celles chez lesquelles ont été détectées des lésions précancéreuses. L'objectif est de réaliser ce dépistage chez le plus grand nombre possible de femmes ciblées par les directives nationales, et d'assurer la prise en charge adéquate de toutes celles qui ont des résultats anormaux aux tests utilisés. Les stratégies pour établir avec succès ce lien crucial entre le dépistage et le traitement incluent à la fois l'approche classique « dépister, diagnostiquer et traiter » et l'approche « dépister et traiter » ou « dépister, catégoriser et traiter ». Un certain nombre de tests de dépistage

efficaces existent, parmi lesquels les tests VPH, l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et l'analyse cytologique. Les options thérapeutiques des lésions précancéreuses incluent la cryothérapie, la procédure d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP) et la conisation au bistouri à froid, recommandée par l'OMS (10). Parmi les tests et les approches de dépistage cependant, le test VPH, du fait de ses meilleurs résultats, suivi d'une cryothérapie avec ou sans catégorisation par IVA, est recommandé quand il est réalisable (10). Quels que soient le test de dépistage, les méthodes de traitement et l'approche adoptée, les services de santé doivent être organisés pour garantir un taux élevé de couverture par le dépistage dans le groupe cible, un taux élevé de traitement des femmes dont les résultats aux tests sont anormaux et des tests et un traitement d'excellente qualité.

21. Pour renforcer les services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, il faudra :

- a) Examiner ou actualiser les **protocoles nationaux de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses** pour garantir qu'ils sont fondés sur les données scientifiques factuelles les plus récentes, qu'ils respectent les recommandations et les normes éthiques de l'OMS, et qu'ils sont ajustés aux besoins des populations prioritaires, y compris celles vivant avec le VIH qui nécessitent un dépistage plus fréquent. L'âge cible peut varier d'un contexte à l'autre et il doit être déterminé en fonction de la probabilité d'atteindre le plus grand nombre de femmes, en ciblant celles dont l'âge est compris entre 30 et 49 ans et en élargissant, selon les ressources, aux femmes plus jeunes et plus âgées, l'objectif étant d'obtenir la plus grande couverture possible ;
- b) Évaluer la capacité et les besoins des services sanitaires dans le but **d'accroître un accès équitable à ces services**, la couverture par le dépistage et les taux de traitement par les services cliniques de proximité et les services de santé non mobiles, tout en ajustant le modèle de prestation de services aux besoins des femmes vivant dans des communautés vulnérables et désavantagées. Envisager des manières de délivrer les services de dépistage et de traitement en un nombre moindre de consultations dans les services de santé, pour réduire les pertes de vue lors des soins de suivi et optimiser l'impact sur la mortalité par cancer du col de l'utérus. Garantir que les services dédiés au cancer du col de l'utérus font partie intégrante des avantages offerts par les systèmes et les services de santé au premier niveau de soins, tout en ayant une stratégie définie d'orientation vers les soins secondaires et tertiaires ;
- c) Renforcer la **prestation de services intégrés** pour mieux prendre en charge la santé des femmes, la santé sexuelle et génésique, les co-infections à VIH et la prévention du cancer et d'autres maladies non transmissibles. Cette approche inclut l'offre et la réalisation de tests VIH et une offre de counseling dans les services de dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que la réalisation de tests de dépistage du VPH dans les services de santé sexuelle et les services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH et des IST, l'objectif étant d'offrir un meilleur

- dépistage et une meilleure gestion de services de santé sexuelle intégrés, plus complets et centrés sur les personnes ;
- d) Garantir que **tous les prestataires de soins primaires sont formés** et compétents pour mener à bien les procédures de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, prodiguer aux femmes des soins d'excellente qualité et offrir des soins complets grâce à des équipes multidisciplinaires comportant des agents de santé communautaires formés à répondre aux besoins cliniques, psychologiques et liés au genre des femmes présentant des infections permanentes au VPH ou des lésions précancéreuses du col de l'utérus, mais aussi formés à éliminer la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé ;
- e) Évaluer la capacité et les besoins en matière d'infrastructures, y compris la capacité des laboratoires à analyser les tests de dépistage d'une manière rigoureuse et en temps opportun, et **garantir la mise à disposition d'infrastructures et l'approvisionnement en fournitures et en équipements nécessaires**, en utilisant au besoin le Fonds stratégique de l'OPS, pour permettre la délivrance en temps opportun des services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, optimiser la couverture de la population cible, assurer la fiabilité des services et réduire au minimum les interruptions de services par pénurie de prestataires, mauvais fonctionnement des équipements, pénurie de fournitures, etc.

Objectif	Indicateur	Référence (2017)	Cible (2030)
3.1 Accroître l'accès équitable aux services de dépistage du cancer du col de l'utérus et de traitement des lésions précancéreuses, ainsi que les couvertures par ce dépistage et par ce traitement	3.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont une couverture par le dépistage d'au moins 70 % chez les femmes de 30 à 49 ans, ou selon les politiques nationales d'un dépistage par groupes d'âge ^a	7	20
	3.1.2 Nombre de pays et territoires qui ont un taux de traitement d'au moins 70 % chez les femmes dont les résultats au test de dépistage sont anormaux ^b	Pas de données disponibles	10

a. Source : OPS. Enquête sur les capacités nationales concernant les MNT, 2017

b. Source : examen de la documentation publiée et non publiée sur les rapports concernant les programmes sur le cancer du col de l'utérus

Axe stratégique d'intervention 4 : améliorer l'accès aux services de diagnostic et de traitement du cancer du col de l'utérus, de réadaptation du patient et de soins palliatifs

22. La précision du diagnostic et la rapidité et l'adéquation du traitement, y compris les soins de réadaptation, le soulagement de la douleur et les soins palliatifs, peuvent réduire la mortalité et améliorer le devenir et la qualité de vie des femmes présentant un cancer du col de l'utérus. Les services de pathologie sont essentiels pour analyser et orienter précisément le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la santé de la femme. Les

options thérapeutiques du cancer du col de l'utérus incluent la chirurgie et la radiothérapie avec ou sans chimiothérapie. Les services thérapeutiques les plus efficaces sont ceux qui sont délivrés d'une manière durable, équitable et conforme aux droits de l'homme, associés à un diagnostic fiable et à une détermination rigoureuse du stade du cancer, délivrés selon des normes de soins fondées sur des données factuelles, et assurés en lien avec les services de réadaptation et ceux de soins palliatifs. Il est important de lever les obstacles qui limitent l'accès à des services de prise en charge du cancer sûrs, efficaces, de qualité et abordables, en travaillant dans le sens de l'accès à la santé de tous et à une couverture qui inclut le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. Un traitement anticancéreux peut avoir des répercussions psychosociales et financières importantes sur les femmes et leurs familles, et ce facteur doit être pris en compte quand il s'agit d'améliorer l'accès aux services dédiés au cancer du col de l'utérus, et la couverture assurée par ces services.

23. Pour renforcer les services de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs, il faudra :

- a) Élaborer ou actualiser et mettre en œuvre des **protocoles** pour le traitement et les soins palliatifs du cancer du col de l'utérus qui soient fondés sur les données scientifiques factuelles du moment ;
- b) Accroître un **accès équitable** aux services de pathologie, de radiothérapie, de chirurgie, de chimiothérapie, de réadaptation et de soins palliatifs en garantissant qu'ils font partie intégrante de schémas universels de couverture, en adaptant les approches de prestation des services aux soins centrés sur les personnes et sur la communauté par des réseaux intégrés de services de santé, et en intégrant les soins palliatifs aux soins primaires et aux soins délivrés dans la communauté et à domicile ;
- c) Garantir que les **agents de santé formés** déjà en place sont en nombre suffisant (en particulier les pathologistes, le personnel infirmier d'oncologie, les oncologues gynécologiques, les radiologues et les médecins) et qu'ils ont les compétences et les aptitudes appropriées pour lutter contre le cancer du col de l'utérus, et ce par la planification, le recrutement, la formation continue, le perfectionnement, le déploiement des ressources humaines appropriées, mais aussi par des stratégies de fidélisation du personnel, parmi lesquelles les possibilités de développement de carrière ;
- d) Renforcer la fourniture de **tests diagnostiques, de médicaments, de technologies thérapeutiques du cancer** essentiels et de qualité garantie, en faisant appel au besoin au Fonds stratégique de l'OPS, et renforcer les structures et les processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement (prévisions, achats, stockage et distribution), ainsi que les politiques et les pratiques de radioprotection.

Objectif	Indicateur	Référence (2017)	Cible (2030)
4.1 Accroître un accès équitable aux services de traitement et de soins palliatifs dédiés au cancer	4.1.1 Nombre de pays et territoires où les services thérapeutiques du cancer sont accessibles au public	27	30
	4.1.2 Nombre de pays et territoires utilisant le Fonds stratégique de l'OPS pour les médicaments anticancéreux essentiels	3	15
	4.1.3 Nombre de pays et territoires où les services de soins palliatifs sont inclus dans les soins primaires	10	20

Mise en œuvre

24. La mise en œuvre de ce plan imposera d'abord l'élaboration de plans de travail biennaux dans la ligne du cycle de planification biennale de l'OPS. Elle nécessitera également une coopération et une collaboration entre les programmes, entre les secteurs, entre les agences et entre les pays. Parmi les partenaires clés : l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et d'autres partenaires des Nations Unies, le Réseau des instituts du cancer d'Amérique latine (RINC), le National Cancer Institute des États-Unis, des ONG incluant l'American Cancer Society, l'Union for International Cancer Control et Action contre le cancer du col de l'utérus, ainsi que d'autres représentants de secteurs appropriés.

Suivi et évaluation

25. Le suivi et l'évaluation de ce plan seront alignés sur le cadre de gestion fondé sur les résultats de l'Organisation et sur les processus de suivi et d'évaluation des résultats. Deux rapports d'avancement seront soumis aux Organes directeurs de l'OPS, le premier en 2022, le deuxième en 2026, et un rapport final en 2031.

Incidences financières

26. Une moyenne annuelle de US\$ 3 millions sera nécessaire pour la coopération technique de l'OPS sur la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus au cours de la période 2018-2030. Il faut également noter que la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus nécessiteront des ressources externes et nationales considérables pour déployer des efforts à plus grande échelle et passer de petits projets de démonstration à des interventions de population générant des taux élevés de couvertures par la vaccination, par le dépistage et par le traitement, dans le but de réduire de manière significative le nombre de cas de cancer du col de l'utérus et de décès et, en dernier ressort, d'éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

27. Le Conseil directeur est prié d'examiner les informations contenues dans ce document et d'envisager l'adoption de la résolution proposée à l'annexe D.

Annexes

Références

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 v1.0; IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer ; 2013 [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://globocan.iarc.fr>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29/INF/4) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=fr.
3. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110(3 Suppl 2):S4-7.
4. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30(Suppl5):F12-23.
5. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2017;389(10071):847-860.
6. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins contre les papillomavirus humains: note de synthèse de l'OMS, mai 2017. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2017;92:241-68.
7. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : OMS ; 2013.
8. Kim JJ, Brisson M, Edmunds WJ, Goldie SJ. Modeling cervical cancer prevention in developed countries. *Vaccine*. 2008;26 (Suppl. 10):K76-K86.

9. Goldie SJ, Diaz M, Constenla D, Alvis N, Andrus JK, Kim SY. Mathematical models of cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26(Suppl. 11):L59–72.
10. Gervais F, Dunton K, Jiang Y, Langeron N. Systematic review of cost-effectiveness analyses for combinations of prevention strategies against human papillomavirus (HPV) infection: a general trend. *BMC Public Health*. 2017;17(1):283.
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS ; 60^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/6) [consulté le 5 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/english/gov/cd/cd48-06-f.pdf>.
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les Amériques 2013-2019 [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS ; 65^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (document CD52/7, Rev. 1) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166890/CD52_7fra.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS ; 67^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (document CD54/7, Rev. 2) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-7-f.pdf>.
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS ; 68^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/14) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr..
15. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Stratégie de Montevideo pour la mise en oeuvre de l'Agenda régional pour l'égalité des sexes dans le cadre du développement durable à l'horizon 2030. [Internet]. Santiago, Chili : ONU ; mars 2017 [consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.cepal.org/fr/publicaciones/41106-strategie-montevideo-pour-la-mise-oeuvre-lagenda-regional-pour-legalite-des>.

16. Organisation mondiale de la Santé. Lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée [Internet]. Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé ; du 22 au 31 mai 2017; Genève. Genève : OMS ; 2017 (résolution WHA70.12) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23234fr/s23234fr.pdf>.
17. Secrétariat général des Nations Unies. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). New York : ONU ; 2016 [Internet]. [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf.
18. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. Genève . Genève : OMS, 2016 [Internet] [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/fr/>.
19. Organisation mondiale de la Santé. Programme mondial conjoint des Nations Unies pour la prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. Genève : OMS ; 2016. [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf>.
20. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale, Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 11 au 18 septembre 2015 ; New York. New York : ONU ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 4 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>.
21. Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2008;16(32):50-58.
22. Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*. 2003;105(5):687-691.
23. Moore SP, Forman D, Piñeros M, Fernández SM, de Oliveira Santos M, Bray F. Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review. *Cancer Med*. 2014;3(1):70–80.
24. Murillo R. et al. Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol*. 2016 ;44(Suppl 1):S121-S130.

25. Nogueira-Rodrigues A, Bukowski A, Paulino E, St. Louis J, Barrichello A, Sternberg C, et al. An alert to Latin America: Current human papillomavirus vaccination trends highlight key barriers to successful implementation. *Cancer*. 2017;123(12):2193-2199.
26. Murillo R., et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26(Suppl 11):L37-48.
27. Rodríguez AC, Ávila C, Herrero R, Hildesheim A, Sherman ME, Burk RD, et al. Cervical cancer incidence after screening with HPV, cytology, and visual methods: 18-Year follow-up of the Guanacaste cohort. *Int J Cancer*. 2017;140(8):1926-1934.
28. Maza M, Alfaro K, Garai J, Velado MM, Gage JC, Castle PE, et al. Cervical cancer prevention in El Salvador (CAPE)-An HPV testing-based demonstration project: Changing the secondary prevention paradigm in a lower middle-income country. *Gynecol Oncol Rep*. 2017;(20):58-61.
29. Cremer M, Maza M, Alfaro K, Morales Velado M, Felix J, et al. Scale-Up of an Human Papillomavirus Testing Implementation Program in El Salvador. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;21(1):26-32.
30. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marin O, Ramirez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: The Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015;137(7):1709-1718.
31. Jeronimo J, Bansil P, Lim J, Peck R, Paul P, Amador JJ, et al. A multicountry evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and Papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(3):576-585.
32. Jeronimo J, Holme F, Slavkovsky R, Camel C. Implementation of HPV testing in Latin America. *J Clin Virol*. 2016;76(Suppl 1):S69-S73.
33. Arrossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, et al. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2015;3(2):e85-94.
34. Goss PE, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*. 2013;14(5):391-436.
35. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):174-82.

36. Bychkovsky BL, et al. Cervical cancer control in Latin America: A call to action. *Cancer*. 2016;122(4):502-14.
37. Paolino M, Arrossi S. Analysis of the reasons for abandoning the follow-up and treatment process in women with pre-cancerous cervical lesions in the province of Jujuy: implications for health management. *Salud Colect*. 2012;8(3):247-61.
38. Rapport 2016 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants. New York : Nations Unies : Organe international de contrôle des stupéfiants, 2017. [consulté le 28 février 2017]. Disponible sur : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/French/AR2016_F_ebook.pdf.
39. Redes de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer. Plan Regional de Acciones Integradas: Plataforma de intercambio de experiencias y asistencia técnica para prevención y control del cáncer de cuello uterino en Suramérica. 2016, RINC/UNASUR [Internet]. [consulté le 19 janvier 2018]. Disponible (en espagnol) sur : http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5/Plan+RINC-UNASUR+Cuello+%C3%A9tero_ES.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5.

Annexe A

Aperçu de la situation et capacité de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus
dans les pays et les territoires de la Région des Amériques

Pays/ territoire	Charge du cancer du col de l'utérus (a, b)			Vaccination anti-VPH (c, d)			Dépistage (e)			Traitement du cancer et soins palliatifs (f, g)			Enregistrement des cas de cancer (f)	
	Taux d'incidence (TSA pour 100 000)	Taux de mortalité (TSA pour 100 000)	Taux de survie à 5 ans (%) 2005-2009	Année d'introduction	Groupe d'âge cible	Couverture 2 ^e dose/3 ^e dose - 2016	Test de dépistage utilisé	Groupe d'âge cible	Couverture par le dépistage (%) (année la plus récente)	Disponibilité du traitement du cancer	Radiothérapie – nombre de centres	Services de soins palliatifs offerts en soins primaires	Registre du cancer	Registre hospitalier ou de population
Anguilla	--	--	--	5/2016	9 à 13 ans, filles	35 %	--	--	--	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
Antigua-et- Barbuda	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	21 à 65 ans	--	Oui	1	Oui	Non	s./o.
Argentine	20,8	8,3	50,6	10/2011	11 ans, garçons et filles (garçons en 2017)	57 %	Cytologie/ test VPH	30 à 64 ans	72 (2013)	Oui	81	Non	Oui	Registre hospitalier
Aruba	--	--	--	11/2014	11 ans, filles	47 %	--	--	--	Oui	--	Oui	Non	s./o.
Bahamas	20,6	7,0	--	5/2015	9 à 10 ans, filles	PD	Cytologie	21 à 59 ans	--	Oui	1	Non	Oui	Registre de population
Barbade	25,4	7,2	--	2014	10 à 11 ans, garçons et filles	12 %	Cytologie	21 à 65 ans	--	Oui	1	Non	Oui	Registre de population
Belize	32,7	14,9	--	11/2016	9 à 13 ans, filles	s./o.	Cytologie/IVA	21 à 55 ans	37 (1999)	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
Bermudes	--	--	--	4/2007	9 à 15 ans, garçons et filles	30 %	--	--	--	Oui	--	Oui	Oui	Registre de population
Bolivie	47,7	21,0	--	4/2017	10-12 ans, filles	s./o.	Cytologie	25 à 64 ans	33 (2008)	Oui	6	Non	Oui	Registre de population
Brésil	16,3	7,3	61,1	3/2014	9 à 14 ans, garçons et filles (garçons en 2017)	10 %	Cytologie	25 à 64 ans	82 (2014)	Oui	212	Oui	Oui	Registre de population

CD56/9 - ANNEXE A

Pays/ territoire	Charge du cancer du col de l'utérus (a, b)			Vaccination anti-VPH (c, d)			Dépistage (e)			Traitement du cancer et soins palliatifs (f, g)			Enregistrement des cas de cancer (f)	
	Taux d'incidence (TSA pour 100 000)	Taux de mortalité (TSA pour 100 000)	Taux de survie à 5 ans (%) 2005-2009	Année d'introduction	Groupe d'âge cible	Couverture 2 ^e dose/3 ^e dose - 2016	Test de dépistage utilisé	Groupe d'âge cible	Couverture par le dépistage (%) (année la plus récente)	Disponibilité du traitement du cancer	Radiothérapie – nombre de centres	Services de soins palliatifs offerts en soins primaires	Registre du cancer	Registre hospitalier ou de population
Canada	6,3	1,7	66,8	2007- 2009	9 à 13 ans (âge cible et sexe variables selon la province)	73 %	Cytologie	21 à 69 ans	73 (2011)	Oui	54	Oui	Oui	Registre de population
Chile	12,8	6,0	50,9	9/2014	9 ans, filles	78 %	Cytologie	25 à 64 ans	71 (2013)	Oui	26	Non	Oui	Autre
Colombie	18,7	8,0	59,3	8/2012	9 à 17 ans, filles	PR	Cytologie/IVA/ test VPH	25 à 69 ans	67 (2005)	Oui	51	Non	Oui	Registre hospitalier
Costa Rica	11,4	4,4	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	20 ans et plus	35 (2013)	Oui	4	Oui	Oui	Registre de population
Cuba	17,1	6,7	64,0	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	25 à 64 ans	70 (1994)	Oui	9	Oui	Oui	Registre de population
Dominique	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	18 à 65 ans	--	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
République dominicaine	30,7	12,3	--	4/2017	9 à 10 ans, filles	s./o.	Cytologie	25 à 64 ans	66 (2003)	Oui	12	Non	Oui	Registre hospitalier
États-Unis d'Amérique	6,6	2,7	62,8	6/2006	11 à 12 ans, garçons et filles	63 % filles 50% garçons	Cytologie/ test VPH	21 à 64 ans	81 (2013)	Oui	2121	Oui	Oui	Registre de population
El Salvador	24,8	11,9	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie/ test VPH	30 à 59 ans	70 (2008)	Oui	4	Non	Oui	Registre hospitalier
Équateur	29,0	14,0	61,7	2/2014	9 à 11 ans, filles	86 %	Cytologie	21 à 65 ans	47 (2003)	Oui	12	Oui	Oui	Registre de population
Grenade	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	21 ans et plus	--	Non	s./o.	Non	Oui	Registre hospitalier
Guatemala	22,3	12,2	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie/IVA/ test VPH	25 à 4 ans	40 (2003)	Oui	4	Non	Oui	Registre de population
Guyana	46,9	21,9	--	2011	9 à 13 ans, filles	PR	Cytologie/IVA	30 à 49 ans	17 (2012)	Non	1	Non	Oui	Registre de population
Haïti	24,9	14,6	--	Pilote	s./o.	s./o.	Cytologie/IVA	30 ans et plus	--	Non	s./o.	Non	Oui	Registre hospitalier

CD56/9 - ANNEXE A

Pays/ territoire	Charge du cancer du col de l'utérus (a, b)			Vaccination anti-VPH (c, d)			Dépistage (e)			Traitement du cancer et soins palliatifs (f, g)			Enregistrement des cas de cancer (f)	
	Taux d'incidence (TSA pour 100 000)	Taux de mortalité (TSA pour 100 000)	Taux de survie à 5 ans (%) 2005-2009	Année d'introduction	Groupe d'âge cible	Couverture 2 ^e dose/3 ^e dose - 2016	Test de dépistage utilisé	Groupe d'âge cible	Couverture par le dépistage (%) (année la plus récente)	Disponibilité du traitement du cancer	Radiothérapie – nombre de centres	Services de soins palliatifs offerts en soins primaires	Registre du cancer	Registre hospitalier ou de population
Honduras	29,4	14,1	--	5/2016	11 ans, filles	55 %	Cytologie/ test VPH	30 à 59 ans	31 (2002)	Oui	5	Non	Oui	Registre hospitalier
Îles Caïman	--	--	--	11/2012	9 à 15 ans, filles	PR	--	--	--	Oui	--	Oui	Oui	Registre de population
Jamaïque	26,3	11,9	--	10/2017	10 à 11 ans, filles	s./o.	Cytologie	25 à 54 ans	25 (2008)	Oui	3	Non	Oui	Registre de population
Mexique	23,3	8,0	--	10/2012	10 à 11 ans, filles	96 %	Cytologie/ test VPH	25 à 64 ans	64 (2003)	Oui	91	Non	Oui	Registre de population
Nicaragua	36,2	18,3	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie/ test VPH	25 à 64 ans	35 (2007)	Oui	1	Non	Non	
Panama	18,7	7,1	--	10/2008	10 ans, garçons et filles	56 %	Cytologie	25 à 59 ans	13 (2014)	Oui	4	Oui	Oui	Registre de population
Paraguay	34,2	15,7	--	3/2013	10 ans, filles	60 %	Cytologie/ test VPH	25 à 49 ans	51 (2003)	Oui	4	Non	Non	
Pérou	32,7	12,0	--	2/2015	9 à 12 ans, filles	PR	Cytologie/IVA	30 à 49 ans	54 (2013)	Oui	18	Non	Oui	Registre hospitalier
Saint-Kitts-et- Nevis	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	18 à 55 ans	--	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
Sainte-Lucie	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	18 à 55 ans	--	Non	s./o.	Non	Oui	Registre hospitalier
Saint-Vincent- et-les- Grenadines	--	--	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	20 à 65 ans	--	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
Sint Maarten	--	--	--	9/2013	9 à 11 ans, filles	PR	--	--	s./o.	Non	s./o.	Non	Non	s./o.
Suriname	38,0	15,7	--	11/2013	9 à 13 ans, filles	32 %	Cytologie/IVA	23 à 55 ans	--	Oui	1	Oui	Oui	Registre hospitalier

Pays/ territoire	Charge du cancer du col de l'utérus (a, b)			Vaccination anti-VPH (c, d)			Dépistage (e)			Traitement du cancer et soins palliatifs (f, g)			Enregistrement des cas de cancer (f)	
	Taux d'incidence (TSA pour 100 000)	Taux de mortalité (TSA pour 100 000)	Taux de survie à 5 ans (%) 2005-2009	Année d'introduction	Groupe d'âge cible	Couverture 2 ^e dose/3 ^e dose - 2016	Test de dépistage utilisé	Groupe d'âge cible	Couverture par le dépistage (%) (année la plus récente)	Disponibilité du traitement du cancer	Radiothérapie – nombre de centres	Services de soins palliatifs offerts en soins primaires	Registre du cancer	Registre hospitalier ou de population
Trinité-et- Tobago	24,5	12,0	--	2/2013	11 à 12 ans, garçons et filles	22 %	Cytologie	25 à 65 ans	--	Oui	3	Non	Oui	Registre de population
Uruguay	18,9	7,1	--	4/2013	12 ans, filles	41 %	Cytologie	21 à 69 ans	40 (2014)	Oui	10	Oui	Oui	Registre de population
Venezuela	32,8	12,3	--	PI	s./o.	s./o.	Cytologie	25 à 64 ans	35 (1994)	Oui	38	Non	Non	Registre de population

Légende : TSA = taux standardisé selon l'âge ; PD = pas de données disponibles ; PI = pas d'introduction ; s./o. = sans objet ; PR = pas de rapport ; IVA = inspection visuelle après application d'acide acétique

Sources :

a. Globocan, 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

b. Lancet. 2015, 14 mars ; 385(9972):977-1010

c. OMS/Formulaire conjoint de déclaration (JRF), juillet 2017, et renseignements supplémentaires fournis à l'OPS par les pays (avec introduction fin 2016 ou 2017). Trois territoires ont des informations à compter de l'année d'introduction, mais pas de données de couverture dans le JRF : Porto Rico (6/2006) ; Saba (2013 = 1/3 des municipalités néerlandaises) et Saint-Eustache (1/2013).

d. OMS/JRF, juillet 2017, et renseignements supplémentaires fournis à l'OPS par les pays (avec introduction fin 2016 ou 2017)

e. ICO. Centre d'information sur le VPH, 2017, <http://www.hpvcentre.net/>

f. OPS, 2017. Enquête sur les capacités nationales concernant les MNT

g. CIRC, 2017. Répertoire des centres de radiothérapie, <https://dirac.iaea.org/Query/Map2?mapId=0>

Annexe B

Outils OPS/OMS pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus

Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice. OMS ; 2014.

Offert en anglais, espagnol et portugais sur le site web de l'OPS :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=A5E7480B867101AEBC6C5B1C35068450?sequence=1

Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. OMS, 2013

Offert en anglais et en espagnol sur le site web de l'OMS :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf?sequence=1

Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes. OMS, 2013

Offert en anglais et en espagnol sur le site web de l'OMS :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79316/9789241505260_eng.pdf?sequence=1

Series of factsheets on HPV and cervical cancer. OPS, 2015

Offert en anglais, espagnol et portugais sur le site web de l'OPS :

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568&Itemid=40592&lang=en

Integrating HPV Testing in Cervical Cancer Screening Programs: a manual for program managers. OPS, 2016

Offert en anglais et en espagnol sur le site web de l'OPS :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12428&Itemid=40602&lang=en

Campus virtuel de santé publique de l'OPS. Virtual Course on Comprehensive Cervical Cancer Control. OPS, 2018

Offert en anglais et en espagnol sur le site web du campus :

<https://mooc.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=32>

Annexe C

Synthèse des initiatives partenaires appropriées sur la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus

Initiative	Aperçu	Référence
Initiatives mondiales		
Programme mondial commun de l'ONU sur le cancer du col de l'utérus	Initiative mondiale de 7 agences/programmes des Nations Unies pour diriger et coordonner l'assistance technique aux gouvernements, avec l'objectif de renforcer et de maintenir des programmes nationaux complets de lutte contre le cancer du col de l'utérus qui soient d'excellente qualité	http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf (en anglais)
Action contre le cancer du col de l'utérus	Coalition internationale d'organisations non gouvernementales qui coordonne les initiatives et déploie sur le plan mondial des efforts de plaidoyer stratégique pour éclairer les politiques, renforcer les programmes et accroître le financement mondial pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus	http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php (en anglais)
Initiative de prévention du cancer cervical	Initiative mondiale lancée en 2015 par Action contre le cancer du col de l'utérus pour promouvoir les partenariats multisectoriels, encourager les investissements dans la santé des adolescentes et des femmes et générer l'impulsion nécessaire à une action en matière de prévention mondiale du cancer du col de l'utérus sur une période de cinq ans (2015-2020)	http://www.cervicalcanceraction.org/initiative/ (en anglais)
Pink Ribbon Red Ribbon	Partenariat mondial de gouvernements nationaux, d'organisations, de fondations et de corporations non gouvernementales et multilatérales, qui partagent l'objectif de réduire les décès par cancer du col de l'utérus et cancer du sein dans les pays à revenu faible ou moyen	http://pinkribbonredribbon.org/about-cervical-breast-cancer/ (en anglais)
Partenariat international de lutte contre le cancer	Groupe d'organisations internationales déployant des efforts de planification en matière de lutte contre le cancer pour appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de plans nationaux de lutte contre le cancer dans le monde entier	http://www.iccp-portal.org/fr
Initiatives régionales		
Plan RINC de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique latine	Plan sur le cancer du col de l'utérus élaboré sous l'égide du Réseau des institutions et instituts nationaux contre le cancer d'Amérique latine (<i>Red de Instituciones Nacionales de Cáncer</i> – RINC), qui comporte une coopération en recherche et dans d'autres domaines	http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/rinc/site/home (en espagnol)

Initiative	Aperçu	Référence
Projet ESTAMPA du CIRC	Étude multicentrique latino-américaine sur le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de tests VPH, qui a atteint jusqu'à 50 000 femmes réparties sur 10 pays d'Amérique latine	http://www.who.int/reproductivehealth/projects/HRX17_ESTAMPA.pdf (en anglais)
Projet ECHO de MD Anderson pour le cancer du col de l'utérus	Modèle de télémentorat utilisé par MD Anderson avec les fournisseurs de soins en Amérique latine pour renforcer les capacités de prise en charge clinique de la dysplasie du col de l'utérus	https://www.mdanderson.org/education-training/global-outreach/project-echo.html (en anglais)



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

70^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

CD56/9
Annexe D
Original: anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS 2018-2030

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9) ;

(PP2) Considérant que le plan est dans la ligne de la résolution WHA70.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé, *Lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée*, de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* de l'OMS, du *Programme mondial commun pour la prévention du cancer du col de l'utérus* des Nations Unies, de la nouvelle *Stratégie mondiale pour éliminer le cancer du col de l'utérus* de l'OMS et des objectifs de développement durable (ODD), et que ce plan d'action offre un plan bien établi à long terme pour réduire d'ici à 2030 la charge du cancer du col de l'utérus dans les Amériques ;

(PP3) Conscient des répercussions de cette maladie sur les femmes, sur leurs familles et dans leurs communautés sur l'ensemble des Amériques, particulièrement parmi les populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;

(PP4) Reconnaissant la nécessité de diminuer puis éliminer le fléau que constitue cette maladie, qui est évitable par la vaccination anti-VPH, par le dépistage et par le traitement des lésions précancéreuses, et curable si elle est détectée aux stades précoces de la maladie ;

(PP5) Conscient des interventions rentables et abordables qui sont offertes pour réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus, et de l'urgence de l'action nécessaire pour mettre en œuvre ces interventions à l'échelle de la population, en cherchant à garantir un accès équitable aux préventions primaire, secondaire et tertiaire de ce cancer ;

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, en agissant d'une manière adéquate et en prenant en compte leur propre contexte et leurs besoins nationaux :

- a) de donner la priorité à la prévention et à la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans leur programme national de santé publique ;
- b) de formuler et de réviser des stratégies et des plans nationaux complets sur le cancer du col de l'utérus, de les aligner sur les stratégies, plans et cibles mondiaux et régionaux qui s'y rapportent et de notifier systématiquement l'avancement obtenu dans ce domaine ;
- c) de renforcer la gouvernance, l'organisation et l'accès aux services de santé pour garantir que des services complets dédiés au cancer du col de l'utérus sont intégrés aux niveaux appropriés de soins, et que sont obtenus des taux élevés de couvertures par la vaccination anti-VPH, par le dépistage, par le traitement des lésions précancéreuses et par le traitement du cancer invasif ;
- d) de consolider les registres du cancer et les systèmes d'information pour suivre la couverture vaccinale anti-VPH, la couverture par le dépistage, les taux de traitement et faire notifier systématiquement ces indicateurs ;
- e) de mettre en œuvre des interventions d'impact élevé à l'échelle de la population tout au long du continuum de l'éducation et de la promotion en matière de santé, de la vaccination anti-VPH, du dépistage et du diagnostic du cancer du col de l'utérus, et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, en déployant des interventions ajustées aux besoins des populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;
- f) de faciliter la responsabilisation et la participation des organisations de la société civile pour offrir une approche multisectorielle à la prévention et au contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
- g) d'accroître et d'optimiser le financement public avec équité et efficacité pour riposter durablement au cancer du col de l'utérus, et intégrer progressivement les interventions de prévention, de dépistage et de traitement à des services de santé complets, de qualité et universels ;
- h) d'élargir les services de santé selon les besoins et avec une approche centrée sur les personnes, en notant que dans la plupart des cas une dépense publique de 6 % du PIB pour le secteur de la santé est un point de repère utile ;

- i) de garantir un approvisionnement ininterrompu en vaccins anti-VPH, en tests de dépistage et en technologies fondées sur des données factuelles de qualité assurée et abordables pour le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, ainsi qu'en médicaments de soins palliatifs et autres fournitures stratégiques relatives au cancer du col de l'utérus, tout en renforçant les structures et les processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement, incluant les prévisions, les achats, le stockage et la distribution ;
- j) de renforcer les capacités et les compétences techniques du personnel national de santé, particulièrement au premier niveau de soins, pour aborder la prévention du cancer du col de l'utérus.

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer la mise en œuvre de ce plan d'action dans le cadre d'une approche interprogrammatique et coordonnée de coopération technique pour une prévention et un contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
- b) de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la couverture, la qualité et l'efficacité du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus, de manière coordonnée avec le plan de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique latine du Réseau d'institutions et d'instituts nationaux contre le cancer (RINC)
- c) de fournir un soutien pour les systèmes d'information et d'enregistrement des cas de cancer afin de renforcer la capacité des pays de produire des informations de qualité, complètes et actualisées, et de faire des notifications systématiques de la couverture par la vaccination anti-VPH, de la couverture par le dépistage, des taux de traitement, ainsi que de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus ;
- d) d'offrir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la révision de politiques, de normes et de directives afin de délivrer des interventions d'impact élevé tout au long du continuum de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que du diagnostic et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, selon les recommandations les plus récentes de l'OMS et tout en cherchant à garantir la qualité et l'équité ;
- e) de plaider pour la responsabilisation des personnes et des communautés, et pour leur participation efficace, significative et durable à l'élaboration et à la prestation de services de vaccination anti-VPH et de dépistage, de traitement et de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus ;
- f) d'appuyer le renforcement des capacités du personnel national de santé, particulièrement au niveau des soins primaires, pour offrir des services de santé de bonne qualité, accessibles, équitables et centrés sur les personnes ;
- g) d'offrir un soutien aux États Membres par le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique ou le Fonds renouvelable de

l'OPS pour l'achat de vaccins, afin d'améliorer les processus de gestion des achats, des approvisionnements et de la distribution et de garantir ainsi un accès ininterrompu à des vaccins anti-VPH, des tests VPH et des médicaments essentiels abordables et de qualité assurée pour la prise en charge du cancer et pour les soins palliatifs, conformément au système de préqualification de l'OMS ;

- h) de mobiliser des ressources et de respecter les règlements et les procédures du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, pour aider les États Membres à accroître les investissements dans la prévention et le contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour :** 4.5 - Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030

2. **Lien avec le [Programme et budget de l'OPS 2018-2019](#):**

a) **Catégories:**

Catégorie 1- Maladies transmissibles

Catégorie 2- Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Catégorie 4- Systèmes de santé

b) **Domaines programmatiques et résultats intermédiaires:**

Domaine programmatique 1.1: VIH/sida, IST et hépatites virales (résultat intermédiaire 1.1 - Accès accru aux principales interventions pour la prévention et le traitement du VIH, des IST et des hépatites)

Domaine programmatique 1.5: Maladies à prévention vaccinale (résultat intermédiaire 1.5 - Augmentation de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre et maintien du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies à prévention vaccinale)

Domaine programmatique 2.1: Maladies non transmissibles et facteurs de risque (résultat intermédiaire 2.1 – Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques)

Domaine programmatique 4.2: Services de santé de qualité, intégrés et centrés sur les personnes (résultat intermédiaire 4.2 – Accès accru à des services de santé intégrés, de qualité, axés sur les personnes)

3. **Incidences financières:**

a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Le coût estimé de ce plan est de US\$ 3 000 000 par an. Pour la période 2018-2030, le coût total est de \$36 000 000.

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	7 500 000
Formation	10 500 000
Contrats de consultants/services	5 500 000
Déplacements et réunions pour les gestionnaires du programme	5 000 000

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Publications et matériel de communication	1 500 000
Fournitures (par ex. tests VPH) et autres dépenses	6 000 000
Total	36 000 000

b) Coût estimatif pour l'exercice 2018-2019 (activités et personnel compris) :

Le coût estimé pour l'exercice biennal est de \$3 000 000.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?

Le personnel actuellement financé par le budget ordinaire de l'OPS, qui consacrera de 25 à 50 % de son temps à la mise en œuvre de ce plan, sera inclus dans les activités programmées existantes. Les activités de coopération technique déjà incluses et budgétées dans le cadre de cette période biennale seront également couvertes par le budget ordinaire de l'OPS, ainsi que celles concernant les MNT dans le cadre de l'accord de coopération OPS-CDC sur les MNT et celui d'une subvention du Fonds de l'OPEC pour le développement international. On estime que le budget déjà dépensé pour ce plan d'action, en termes de temps total passé et de toutes les activités déployées par le personnel, est d'environ \$750 000 pour l'exercice biennal actuel.

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Les activités seront exécutées aux niveaux nationaux, infrarégionaux et régional.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Pour mettre en œuvre ce plan, il sera crucial de garantir les effectifs actuels du personnel technique aux niveaux régional et infrarégionaux, et de garantir que les points focaux des bureaux de pays en charge des NMH prévoient un temps suffisant pour ce plan d'action dans les pays prioritaires et à impact élevé.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Le plan proposé couvre la période 2018-2030 et nécessite l'appui du Bureau sanitaire panaméricain, des États Membres et des organismes partenaires. Des rapports d'avancement seront soumis aux Organes directeurs de l'OPS, le premier en 2022 et le deuxième en 2026, et un rapport final en 2031.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

- 1. Point de l'ordre du jour :** 4.5 - Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030
- 2. Unité responsable :** Maladies non transmissibles et santé mentale, violence et prévention des traumatismes (NMH/NV)
- 3. Fonctionnaire chargé de la préparation:** Silvana Luciani, conseillère en prévention et lutte contre le cancer, NMH/NV
- 4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#)**

Objectif 9 : réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale.
- 5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 \(amendé\)](#) :**
 - a) Catégories:**
 - Catégorie 1- Maladies transmissibles
 - Catégorie 2- Maladies non transmissibles et facteurs de risque
 - Catégorie 4- Systèmes de santé
 - b) Domaines programmatiques et résultats intermédiaires:**
 - Domaine programmatique 1.1:* VIH/sida, IST et hépatites virales (résultat intermédiaire 1.1 - Accès accru aux principales interventions pour la prévention et le traitement du VIH, des IST et des hépatites)
 - Domaine programmatique 1.5:* Maladies à prévention vaccinale (résultat intermédiaire 1.5 - Augmentation de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre et maintien du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies à prévention vaccinale)
 - Domaine programmatique 2.1:* Maladies non transmissibles et facteurs de risque (résultat intermédiaire 2.1 – Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques)
 - Domaine programmatique 4.2:* Services de santé de qualité, intégrés et centrés sur les personnes (résultat intermédiaire 4.2 – Accès accru à des services de santé intégrés, de qualité, axés sur les personnes)

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour

Les partenaires clés avec lesquels nous collaborerons à la mise en œuvre de ce plan incluent, sans s'y limiter :

- Organisation mondiale de la Santé
- Fonds des Nations Unies pour la population
- Agence internationale de l'énergie atomique
- Centre international de Recherche sur le Cancer
- Réseau des instituts du cancer d'Amérique latine (RINC/UNASUR)
- United States National Cancer Institute
- United States Centers for Disease Control and Prevention
- American Cancer Society
- Union for International Cancer Control
- Action contre le cancer du col de l'utérus

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- a) Programmes nationaux de vaccination ayant intégré les vaccins anti-VPH et commençant à suivre l'évolution de la couverture.
- b) Tests VPH introduits dans certains pays pour compléter le test Pap, ou s'y substituer, et améliorer la qualité et l'efficacité des programmes de dépistage.
- c) Systèmes d'information permettant l'enregistrement des femmes qui ont fait un dépistage, des résultats de leur test de dépistage et de leur suivi diagnostique et thérapeutique, pour garantir une qualité exhaustive des soins.
- d) Campagnes d'éducation et de communication mises en œuvre aux niveaux locaux et infranationaux pour sensibiliser le public à la vaccination anti-VPH et à la prévention du cancer du col de l'utérus.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Le coût estimé de ce plan est de \$3 000 000 par an. Pour la période 2018-2030, le coût total est de \$36 000 000.

- - -