Organisation mondiale de la Santé
Région Méditerranée orientale

Stratégie régionale d'élimination du **cancer du col de l'utérus** dans la Méditerranée orientale

Organisation mondiale de la Santé
Région Méditerranée orientale

Stratégie régionale d'élimination du **cancer du col de l'utérus** dans la Méditerranée orientale

Catalogage à la source : bibliothèque de l'OMS

Noms : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale

Titre : Stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus dans la Méditerranée orientale/Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale

Description : Le Caire : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale | 2023

Identificateurs : ISBN 978-92-9274-155-6 | ISBN 978-92-9274-156-3 (en ligne)

Sujets : Tumeurs du col de l'utérus - prévention et contrôle | Tumeurs du col de l'utérus - mortalité | Éradication de maladie | Planification régionale de la santé | Mise en œuvre des programmes de santé | Planification stratégique | Région de la Méditerranée orientale

Classification : NLM WP 480

© Organisation mondiale de la Santé 2023

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus dans la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale ; 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir https://www.who.int/fr/about/policies/publishing/copyright.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux en particulier n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas cités. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit document incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Sommaire

Avant-propos v

Remerciements vi

Sigles et abréviations vii

Résumé d'orientation viii

Justification et objectif de la stratégie viii

Processus d'élaboration de la stratégie viii

Contenu de la stratégie ix

Orientations futures x

1. Justification et objectif 1

2. Présentation et contexte 2

2.1 Incidence, morbidité, mortalité et cofacteurs du cancer du col de l'utérus dans la Région 2

2.1.1 Types de papillomavirus humains (VPH) 2

2.1.2 Incidence 2

2.1.3 Morbidité et mortalité 3

2.1.4 Cofacteurs 4

2.2 Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus 5

2.3 Nouveaux catalyseurs en matière de recherche, de technologie et d'innovation permettant de progresser vers l'élimination 6

3. Progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs dans la Région 8

3.1 Sources de données 8

3.2 Vaccination contre le VPH 8

3.3 Dépistage 10

3.3.1 Programmes en cours 10

3.3.2 Planification du dépistage du VPH 11

3.3.3 Acceptabilité perçue de l'auto-prélèvement 11

3.4 Traitement 13

3.5 Suivi et surveillance 15

4. Mesures stratégiques pour progresser vers les cibles d'élimination 16

4.1 Action stratégique 1 : Renforcer la prévention primaire en accélérant l'introduction du vaccin anti-VPH et en améliorant la couverture. 19

4.1.1 Lignes directrices de l'OMS 19

4.1.2 Mesures pour atteindre les objectifs 22

4.2 Action stratégique 2 : Améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses....24
4.2.1 Lignes directrices de l'OMS....24
4.2.2 Mesures pour atteindre les objectifs....25
4.3 Action stratégique 3 : Réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la disponibilité des services de diagnostic précoce, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs....29
4.3.1 Lignes directrices de l'OMS....29
4.3.2 Recommandations de l'OMS....30
4.3.3 Mesures pour atteindre les objectifs....30
4.4 Action stratégique 4 : Consolider les systèmes de santé pour assurer une prestation intégrée, efficiente et équitable de services de qualité pour les trois piliers de la vaccination, du dépistage et du traitement, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation appropriés et efficaces....33
4.4.1 Recommandations de l'OMS....34
4.4.2 Mesures pour atteindre les objectifs....34
4.5 Action stratégique 5 : Améliorer la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour lutter contre la réticence face à la vaccination, accroître la sensibilisation à la prévention et au traitement et renforcer l'acceptabilité sociale de l'infection à VPH et du diagnostic du cancer du col de l'utérus....38
4.5.1 Recommandations de l'OMS....39
4.5.2 Mesures pour atteindre les objectifs....39

5. Mise en œuvre....43
5.1 Mise à profit et renforcement des partenariats....44
5.2 Mobilisation des ressources....44

6. Suivi et évaluation....45

Références....49

Avant-propos

S'appuyant sur la dynamique créée par la publication de la *Stratégie mondiale de l'OMS en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique* en 2020, le Bureau régional de la Méditerranée orientale, en étroite consultation avec les États Membres et les partenaires, a élaboré une stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus adaptée au contexte et alignée sur la *Vision 2023 de la Région : la Santé pour tous et par tous.* Tout en ayant la même vision que la Stratégie mondiale, qui est d'éliminer le cancer du col de l'utérus, la stratégie régionale tient également compte des défis contextuels rencontrés par nos États Membres, de leurs ressources et de leurs priorités concurrentes.

À l'échelle mondiale, la principale charge du cancer du col de l'utérus provient des pays à revenu faible et intermédiaire. Il s'agit véritablement d'une maladie de l'inégalité, car elle touche de façon disproportionnée les femmes vulnérables qui éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé. Notre Région est confrontée à d'importantes disparités quant à la situation sanitaire entre les pays et en leur sein, et comprend à la fois des pays à faible charge de morbidité et ceux qui présentent une incidence du cancer du col de l'utérus parmi les plus élevées au monde. Le temps est venu de s'attaquer à ces disparités et d'apporter un soutien à la mise en place d'interventions essentielles pour fournir à toutes les femmes un accès à la couverture sanitaire universelle.

En s'engageant à atteindre les cibles 90-70-90 fixées pour l'horizon 2030, nos États Membres donnent les moyens pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Au vu des tendances épidémiologiques actuelles dans la Région, nombre de nos pays ont de bonnes chances de faire de réels progrès sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus. Pour accélérer les efforts d'élimination, nous devons promouvoir un engagement de haut niveau et une collaboration multisectorielle en favorisant la création de partenariats qui permettent la mise en place de programmes nationaux et régionaux pérennes. Il nous faut également accorder une attention particulière aux activités de sensibilisation et de prévention afin d'accroître l'utilisation des services et le renforcement des capacités grâce à la consolidation des systèmes de santé. En œuvrant ensemble, nous pouvons progresser de manière plus efficace et plus efficiente vers la réalisation de cet objectif.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus permettra de créer un monde où les femmes ayant acquis une autonomie ne succombent pas à cette maladie et sont capables de réaliser pleinement leur potentiel pour leur famille et la société. Nous nous trouvons à un moment charnière et, pour la première fois dans l'histoire, nous avons l'occasion de contribuer à l'élimination du premier type du cancer. Saisissons donc cette opportunité et prenons ensemble des mesures concrètes.

Dr Ahmed Al-Mandhari
Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

Remerciements

La stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la Méditerranée orientale a été élaborée et préparée sous la direction et la coordination générales des Drs Asmus Hammerich (Directeur, Département Maladies non transmissibles et santé mentale), Lamia Mahmoud (Conseillère régionale, Prévention des maladies non transmissibles) et Nasim Pourghazian (Fonctionnaire technique, Département de la gestion des programmes).

La stratégie a été mise au point par l'Australian Centre for the Prevention of Cervical Cancer (Centre australien pour la prévention du cancer du col de l'utérus), dirigé par Mesdames les Professeurs Marion Saville (Directrice exécutive) et Julia Brotherton (Directrice), avec les contributions de M. Callum Hensman et de Mme Lena Elkman. Sans oublier la direction de la Dre Claire Nightingale et les contributions de Mesdames Claire Bavor et Lucy Boyd de l'Université de Melbourne.

Parmi les membres du personnel du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale qui ont examiné et révisé le document de la stratégie, en fournissant de précieux retours d'informations techniques, l'on peut citer les personnes suivantes : Dr Mohamed Afifi (Conseiller régional, Santé des femmes), Mme Matilda Byström (Fonctionnaire technique, Prévention et prise en charge des maladies non transmissibles), Dre Maha El-Adawy (Directrice, Département Amélioration de la santé des populations), Dr Hicham El Berri (Médecin, Prise en charge des maladies non transmissibles), Dr Kamal Fahmy (Médecin, Vaccination, maladies à prévention vaccinale et transition pour la poliomyélite), Dre Heba Fouad (Responsable de la surveillance régionale, Surveillance des maladies non transmissibles), Dre Margarida Brito Goncalves (Fonctionnaire technique, Prévention des maladies non transmissibles), Dre Rana Hajjeh (Directrice, Gestion des programmes), Dr Asmus Hammerich (Directeur, Département Maladies non transmissibles et santé mentale), Dr Quamrul Hasan (Chef de l'Unité, Vaccination, maladies à prévention vaccinale et transition pour la poliomyélite), Dr Yvan Hutin (Directeur, Département Maladies transmissibles), Dre Lamia Mahmoud (Conseillère régionale, Prévention des maladies non transmissibles), Dre Edrise Muller (Fonctionnaire technique, Prévention des maladies non transmissibles), Dr Nasim Pourghazian (Fonctionnaire technique, Département de la gestion des programmes), Dr Khalid Siddeeg (Conseiller régional, Santé de l'enfant et de l'adolescent) et Dr Giuseppe Troisi (Fonctionnaire technique, Prévention des maladies non transmissibles).

L'OMS adresse ses sincères remerciements à tous les ministères de la Santé des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, aux points focaux pour le cancer, aux autres institutions des Nations Unies, en particulier au Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et au Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA), aux organisations de la société civile et aux organisations non gouvernementales, aux organisations de patientes, aux établissements universitaires et aux autres partenaires pour leur soutien et leur contribution à l'élaboration de la stratégie.

L'OMS remercie également les bureaux de pays de l'Organisation dans la Région de la Méditerranée orientale pour leurs précieuses contributions, notamment leur participation à la consultation technique en ligne qui a été organisée du 7 au 9 juin 2022 et à l'enquête en ligne qui a été menée du 26 août au 6 septembre 2022.

Sigles et abréviations

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CSU	Couverture sanitaire universelle
IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique
MI4A	Initiative d'information sur le marché pour l'accès aux vaccins
MNT	Maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCR	Amplification en chaîne par polymérase
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPH	Papillomavirus humain

Résumé d'orientation

Justification et objectif de la stratégie

Bien qu'il s'agisse d'une maladie qui peut être évitée et guérie, le cancer du col de l'utérus est source d'une grande souffrance pour les femmes du monde entier, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour faire respecter le droit à la santé des adolescentes et des femmes, il est important de s'attaquer aux disparités en matière d'accès à des services de santé de qualité.

En 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est fixé pour objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans le monde à l'échéance de 2120 *(1)*. Pour atteindre cet objectif, les États Membres de l'OMS devraient s'efforcer de réaliser les cibles intermédiaires d'intensification fixées pour l'horizon 2030 :

- 90 % des filles sont complètement vaccinées contre le papillomavirus humain (VPH) à l'âge de 15 ans ;
- 70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans, puis de nouveau à 45 ans ;
- 90 % des femmes qui présentent des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge.

Afin de s'appuyer sur la dynamique créée par la *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique (2)*, une stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus a été élaborée pour la Région OMS de la Méditerranée orientale ; cette stratégie est adaptée aux contextes religieux, culturels, sociaux, économiques et géographiques de la Région.

La stratégie régionale est un outil qui permet de mettre au point des stratégies nationales et des plans de mise en œuvre dans les pays/territoires de la Région pour atteindre et maintenir les cibles énoncées dans la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Processus d'élaboration de la stratégie

La stratégie régionale a été élaborée en plusieurs phases. La première phase comprenait une enquête d'évaluation de l'état de préparation et un plan de participation des parties prenantes, suivis de l'élaboration d'une analyse de la situation qui a permis d'éclairer le projet initial de la stratégie régionale. Le projet de stratégie a été communiqué aux représentants des États Membres et à des experts techniques, puis a fait l'objet de discussions plus approfondies lors d'une consultation régionale qui s'est tenue à distance du 7 au 9 juin 2022. Enfin, une consultation écrite en ligne qui visait à permettre aux parties prenantes (y compris la société civile) de contribuer davantage à la stratégie a été organisée du 26 août au 6 septembre 2022. Tous les résultats ont ensuite été synthétisés et regroupés pour produire la stratégie.

Contenu de la stratégie

La stratégie régionale définit les cinq domaines d'action stratégique pour la Région de la manière suivante :

- **Action stratégique 1 :** Renforcer la prévention primaire en accélérant l'introduction du vaccin anti-VPH et en améliorant la couverture.
- **Action stratégique 2 :** Améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses.
- **Action stratégique 3 :** Réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la disponibilité des services de diagnostic précoce, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs.
- **Action stratégique 4 :** Consolider les systèmes de santé pour assurer une prestation intégrée, efficiente et équitable de services de qualité pour les trois piliers de la vaccination, du dépistage et du traitement, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation appropriés et efficaces.
- **Action stratégique 5 :** Améliorer la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour lutter contre la réticence face à la vaccination, accroître la sensibilisation à la prévention et au traitement et renforcer l'acceptabilité sociale de l'infection à VPH et du diagnostic du cancer du col de l'utérus.

Ces actions s'appuient sur les trois piliers essentiels de la Stratégie mondiale (actions 1 à 3) ainsi que sur deux catalyseurs pertinents pour la Région (actions 4 et 5) : le renforcement des systèmes de santé ; et l'amélioration de la communication, du plaidoyer et de la mobilisation sociale. Les actions transversales supplémentaires ont été incluses, car elles contribuent à améliorer l'intégration globale des services et des résultats sanitaires dans la Région et viennent appuyer d'autres objectifs régionaux en matière de santé et de développement.

La stratégie présente, pour chacun de ces cinq domaines d'action stratégique, une série d'actions spécifiques visant à faciliter les progrès vers la réalisation des cibles intermédiaires de l'OMS définies dans la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Un cadre d'orientation pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation dans la Région figure également dans la stratégie. Il propose des cibles et des indicateurs pour l'évaluation continue des progrès accomplis en vue d'atteindre le seuil d'élimination. Les principales cibles comprennent les cibles 90-70-90, ainsi que l'objectif global d'élimination consistant à ramener l'incidence du cancer du col de l'utérus à moins de quatre cas pour 100 000 femmes par an et à réduire le rapport entre la mortalité et l'incidence. Pour atteindre ces cibles, il conviendra de s'attacher à renforcer les bases de données et les registres nationaux sur la vaccination, le dépistage et l'incidence du cancer, y compris les systèmes d'orientation-recours et de suivi des patientes, et les parcours de soins standard.

Orientations futures

Le cancer du col de l'utérus est unique en ce sens qu'il s'agit d'une maladie non transmissible causée par un agent infectieux. Cette maladie peut être difficile à prendre en charge dans les structures cloisonnées du système de santé, car une lutte efficace nécessite une collaboration entre les groupes du système de santé, à tous les niveaux, qui n'ont peut-être jamais coopéré auparavant. Cependant, étant le seul cancer presque entièrement causé par un agent infectieux, le cancer du col de l'utérus est le premier cancer que la communauté mondiale ait jamais tenté d'éliminer. Toutes les femmes ont le droit de bénéficier de services de santé de qualité, et elles-mêmes, leurs familles et leurs communautés méritent que nous déployions des efforts collectifs du mieux possible pour nous unir autour de cet objectif commun.

La présente stratégie traduit l'engagement de tous les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale à réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la prévention (vaccination et dépistage), la détection précoce (dépistage et diagnostic) et le traitement. Ces derniers s'efforceront :

- d'atteindre et de maintenir un taux d'incidence inférieur à la cible d'élimination, soit moins de quatre cas pour 100 000 femmes par an ; et
- de réduire le rapport mortalité/incidence du cancer du col de l'utérus.[1]

Les États Membres dont les données de routine indiquent qu'ils sont déjà en deçà de la cible d'élimination s'engageront également à réduire le rapport entre la mortalité et l'incidence au moyen de la détection précoce et à atténuer les souffrances souvent causées par un diagnostic tardif, tout en continuant à renforcer les registres du cancer.

Les États Membres peuvent choisir d'adopter une cible de réduction relative de l'incidence dans leurs stratégies nationales si les données actuelles suggèrent qu'elles sont en deçà de la cible d'élimination mondiale.

Pour tous les États Membres, l'importance de continuer à renforcer les registres du cancer et de mettre en place des systèmes qui permettent de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles constituera un élément essentiel de cette stratégie.

L'OMS collaborera avec ses États Membres et ses partenaires pour soutenir conjointement la mise en œuvre de la stratégie régionale afin d'améliorer l'accès à la vaccination contre le VPH, au dépistage, au traitement des lésions précancéreuses et à la prise en charge du cancer du col de l'utérus, et à terme, parvenir à l'élimination de cette maladie dans la Région.

[1] Le rapport mortalité/incidence compare le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus au nombre de nouveaux cas diagnostiqués sur une période donnée. Il peut être mesuré à l'aide des données recueillies systématiquement dans les registres du cancer et des décès, et variera selon la qualité et l'exhaustivité des données ainsi que selon leur obtention en temps voulu. Avec des sources de données fiables, lorsque le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué à un stade plus avancé où la guérison est moins probable, le rapport mortalité/incidence sera plus élevé. Une baisse du taux de mortalité par rapport à l'incidence peut indiquer une meilleure détection du cancer du col de l'utérus à un stade précoce grâce au dépistage ou une sensibilisation accrue aux symptômes de la maladie et/ou une amélioration de la disponibilité du traitement et de son accessibilité. Il convient de noter que le rapport mortalité/incidence n'est PAS la même chose que la survie, qui nécessite des données individuelles comportant un lien entre le suivi et l'issue de la maladie pour chaque cas.

1. Justification et objectif

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable qui peut être guérie si elle est détectée à un stade précoce et traitée de manière appropriée. Malgré cela, le cancer du col de l'utérus est source d'une grande souffrance pour les femmes du monde entier. Véritable maladie d'inégalité, l'incidence du cancer du col de l'utérus est beaucoup plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Les droits des adolescentes et des femmes à la santé peuvent être respectés, si l'on comble la disparité entre celles qui ont accès à des services de santé de qualité et celles qui en sont privées.

En 2020, les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont approuvé la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique *(1)*. L'OMS s'est fixé pour objectif de mettre fin au cancer du col de l'utérus dans le monde à l'horizon 2120 et d'atteindre une cible d'élimination de moins de quatre cas de cancer pour 100 000 femmes par an *(2)*. Comme indiqué dans la Stratégie mondiale, il est temps d'adopter une vision ambitieuse, concertée et inclusive pour guider tous les pays vers la réalisation de cet objectif *(2)*. Du fait de la diversité économique, culturelle, religieuse, géographique et sociale qui existe dans notre monde, il est nécessaire d'introduire une certaine granularité des éléments nécessaires et de mettre en œuvre la Stratégie mondiale au niveau régional, et probablement aussi au niveau des pays. Les outils techniques et les lignes directrices nécessaires sont disponibles pour atteindre les cibles d'élimination, mais leur mise en œuvre dans de nombreuses régions du monde a été limitée.

La présente stratégie régionale constitue une ressource qui permet d'élaborer des plans d'action stratégique et de mise en œuvre nationaux dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, afin de faciliter la réalisation et le maintien des cibles d'élimination décrites dans la Stratégie mondiale *(2)*. Le document s'appuie sur les éléments suivants : une réunion de consultation régionale sur le projet de stratégie mondiale qui a eu lieu en 2019, une analyse de la situation réalisée la même année, une enquête régionale sur le cancer du col de l'utérus menée auprès des points focaux désignés par les ministères de la Santé et effectuée en 2022, une réunion de consultation régionale sur la stratégie organisée la même année et une consultation écrite ultérieure en ligne, ainsi que les résultats de la dernière enquête de l'OMS sur les capacités des pays en matière de lutte contre les MNT. La stratégie régionale est alignée sur la Stratégie mondiale de l'OMS tout en étant adaptée au contexte des pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale.

2. Présentation et contexte

La Région OMS de la Méditerranée orientale compte près de 679 millions d'habitants répartis dans 22 pays et territoires. Il existe une énorme diversité économique, religieuse, linguistique, culturelle et géographique entre les États Membres et en leur sein. La Région est le théâtre de certaines des situations d'urgence humanitaire et des crises prolongées les plus difficiles et abrite certains des pays les plus riches du monde. D'importantes inégalités existent entre les États Membres et en leur sein, lesquelles sont exacerbées par les conflits, les mouvements de masse et les déplacements de populations, les inégalités économiques et de genre, les changements climatiques et la pandémie de COVID-19. Comme indiqué dans le récent rapport intitulé *Progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs et des cibles de développement durable liés à la santé dans la Région de la Méditerranée orientale, 2020,* des améliorations se sont produites au cours de la dernière décennie ; cependant, des obstacles socioculturels et un manque de politiques empêchent encore les femmes et les filles de toute la Région de réaliser leur droit à obtenir des résultats positifs en matière de santé reproductive *(3)*.

2.1 Incidence, morbidité, mortalité et cofacteurs du cancer du col de l'utérus dans la Région

2.1.1 Types de papillomavirus humains (VPH)

Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont dus à une infection à VPH persistante. Il existe plus de 100 types de VPH, dont au moins 14 sont oncogènes. Deux d'entre eux – les types 16 et 18 – sont responsables d'environ 70 % des cas de cette forme de cancer dans le monde *(4)*. Une analyse récente a démontré que ces deux types étaient présents dans 74,5 % des cas de cancer invasif du col de l'utérus dans la Région de la Méditerranée orientale *(5)*. La prévalence du VPH dans la Région est actuellement estimée à 9,8 % chez les femmes dont l'examen cytologique est normal *(6)*. La plupart des infections à VPH sont éliminées spontanément par le système immunitaire dans les deux ans qui suivent l'infection. Toutefois, dans environ 10 % des cas, l'infection peut persister, entraînant une évolution des lésions précancéreuses et ultérieurement un cancer du col de l'utérus sur une période de 10 à 20 ans. De nombreux facteurs sont associés à la persistance virale, notamment l'infection à VIH, le tabagisme et l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux. Ces cofacteurs sont présentés dans la sous-section 2.1.4 ci-après.

2.1.2 Incidence

Au niveau mondial, les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus standardisés selon l'âge sont compris entre 10 et 75 cas pour 100 000 femmes dans les pays les moins à risque et les plus à risque respectivement. Pour la plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale, les estimations des taux d'incidence standardisés selon l'âge sont inférieures à 10 pour 100 000 femmes. Dans quatre pays, ces taux sont supérieurs à 10 pour 100 000 femmes : Somalie (25,4 pour 100 000), Djibouti (13,4 pour 100 000), Afghanistan et Maroc (tous deux 10,4 pour 100 000) *(7)*. Cependant, du fait des limites concernant les données d'enregistrement du cancer dans la Région (voir la section 2.1.3 ci-dessous), les taux d'incidence doivent être interprétés avec

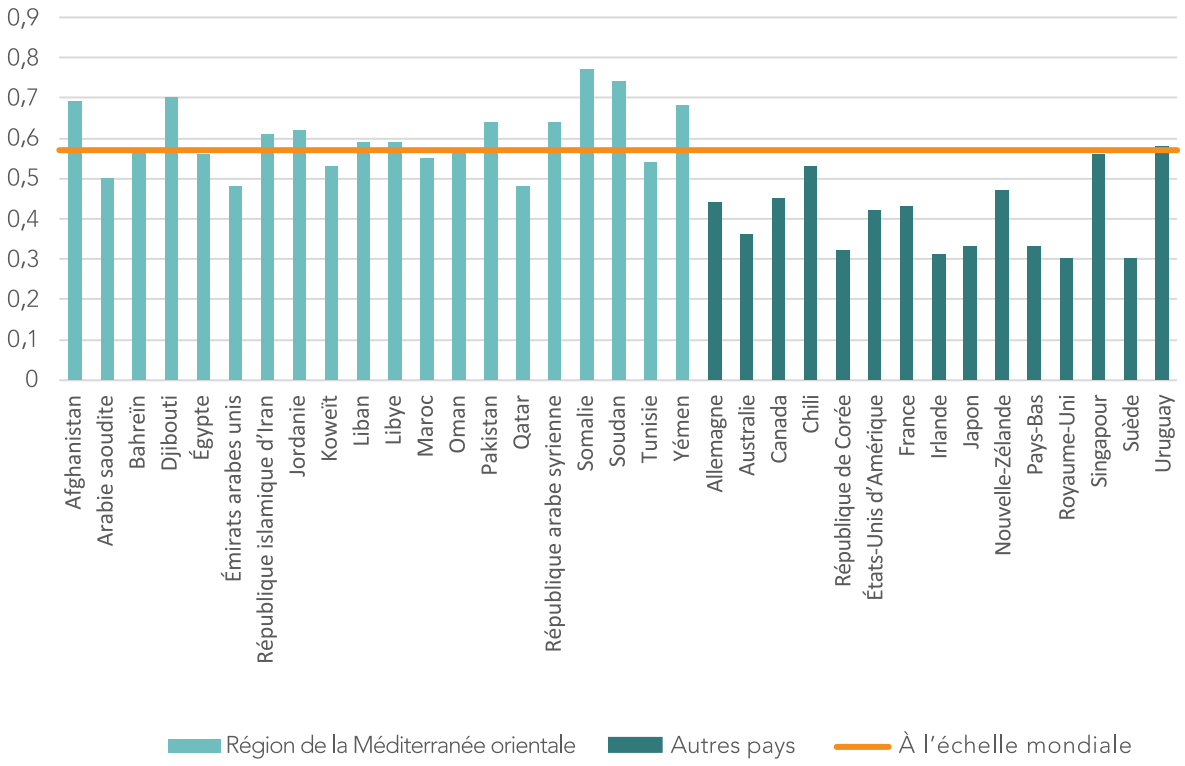
prudence, car ils sont susceptibles d'être sous-estimés dans de nombreux pays.

2.1.3 Morbidité et mortalité

Le cancer du col de l'utérus est non seulement l'une des principales causes de décès par cancer dans le monde, mais il a également des répercussions importantes sur la qualité de vie. Pour les femmes atteintes de ce cancer à un stade avancé, les douleurs réfractaires extrêmes, les pertes vaginales nauséabondes, les saignements chroniques et les fistules entre la vessie, le vagin et le rectum peuvent entraîner leur isolement et les éloigner de leur famille et de leur communauté. La souffrance est extrême *(8)*. Dans la Région de la Méditerranée orientale, bien que de nombreux pays rapportent une faible incidence pour cette forme de cancer, la charge de cette maladie est en augmentation *(9)*. En outre, le rapport mortalité/incidence (le rapport entre le taux de décès et le taux de nouveaux cas de cancer) est assez élevé (plus de 0,5 dans la plupart des États Membres). Cette situation indique que les diagnostics sont posés tardivement, potentiellement du fait d'un manque de moyens pour le dépistage et le diagnostic précoce afin de maximiser les chances de guérison *(7)*. Des retards dans le diagnostic ont été signalés par des études de recherche menées dans de nombreux pays de la Région *(10)*. Dans ces cas, il est essentiel d'avoir recours à des soins palliatifs pour réduire la souffrance, mais ils ne sont souvent pas disponibles *(10-12)*.

La figure 1 illustre les rapports entre la mortalité et l'incidence de chacun des États Membres, le rapport entre la mortalité et l'incidence moyen au niveau mondial et le fait qu'un certain nombre d'autres pays à revenu élevé se

Figure 1. Rapports mortalité/incidence dans la Région de la Méditerranée orientale et à l'échelle mondiale, 2020



rapprochent des seuils d'élimination. Bien que la comparaison entre les systèmes de santé et les contextes soit difficile, elle est présentée pour démontrer que les rapports mortalité/incidence inférieurs à 0,5 sont réalisables.

Les registres du cancer basés sur la population permettent le recueil systématique des données relatives aux cancers à déclaration obligatoire dans une zone géographiquement définie *(13)*. Les données concernant la charge du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à cette maladie dans les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale sont tirées des registres du cancer, lorsqu'ils sont disponibles. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) rapporte que seuls quatre des 22 pays et territoires de la Région sont en mesure de fournir des données de qualité sur l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus, et que ces taux peuvent par conséquent être sous-estimés dans certains pays *(14)*. La mise en place et le renforcement des registres du cancer existants permettront de disposer de données fiables et actualisées qui pourront être utilisées pour suivre les progrès réalisés en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus. Selon l'OMS, des registres nationaux ont été créés dans huit pays : Arabie saoudite, Bahreïn, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Oman, Qatar et République arabe syrienne *(15)*. Huit autres pays ont établi des registres au niveau infranational : Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Libye, Maroc, Pakistan, Tunisie et Yémen, tandis que les pays membres du Conseil de coopération du Golfe (CCG) (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, et Qatar) participent à la création d'un registre du cancer infrarégional. Des plans visant à mettre en place des registres du cancer sont en préparation dans le Territoire palestinien occupé et au Soudan *(15)*.

2.1.4 Cofacteurs

2.1.4.1 Tabagisme

En 2020, l'OMS estimait qu'un tiers des hommes (33,0 %) dans la Région fumaient du tabac, contre 4,2 % pour les femmes *(16,17)*. Le tabagisme semble être un facteur de risque indépendant pour le développement du cancer du col de l'utérus *(16,18)*. Une méta-analyse réalisée en 2018 a montré que même l'exposition au tabagisme passif est associée à un risque accru de développer un cancer du col de l'utérus (odds ratio de 1,7 ; intervalle de confiance à 95 % compris entre 1,4 et 2,07), ce qui fait du tabagisme un facteur de risque modifiable important dans la Région *(19)*.

2.1.4.2 Infection à VIH

L'infection à VIH est associée à un risque accru d'infection à VPH persistante *(20)*. Une méta-analyse effectuée en 2021 a révélé que le risque de cancer du col de l'utérus est multiplié par six chez les femmes vivant avec le VIH *(21)*. La prévalence du VIH dans l'ensemble de la Région est faible et ne représente que 0,1 % de la population adulte. Toutefois, il convient de noter que 70 % des personnes vivant avec le VIH dans la Région résident dans trois pays (République islamique d'Iran, Pakistan et Soudan). Étant donné le lien important entre l'infection à VIH et le cancer du col de l'utérus, il est important de prendre en compte les besoins particuliers des femmes vivant avec le VIH en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.

2.1.4.3 Utilisation de contraceptifs oraux

L'utilisation prolongée de contraceptifs oraux est associée à un risque accru de développer un cancer du col de l'utérus ; cependant, une analyse réalisée en 2007 a démontré que le risque diminue après l'arrêt de leur utilisation *(22)*.

2.1.4.4 Parité élevée

Une parité élevée est associée à un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus *(23,24)*. Bien qu'il s'agisse d'une mesure brute, les taux de fécondité totaux varient dans la Région, sept États Membres ayant un taux de fécondité total (naissances/femmes) supérieur à trois.

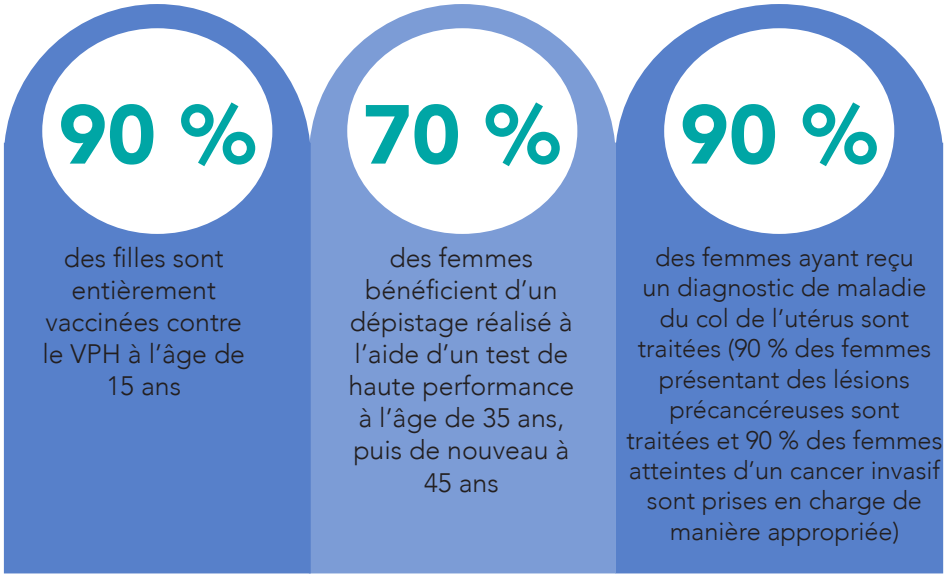
2.2 Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus

En 2020, l'OMS a lancé la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique à l'horizon 2120 (incidence inférieure à quatre cas pour 100 000 femmes par an) *(2)*. Pour la première fois, le monde disposera de la base de données factuelles et de la technologie nécessaires pour éliminer un type de cancer. Bien que les technologies et les connaissances nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination existent, elles n'ont pas été mises à profit à l'échelle mondiale, en particulier dans les régions où la charge est la plus élevée.

La Stratégie mondiale propose que tous les États Membres s'efforcent d'atteindre les cibles intermédiaires fixées pour l'horizon 2030. Atteindre ces cibles permettra de progresser considérablement sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus. Ces cibles **(Figure 2)** visent à ce que : 90 % des filles soient entièrement vaccinées contre le VPH à l'âge de 15 ans ; 70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans, puis de nouveau à 45 ans ; et 90 % des femmes ayant des lésions précancéreuses soient traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif soient prises en charge de manière appropriée.

La modélisation fondée sur des données mondiales a mis en évidence les avantages supplémentaires apportés par les trois piliers, à savoir la vaccination, le dépistage et le traitement, lorsqu'ils sont mis en œuvre parallèlement. D'ici à 2030, l'introduction de la vaccination contre le VPH à elle seule n'aurait que très peu d'impact sur la mortalité ; cependant, l'introduction de vaccins, associée au renforcement du dépistage effectué

Figure 2. Cibles intermédiaires de l'OMS



deux fois dans la vie et du traitement du cancer, permettrait de réduire la mortalité de 34,2 % et d'éviter 300 000 décès. Les effets à plus long terme sont encore plus prononcés. D'ici 2070, la vaccination à elle seule permettrait de réduire la mortalité de 61,7 % et d'éviter 4,8 millions de décès ; lorsqu'elle est introduite en association avec le dépistage et le traitement, la mortalité peut être diminuée de 88,9 %, ce qui permettrait d'éviter 14,6 millions de décès *(25)*.

La Stratégie mondiale donne non seulement la possibilité d'éliminer une forme évitable de cancer, mais elle s'aligne également sur d'autres engagements mondiaux et régionaux pris par les pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale *(3,26,27)*. Outre les cibles intermédiaires 90-70-90, la Stratégie mondiale propose des mesures stratégiques pour apporter un soutien : a) aux catalyseurs du système de santé ; b) aux partenariats, au plaidoyer et à la communication ; et c) à la surveillance, au suivi et à l'évaluation *(2)*. Ces actions stratégiques s'alignent directement sur celles de la *Vision 2023* de la Région pour renforcer les capacités sanitaires, améliorer la préparation, consolider les partenariats, plaider en faveur de la santé, mobiliser des ressources et encourager l'innovation *(27)*.

En outre, la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus contribue de manière significative à la réalisation des Objectifs de développement durable, y compris la cible 3.4 relative à la réduction d'un tiers du taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles (MNT) d'ici à 2030, tout en s'alignant sur les autres cibles mondiales et régionales en matière de santé reproductive, de vaccination et de lutte contre les MNT *(26)*.

2.3 Nouveaux catalyseurs en matière de recherche, de technologie et d'innovation permettant de progresser vers l'élimination

Alors que la dynamique s'amplifie à travers le monde pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, de nouvelles données factuelles, technologies et innovations voient le jour pour faciliter l'action.

Développements d'infrastructures : La riposte mondiale des laboratoires à la pandémie de COVID-19, en plus de la réponse à l'épidémie de sida, fournissent une occasion de tirer parti des capacités et des compétences en matière d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) afin d'intensifier les tests de dépistage du VPH. En outre, l'infrastructure mise en place pour soutenir les efforts de vaccination contre la COVID-19 peut être mise à profit.

Vaccination : en décembre 2022, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS a recommandé un schéma monodose contre le VPH, sur la base de nouvelles données factuelles, indiquant que ce schéma offre une efficacité et une durée de protection comparables à un schéma à deux doses *(28)*. En conséquence, le SAGE préconise de mettre à jour les calendriers de vaccination anti-VPH en prévoyant une ou deux doses, à la fois pour le groupe cible primaire de filles âgées de neuf à 14 ans et pour les filles âgées de 20 ans ou moins. Ce schéma vaccinal qui nécessite moins de ressources peut permettre de surmonter de nombreux obstacles, notamment les contraintes financières, qui empêchent d'atteindre une couverture vaccinale

élevée, ainsi que la nécessité de rappeler des personnes pour recevoir les deuxième et troisième doses.

Tests de dépistage du VPH : Bien que coûteux, ces tests permettent des intervalles de dépistage beaucoup plus longs que les tests de dépistage précédents (cytologie et inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)) en raison d'une valeur prédictive négative très élevée. La modélisation mondiale a démontré que le dépistage du VPH effectué à deux reprises au cours de la vie peut avoir un impact considérable sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à cette maladie *(25)*. En raison du nombre considérablement réduit de dépistages requis au cours de la vie, le dépistage du VPH s'est avéré avoir un bon rapport coût-efficacité dans *presque tous les contextes dans le monde (20,25,29-31)*. En outre, il est beaucoup plus facile de réaliser les tests de dépistage du VPH et d'en assurer la qualité que pour la cytologie ou l'inspection visuelle à l'acide acétique.

Auto-prélèvement pour accroître la portée et l'acceptabilité : le dépistage du VPH peut désormais être effectué par auto-prélèvement. Il existe des données factuelles solides qui indiquent que les échantillons vaginaux auto-prélevés testés pour le VPH sont aussi précis que les échantillons cervicaux collectés par un clinicien pour la détection d'une néoplasie cervicale intraépithéliale de stade 2 ou supérieure (CIN2+) *(32)*. Ceci offre d'importantes possibilités d'étendre la portée des programmes de dépistage, étant donné que les agents de santé ne sont pas tenus de pratiquer un examen gynécologique sur toutes les femmes dépistées, mais uniquement sur celles chez qui le VPH est détecté. Il existe également des données factuelles solides qui montrent que l'auto-prélèvement est hautement acceptable pour les agents de santé et les femmes *(33)*, ce qui permet de surmonter de nombreux obstacles liés au dépistage qui sont inhérents soit à la cytologie, soit à l'IVA.

Dépister et traiter pour réduire les pertes de suivi : Les lignes directrices de l'OMS relatives au dépistage *(34)* autorisent les approches « dépistage et traitement » dans les contextes où les ressources sont limitées. Cette approche permet de réduire considérablement la perte de suivi entre le dépistage et le traitement. Elle est particulièrement utile dans les petites communautés reculées et dans les milieux où les femmes doivent parcourir de longues distances pour accéder aux services de soins de santé. Dans ces contextes, le traitement est généralement administré par thermocoagulation plutôt que par cryothérapie. Les thermocoagulateurs sont de petits dispositifs portables qui ne nécessitent pas de bonbonnes de gaz pour fonctionner.

3. Progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs dans la Région

3.1 Sources de données

En 2022, une enquête a été menée auprès des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale afin d'éclairer l'élaboration de la stratégie régionale d'élimination. Cette enquête a permis de recueillir des informations sur la volonté des États Membres à adopter la Stratégie mondiale de l'OMS en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, sur leur état de préparation à cet effet, et sur les obstacles perçus à sa mise en œuvre. Elle comprenait quatre sections : vue d'ensemble des pays, vaccination contre le VPH, dépistage du cancer du col de l'utérus, traitement du cancer et soins palliatifs. Sur les 22 pays et territoires de la Région, 20 ont désigné des responsables au niveau national et ont répondu à l'enquête.

L'enquête a été mise à disposition en ligne sur REDCap, en plus de la possibilité de fournir des copies papier et de les soumettre par courriel. La distribution de l'enquête a commencé le 22 mars 2022 et le processus s'est achevé le 22 juin 2022. Les personnes interrogées étaient des personnes disposant d'une autorité et d'une expertise dans les domaines de la lutte contre le cancer, de la santé de la femme et de la vaccination, qui ont été désignées par le ministère de la Santé concerné. Les résultats de l'enquête ont été auto-déclarés par une ou deux personnes interrogées et montraient certaines incohérences avec les profils de pays fournis par l'OMS sur la charge du cancer du col de l'utérus, qui ont également été auto-déclarés par des personnes interrogées *(7)*. Par conséquent, les informations recueillies dans le cadre de cette enquête peuvent ne pas refléter la situation actuelle dans certains pays.

Le tableau 1 fournit un récapitulatif des données de l'enquête, y compris l'état d'avancement des plans et programmes nationaux déclarés. Dans l'ensemble, 70 % des personnes interrogées estimaient que la cible de l'élimination fixée à moins de quatre cas pour 100 000 femmes par an était appropriée pour la Région (et 80 % la jugeaient pertinente pour leur propre pays), étant donné que certains États Membres disposaient d'estimations des taux d'incidence déjà inférieurs à ce seuil, tandis que 95 % pensaient qu'une cible de réduction relative d'ici 2030 pourrait être appropriée.

3.2 Vaccination contre le VPH

La mise au point de vaccins contre le VPH modifiera son épidémiologie. Les vaccins anti-VPH, initialement bivalents ou quadrivalents, induisent une immunité contre les VPH de types 16 et 18, tandis que les vaccins quadrivalents ciblent également les types 6 et 11, qui provoquent des verrues génitales. La mise au point plus récente d'un vaccin nonavalent, qui protège contre sept types de VPH oncogènes, permet de lutter contre jusqu'à 90 % des cancers du col de l'utérus, ainsi que contre les types 6 et 11 du VPH *(35)*. Ce vaccin promet d'accroître

Tableau 1. Stratégies nationales de prévention et de lutte anticancéreuse, programmes de vaccination contre le VPH et de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la Région, actuels et prévus, selon l'enquête sur l'état de préparation à l'élimination de 2022

Pays/ territoire	Stratégie nationale de prévention et de lutte	Plans visant à inclure des cibles pour l'élimination du cancer du col de l'utérus	Programme de vaccination national	Plans pour la mise en place de programmes de vaccination	Programme de dépistage national et méthode primaire	Plans pour la mise en place de programmes de dépistage
Afghanistan	✗ Élaboration prévue		✗	Non prévus	✗	Aucune mise en œuvre prévue
Arabie saoudite*	✗^ Aucune élaboration prévue		✓^	S.O.	✗	Décision à prendre
Bahreïn**	✓	✓	✗	Phase de microplanification	✓ Cytologie	Mise en place prévue d'un programme de dépistage du VPH
Égypte	✗ Élaboration prévue		✗	Phase exploratoire	✗	Élaboration prévue pour le lancement d'un nouveau programme de dépistage du VPH
Émirats arabes unis	✓	✓	✓	S.O.	✓ Combinaison VPH/ cytologie	Le programme de dépistage a été révisé en 2018
République islamique d'Iran	✓	✗	✗	Phase de microplanification	~^ VPH	Mise en place prévue d'un programme de dépistage du VPH
Jordanie	✗ Élaboration prévue		✗	Non prévus	~	Incertitude quant au plan futur
Koweït	✓	✓	✗	Phase de pré-lancement	~	Décision à prendre
Liban	✓	✗	✗	Non prévus	~	Aucune mise en œuvre prévue
Libye	✗ Élaboration prévue		✓^	S.O.	✗	Décision à prendre
Maroc	✓	✗	✗	Phase de microplanification	✓ IVA	Révision en cours, programme pilote de dépistage du VPH actuellement en place
Oman	✓	✗	✗	Phase exploratoire	✗	Campagne de sensibilisation prévue
Pakistan	✗ Aucune élaboration prévue		✗	Non prévus	✗	Aucune mise en œuvre prévue
Qatar	✓	✓	✗^	Phase exploratoire	~^ Cytologie	Décision à prendre
République arabe syrienne	✗ Élaboration prévue		✗	Non prévus	✓ Cytologie	Pas de réponse
Somalie	✗ Aucune élaboration prévue		✗	Non prévus	✗	Décision à prendre
Soudan	✗ Élaboration prévue		✗	Non prévus	~ IVA	Élaboration prévue pour le lancement d'un nouveau programme de dépistage du VPH – « dépistage passif, pas de dépistage actif »
Territoire palestinien occupé	✗ Élaboration prévue		✗	Non prévus	✗ Méthode primaire peu claire	Décision à prendre
Tunisie	✓	✓	✗	Phase exploratoire	✓ Cytologie	Projet pilote en cours pour réaliser le dépistage du VPH
Yémen	✓	✓	✗	Non prévus	✗	Mise en place prévue d'un programme national 2022-2025

^ Incompatible avec les profils de pays de l'OMS ✓ Programme national ~ Programme infranational uniquement ✗ Pas de programme national ou infranational.

* La consultation menée en août/septembre 2022 a indiqué que l'Arabie saoudite disposait d'un plan national de lutte contre le cancer pour la période 2014-2025.

** Phase de microplanification – recourir à l'action communautaire pour éclairer et planifier l'élaboration d'un programme, en adoptant une approche ascendante.

Remarque : Pas de réponse de la part de Djibouti ou de l'Iraq.

l'efficacité de la prévention du cancer chez les personnes qui reçoivent le vaccin avant l'exposition au VPH.

Sur les 20 pays et territoires de la Région qui ont répondu à l'enquête sur la vaccination, trois pays disposent de programmes de vaccination nationaux contre le VPH (Arabie saoudite, Émirats arabes unis et Libye). Sur les 17 pays restants, huit envisageaient de mettre en œuvre un futur programme, tandis que neuf avaient décidé potentiellement de ne pas opter pour ce type de programme. Sur les trois programmes de vaccination actuels, deux ciblent les filles âgées de 13 à 14 ans (sans rattrapage pour les filles plus âgées), tandis que seul le programme de l'Arabie saoudite vise à vacciner les femmes jusqu'à l'âge de 26 ans.[1] Pour les Émirats arabes unis, la couverture complète par toutes les doses était de 29 % en 2020.[2] Les données relatives à la couverture vaccinale n'ont pas été communiquées pour l'Arabie saoudite et la Libye *(7)*.

Les pays et territoires qui prévoient de mettre en place un programme de vaccination à l'avenir ont fait part de leurs préoccupations actuelles concernant l'approvisionnement en vaccins et leur coût, ainsi que du risque d'être confronté à la réticence des populations à se faire vacciner. La plupart de ces États Membres en sont encore à la phase d'exploration de ces programmes.

Les pays et territoires qui ont indiqué qu'ils ne prévoyaient pas actuellement de mettre en place un programme de vaccination ont cité des préoccupations concernant le coût et le besoin de disposer de plus d'informations. Les parties prenantes de certains États Membres ont indiqué qu'un programme de vaccination ne présenterait pas un bon rapport coût-efficacité étant donné la faible charge perçue actuellement du cancer du col de l'utérus et de l'infection à VPH dans leur pays respectif.

Les principaux obstacles identifiés dans tous les pays/territoires étaient la réticence face à la vaccination liée à la stigmatisation associée à l'infection à VPH et aux problèmes d'innocuité, au coût du programme, à l'approvisionnement en vaccins contre le VPH et au manque de demande pour le vaccin. Les obstacles sont énumérés dans le **tableau 2**.

3.3 Dépistage

3.3.1 Programmes en cours

Sur les 20 pays et territoires qui ont répondu à l'enquête sur le dépistage, cinq avaient mis en place un programme de dépistage national, six avaient créé des services de dépistage infranationaux et les neuf autres n'avaient aucun programme de dépistage en cours. Dans les pays et/ou territoires qui disposent d'un programme national, trois utilisaient l'examen cytologique comme test primaire, un recourait à l'IVA et un appliquait une association de méthodes de dépistage en fonction de l'âge (approche de dépistage conjoint comprenant le dépistage du VPH et l'examen cytologique). Ces approches sont présentées dans le **tableau 2.**

La couverture du dépistage varie dans la Région et aucun des pays et territoires n'atteint une couverture supérieure à 70 % pour la réalisation d'un dépistage à un

[1] Une personne interrogée lors de la consultation en ligne qui a été organisée entre août et septembre 2022 a indiqué que l'Arabie saoudite fait désormais vacciner les filles de deuxième année de l'enseignement secondaire et propose la vaccination aux filles âgées de 9 à 18 ans dans le cadre des soins de santé primaires.

[2] Selon une réponse obtenue lors de la consultation en ligne organisée en août-septembre 2022, la couverture est désormais de 82 % aux Émirats arabes unis.

Tableau 2. Obstacles à la mise en place d'un programme de vaccination

Obstacles à la mise en place d'un programme de vaccination contre le VPH	Pourcentage
Réticence face à la vaccination – perception de l'infection à VPH	65 %
Réticence face à la vaccination – préoccupations liées à l'innocuité	60 %
Coût du programme	55 %
Approvisionnement en vaccins anti-VPH	45 %
Absence de demande de vaccins contre le VPH	40 %
Perte de suivi pour la deuxième dose	30 %
Manque d'infrastructures existantes permettant d'assurer la vaccination de cette tranche d'âge	25 %
Manque de volonté politique	25 %
Capacité du programme à atteindre toutes les filles	20 %
Manque d'expérience dans la vaccination des femmes ou des filles appartenant à cette tranche d'âge	15 %

moment donné au cours de l'existence. Selon les cibles de l'OMS, 70 % des femmes devraient faire l'objet de deux dépistages au cours de leur vie, l'un à l'âge de 35 ans et l'autre à 45 ans. Bien que ces données ne soient pas assez précises pour servir d'indicateur, elles suggèrent actuellement qu'aucun pays de la Région n'a encore atteint la cible d'élimination fixée par l'OMS en matière de dépistage **(Figure 3)**.

3.3.2. Planification du dépistage du VPH

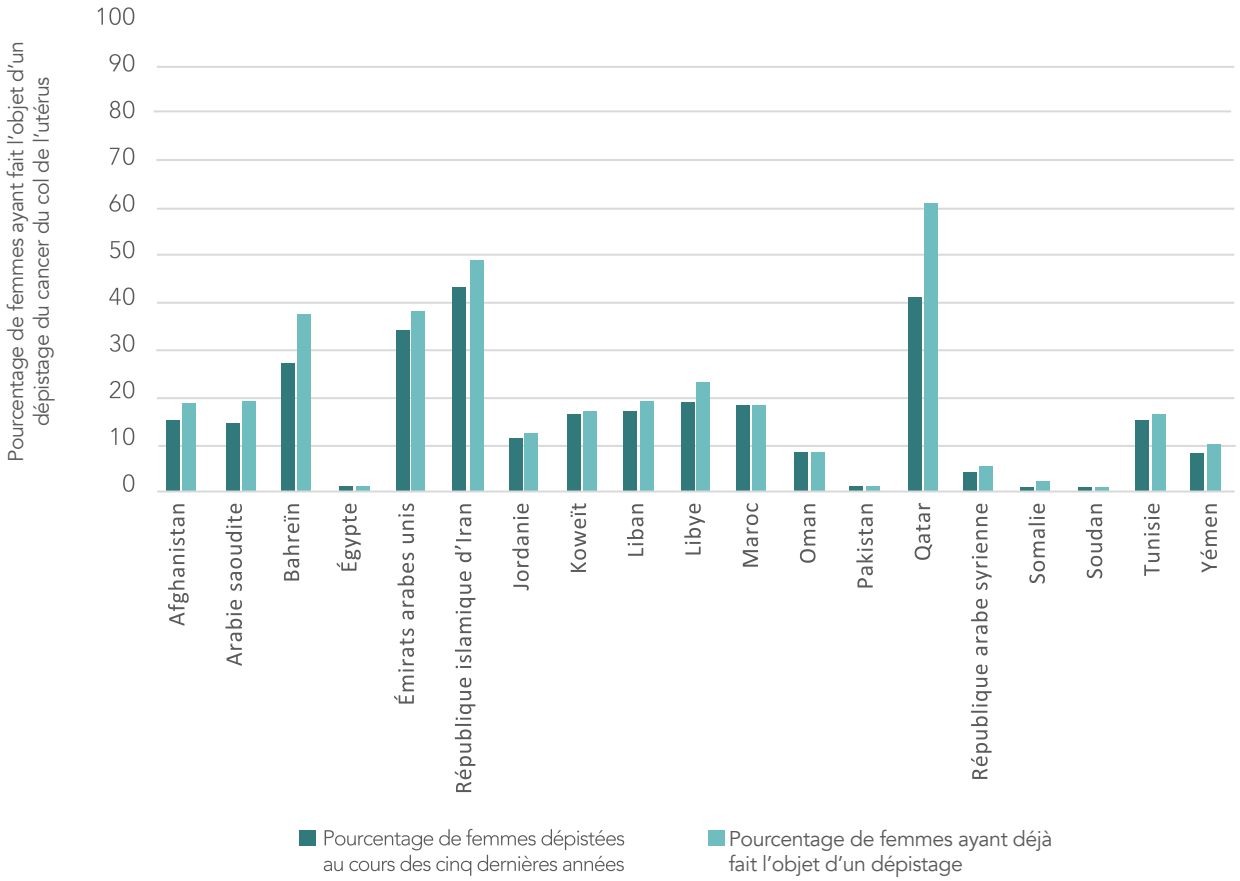
Actuellement, un seul pays a mis en œuvre un programme de dépistage du VPH national (Émirats arabes unis – dépistage conjoint). Trois pays prévoient de remplacer un programme existant par un autre programme qui propose le test de détection de l'ADN du VPH et quatre envisagent de mettre en place un nouveau programme de dépistage du VPH. Trois pays (Afghanistan, Liban et Pakistan) ont décidé de ne pas réaliser de tests de détection de l'ADN du VPH, et aucune décision n'a été prise dans les autres pays/territoires **(Tableau 1)**.

L'absence d'infrastructures pour les programmes de dépistage et le coût des tests du VPH ont été cités le plus souvent comme les principaux éléments qui empêchent l'introduction de ce type de dépistage. Les obstacles les plus fréquemment mentionnés à la mise en œuvre d'un programme de dépistage du VPH sont présentés dans le **tableau 3**.

3.3.3. Acceptabilité perçue de l'auto-prélèvement

L'auto-prélèvement dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus consiste pour une femme à prélever elle-même un échantillon vaginal, plutôt que de faire l'objet d'un examen gynécologique à l'aide d'un spéculum et de faire prélever un échantillon du col de l'utérus par un prestataire de soins de santé. Cette méthode de collecte d'échantillons s'est avérée aussi efficace qu'un échantillon prélevé par un clinicien lorsqu'un test de dépistage du VPH basé sur la méthode PCR est

Figure 3. Prévention secondaire : femmes soumises à un test de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la Région de la Méditerranée orientale, 2019



Source des données : Profils de pays de l'OMS sur le cancer du col de l'utérus, 2019 *(7).*
Aucune donnée disponible pour le Territoire palestinien occupé.

Tableau 3. Obstacles à l'introduction du dépistage du VPH

Obstacles (dépistage)	Pourcentage
Absence d'infrastructures pour les programmes de dépistage existants	70 %
Coût des tests de dépistage du VPH	65 %
Manque de compréhension des femmes et de la communauté quant à la nécessité d'un dépistage	60 %
Manque de personnel clinique/de disponibilité des services de santé pour assurer le dépistage, le diagnostic et le traitement	55 %
Conviction que la charge de morbidité est insuffisante pour justifier le dépistage	55 %
Manque de capacités de laboratoire pour effectuer les tests de dépistage du VPH	45 %
Manque de connaissances/d'expérience concernant la mise en œuvre d'un programme de dépistage primaire du VPH	45 %
Les professionnels des soins de santé peuvent être réfractaires au changement de méthode de dépistage	35 %
Manque de volonté politique	35 %
Manque d'acceptabilité pour les femmes du test de dépistage effectué par le prestataire de soins	30 %

utilisé *(32)*. Des données probantes qui émergent rapidement d'un large éventail de contextes montrent que l'auto-prélèvement est hautement acceptable pour les femmes qui y ont recours *(33)*. Une analyse systématique réalisée en 2021 a souligné que la majorité des femmes préfèrent l'auto-prélèvement en raison de la confidentialité, de l'intimité, de la commodité et du caractère pratique accrus. Cette méthode est moins invasive, permet d'éviter la gêne, et crée un sentiment d'autonomie *(33)*.

L'enquête a également visé à comprendre comment les parties prenantes percevaient l'acceptabilité probable de l'auto-prélèvement pour les femmes et les professionnels de la santé dans leur pays. Les résultats sont présentés dans le **tableau 4**.

Deux pays (Arabie saoudite et Maroc) ont indiqué avoir mené des études pilotes sur l'auto-prélèvement. Le Maroc a fait référence à une étude réalisée en 2018 auprès de 200 femmes, dans laquelle 83 % des participants ont accepté l'auto-prélèvement comme option de dépistage du cancer du col de l'utérus.

3.4 Traitement

La plupart des États Membres interrogés n'ont pas pu estimer la proportion de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus qui bénéficient d'un traitement et de soins dans leur pays.

Selon l'enquête, la plupart des pays et/ou territoires de la Région n'ont un accès au traitement que dans certains centres de soins tertiaires, tandis qu'une minorité de pays ont déclaré que le traitement était largement disponible. La plupart avaient un accès aux services chirurgicaux dans le secteur public. En particulier, seuls trois pays/territoires disposaient de services de radiothérapie et de soins palliatifs largement disponibles dans le secteur public. Quatre pays et/ou territoires ne proposaient pas du tout de services de radiothérapie et cinq ne pouvaient pas offrir de soins palliatifs à leur population dans le secteur public. Les résultats sont synthétisés dans le **tableau 5**.

Tableau 4. Acceptabilité anticipée de l'auto-prélèvement

Attitude perçue envers l'auto-prélèvement		Nombre	Pourcentage
Femmes	Complètement inacceptable	2	10 %
	Plutôt inacceptable	5	25 %
	Plutôt acceptable	10	50 %
	Tout à fait acceptable	2	10 %
	Ne sait pas	1	5 %
Praticiens	Complètement inacceptable	1	5 %
	Plutôt inacceptable	3	15 %
	Plutôt acceptable	11	55 %
	Tout à fait acceptable	5	25 %

Tableau 5. Accès aux services dans le secteur public

Secteur public	Largement disponible	Uniquement dans certains centres de soins tertiaires	Non disponible
Chirurgie	30 % (6)	65 % (13)	5 % (1)
Chimiothérapie	25 % (5)	65 % (13)	10 % (2)
Radiothérapie	15 % (3)	65 % (13)	20 % (4)
Soins palliatifs	15 % (3)	60 % (12)	25 % (5)

Les obstacles qui empêchent d'atteindre la cible de 90 % de traitement sont présentés dans le **tableau 6**. Le fait que les femmes ne savent pas où se rendre pour obtenir des soins, l'absence de systèmes d'orientation-recours clairs et le manque actuel de services de radiothérapie et de soins palliatifs, y compris la fourniture de médicaments essentiels tels les agents chimiothérapeutiques et les opioïdes, représentaient les difficultés les plus fréquemment rencontrées. Les obstacles d'ordre pratique, notamment ceux liés à l'emplacement géographique et aux coûts, et le manque d'expertise en matière de soins primaires ont tous fait l'objet de nombreuses citations.

Tableau 6. Obstacles au renforcement des services de traitement pour atteindre la cible de 90 % de traitement

Obstacles au renforcement des services de traitement	Pourcentage
Les femmes ne savent ni où ni comment obtenir des soins	65 %
Absence de systèmes d'orientation-recours clairs	55 %
Des obstacles d'ordre pratique empêchent les femmes de se rendre au centre de soins, par exemple la distance qu'elles doivent parcourir pour accéder aux services, le besoin de faire garder leurs enfants	50 %
Manque de capacité/d'expertise en matière de soins primaires pour soutenir les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus	50 %
Manque de disponibilité des services de radiothérapie	45 %
Manque de disponibilité des médicaments essentiels utilisés pour les soins palliatifs, par exemple les opiacés	45 %
Coût du traitement (obstacles financiers)	45 %
Manque de disponibilité des services de soins palliatifs	40 %
Peur/refus du traitement	40 %
Stigmatisation liée au diagnostic du cancer du col de l'utérus	30 %
Manque de disponibilité de la chimiothérapie	25 %
Manque de disponibilité des services chirurgicaux	20 %
Manque de capacités des laboratoires à l'appui du diagnostic du cancer	20 %

3.5 Suivi et surveillance

Les registres du cancer sont essentiels pour fournir les données précises nécessaires à l'élaboration de politiques réactives. Interrogés sur les obstacles qui pourraient avoir un impact sur la capacité à intensifier les interventions pour réaliser les objectifs de l'OMS d'ici 2030, 40,0 % (8 sur 20) des participants ont déclaré qu'ils auraient besoin « d'informations supplémentaires sur la charge que représente le cancer du col de l'utérus dans leur pays » (voir **tableau 7**, page 35). La moitié (quatre sur huit) de ces pays sont des pays à faible revenu.

Les commentaires des personnes interrogées concernant la qualité des données mettent en évidence le manque d'accès à un registre du cancer précis dans certains États Membres. Une personne interrogée, en référence à la capacité de son pays à renforcer les interventions, a déclaré que « des données nationales [sont] nécessaires pour plaider en faveur de la stratégie d'élimination », ce qui est souligné dans les déclarations d'une autre personne interrogée indiquant qu'il n'existe « aucune donnée sur la prévalence [réelle] du cancer du col de l'utérus [dans le] pays ». Ces observations traitent de la difficulté à déterminer la charge de morbidité dans les pays n'ayant pas accès aux registres du cancer et de la nécessité d'améliorer les méthodes de collecte des données afin de faciliter les efforts de sensibilisation visant à susciter l'engagement politique requis en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Les États Membres qui disposent d'un registre du cancer ont également déclaré être confrontés à des restrictions concernant la qualité et l'utilisation des données. Un pays a souligné qu'en dépit du fait qu'il dispose d'un registre du cancer, « aucune analyse du registre du cancer national n'a été réalisée depuis 2018 » et que « les données disponibles ne reflètent pas la charge réelle et l'ampleur du cancer du col de l'utérus au niveau national ». Une autre personne interrogée a également affirmé qu'il existe « un manque de base de données actualisée sur [la] prévalence et la charge du cancer du col de l'utérus au niveau national ». Cela indique que les registres du cancer ne reflètent pas nécessairement la charge actuelle du cancer du col de l'utérus dans certains pays et territoires.

4. Mesures stratégiques pour progresser vers les cibles d'élimination

La présente stratégie propose une série de mesures stratégiques visant à guider les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale afin de progresser vers l'élimination du cancer du col de l'utérus et de réduire les souffrances inutiles que subissent les femmes. Un objectif important de la stratégie est de mobiliser le soutien des partenaires politiques et de la société civile, dans l'espoir de créer une dynamique et de susciter l'optimisme dans la Région quant à la possibilité d'éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

En 2019, dans le cadre de la consultation sur la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus, les participants de la Région ont présenté plusieurs considérations essentielles à inclure dans la stratégie finale afin d'assurer le succès de la mise en œuvre. Ces dernières ont également été prises en compte dans l'élaboration de la stratégie régionale. À cette époque, les principales considérations étaient les suivantes :

- Mettre en évidence l'inclusion et l'alignement des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans le cadre de la stratégie nationale d'élimination du cancer et des politiques de santé nationales globales afin d'assurer une intégration efficace et d'éviter la mise en place de programmes verticaux ;
- Présenter une méthode et une justification claires pour choisir la cible globale spécifiée ;
- Mettre davantage l'accent sur les éléments de communication des trois axes de travail et fournir des conseils à ce sujet (particulièrement importants pour la vaccination contre le papillomavirus humain) ;
- Refléter les accélérateurs recommandés pour chaque axe de travail dans la perspective des systèmes de santé, en suivant une séquence définie par bloc constitutif des systèmes de santé ;
- Présenter les cibles d'élimination en termes relatifs plutôt qu'en termes absolus.

Cette dernière recommandation était motivée par la préoccupation selon laquelle les pays de la Région qui se situent déjà en deçà de la cible mondiale, selon leurs données sur l'incidence locale, ne devraient pas penser qu'il n'est pas nécessaire de s'engager à renforcer la prévention et la lutte anticancéreuse du col de l'utérus. De plus, cette recommandation est conforme aux autres cibles de l'OMS en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, qui sont présentées en termes relatifs. Il a été noté qu'une réduction par rapport au taux d'incidence mondial ajusté selon l'âge (2018) de 13,1 pour 100 000 à quatre pour 100 000 femmes équivaut à une réduction relative de 70 %.

La stratégie doit prendre en compte la grande diversité culturelle, religieuse, géographique et économique qui existe dans la Région de la Méditerranée orientale. Les mesures stratégiques présentées dans ce document reconnaissent également que les États Membres se trouvent à différents stades d'avancement eu égard à l'élimination

du cancer du col de l'utérus et que leurs systèmes, leurs priorités et leurs ressources en matière de santé sont différents. En outre, les mesures de lutte contre le cancer du col de l'utérus, ainsi que son incidence, sa mortalité et sa morbidité sont très diverses. Selon les estimations disponibles,
10 des 22 pays/territoires ont un taux d'incidence déjà inférieur à la cible d'élimination. Parallèlement, les résultats de l'enquête, ainsi que la classification de la qualité des données par le CIRC, indiquent que la grande majorité des pays de la Région n'ont pas accès à des données actualisées et fiables sur le cancer du col de l'utérus, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation des taux d'incidence réels.

Dans toute la Région de la Méditerranée orientale, la réalisation des cibles intermédiaires de l'OMS à l'horizon 2030 qui visent à éliminer le cancer du col de

La présente stratégie reflète l'engagement de tous les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale à réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la prévention (vaccination et dépistage), la détection précoce (dépistage et diagnostic) et le traitement.

Tous les pays et territoires de la Région s'efforceront :

- d'atteindre et de maintenir un taux d'incidence inférieur à la cible d'élimination, soit moins de quatre cas pour 100 000 femmes ;
- de réduire le rapport mortalité/incidence du cancer du col de l'utérus.

Les États Membres dont les données de routine indiquent qu'ils sont déjà en deçà de la cible d'élimination s'engageront également à réduire le rapport mortalité/incidence au moyen de la détection précoce et à atténuer les souffrances souvent causées par un diagnostic tardif, tout en continuant à renforcer les registres du cancer.

Les États Membres peuvent choisir d'adopter une cible de réduction relative de l'incidence dans leurs stratégies nationales si les données actuelles suggèrent qu'elles sont inférieures à la cible d'élimination mondiale.

Pour tous les États Membres, l'importance de continuer à renforcer les registres du cancer et de mettre en place des systèmes qui permettent de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles constituera un élément essentiel de cette stratégie.

La stratégie repose sur les cibles 90-70-90 fixées pour l'horizon 2030, qui sont les suivantes :

- 90 % des filles sont complètement vaccinées contre le VPH à l'âge de 15 ans ;
- 70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans, puis de nouveau à 45 ans ;
- 90 % des femmes qui présentent des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge.

l'utérus en tant que problème de santé publique se heurte à des difficultés majeures. L'absence d'infrastructures dans de nombreux contextes, le manque de sensibilisation de la population à la prévention, au dépistage et au traitement, la réticence perçue face à la vaccination, l'absence de couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi que le faible degré d'acceptabilité de l'exposition au VPH et du diagnostic du cancer par le public constitueront autant de facteurs qui entraveront les progrès.

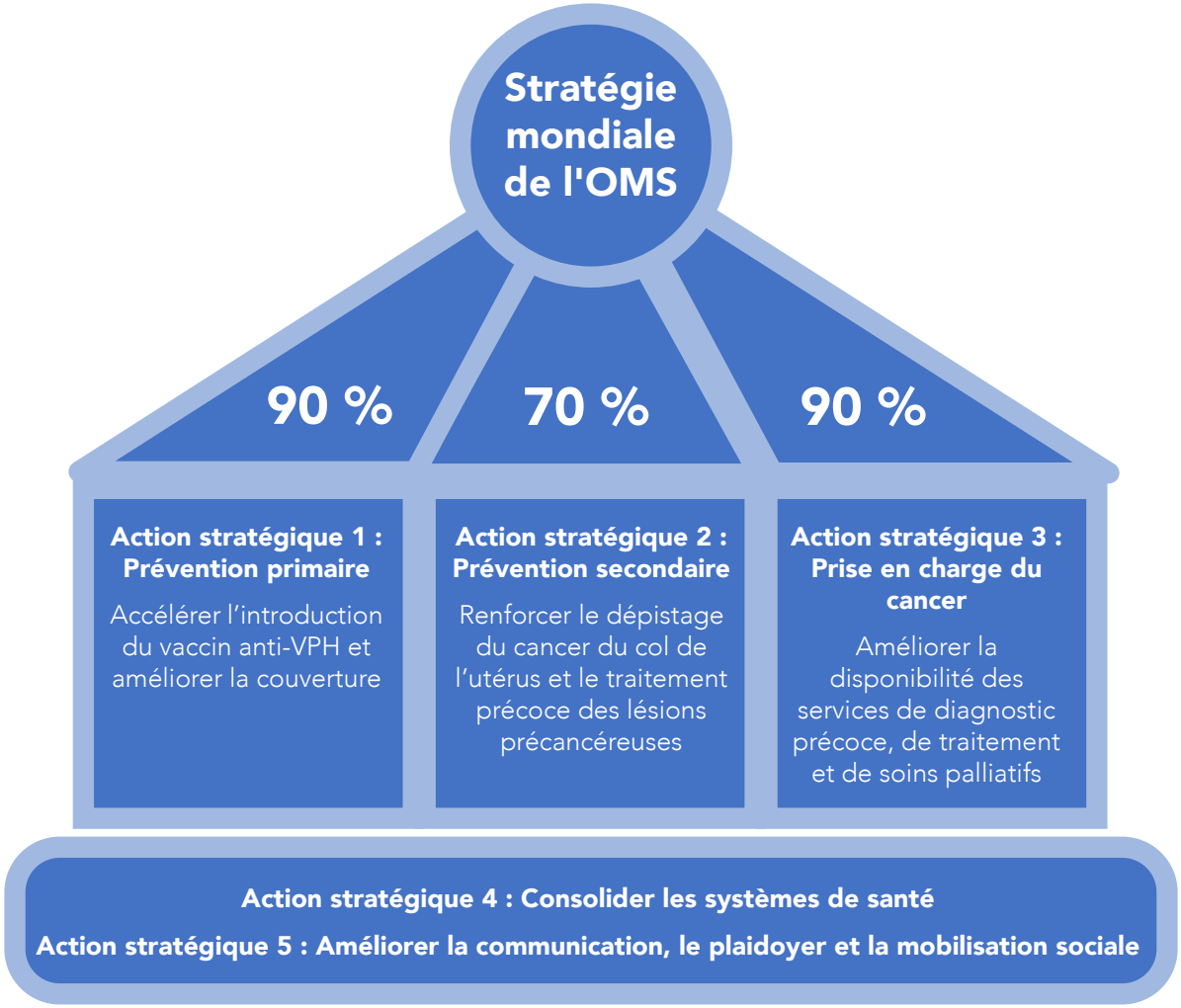
La présente stratégie tire parti du programme d'élimination du cancer du col de l'utérus pour renforcer les systèmes de santé afin de garantir l'accès des femmes et des filles à des soins de santé préventifs intégrés, de veiller à ce que les services de soins anticancéreux et les systèmes de données soient améliorés, et de mettre en place des capacités en matière de soins palliatifs et de soutien pour tous les habitants de la Région. Les autres éléments majeurs de la stratégie comprennent le fait de lutter contre la réticence potentiellement croissante face à la vaccination, d'atténuer la stigmatisation évidente associée au VPH et au cancer du col de l'utérus et de continuer à mettre l'accent sur l'équité en santé.

La stratégie définit cinq actions stratégiques pour la Région **(Figure 4)**. Trois de ces actions correspondent aux trois piliers de la Stratégie mondiale de l'OMS en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus *(2)* ; deux autres actions tiennent compte du contexte régional dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, et de la communication, du plaidoyer et de la mobilisation sociale.

- **Action stratégique 1 :** Renforcer la prévention primaire en accélérant l'introduction du vaccin anti-VPH et en améliorant la couverture.
- **Action stratégique 2 :** Améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses.
- **Action stratégique 3 :** Réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la disponibilité des services de diagnostic précoce, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs.
- **Action stratégique 4 :** Consolider les systèmes de santé pour assurer une prestation intégrée, efficiente et équitable de services de qualité pour les trois piliers de la vaccination, du dépistage et du traitement, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation appropriés et efficaces.
- **Action stratégique 5 :** Améliorer la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour lutter contre la réticence face à la vaccination, accroître la sensibilisation à la prévention et au traitement et renforcer l'acceptabilité sociale de l'infection à VPH et du diagnostic du cancer du col de l'utérus.

La présente stratégie décrit, pour chacun de ces cinq domaines d'action stratégique, une série de mesures spécifiques visant à faciliter les progrès vers la réalisation des cibles intermédiaires de l'OMS définies dans la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Figure 4. Actions stratégiques régionales



4.1 Action stratégique 1 : Renforcer la prévention primaire en accélérant l'introduction du vaccin anti-VPH et en améliorant la couverture

Cette action stratégique peut être réalisée en adoptant et en mettant en œuvre la recommandation de l'OMS selon laquelle au moins 90 % des filles doivent être vaccinées contre le VPH entre l'âge de neuf et de 14 ans.

4.1.1. Lignes directrices de l'OMS

Il existe actuellement dans le monde trois vaccins prophylactiques contre le VPH qui sont extrêmement efficaces pour prévenir l'infection à VPH de types 16 et 18, ainsi que les lésions précancéreuses du col de l'utérus dues à ces types du virus. Au niveau de la population, il a été démontré que la vaccination contre le VPH réduit la circulation des types de VPH à haut risque, diminue l'incidence des anomalies du col de l'utérus de haut grade et prévient ce type de cancer *(36)*. Il est important de noter qu'il existe des données complètes et rassurantes sur les profils d'innocuité des trois vaccins. L'OMS recommande que ces vaccins soient destinés aux filles âgées de neuf à 14 ans, et qu'un programme de rattrapage initial ciblant plusieurs groupes d'âge soit mis en place lorsque cela est possible *(37)*. La vaccination anti-VPH doit

Lignes directrices de l'OMS *(28)*	
Groupe d'âge ciblé	**Cible primaire :** filles âgées de neuf à 14 ans.
Schéma vaccinal	**Schéma à deux doses.** Les données probantes actuelles appuient la recommandation selon laquelle un schéma à deux doses doit être établi dans le groupe cible primaire à partir de l'âge de neuf ans et dans tous les groupes d'âge supérieurs pour lesquels des vaccins anti-VPH sont homologués. L'intervalle minimal entre la première et la deuxième doses est de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximal recommandé entre les doses. Des intervalles plus longs – jusqu'à trois ou cinq ans – peuvent être envisagés, s'ils sont utiles pour le programme. **Schéma alternatif monodose.** Le schéma monodose peut être appliqué aux filles et aux garçons de neuf à 20 ans. Son efficacité et sa période de protection sont comparables à celles du schéma à deux doses.
Personnes immunodéprimées et/ou infectées par le VIH	Elles devraient recevoir au moins deux doses de vaccin contre le VPH (administrées à six mois d'intervalle minimum) et, si possible, trois doses.

être mise en œuvre dans le cadre d'une approche coordonnée et globale pour éliminer le cancer du col de l'utérus, car elle ne protège pas contre tous les types de VPH. Elle a également un impact limité sur les femmes plus âgées que les groupes d'âge ciblés pour la vaccination.

4.1.1.1 Approvisionnement en vaccins et financement durables

Le coût des vaccins et le rapport coût-efficacité des programmes de vaccination dans un contexte marqué par une charge de morbidité apparemment faible ont été cités comme des obstacles communs à la planification et à la mise en œuvre dans la Région. Dans la plupart des pays et territoires, une volonté politique substantielle et un financement public adéquat sont nécessaires pour introduire la vaccination contre le VPH à une échelle qui permettra d'atteindre les objectifs de l'OMS.

Sept pays de la Région (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen) peuvent prétendre à un soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin. Actuellement, Gavi fournit des vaccins de première génération, qui protègent contre les VPH des types 16 et 18 les plus oncogènes, avec une certaine protection croisée contre d'autres types de VPH oncogènes. L'un de ces vaccins offre également une protection contre les verrues génitales causées par les VPH de types 6 et 11. L'Alliance est susceptible d'apporter son soutien aux chaînes d'approvisionnement en vaccins, mais elle ne prend généralement pas en charge les coûts de distribution des vaccins dans les pays, sauf dans le cas d'une subvention à l'introduction des vaccins. Cette situation constitue également un obstacle important compte tenu des préoccupations soulevées par les parties prenantes consultées concernant le

manque d'infrastructures et d'expérience en matière de distribution des vaccins.

Si Gavi a jusqu'à présent apporté son appui pour aider les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure à se procurer des vaccins, il est de plus en plus reconnu que le coût du vaccin anti-VPH pose toujours un problème important, même pour les pays à revenu intermédiaire qui soit ne bénéficient plus du soutien de l'Alliance, soit n'ont jamais été éligibles. Un document qui présente la vision renouvelée de Gavi (toujours en cours de discussion) indique l'élaboration d'une nouvelle approche qui vise à soutenir les pays à revenu intermédiaire. Cette approche met l'accent sur le renforcement de la volonté politique, la réponse aux besoins spécifiques des pays grâce à une assistance technique ciblée et à la dotation en ressources d'un dispositif innovant pour les achats groupés.

Une étude de marché mondiale réalisée en 2019 par l'OMS, dans le cadre de sa plateforme d'information sur les marchés pour l'accès aux vaccins (Market Information for Access to Vaccines – MI4A platform), a donné l'assurance que l'approvisionnement mondial en vaccins anti-VPH permettra de répondre à la demande accrue, grâce au renforcement des capacités de production et à l'émergence de nouveaux fabricants de vaccins anti-VPH, y compris pour les vaccins nonavalents *(38)*.

4.1.1.2 Données récentes sur l'efficacité des vaccins à dose unique

Le SAGE a passé en revue les données factuelles relatives à l'efficacité du vaccin anti-VPH à dose unique et a conclu qu'elle était comparable à un schéma à deux doses *(28)*. En avril 2022, le SAGE a recommandé à l'OMS que le schéma de vaccination contre le VPH soit mis à jour comme suit :

- schéma à une ou deux doses pour la cible primaire des filles âgées de neuf à 14 ans ;
- schéma à une ou deux doses pour les jeunes femmes âgées de 15 à 20 ans ;
- schéma à deux doses administrées à six mois d'intervalle pour les femmes de plus de 21 ans ;
- les personnes immunodéprimées et/ou vivant avec le VIH doivent encore recevoir trois doses dans la mesure du possible.

L'exposé de position de l'OMS sur les vaccins contre le VPH, publié en décembre 2022, réaffirme l'adoption des recommandations du SAGE *(28)*.

Un schéma monodose rendra la mise en œuvre du programme de vaccination contre le VPH plus facile pour les États Membres. Ce schéma permettrait de surmonter de nombreux obstacles recensés par les États Membres, notamment les coûts et les préoccupations suscitées par le fait que les filles ne soient plus suivies avant la deuxième dose. Une stratégie monodose nécessitera probablement moins d'infrastructures et permettra d'atteindre plus facilement les filles à l'âge approprié. Si les pays hésitent à mettre en œuvre un programme destiné uniquement aux filles, une stratégie monodose peut également faciliter la mise en place d'un programme de vaccination abordable ciblant les deux sexes.

4.1.2 Mesures pour atteindre les objectifs

Ces mesures recommandées sont conformes à la Stratégie mondiale et permettent de surmonter les obstacles soulevés lors de la consultation.

4.1.2.1 Prestation de service

- Évaluer les infrastructures de distribution des vaccins existantes, en prenant note des investissements qui ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Cette évaluation devrait inclure un examen des systèmes de contrôle de la qualité et des mécanismes novateurs de distribution des vaccins (à savoir visites dans la communauté et agents de santé communautaires).
- Évaluer la faisabilité d'un programme de rattrapage de cohorte multi-âge, en adoptant une stratégie de vaccination à dose unique.
- Évaluer la faisabilité de l'inclusion de la vaccination anti-VPH là où d'autres vaccins (par exemple contre la diphtérie et le tétanos) sont administrés, ou d'autres interventions sanitaires destinées aux adolescents sont menées, en particulier là où une stratégie de vaccination contre le VPH monodose est envisagée/mise en œuvre.
- Examiner les programmes de vaccination existants dans la Région et dans des contextes de ressources similaires afin d'avoir une compréhension de ce qui fonctionne efficacement et de la manière dont la vaccination anti-VPH peut être intégrée.
- Planifier ou renforcer la mise en œuvre d'un programme de vaccination national contre le VPH qui cible les groupes d'âge par le biais des écoles, de la communauté et des services de santé de l'adolescent.
- Évaluer la capacité des systèmes éducatifs à faciliter la mise en place d'un programme scolaire.
- Consulter toutes les parties prenantes et mobiliser des défenseurs de la cause au niveau professionnel et communautaire, y compris des organisations non gouvernementales, des associations de femmes, des chefs religieux et communautaires, et des associations professionnelles (par exemple, obstétrique et gynécologie, santé familiale, oncologie gynécologique).
- Passer en revue, élaborer et mettre en œuvre des approches communautaires adaptées pour assurer la vaccination des filles et des jeunes femmes difficiles à atteindre (comme celles qui ne sont pas scolarisées), y compris la participation des mères.
- Mener des recherches qualitatives ciblées afin de déterminer dans quelle mesure la population est au courant des programmes de vaccination et de savoir s'il existe des obstacles et des facteurs favorables à l'administration du vaccin.
- Lutter contre la réticence face à la vaccination (notamment en examinant et en adaptant les stratégies efficaces mises en œuvre concernant les vaccins contre la COVID-19) et améliorer l'acceptabilité grâce aux stratégies décrites à la section 4.5.2.1.
- Veiller à ce qu'une stratégie de communication proactive soit élaborée pour répondre aux notifications de manifestations postvaccinales indésirables.

4.1.2.2 Personnels de santé

- Former et sensibiliser les agents de santé et tous les professionnels de santé aux avantages de la vaccination administrée à toutes les filles. Cette activité devrait débuter avant le déploiement du vaccin, en mettant l'accent sur la base de données factuelles relative à la prévention du cancer et à l'innocuité des vaccins.
- Renforcer les capacités du personnel pour faire participer de manière proactive les filles et les parents aux programmes de vaccination contre le VPH, en veillant à ce qu'ils soient informés du soutien apporté par le gouvernement au programme.

4.1.2.3 Systèmes d'information sanitaire

- Mettre en place des systèmes de suivi systématique et des registres pour suivre la couverture et l'équité vaccinales en matière de vaccins : examiner et mettre à profit les systèmes d'information sanitaire existants à tous les niveaux, y compris dans le domaine des soins de santé primaires.
- Élaborer des systèmes pour assurer le suivi et la notification des manifestations postvaccinales indésirables.
- Mettre au point des indicateurs de résultats et en rendre compte régulièrement, tels que :
  - *La couverture* du programme : nombre (et pourcentage de la population éligible en fonction de l'âge par zone géographique) de filles entièrement vaccinées à l'âge de 15 ans (cibles de l'OMS fixées pour l'horizon 2030 : 90 %) ;
  - *L'équité* du programme : variation des mesures relatives aux résultats obtenus en matière de couverture en fonction du niveau d'éducation, du statut professionnel et de la résidence en communauté urbaine par rapport au fait de vivre en communauté rurale/reculée.

4.1.2.4 Financement

- Pour les pays qui remettent en question l'accessibilité économique des vaccins contre le VPH, il est important que des argumentaires d'investissement localisés ou économiquement accessibles soient régulièrement élaborés et examinés, car la vaccination contre le VPH s'est avérée avoir un bon rapport coût-efficacité dans presque tous les contextes, y compris dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il est probable qu'elle devienne plus abordable dans un avenir proche, en particulier si la fabrication locale ou régionale se concrétise et la collecte de données s'améliore, ce qui peut accroître la charge de morbidité mesurée (39-42). Il est de même nécessaire d'envisager des mécanismes d'achats groupés dans toute la Région.
- Les pays remplissant les critères devraient être encouragés à collaborer avec l'Alliance Gavi.
- Les pays à revenu intermédiaire devraient maintenir leur collaboration avec Gavi/l'UNICEF pour comprendre les nouvelles initiatives de soutien.
- Les pays à revenu élevé devraient immédiatement commencer à mettre en œuvre des activités de vaccination contre le VPH à l'échelle nationale en utilisant des plateformes viables qui facilitent la distribution des vaccins dans la tranche d'âge recommandée, par exemple, dans les écoles.
- Adopter les recommandations de l'OMS concernant les vaccins à dose unique.

- Examiner les vaccins disponibles et sélectionner celui qui répond aux besoins du pays en termes de coût et de doses requises. Comparer le coût et la portée de la vaccination en milieu scolaire à ceux des stratégies de vaccination menées au niveau communautaire.

4.2 Action stratégique 2 : Améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses

Cette action stratégique peut être réalisée en adoptant et mettant en œuvre la recommandation de l'OMS selon laquelle au moins 70 % des femmes devraient être dépistées à l'âge de 35 et 45 ans, et 90 % devraient bénéficier d'un traitement efficace des lésions précancéreuses.

4.2.1 Lignes directrices de l'OMS

Un dépistage et une détection précoce efficaces du VPH et des lésions du col de l'utérus permettent de mettre en place un traitement plus rapidement, ce qui présente un meilleur rapport coût-efficacité pour prévenir le développement du cancer du col de l'utérus *(34)*. Cela permet de réduire la souffrance, la morbidité et la mortalité associées au cancer du col de l'utérus, tout en évitant des coûts et des charges considérables n'ayant pas lieu d'être pour les systèmes de santé. Pour obtenir des résultats précis et fiables et des issues optimales, les programmes devraient être mis en œuvre au niveau de la population en appliquant les normes de qualité et les standards les plus élevés en matière de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses. Comme le met en évidence la Stratégie mondiale de l'OMS, le dépistage sans

Lignes directrices de l'OMS *(34)*	
Test de dépistage	Considérer le dépistage par détection de l'ADN du VPH comme le moyen de dépistage primaire plutôt que par cytologie ou IVA. Les échantillons collectés par le clinicien ou auto-prélevés sont appropriés. • Dans les milieux où l'examen cytologique est établi et la qualité assurée, l'OMS recommande que cette pratique se poursuive jusqu'à ce que le test de détection de l'ADN du VPH soit mis en place. • Il est recommandé de remplacer plus rapidement les dépistages par IVA en raison des problèmes inhérents liés à l'obtention d'une qualité et de performances constantes. • Cette recommandation est cohérente pour la population générale et les femmes vivant avec le VIH.
Algorithme de dépistage	Dépistage et traitement OU dépistage, triage et traitement. Dépister, trier et traiter les femmes vivant avec le VIH.
Intervalles de dépistage	Avec un test de dépistage du VPH hautement performant : • tous les cinq à 10 ans (ou au moins deux fois au cours de la vie à l'âge de 35 et de 45 ans) ; • tous les trois à cinq ans pour les femmes vivant avec le VIH.
Âge de dépistage	À partir de 30 ans. À partir de 25 ans pour les femmes vivant avec le VIH.

accès au traitement est contraire à l'éthique *(2)*. Par conséquent, l'action stratégique 2 repose sur le succès des mesures recommandées dans la section 4.2.2, en particulier la prévention tertiaire.

Outre leur rôle d'appui à la gestion quotidienne des données, les registres de dépistage jouent un rôle important dans la mise en œuvre d'un programme de dépistage national efficace et ont deux fonctions majeures. Tout d'abord, en tant que système de protection, en aidant les personnels de santé à identifier et à contacter les femmes qui ne se sont pas présentées à un examen de suivi et/ou à un traitement prévu. Grâce à ce processus, des taux élevés d'évaluation du suivi et du traitement peuvent être obtenus pour les participantes chez qui le VPH est détecté. Elles peuvent également être rappelées pour un nouveau dépistage à l'intervalle convenu. Deuxièmement, les registres de dépistage peuvent fournir en temps réel des données de gestion du programme aux fins du suivi, de l'établissement de rapports et de l'amélioration de la qualité de la participation au dépistage, en fonction de l'emplacement géographique et des caractéristiques sociodémographiques, du taux de positivité aux tests de dépistage du VPH et des taux de traitement.

Il importante de noter que l'OMS a souligné que le fait que les échantillons prélevés par la patiente elle-même ou par un clinicien peuvent être utilisés pour réaliser des tests de dépistage du VPH. Le dépistage du VPH effectué à l'aide d'échantillons auto-prélevés permet de surmonter les obstacles au dépistage bien décrits par le système de santé et les patientes. Une étude de cas réalisée en Malaisie, présentée dans la **figure 5**, met en évidence le succès de la mise en œuvre de ce modèle *(43)*.

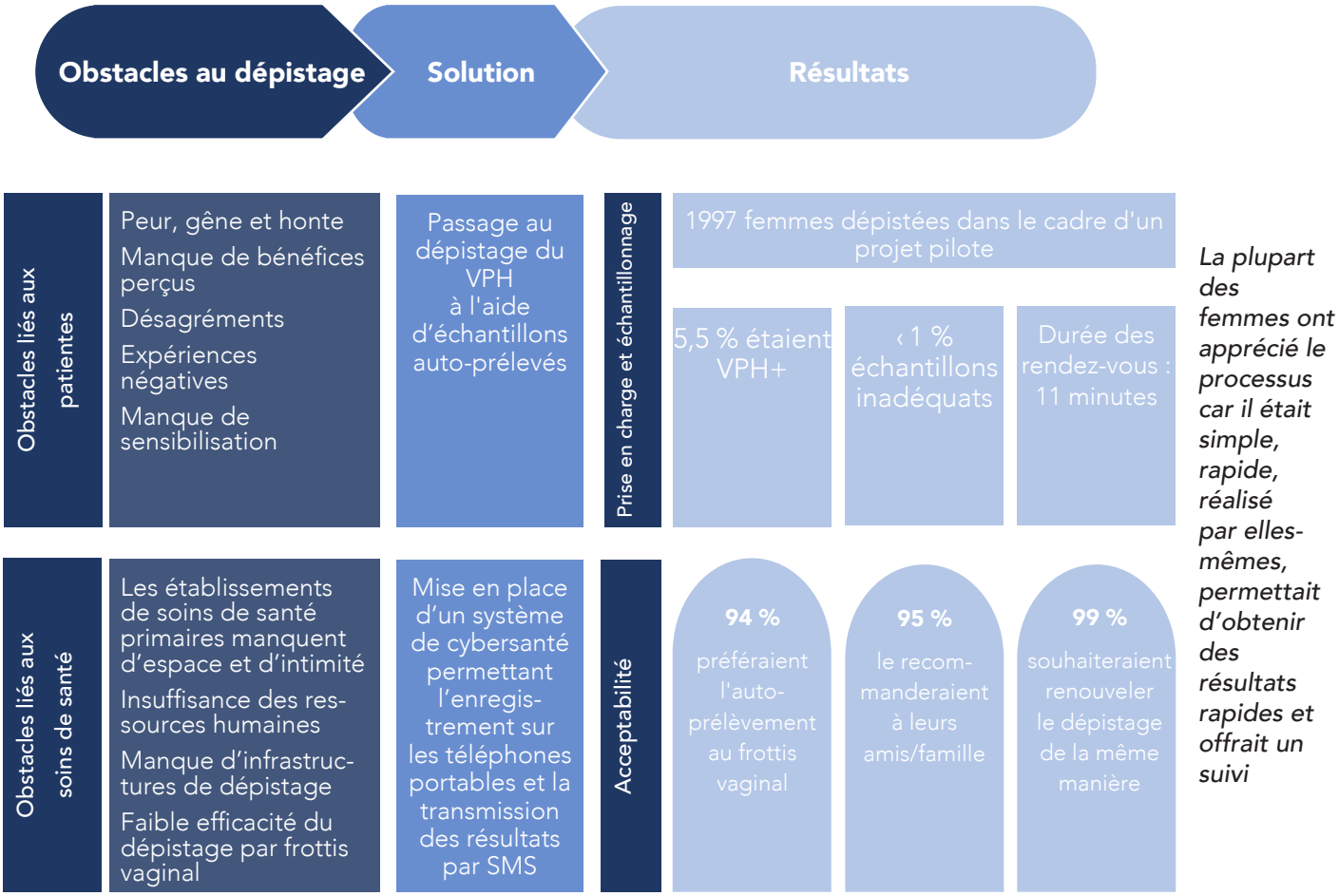
4.2.2 Mesures pour atteindre les objectifs

Comme le montrent les résultats de l'enquête, les principaux obstacles à la mise en œuvre d'un programme de dépistage national efficace pour les États Membres de la Région sont le manque d'infrastructures existantes, le coût des tests de dépistage du VPH, le manque de compréhension de la nécessité de procéder à un dépistage au niveau de la population, la pénurie de personnel formé dans le domaine clinique et la perception que la charge de morbidité est insuffisante pour justifier la mise en place d'un programme de dépistage national. Dans les pays confrontés à des conflits, il peut être particulièrement difficile d'accorder la priorité aux services de dépistage et de traitement du cancer, et il sera peut-être nécessaire, dans un premier temps, d'établir des partenariats internationaux pour créer ces services. Les conflits peuvent également perturber les services prévus ou existants, et ces derniers peuvent ne pas pouvoir reprendre leurs activités tant que le rétablissement des systèmes de santé n'aura pas eu lieu après le conflit *(44)*. Une analyse systématique de l'impact des conflits sur le cancer réalisée en 2020 a révélé que davantage de recherches étaient nécessaires pour éclairer la mise en place d'ensembles de soins anticancéreux de base et l'élaboration de stratégies de planification et de mise en œuvre de la lutte contre le cancer après les conflits *(45)*.

4.2.2.1 Prestation de service

- Examiner les protocoles de dépistage, les programmes et les modèles de soins nationaux et les aligner sur les lignes directrices 2021 de l'OMS consacrées au dépistage et au traitement.

Figure 5. Projet ROSE : supprimer les obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus en Malaisie *(43)*



- Évaluer les programmes de dépistage nationaux et infranationaux actuels, identifier leurs points forts et définir clairement les domaines à améliorer.
- Évaluer les infrastructures de laboratoire et de dépistage existantes, en soulignant les investissements qui ont été réalisés dans ce contexte en raison de la pandémie de COVID-19. Cette évaluation devrait comprendre un examen des systèmes d'assurance qualité et des méthodes novatrices de diffusion des résultats (par ex., l'envoi de résultats par SMS).
- Examiner la capacité à mettre en œuvre des modèles de soins de type « dépistage et traitement » ou « dépistage, triage et traitement » en mettant l'accent sur la réduction du délai de traitement et l'optimisation de l'observance thérapeutique (à noter que pour les femmes vivant avec le VIH, un modèle de soins de type « dépistage, triage et traitement » est recommandé).
- Veiller à ce que des systèmes d'orientation-recours soient en place pour permettre un traitement rapide des lésions précancéreuses dont souffrent les femmes chez qui le VPH a été détecté.
- Axer les efforts sur la sensibilisation du public et de la communauté médicale aux avantages du dépistage et des traitements précoces.

- Promouvoir l'intégration des services de dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris le traitement des lésions précancéreuses, dans les soins de santé primaires et dans les services de traitement du VIH pour les femmes vivant avec ce virus.
- Mener des recherches qualitatives pour mieux comprendre le niveau de connaissance et les attitudes des femmes à l'égard des services de dépistage, ainsi que pour connaître les obstacles à l'accès aux soins, afin de s'assurer que les services peuvent être adaptés pour répondre aux besoins de la population.
- Étudier la possibilité de mettre en place des approches innovantes en matière de dépistage, y compris le recours à l'auto-prélèvement. Ce faisant, il convient de réfléchir à la manière de mobiliser le personnel de santé communautaire pour qu'il contribue à la création de l'infrastructure de dépistage. Étendre les activités pour envisager l'adaptation des modèles de service aux groupes qui ne sont pas suffisamment dépistés.
- Renforcer l'intégration des services de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les services majoritairement fréquentés par les femmes, y compris les services prénatals et d'autres services de santé familiale.
- Examiner les possibilités de promouvoir les services de dépistage auprès des mères au moment de la vaccination des adolescents et de leur proposer ce type de services.

4.2.2.2 Personnels de santé

- Renforcer les capacités du personnel clinique pour assurer la prestation de services de qualité, dénués de jugement et favoriser l'accès à des soins fondés sur des données probantes.
- Améliorer les capacités des agents de santé communautaires et renforcer les ressources disponibles afin qu'ils puissent aider les femmes chez qui le VPH, des lésions précancéreuses ou un cancer sont détectés, qui pourraient nécessiter un soutien supplémentaire pour accéder aux services de traitement, ou avoir des besoins psychosociaux supplémentaires.
- Consolider le rôle des agents de santé communautaires afin de promouvoir l'auto-prélèvement et sensibiliser les femmes à ce sujet, si les États Membres choisissent d'adopter cette approche.
- Pour les pays où l'IVA existe, optimiser les capacités en la matière afin de faciliter la mise en place des systèmes d'orientation-recours en temps opportun pour le traitement des lésions précancéreuses tout en renforçant les capacités du personnel en matière d'évaluation et de traitement une fois que le dépistage du VPH est introduit.

4.2.2.3 Systèmes d'information sanitaire

- Veiller à ce que les systèmes de saisie des données, tels que les registres de dépistage, soient suffisants pour assurer le suivi des femmes tout au long du processus de dépistage et de traitement, ainsi que pour contrôler la participation au dépistage et l'observance thérapeutique.
- Mettre en place une gouvernance et une réglementation claires et transparentes concernant le dépistage et les données connexes qui font partie des systèmes d'information sanitaire. Apporter des précisions sur ces données et leur objectif aux participants et aux partenaires tels que le gouvernement, les organisations non gouvernementales et les prestataires et les services de santé publics et privés.

- Effectuer le suivi de l'équité de la prestation de services pour toutes les populations au sein des pays et territoires de la Région.
- Veiller à la mise en place d'un système d'assurance qualité solide qui impose la collecte de données à l'aide des principaux indicateurs de performance recommandés par l'OMS, en comparant les résultats obtenus aux normes reconnues et en prenant des mesures correctives pour remédier aux lacunes.
- Mettre au point des indicateurs de résultats et en rendre compte régulièrement, tels que :
  - la couverture du programme : nombre (et pourcentage de la population éligible en fonction de l'âge par zone géographique) de femmes qui ont effectué un test de dépistage du VPH et qui en ont reçu le résultat (cible de l'OMS fixée pour l'horizon 2030 : 70 %) ;
  - l'efficacité du programme : nombre (et pourcentage par zone géographique) de femmes positives au VPH qui procèdent à l'ablation thermique le jour même ou se présentent à un examen gynécologique (cible de l'OMS fixée pour l'horizon 2030 : 90 %) ;
  - l'équité du programme : variation des mesures relatives aux résultats obtenus en matière de couverture et d'efficacité en fonction du niveau d'éducation, du statut professionnel et de la résidence en communauté urbaine par rapport au fait de vivre en communauté rurale/reculée.
- Élaborer des indicateurs de processus et en faire régulièrement rapport, tels que :
  - les délais entre l'auto-prélèvement et la réception des résultats du test de dépistage du VPH, et entre le dépistage positif, le suivi et le traitement ;
  - le taux de suivi à 6-12 mois pour les femmes positives au VPH.

4.2.2.4 Gouvernance et financement

- Se tenir au courant des nouvelles technologies afin de se positionner en fonction du paysage en évolution rapide et du potentiel d'adoption de stratégies d'approvisionnement régionales *(43,46)*.
- Dans la mesure du possible, tirer parti des partenariats public-privé, de la philanthropie et de la bonne volonté des entreprises pour faciliter la mise en œuvre précoce et la réalisation des projets pilotes (par exemple, les programmes de santé des employés).
- Assurer un approvisionnement abordable et durable en tests de dépistage du VPH et en dispositifs de traitement :
  - normaliser l'achat de tests de dépistage du VPH présélectionnés par l'OMS lorsque cela est possible, ce qui pourrait faciliter les accords d'achat en gros ;
  - réserver des tests plus coûteux et présélectionnés sur le lieu de prestation de soins pour les utiliser conjointement avec un traitement le jour même, généralement dans les petites communautés éloignées ;
  - collaborer avec l'UNITAID pour garantir une tarification optimale des tests HPV et du matériel de thermocoagulation préqualifiés aux meilleurs prix disponibles.

4.3 Action stratégique 3 : Réduire la souffrance causée par le cancer du col de l'utérus en renforçant la disponibilité des services de diagnostic précoce, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs

Cette action stratégique peut être réalisée en adoptant et en mettant en œuvre la recommandation de l'OMS selon laquelle 90 % des femmes présentant des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge.

4.3.1 Lignes directrices de l'OMS

Lignes directrices de l'OMS *(47)*

Traitement

Les lignes directrices nationales fondées sur des données probantes doivent être utilisées pour sélectionner la modalité thérapeutique ou la combinaison de modalités thérapeutiques appropriée au stade concerné.

- Chirurgie – modalité primaire pour le cancer du col de l'utérus à un stade précoce. Elle peut également être appropriée en cas de maladie récurrente ou lorsqu'elle est utilisée dans le cadre de soins palliatifs. Le recours à la chirurgie doit être déterminé en fonction du stade de la maladie, de l'intention de préserver la fertilité et de l'état de santé de la patiente. Certaines patientes peuvent également avoir besoin d'une radiothérapie et/ou d'une chimiothérapie adjuvante.
- Radiothérapie – modalité curative primaire pour les femmes qui ne sont pas candidates à la chirurgie. Le type de radiothérapie (radiothérapie externe ou curiethérapie) doit être basé sur le stade de la maladie et les deux types sont nécessaires pour assurer un traitement curatif.
- Traitement systémique – la chimiothérapie est généralement effectuée en même temps que la radiothérapie plutôt que séparément. Elle peut également être administrée après une intervention chirurgicale (chimiothérapie adjuvante). Une chimiothérapie et une chirurgie néoadjuvantes peuvent être réalisées lorsque la radiothérapie n'est pas disponible ou lorsque des résections de lésions du col de l'utérus de grande taille à un stade précoce ne peuvent être effectuées.

Des plans de traitement individualisés devraient être préparés et examinés lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire.

Réadaptation

Les soins dispensés aux survivants devraient se poursuivre pendant au moins cinq ans après le traitement curatif (sauf en cas de récidive). Ils peuvent être mis en œuvre aux niveaux des soins domestiques, primaires, secondaires ou tertiaires et comprennent :

- la gestion des effets physiques et psychosociaux du traitement ;
- la prise en charge des maladies chroniques ;
- la promotion de la santé ;
- la surveillance des nouveaux cancers et des cancers récurrents.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs devraient être intégrés aux processus de diagnostic et de traitement du cancer du col de l'utérus. L'ensemble essentiel de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus *(48)* devrait être mis en œuvre par les agents de santé et des mesures supplémentaires devraient être prises pour réduire la souffrance, le cas échéant. Les soins palliatifs du cancer du col de l'utérus devraient permettre :

- de soulager les symptômes ;
- de favoriser le bien-être social en atténuant les effets de la pauvreté, de la stigmatisation et de l'isolement ;
- d'assurer une communication culturellement appropriée et empreinte de compassion ;
- d'inclure la planification et la coordination des soins.

4.3.2 Recommandations de l'OMS

S'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, la plupart des cas de cancer du col de l'utérus peuvent être traités avec intention de guérir la patiente en recourant soit à la chirurgie soit à la radiothérapie. Dans le cadre de la Stratégie mondiale, l'OMS encourage tous les pays à renforcer leurs capacités chirurgicales, à améliorer l'accès aux services de radiothérapie et de chimiothérapie et, surtout, à élargir et intégrer les services de soins palliatifs pour réduire la souffrance *(47)*. La Stratégie mondiale fixe comme cible que 90 % des femmes ayant des lésions précancéreuses soient traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif soient prises en charge de manière appropriée.

L'ensemble essentiel de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus a été conçu pour répondre aux besoins des femmes atteintes de ce type *(48)*. Il s'agit d'une adaptation réalisée à partir de l'ensemble essentiel de soins palliatifs créé par la Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief (Commission du Lancet sur les soins palliatifs et le soulagement de la douleur) *(49)* et de l'ensemble essentiel de soins palliatifs de l'OMS pour les soins de santé primaires *(50)*. Il se compose d'un ensemble d'interventions, de médicaments, d'équipements simples et de soutien social, qui sert de guide aux États Membres pendant qu'ils renforcent leur capacité à fournir des soins palliatifs *(50)*.

4.3.3 Mesures pour atteindre les objectifs

Il est entendu que la prise en charge du cancer du col de l'utérus ne se fait pas de manière isolée, et que les efforts qui visent à améliorer l'accès au traitement s'inscriront dans le cadre des services de prise en charge du cancer existants.

Il importe également de noter que tout renforcement des services de traitement bénéficiera aussi aux patientes qui souffrent d'autres types de cancers et qui sont confrontées à d'autres conditions de fin de vie nécessitant des soins palliatifs. Il est possible de mettre à profit le programme d'élimination du cancer du col de l'utérus afin d'améliorer l'accès aux services indispensables pour lutter contre d'autres types de cancer.

La consultation a révélé que moins d'un tiers des États Membres de la Région disposent de services de traitement largement disponibles, et que seuls 15 % d'entre eux ont un large accès aux soins palliatifs. La plupart des parties prenantes n'ont pas pu estimer la proportion de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer dans leur pays et qui bénéficient d'un traitement approprié. Près d'un tiers des pays et territoires ayant répondu ne disposaient d'aucun service de soins palliatifs. Des solutions innovantes sont nécessaires, telles que des modèles de proximité communautaire, comme c'est le cas au Qatar. Le programme dans ce pays cible les membres de la famille des patientes, en leur fournissant une formation pour un soutien tant psychologique que technique. Un tel programme permet de renforcer les capacités des communautés au-delà du cancer du col de l'utérus.

Le fait que les femmes ne savaient pas comment obtenir des soins, le manque de systèmes d'orientation-recours clairs, la pénurie de services de soins palliatifs et de radiothérapie, l'absence de médicaments essentiels, les obstacles liés à l'emplacement géographique et au coût, et la capacité limitée des prestataires de soins primaires à fournir des informations sur les options thérapeutiques et à leur fournir un soutien à cet égard constituaient les principaux

obstacles entravant la réalisation des cibles de l'OMS en matière de traitement approprié et l'établissement de rapports à ce sujet. La peur du traitement du cancer et la pression sociétale qu'entraîne le diagnostic du cancer du col de l'utérus ont également été considérées comme des obstacles importants. Les pays confrontés à des situations de conflit ou d'après-conflit devront surmonter des défis importants en matière de ressources et d'infrastructures pour élaborer et mettre en œuvre des ensembles de soins anticancéreux de base *(44,51,52)*.

4.3.3.1 Prestation de service

- Examiner, mettre à jour et/ou élaborer des protocoles de meilleures pratiques afin de les aligner sur les cadres actuels de l'OMS *(47)* pour garantir la disponibilité d'un diagnostic, d'un traitement et de soins de soutien appropriés pour les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus.
- Définir clairement les systèmes d'orientation-recours optimaux.
- Soutenir l'application de l'imagerie multimodale pour faciliter la détermination du stade du cancer (par exemple, échographie et pyélographie intraveineuse) et les interventions chirurgicales guidées par l'image pour le cancer du col de l'utérus à un stade avancé *(47)*.
- Promouvoir la mise en place et le renforcement de comités multidisciplinaires chargés de la lutte contre les tumeurs en présentiel ou en mode virtuel.
- Favoriser l'élaboration de plans de soins de fin de vie, comprenant un soulagement de la douleur approprié et conforme aux meilleures pratiques. Permettre les soins à domicile, si nécessaire, y compris par la fourniture d'une formation et d'un soutien aux membres de la famille et de la communauté.
- Promouvoir et assurer un soutien psychologique adéquat à toutes les femmes et leurs familles, en particulier en ce qui concerne les soins palliatifs.
- Veiller à l'intégration des connaissances, de l'expertise et des services en matière de soins palliatifs aux soins de santé primaires et aux soins multidisciplinaires.
- Assurer un accès équitable aux interventions chirurgicales, à la chimiothérapie, à la radiothérapie et aux soins palliatifs ainsi qu'une protection financière à cet égard (par exemple, par le biais de régimes d'assurance maladie nationaux).
- Poursuivre la mise en place d'infrastructures de soins hospitaliers et ambulatoires en gynécologie et en oncologie gynécologique.
- Mobiliser des agents de santé communautaires pour aider les femmes à s'orienter au sein des services de santé.
- Mener des recherches qualitatives afin de mieux comprendre dans quelle mesure les femmes connaissent les services, ainsi que les obstacles et les facteurs favorables à l'accès aux soins.

4.3.3.2 Personnels de santé

- Renforcer les capacités du personnel des soins primaires à faciliter le diagnostic du cancer du col de l'utérus et à favoriser l'accès des femmes au secteur de la santé tertiaire et aux soins après le diagnostic, y compris, si nécessaire, aux soins de fin de vie prodigués avec compassion.

- Examiner les capacités du personnel et élaborer des plans pour combler les lacunes au sein du système d'enseignement médical national. Investir dans le renforcement des capacités dans les domaines de la radiologie, de la chirurgie, de l'oncologie et des soins palliatifs.
- Renforcer la capacité à fidéliser le personnel grâce à des modèles de financement innovants et mettant à disposition des opportunités de développement professionnel.
- Consolider la capacité du personnel à fournir des services de soins palliatifs à domicile, éventuellement par l'intermédiaire de cadres communautaires.
- Renforcer les capacités du personnel clinique par le biais de la formation et de la sensibilisation, tant sur le plan clinique que sur celui de la compassion, afin de garantir que les prestataires de services ne portent pas de jugement et de favoriser l'accès à des soins fondés sur des données probantes. Un personnel mieux informé permettrait de sensibiliser le public et de réduire la stigmatisation généralisée.
- Établir des partenariats avec des associations professionnelles internationales pour renforcer les capacités et assurer la mise à jour des connaissances sur le traitement chirurgical, systémique et radiothérapeutique du cancer invasif du col de l'utérus.

4.3.3.3 Systèmes d'information sanitaire

- Continuer à renforcer les systèmes d'enregistrement des cancers pour éclairer les estimations de la charge de morbidité relatives à l'incidence du cancer, à la mortalité, au stade du cancer au moment du diagnostic et à la survie :
  - examiner la disponibilité et la qualité des données requises et déterminer si les données actuellement recueillies dans le cadre de systèmes d'information sanitaire disparates peuvent être regroupées ;
  - l'intégration de la CSU et d'un identifiant unique national pour chaque patiente constitue des mesures importantes pour mettre en place des registres solides et complets ; un identifiant universel pour chaque patiente peut faciliter l'intégration des données pour surveiller l'adhésion au traitement et les résultats.
- Mettre au point des indicateurs de résultats et de processus et en faire régulièrement rapport, tels que :
  - la *couverture* du programme : nombre (et pourcentage de la population éligible en fonction de l'âge par zone géographique) de femmes positives au VPH qui bénéficient du suivi recommandé ; nombre de femmes atteintes d'un cancer invasif du col de l'utérus qui reçoivent des soins optimaux en temps opportun (cible de l'OMS fixée pour l'horizon 2030 : 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif du col de l'utérus sont traitées de manière appropriée) ;
  - *l'efficacité* du programme : nombre (et pourcentage par zone géographique) de femmes atteintes d'un cancer invasif du col de l'utérus qui reçoivent un ensemble essentiel de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus ; l'option d'enregistrer les résultats rapportés par les patientes ;

- l'*équité* du programme : variation des mesures relatives aux résultats obtenus en matière de couverture et d'efficacité en fonction du niveau d'éducation, du statut professionnel et de la résidence en communauté urbaine par rapport au fait de vivre en communauté rurale/reculée ;
- l'incidence du cancer, la mortalité, stade du cancer au moment du diagnostic, la survie et le rapport mortalité/incidence.

4.3.3.4 Accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux essentiels

- Assurer l'accès à des médicaments et à des dispositifs médicaux de qualité garantie pour le traitement et le diagnostic du cancer et en assurer l'approvisionnement :
  - collaborer avec des partenaires régionaux pour envisager la mise en place de modèles de production ou d'achat locaux et régionaux ;
  - examiner les moyens permettant de faire participer les prestataires privés, les autorités de réglementation et les autres parties prenantes et de les sensibiliser à la nécessité de rendre les médicaments et les dispositifs médicaux essentiels disponibles et abordables pour les patientes, y compris la déstigmatisation du recours aux opioïdes pour la prise en charge du cancer.
- Passer en revue les cadres réglementaires de chaque pays afin d'assurer un approvisionnement continu et suffisant en médicaments essentiels tels que les opioïdes, ainsi que l'achat, l'entretien et la réglementation des dispositifs médicaux utilisés pour le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus.

4.3.3.5 Financement

- Examiner les moyens par lesquels l'intégration des soins palliatifs aux soins multidisciplinaires et de santé primaires permet de réduire les coûts d'accès à ces services.
- Envisager des options qui permettent d'alléger la charge financière du traitement.
- Inclure les services de traitement du cancer du col de l'utérus dans les programmes de prestations prioritaires prévus dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

4.4 Action stratégique 4 : Consolider les systèmes de santé pour assurer une prestation intégrée, efficiente et équitable de services de qualité pour les trois piliers de la vaccination, du dépistage et du traitement, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation appropriés et efficaces

Cette action stratégique peut être réalisée en renforçant les modèles de soins par le biais du développement des capacités du personnel de santé, de l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux diagnostics, et en améliorant les systèmes d'information sanitaire, garantissant ainsi l'intégration des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans les systèmes de couverture sanitaire universelle.

4.4.1 Recommandations de l'OMS

Le *WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer* [Cadre de l'OMS pour renforcer et intensifier les services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus] *(47)* présente des recommandations pour la consolidation des systèmes de santé dans le contexte du cancer du col de l'utérus dans les trois axes de travail. Le cadre fait référence à un cycle qui englobe trois domaines essentiels : évaluation et planification ; suivi et évaluation ; mise en œuvre et intensification. L'évaluation et la planification comprennent la gouvernance, l'analyse de la situation et l'optimisation de la prestation de services. Le suivi et l'évaluation incluent l'amélioration de la qualité et le suivi au niveau de la population/des établissements. La mise en œuvre et l'intensification englobent l'élaboration de lignes directrices pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus, la mise en place d'un personnel solide, l'accès aux médicaments et aux dispositifs, la stabilité du financement et de l'accès au soutien financier, ainsi que la création de systèmes de surveillance et d'information *(47)*.

Il importe de noter que les recommandations du cadre de l'OMS *(47)* s'appuient sur les progrès accomplis dans d'autres domaines de la santé ou contribuent à leur réalisation. Ces domaines peuvent être considérés comme faisant l'objet d'une plus grande priorité pour les différents pays et territoires. Il est donc essentiel que les mesures recommandées indiquées ci-dessous soient considérées comme des mesures visant à renforcer non seulement la prévention et la lutte anticancéreuse du col de l'utérus, mais aussi l'ensemble du système de santé.

4.4.2 Mesures pour atteindre les objectifs

Il est impératif de disposer de lignes directrices et de protocoles nationaux fondés sur des données probantes, élaborés avec la collaboration de toutes les parties prenantes pour assurer la prestation de soins de qualité du cancer du col de l'utérus *(47)*. Pour obtenir des résultats optimaux, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de ces lignes directrices doivent être systématiquement intégrés et adaptés au contexte du pays *(47)*. Les réponses fournies lors de la consultation suggèrent que l'élaboration et l'adoption de lignes directrices nationales en matière de prévention et de lutte anticancéreuse varient d'une région à l'autre. Tous les pays qui disposent de lignes directrices ont indiqué qu'ils prévoyaient d'inclure la progression vers les cibles d'élimination du cancer du col de l'utérus dans les futures versions des lignes directrices sur la prévention du cancer. Toutefois, 10 répondants sur 20 ont déclaré qu'il n'existait pas de lignes directrices nationales, sept d'entre eux ayant indiqué qu'ils étaient en train de préparer ou d'élaborer de telles ressources **(voir tableau 1)**.

Les modèles de gouvernance doivent également être fortement adaptés au contexte et mis au point avec la contribution des programmes existants tels que ceux consacrés à la lutte contre le cancer, à la santé reproductive, à la vaccination ou aux services de prise en charge des maladies non transmissibles. Ceci est particulièrement important pour les pays à faible revenu ou qui disposent de ressources limitées. Au cours de la consultation, les trois principaux obstacles à l'intensification étaient les suivants : a) le manque de ressources ou de capacités ; b) le fait que la lutte contre le cancer du col de l'utérus ne soit pas

Tableau 7. Obstacles à l'intensification des services de prévention du cancer du col de l'utérus

Obstacles à l'intensification des services de prévention du cancer du col de l'utérus	Pourcentage
Manque de ressources ou de capacités	60 %
Absence de prise en compte en tant que priorité de niveau élevé	60 %
Priorité accordée à la pandémie de COVID-19	45 %
Besoin d'informations supplémentaires sur la charge du cancer du col de l'utérus dans notre pays	40 %
Besoin d'informations supplémentaires sur la stratégie de l'OMS	35 %
Manque de volonté politique	35 %
Absence d'expertise et de soutien technique	35 %
Autres obstacles ou problèmes	25 %
Aucune des propositions ci-dessus	10 %

considérée comme une haute priorité ; et c) la priorité accordée à la pandémie de COVID-19 **(Tableau 7)**. Le renforcement de la gouvernance, y compris la définition des responsabilités et des processus, permettra de donner la priorité aux mesures visant à améliorer la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

Bien que la priorité accordée à la lutte contre la COVID-19 ait été considérée comme un obstacle à l'intensification de la progression vers l'élimination du cancer du col de l'utérus, il se peut que la pandémie ait également créé des opportunités dont il est possible de tirer parti. Il est probable que la Région dispose d'infrastructures nouvelles et renforcées pour soutenir à la fois la vaccination et les tests moléculaires.

Les répondants à l'enquête ont mis en évidence des manques de disponibilité des traitements et des soins palliatifs, la plupart des parties prenantes faisant état de lacunes dans les secteurs public et privé en matière de radiothérapie et de soins palliatifs. L'accès équitable, la protection financière et la réglementation des secteurs privé et public devraient être prioritaires au niveau national.

4.4.2.1 Prestation de service

- Mettre en place des circuits d'orientation-recours clairs, assortis de cibles qui visent à réduire les retards de diagnostic et de traitement.
- Veiller à ce que le secteur privé s'engage à fournir des services conformes aux meilleures pratiques.
- Soutenir la collaboration pluridisciplinaire dans toute la Région avec des représentants des États Membres, d'autres programmes de santé (VIH/sida, MNT, gynécologie et santé de la femme, santé de l'adolescent, lutte contre le cancer, vaccination), des économistes de la santé, des milieux universitaires, des défenseurs des droits des patientes et des organisations non gouvernementales.

- Inclure les interventions de prévention et de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses liées au VPH dans les systèmes d'assurance maladie nationaux, afin de garantir l'accès aux soins pour toutes les femmes qui en ont besoin, sans qu'elles soient confrontées à des dépenses de santé catastrophiques.

4.4.2.2 Personnels de santé

- Mettre davantage l'accent sur le rôle et les capacités des prestataires de soins primaires dans la mise en place de programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Soutenir les capacités du personnel de santé en identifiant les domaines dans lesquels il y a des besoins et en créant une répartition optimale des personnels qualifiés pour appuyer la mise en œuvre de programmes de vaccination contre le VPH, de dépistage du cancer du col de l'utérus, de traitement et de soins palliatifs, qu'ils soient nouveaux ou en cours.
- Élaborer des plans pour combler les lacunes identifiées en matière de personnel au sein du système d'enseignement médical national.
- Assurer le renforcement continu des capacités et l'adaptabilité aux nouvelles options de vaccination, de dépistage et de traitement.

4.4.2.3 Systèmes d'information sanitaire

- Évaluer ou élaborer des méthodes de collecte, de compilation et de communication des données adaptées à l'infrastructure sanitaire locale, en tenant explicitement compte des accords de gouvernance et de partage des données pour les ensembles de données nationaux et la mise en place de registres.
- Examiner ou créer des ensembles de données minimaux qui permettent de recueillir des données sur l'incidence, le diagnostic, la détermination du stade du cancer, le traitement et la mortalité.
- Établir ou renforcer les registres du cancer basés sur la population afin de recueillir en temps utile des données précises.
- Mettre en place ou renforcer les registres de dépistage pour suivre la participation des femmes à travers le processus de dépistage et faciliter le suivi des femmes qui ont été perdues de vue avant la prise en charge des lésions précancéreuses.
- Définir des cibles et mettre au point des indicateurs nationaux pour suivre les progrès accomplis en vue de l'élimination et contribuer à plaider en faveur de nouvelles mesures.
- Élaborer et mettre en œuvre des mécanismes d'établissement de rapports réguliers sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles et indicateurs nationaux.
- Renforcer les capacités afin de surveiller l'équité vaccinale, la participation au dépistage et les résultats liés au cancer.
- Collaborer avec le le Pôle régional pour l'enregistrement du cancer du Centre international de recherche sur le cancer en Afrique du Nord, en Asie centrale et de l'Ouest afin d'accéder aux données sur la mortalité et à d'autres sources de données *(53)*.
- Conformément au *Cadre d'action OMS sur la prévention et la lutte anticancéreuses dans la Région de la Méditerranée orientale 2019 (54)*, élaborer des plans de recherche adaptés à chaque pays afin de

répondre aux priorités spécifiques à l'élimination du cancer du col de l'utérus.

4.4.2.4 Accès aux technologies et aux médicaments essentiels

- Améliorer ou maintenir l'accès aux vaccins, tests, dispositifs et médicaments essentiels (y compris les opioïdes utilisés dans le cadre des soins palliatifs) afin d'assurer la disponibilité des services de base et des médicaments et dispositifs indispensables pour atteindre les cibles intermédiaires 90-70-90 de l'OMS.
- Projeter de créer des partenariats régionaux pour assurer la fabrication ou l'approvisionnement locaux afin de réduire les coûts et d'améliorer l'accès.
- Envisager de collaborer avec des prestataires privés afin de créer des consortiums nationaux fondés sur un partenariat public-privé pour l'achat et la maintenance de technologies sanitaires abordables.

4.4.2.5 Gouvernance et financement

- Passer en revue, actualiser et/ou élaborer des politiques nationales de lutte contre le cancer du col de l'utérus en fonction des données les plus fiables disponibles, du Cadre régional de lutte contre le cancer *(54)* et de la *Stratégie mondiale* de l'OMS *en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique (2)*.
- Veiller à ce que les lignes directrices et/ou politiques définissent explicitement la gouvernance, les responsabilités et les processus.
- Réaligner les cibles et les plans du programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus sur les cibles intermédiaires 90-70-90 de l'OMS afin de refléter les objectifs régionaux et mondiaux en matière d'élimination du cancer du col de l'utérus.
- Tirer parti des outils d'analyse de rentabilité et de modélisation disponibles à l'échelle mondiale pour examiner régulièrement le rapport coût-efficacité et l'accessibilité économique, compte tenu de la réduction prévue des coûts de la vaccination et du dépistage du VPH, de la nouvelle politique de vaccination à dose unique et de révisions potentielles des estimations de la charge de morbidité effectuées par les États Membres au fil du temps, à mesure que la collecte de données s'améliore.
- Passer en revue les programmes nationaux et assurer leur concordance avec des soins de qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs.
- Renforcer les structures de gestion et définir les responsabilités et les processus afin d'assurer une mise en œuvre, un suivi et une réalisation cohérents des cibles intermédiaires de l'OMS.
- Consolider les relations entre les secteurs public et privé, ainsi que le potentiel permettant de combler les lacunes des systèmes, en particulier dans le domaine du traitement du cancer, le cas échéant.
- Assurer une protection financière contre les coûts catastrophiques liés au diagnostic du cancer.
- Mettre en place des mécanismes de gouvernance pour soutenir la coordination du système d'orientation-recours, en définissant des cibles qui visent à réduire les délais de diagnostic et de traitement.

- Inclure les services de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus dans les programmes de prestations prioritaires prévus dans le cadre de la CSU.
- Assurer le renforcement continu des capacités et l'adaptabilité aux nouvelles options de vaccination, de dépistage et de traitement.

4.5 Action stratégique 5 : Améliorer la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour lutter contre la réticence face à la vaccination, accroître la sensibilisation à la prévention et au traitement et renforcer l'acceptabilité sociale de l'infection à VPH et du diagnostic du cancer du col de l'utérus

Cette action stratégique peut être réalisée en suscitant le soutien public et politique en faveur des cibles d'élimination, en fournissant des informations sur les programmes de prévention, de dépistage et de traitement, et en améliorant l'acceptation sociale de l'infection à VPH et du cancer du col de l'utérus.

Un thème récurrent abordé lors de la consultation était la crainte que la réticence face à la vaccination, alimentée à la fois par la stigmatisation de la société liée au VPH et les inquiétudes concernant l'innocuité des vaccins, ne constitue un obstacle potentiel à la réussite de la mise en œuvre des programmes de vaccination. Les perceptions négatives associées au diagnostic de cancer du col de l'utérus ont également été soulevées en tant qu'obstacle à la mise en place des programmes de traitement, tout comme le fait que les femmes ne savent ni où ni comment accéder au traitement.

Pour que les pays et territoires de la Région puissent progresser vers les cibles d'élimination, il est essentiel de lutter contre la réticence face à la vaccination et de veiller à ce que des efforts de communication adaptés soient déployés pour accroître l'acceptabilité. Il est indispensable que chaque État Membre comprenne parfaitement les facteurs liés à la réticence face à la vaccination.

En plus des obstacles empêchant d'atteindre les cibles d'élimination, les parties prenantes ont également perçu des niveaux de soutien variables de la part de différents secteurs dans leur pays, comme présenté dans le **tableau 8**.

Dans le cadre de la recherche validée par un comité de lecture, un certain nombre d'études ont été menées dans toute la Région pour évaluer les connaissances et la prise de conscience des femmes, des parents et des prestataires de soins de santé au sujet des initiatives de prévention du cancer du col de l'utérus

Tableau 8. Soutien perçu par les États Membres vis-à-vis des cibles d'élimination

Soutien	Oui (%)	Non (%)	Incertain(e) (%)
Soutien politique	13 (65)	3 (15)	4 (20)
Soutien des parties prenantes*	16 (80)	3 (15)	1 (5)
Soutien public	6 (30)	7 (35)	7 (35)

* Cliniciens, sociétés, organisations non gouvernementales.

et l'acceptabilité de ces initiatives pour ces derniers. La plupart des études ont constaté que les pays de la Région ont un faible niveau de connaissances en ce qui concerne le VPH et le vaccin associé *(55-59)* ; cependant, le soutien à la vaccination contre le VPH chez les femmes était souvent élevé *(60-62)*. La plupart des femmes souhaitaient obtenir davantage d'informations sur la vaccination utilisée à cet égard et les options de dépistage *(62-65)*, notant que le taux de recours au dépistage dans la Région a régulièrement été signalé comme faible *(66,67)*. La peur et la gêne sont souvent citées comme des obstacles à la recherche de soins *(65,68)*.

De nombreux travaux de recherche ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les connaissances et/ou les attitudes des professionnels de la santé en matière de plaidoyer en faveur de la prévention du cancer du col de l'utérus *(69)*. Par exemple, des recherches menées auprès d'obstétriciens et de gynécologues dans un pays ont démontré que ces derniers avaient une connaissance sous-optimale en matière de cancer du col de l'utérus, moins de la moitié d'entre eux ayant déclaré qu'ils avaient effectué un frottis vaginal et prescrit le vaccin contre le VPH à leurs patientes *(70)*. De même, dans une autre étude, un tiers des femmes gynécologues n'avaient jamais réalisé elles-mêmes de frottis *(71)*.

4.5.1 Recommandations de l'OMS

La Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus présente des stratégies de communication et de sensibilisation à différents stades des mesures stratégiques, ainsi que des recommandations spécifiques concernant les partenariats, la collaboration multisectorielle, le plaidoyer et la communication.

4.5.2 Mesures pour atteindre les objectifs

Des campagnes de communication, de plaidoyer et d'éducation devront être mises en place au niveau national et devront aborder la question de la diversité de la population dans les pays et territoires de la Région.

4.5.2.1 Lutter contre la réticence face à la vaccination

- Aligner l'approche en matière de communication sur le document « Communication sur le vaccin anti-HPV de l'OMS : considérations particulières pour un vaccin unique. Révision 2016 » *(72)*.
- Avant le déploiement des programmes de vaccination contre le VPH, collaborer avec les communautés et les dignitaires religieux de s'employer activement à obtenir une approbation proactive pour le programme de vaccination. Assurer de manière proactive l'éducation et la sensibilisation des principaux alliés/parties prenantes, tels que les professionnels de la santé, le secteur de l'éducation et les médias.
- Créer une demande en faveur du vaccin contre le VPH au niveau communautaire (en adoptant une approche fondée sur les droits) par le biais de la sensibilisation et de l'identification de défenseurs de la cause. S'intégrer à d'autres programmes de sensibilisation, le cas échéant.
- Élaborer des informations fondées sur des données probantes pour surmonter la réticence face à la vaccination et lutter contre les informations fausses, en fonction des contextes locaux.
- Veiller à ce que les campagnes tiennent compte des personnes qui

prennent des décisions au sein des ménages et que les messages soient diffusés de manière équitable.

- Les informations doivent permettre de répondre aux hésitations spécifiques concernant les problèmes d'innocuité et d'améliorer l'acceptabilité par le public du diagnostic d'infection à VPH et de cancer du col de l'utérus.
- Préparer des mesures et des protocoles de manière proactive pour faire face aux informations fausses, notamment en faisant appel à des porte-parole experts pour lutter contre le mouvement anti-vaccination.
- Mettre en place des stratégies d'intervention rapide pour combattre les informations fausses relatives aux vaccins.
- S'aligner sur les programmes de vaccination et les stratégies de communication existants, y compris les enseignements tirés du déploiement de la vaccination contre la COVID-19 (par exemple, être innovant, proactif et préparé à communiquer sur l'importance du vaccin contre le VPH).

4.5.2.2 Améliorer l'acceptation publique de l'infection à VPH et du cancer du col de l'utérus

- Élaborer des informations adaptées au contexte et aux spécificités culturelles sur la stratégie d'élimination, le cancer du col de l'utérus et le VPH pour accroître la participation aux programmes de vaccination et de dépistage et encourager le recours précoce aux soins pour les femmes qui présentent des symptômes de cancer du col de l'utérus. Des informations peuvent être fournies dans des contextes relatifs à la santé reproductive et des adolescents, ainsi que dans le cadre des soins de santé primaires et des activités liées à la santé de la population.
- Mettre en place et/ou renforcer des stratégies d'éducation et de communication appropriées sur le plan culturel pour améliorer les perceptions du public concernant le VPH et le cancer du col de l'utérus, en particulier à l'égard des jeunes filles qui sont vaccinées.
- Collaborer avec la société civile et les organisations non gouvernementales pour diffuser des informations et des messages sur le VPH et le cancer du col de l'utérus afin d'améliorer la compréhension et les perspectives du public.

4.5.2.3 Améliorer les connaissances et les capacités des prestataires de soins de santé en matière de prévention du cancer du col de l'utérus

- Tirer parti des résultats des programmes de recherche dans la Région pour mettre au point des campagnes de sensibilisation et de communication ciblées visant à améliorer la connaissance de la stratégie d'élimination, ainsi que des avantages de la vaccination et du dépistage et du moment auquel ils doivent être pratiqués.
- Sensibiliser les prestataires de soins de santé à la déstigmatisation liée au VPH et au cancer du col de l'utérus et à devenir des porte-parole et des partisans efficaces de l'élimination, notamment en les encourageant à faire participer les femmes et les jeunes filles aux activités de prévention.

4.5.2.4 Plaidoyer

- Déployer des efforts pour mettre en place des campagnes de plaidoyer

à tous les niveaux, y compris le gouvernement, la société civile et le public :

  - faire participer les femmes et les filles en adoptant une approche fondée sur les droits ;
  - élaborer un plan d'action progressif pour impliquer les principaux décideurs et susciter la volonté politique ;
  - identifier les partisants de la cause au niveau local qui soutiennent les efforts d'élimination ;
  - envisager la création de partenariats public-privé et favoriser la philanthropie corporative en vue d'obtenir un soutien en faveur de l'élimination ;
  - tirer parti d'autres programmes et initiatives en matière de prévention du cancer et de santé de la femme ;
  - inclure les personnes privées de leurs droits et sous-vaccinées.

- Impliquer les décideurs pour faire en sorte que les politiques nationales définissent des cibles pertinentes et spécifiques en matière de vaccination, de dépistage et de traitement du col de l'utérus.
- Faire de la mobilisation sociale une stratégie permettant d'accroître l'acceptation de la vaccination et le recours au dépistage et d'améliorer les attitudes vis-à-vis de l'infection à VPH et du diagnostic du cancer du col de l'utérus ; insister sur le fait que la vaccination est la stratégie à long terme pour la prévention du cancer.
- Reconnaître le rôle potentiel que peuvent jouer les programmes de survie au cancer et la voix des survivants dans le renforcement de la sensibilisation et au soutien des actions stratégiques.
- Mettre en commun les résultats, les exemples de réussite et les expériences dans toute la Région, étant donné que les pays se trouvent à différents stades de mise en œuvre et peuvent apprendre les uns des autres.

4.5.2.5 Littératie en santé

- Mettre en place des programmes d'éducation sur les droits, le consentement éclairé et la sensibilité liée au genre ; considérer les écoles comme un point d'entrée pour atteindre les filles et les parents.
- Mettre en place des programmes d'éducation sur les signes et symptômes du cancer du col de l'utérus afin de permettre un diagnostic précoce.
- Sensibiliser aux services de prévention et de traitement des lésions précancéreuses.
- Veiller à ce que la communication et les programmes en matière de santé tiennent compte des différences de genre.
- Communiquer clairement aux prestataires de soins et à l'ensemble de la communauté les systèmes et moyens d'orientation-recours convenus pour accéder aux services de vaccination, de dépistage et de traitement.
- Envisager l'élaboration de ressources rédigées en langage simple et clair qui seront largement diffusées dans les établissements de santé et dans la communauté.

4.5.2.6 Campagnes

- Mettre en place des campagnes ciblées de sensibilisation à la vaccination anti-VPH et au dépistage du col de l'utérus ; diffuser des messages indiquant que le cancer du col de l'utérus peut être évité et guéri.
- Mettre en œuvre des activités de communication innovantes en utilisant divers moyens (par exemple la messagerie, les médias traditionnels et sociaux, les panneaux d'affichage dans la communauté) et une communication spécifique au contexte (par exemple pour la langue, le dialecte, les questions de genre) afin d'accroître la sensibilisation à grande échelle.
- Mobiliser des cliniciens experts, des défenseurs des patientes, des survivantes du cancer du col de l'utérus, des leaders d'opinion et des chefs traditionnels et religieux (multisectoriels, y compris des religions non majoritaires) pour devenir les porte-parole des campagnes de sensibilisation.

5. Mise en œuvre

Le succès de la mise en œuvre de la stratégie régionale dépendra de l'engagement ferme des États Membres et permettra de promouvoir davantage le droit des adolescentes et des femmes à la santé grâce à l'accès à des services de santé de qualité et équitables. La stratégie sert d'outil de plaidoyer pour mobiliser la volonté politique, motiver la société civile et impliquer la population dans l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Les mesures prévues par la présente stratégie doivent être considérées comme une opportunité de renforcer les systèmes globaux et les réseaux nationaux de soins du cancer. La nature transversale des initiatives peut contribuer à renforcer l'intégration globale des services et à améliorer la santé de la population dans la Région.

L'investissement des États Membres dans la planification et la mise en œuvre des systèmes et des programmes facilitera les progrès vers la réalisation des cibles d'élimination. La coordination entre les pays pour réaliser des gains d'efficacité au niveau des achats permettra d'assurer un financement durable.

La participation au niveau national sera essentielle pour adapter les actions comprises dans la stratégie aux besoins en fonction de chaque contexte. Chaque pays/territoire devra élaborer ou examiner sa stratégie nationale, dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer, parallèlement à la mise en place d'un plan de mise en œuvre adapté au contexte qui s'appuie sur les actions stratégiques décrites dans la stratégie régionale. Les plans de mise en œuvre propres à chaque pays doivent tenir compte de l'infrastructure et des ressources disponibles dans ce contexte. Cela permettra de surmonter les obstacles individuels et structurels locaux susceptibles de priver les adolescentes et les femmes, en particulier celles qui ne sont pas suffisamment dépistées et/ou ont un accès limité à la vaccination, au dépistage et au traitement du VPH *(73)*. Des structures de gouvernance et de direction appropriées dans chaque pays et/ou territoire seront essentielles à l'organisation de ces activités.

Le cancer du col de l'utérus est unique dans la mesure où il s'agit d'une maladie non transmissible causée par un agent infectieux. Cette maladie peut être difficile à prendre en charge dans les structures cloisonnées du système de santé, car une lutte efficace nécessite une collaboration entre les groupes du système de santé, à tous les niveaux, qui n'ont peut-être jamais coopéré auparavant. Cependant, étant le seul cancer presque entièrement causé par un agent infectieux, il s'agit du premier cancer que la communauté mondiale a tenté d'éliminer. La santé reproductive représentant un droit pour toutes les femmes de la Région, celles-ci, leurs familles et leurs communautés méritent que nous déployions des efforts collectifs pour nous unir autour de cet objectif commun.

5.1 Mise à profit et renforcement des partenariats

Il sera nécessaire de maintenir un engagement et d'établir des partenariats solides continus avec les principales parties prenantes impliquées dans l'orientation et la facilitation de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, y compris l'OMS, les institutions des Nations Unies, telles que l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et le CIRC, et les organisations qui influencent et façonnent les marchés commerciaux qui produisent des vaccins et des technologies de dépistage et de traitement (Gavi, Unitaid et PATH). Des partenariats analogues doivent être encouragés aux niveaux régional et national. Une collaboration durable avec les organisations non gouvernementales permettra de soutenir la mise en œuvre de la stratégie régionale.

La collaboration multisectorielle entre les pays et en leur sein, en s'appuyant sur les atouts du gouvernement et de la société civile, donnera l'opportunité de renforcer la dynamique et permettra aux partenaires et aux parties prenantes de contribuer de manière productive. Comme l'ont noté les représentants régionaux lors de consultations précédentes, la coordination de la stratégie d'élimination avec d'autres programmes, dont la vaccination, la santé des adolescents, la santé à l'école, la santé sexuelle et reproductive et les programmes de lutte contre le cancer, est essentielle pour éviter la mise en place de systèmes verticaux cloisonnés.

5.2 Mobilisation des ressources

Un certain nombre de stratégies ont été proposées tout au long du présent document pour faciliter la mobilisation de ressources, comme indiqué ci-après :

- Réduire la stigmatisation et la discrimination existantes associées à l'infection à VPH et au cancer du col de l'utérus, et entreprendre un plaidoyer continu pour souligner l'importance de l'élimination du cancer du col de l'utérus. Une vaste collaboration avec les gouvernements, les organisations et les chefs religieux, les établissements universitaires, la société civile, les organisations non gouvernementales internationales et les associations professionnelles est essentielle et doit être mise à profit pour soutenir la réalisation de ces activités.
- Optimiser la mise en place des partenariats régionaux et public-privé pour permettre la négociation efficace des prix des vaccins, des technologies et des médicaments essentiels.
- Utiliser le programme d'élimination du cancer du col de l'utérus pour renforcer les capacités nationales et régionales

en matière de suivi, de diagnostic, de traitement et de soutien des personnes atteintes de tous les types de cancer, ce qui contribuera à réduire les inégalités mondiales croissantes associées à la mortalité due au cancer. Cet avantage collectif devrait être mis à profit pour plaider en faveur de la mobilisation des ressources afin de parvenir à l'élimination du cancer du col de l'utérus.

6. Suivi et évaluation

Les plans de mise en œuvre devront tenir compte du suivi et de l'évaluation des progrès accomplis au niveau national pour atteindre les cibles intermédiaires d'intensification fixées pour l'horizon 2030 et, à plus long terme, de l'impact des efforts d'élimination. Tous les pays et territoires devraient être en mesure de surveiller l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à cette maladie, grâce à des investissements appropriés dans la mise en place de registres du cancer et de systèmes d'enregistrement des décès. Cela leur permettra d'évaluer leur situation actuelle par rapport au seuil d'élimination et de surveiller leur rapport mortalité/incidence.

Une matrice d'orientation des plans de suivi et d'évaluation pour les trois piliers de la stratégie d'élimination est présentée dans le **tableau 9**. Elle comprend à la fois des indicateurs de résultat et de processus, ainsi que des indicateurs liés à la couverture, à l'efficacité et à l'équité. Les indicateurs que tous les pays et/ou territoires devraient pouvoir suivre sont notés comme « Essentiels ». Il est conseillé à tous les pays et/ou territoires de suivre les indicateurs portant la mention « Recommandés » dès que cela est possible. Les indicateurs désignés comme « À prendre en considération » sont ceux qui doivent être inclus lorsque les ressources le permettent.

Tableau 9. Matrice de suivi et d'évaluation pour les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale

Cible	Indicateur	Source
Moins de quatre cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes	**Essentiel : incidence nationale du cancer par an** Recommandé : incidence du cancer par zone géographique infranationale, type de cancer du col de l'utérus, âge, origine ethnique *À prendre en considération : incidence du cancer par stade*	Registre du cancer, pour les pays qui ne disposent pas d'une infrastructure pour établir des registres du cancer ou dont l'infrastructure est faible ; il s'agit d'un domaine prioritaire à renforcer dans le cadre de la stratégie. Des mesures provisoires telles que la réalisation d'enquêtes systématiques menées auprès des hôpitaux ou sur dossiers hospitaliers pourraient être mises en place comme indicateur temporaire
Réduction du rapport entre la mortalité et l'incidence	**Essentiel : mortalité due au cancer du col de l'utérus par an, incidence nationale du cancer par an** Recommandé : survie au cancer du col de l'utérus par type, mortalité due au cancer du col de l'utérus par type, âge, zone géographique infranationale, origine ethnique *À prendre en considération : survie au cancer du col de l'utérus par stade*	Registre du cancer Registre des décès Pour les pays qui ne disposent pas d'une infrastructure pour établir des registres du cancer ou dont l'infrastructure est faible ; il s'agit d'un domaine prioritaire à renforcer dans le cadre de la stratégie
90 % des filles entièrement vaccinées à l'âge de 15 ans	**Essentiel : couverture vaccinale nationale chez les filles par nombre de doses reçues avant l'âge de 15 ans** **Essentiel : surveillance des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) selon les normes de l'OMS *(74)*** Recommandé : couverture vaccinale par sexe et nombre de doses à l'âge de 15 ans, zone infranationale, origine ethnique/religion, type de vaccin, le cas échéant *À prendre en considération :* couverture vaccinale par niveau d'éducation des parents et leur statut professionnel *À prendre en considération :* enquêtes sur la prévalence du VPH (ces enquêtes ne sont PAS une condition préalable à la mise en œuvre et au suivi des programmes de vaccination contre le VPH, conformément à l'exposé de la position de l'OMS sur les vaccins anti-VPH) *(37)*	Registre de vaccination national (lorsqu'un registre n'est pas encore en place, il est possible d'utiliser des registres de données locales agrégées ou, au minimum, des enquêtes de couverture) Lié à d'autres ensembles de données nationales ou à une enquête de couverture ciblée avec collecte de variables démographiques supplémentaires Surveillance des MAPI au moyen d'une base de données dédiée

Tableau 9. Matrice de suivi et d'évaluation pour les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale (suite)

Cible	Indicateur	Source
70 % des femmes dépistées à l'âge de 35 ans et à nouveau à 45 ans	**Essentiel : couverture nationale du dépistage à l'âge de 35 ans (1 x) et à 45 ans (1 x et 2 x)** Recommandé : couverture du dépistage par zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille, statut sérologique au VIH, selon l'intervalle de dépistage recommandé au niveau national et le type de dépistage (le cas échéant) Recommandé : proportion de femmes dépistées positives au VPH (c'est-à-dire positives au VPH après la mise en place du dépistage) Recommandé : proportion de femmes dépistées qui reçoivent leurs résultats de dépistage du VPH Recommandé : proportion de femmes dépistées positives au VPH qui se présentent au suivi *À prendre en considération : couverture du dépistage par niveau d'éducation, statut professionnel* *À prendre en considération : proportion de femmes dépistées positives par zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille, statut sérologique au VIH, type de dépistage, le cas échéant* *À prendre en considération : proportion de femmes dépistées qui ont reçu les résultats du test de dépistage du VPH par zone infranationale, âge, origine ethnique et/ou religion, situation de famille, statut sérologique au VIH* *À prendre en considération : proportion de femmes dépistées positives qui se présentent au suivi par zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille, statut sérologique au VIH*	Registre de dépistage ; lorsqu'un registre n'est pas encore en place, il est possible d'utiliser des registres de données locales agrégées ou, au minimum, des enquêtes sur la participation
90 % des femmes chez qui des lésions précancéreuses ont été diagnostiquées sont traitées	**Essentiel : proportion de femmes chez qui des lésions précancéreuses du col de l'utérus (ou dont le résultat du dépistage est positif dans le cadre des programmes de dépistage et de traitement) ont été diagnostiquées et qui reçoivent un traitement** Recommandé : couverture du traitement par zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille *À prendre en considération : couverture du traitement par niveau d'éducation, statut professionnel*	Registre de dépistage ; lorsqu'un registre n'est pas encore en place, il est possible d'utiliser des registres de données locales agrégées ou, au minimum, des enquêtes cliniques

Tableau 9. Matrice de suivi et d'évaluation pour les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale (suite et fin)

Cible	Indicateur	Source
90 % des femmes chez qui un cancer du col de l'utérus a été diagnostiqué sont traitées	**Essentiel : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus qui reçoivent un traitement**	Systèmes d'orientation-recours et de suivi des patientes ; lorsqu'un système n'est pas en place, les informations peuvent être enregistrées dans le registre du cancer et mises en concordance avec les parcours de soins standard
	Recommandé : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus qui reçoivent un traitement optimal	
	Recommandé : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus satisfaites de leurs soins	Enquêtes sur la satisfaction des patientes
	Recommandé : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus qui ont besoin de services de soins palliatifs et qui peuvent y accéder	
	Recommandé : rapidité du traitement (délai médian entre le diagnostic et le traitement)	
	À prendre en considération : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus qui reçoivent un traitement par stade du cancer, type de traitement, zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille, niveau d'éducation, statut professionnel	
	À prendre en considération : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus et satisfaites de leurs soins, par stade du cancer, type de traitement, zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, état matrimonial, niveau d'éducation, statut professionnel	
	À prendre en considération : proportion de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus qui ont besoin de soins palliatifs et qui sont en mesure d'y accéder, par stade du cancer, zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, situation de famille, niveau d'éducation, statut professionnel	
	À prendre en considération : rapidité du traitement par stade du cancer, type de traitement, type de prestataire (public ou privé), zone infranationale, âge, origine ethnique/religion, état matrimonial, niveau d'éducation, statut professionnel	

Essentiel : il est essentiel que tous les pays et territoires en assurent le suivi.
Recommandé : il est recommandé à tous les pays et territoires d'effectuer un suivi dès que possible.
À prendre en considération : à prendre en considération dans les pays et territoires où les ressources sont disponibles.

Pour évaluer les activités de mise en œuvre au niveau national – afin de s'assurer que cette mise en œuvre permet de mener à bien les actions stratégiques requises – il est possible de s'appuyer sur des méthodes et des cadres scientifiques établis en la matière *(75,76)*. Des ressources de formation sont également disponibles pour aider les évaluateurs à renforcer les capacités de recherche et d'évaluation liées à la mise en œuvre dans leur contexte *(77)*.

Références

1. Résolution WHA73.2. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. In : Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 18 au 19 mai 2020. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-fr.pdf, consultée le 13 décembre 2020).
2. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240014107, consulté le 13 décembre 2022).
3. Progress on the health-related Sustainable Development Goals and targets in the Eastern Mediterranean Region, 2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/361800, accessed 13 December 2022).
4. Li N, Franceschi S, Howell-Jones R, Snijders PJ, Clifford GM. Human papillomavirus type distribution in 30,848 invasive cervical cancers worldwide: variation by geographical region, histological type and year of publication. Int J Cancer. 2011;128(4):927–35. doi:10.1002/ijc.25396.
5. Shoja Z, Farahmand M, Hosseini N, Jalilvand S. A meta-analysis on human papillomavirus type distribution among women with cervical neoplasia in the WHO Eastern Mediterranean Region. Intervirology. 2019;62(3):101–11. doi:10.1159/000502824.
6. Farahmand M, Shoja Z, Arashkia A, Salavatiha Z, Jalilvand S. Systematic review and meta-analysis of human papillomavirus prevalence and types among women with normal cervical cytology in the Eastern Mediterranean Region. Future Virology. 2019;14(11):761–77. doi:10.2217/fvl-2018-0052.
7. Noncommunicable disease surveillance, monitoring and reporting: cervical cancer country profiles [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/cervical-cancer-profiles, accessed 13 December 2022).
8. Krakauer EL, Kwete X, Kane K, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Bien-Aimé DDR et al. Cervical cancer-associated suffering: estimating the palliative care needs of a highly vulnerable population. JCO Glob Oncol. 2021;7:862–72. doi:10.1200/GO.21.00025.
9. Safaeian F, Ghaemimood S, El-Khatib Z, Enayati S, Mirkazemi R, Reeder B. Burden of cervical cancer in the Eastern Mediterranean Region curing the years 2000 and 2017: retrospective data analysis of the Global Burden of Disease Study. JMIR Public Health and Surveillance. 2021;7(5):e22160. doi:10.2196/22160.
10. Acuti Martellucci C, Delsoz M, Qaderi S, Madadi S, Bhandari D, Ozaki A et al. Delay in diagnosis of cervical cancer in Afghanistan: a pilot cross-sectional survey. Front Reprod Health. 2021;3:783271. doi:10.3389/frph.2021.783271.
11. Al-Rayyan ES. Overview of the management of cervical cancer: a Jordanian experience. Int J Recent Sci Res. 2021;12(05):41670–4. doi: http://dx.doi.org/10.24327/ijrsr.2021.1205.5938.
12. Ouasmani F, Hanchi Z, Haddou Rahou B, Bekkali R, Ahid S, Mesfioui A. Determinants of patient delay in seeking diagnosis and treatment among Moroccan women with cervical cancer. Obstet Gynecol Int. 2016;4840762. doi:10.1155/2016/4840762.
13. Cervical cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, volume 18. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022: 1-456 (https://publications.iarc.fr/604, accessed August 2022).

14. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M et al. Cancer today: data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020 [website]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018 (https://gco.iarc.fr/today/home, accessed August 2022).
15. Registres du cancer dans la Région : utilisation de CANREG4 dans la Région de la Méditerranée orientale [site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/information-resources/cancer-registration.html, consulté en août 2022).
16. Hamadeh R, Al-Jawaledh A, El-Awa F, Saeed K, Altahan F, Lodge M et al. Cancer prevention: modifiable risk factors. In: Cancer control: Eastern Mediterranean Region special report. Woodbridge: Global Health Dynamics; 2022 (http://www.cancercontrol.info/wp-content/uploads/2022/05/19-chapter-2.pdf, accessed 22 December 2022).
17. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition, accessed August 2022).
18. Nagelhout G, Ebisch RM, Van Der Hel O, Meerkerk G-J, Magnée T, De Bruijn T et al. Is smoking an independent risk factor for developing cervical intra-epithelial neoplasia and cervical cancer? A systematic review and meta-analysis. Expert Rev Anticancer Ther. 2021;21(7):781–94. doi:10.1080/14737140.2021.1888719.
19. Su B, Qin W, Xue F, Wei X, Guan Q, Jiang W et al. The relation of passive smoking with cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(46):e13061. doi:10.1097/MD.0000000000013061.
20. Abraham AG, Strickler HD, Jing Y, Gange SJ, Sterling TR, Silverberg M et al. Invasive cervical cancer risk among HIV-infected women: a North American multi-cohort collaboration prospective study. Journal of acquired immune deficiency syndromes. J Acquir Immune Defic Syndr. 2013;62(4):405–13. doi:10.1097/QAI.0b013e31828177d7.
21. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah AS et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. Lancet Glob Health. 2021;9(2):e161–e169. doi:10.1016/S2214-109X(20)30459-9.
22. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet. 2007;370(9599):1609–21. doi:10.1016/S0140-6736(07)61684-5.
23. Tekalegn Y, Sahiledengle B, Woldeyohannes D, Atlaw D, Degno S, Desta F et al. High parity is associated with increased risk of cervical cancer: systematic review and meta-analysis of case–control studies. Womens Health (Lond). 2022;18:17455065221075904. doi:10.1177/17455065221075904.
24. Taux de fertilité, total (naissances par femme) [base de données en ligne]. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale ; 2020 (https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.TFRT.IN, consulté le 27 mai 2022).
25. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Simms KT, Caruana M et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. Lancet. 2020;395(10224):591–603. doi:10.1016/S0140-6736(20)30157-4.

26. SDG target 3.4 non-communicable diseases and mental health [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health, accessed August 2022).
27. Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 : Transformer la *Vision 2023* dans la pratique. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMRDO014F-fre.pdf?ua=1, consulté le 13 décembre 2022).
28. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS (mise à jour de 2022). Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2022 ; 97(50):645–72 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365350/WER9750-eng-fre.pdf, consulté le 30 décembre 2022).
29. Jansen EE, Naber SK, Aitken CA, de Koning HJ, van Ballegooijen M, de Kok IM. Cost-effectiveness of HPV-based cervical screening based on first year results in the Netherlands: a modelling study. BJOG. 2021;128(3):573–82. doi:10.1111/1471-0528.16400.
30. Vale DB, Silva MT, Discacciati MG, Polegatto I, Teixeira JC, Zeferino LC. Is the HPV-test more cost-effective than cytology in cervical cancer screening? An economic analysis from a middle-income country. PloS One. 2021;16(5):e0251688. doi:10.1371/journal.pone.0251688.
31. Campos NG, Maza M, Alfaro K, Gage JC, Castle PE, Felix JC et al. The cost-effectiveness of implementing HPV testing for cervical cancer screening in El Salvador. Int J Gynecol Obstet. 2019;145(1):40–6. doi:10.1002/ijgo.12773.
32. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. BMJ. 2018;363:k4823. doi:10.1136/bmj.k4823.
33. Camara H, Zhang Y, Lafferty L, Vallely AJ, Guy R, Kelly-Hanku A. Self-collection for HPV-based cervical screening: a qualitative evidence meta-synthesis. BMC public health. 2021;21(1):1–14. doi:10.1186/s12889-021-11554-6.
34. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824, accessed 15 December 2022).
35. Yang DY, Bracken K. Update on the new 9-valent vaccine for human papillomavirus prevention. Can Fam Physician. 2016;62(5):399–402. PMID:27255620.
36. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F et al. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. New Eng J Med. 2020;383(14):1340-8. doi:10.1056/NEJMoa1917338.
37. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2017;92(19):241–68 (https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9219-241-268, consulté le 15 décembre 2022).
38. Global market study: HPV vaccines. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/311275, accessed 15 December 2022).
39. Zhu K, Tian Y, Dong X, Akinwunmi BO, Zhang CJ, Huang J et al. The cost-effectiveness of bivalent, quadrivalent, and nine-valent HPV vaccination in Asia: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2022:306(1):173–87. doi:10.1007/s00404-021-06309-y.
40. Silas OA, Achenbach CJ, Murphy RL, Hou L, Sagay SA, Banwat E et al. Cost effectiveness of human papilloma virus vaccination in low and middle income countries: a systematic review of literature. Expert Rev Vaccines. 2018;17(1):91–8. doi:10.1080/14760584.2018.1411195.

41. Mahumud RA, Alam K, Keramat SA, Ormsby GM, Dunn J, Gow J. Cost-effectiveness evaluations of the 9-Valent human papillomavirus (HPV) vaccine: evidence from a systematic review. PloS One. 2020;15(6):e0233499. doi:10.1371/journal.pone.0233499.
42. Anwari P, Debellut F, Vodicka E, Clark A, Farewar F, Zhwak ZA et al. Potential health impact and cost-effectiveness of bivalent human papillomavirus (HPV) vaccination in Afghanistan. Vaccine. 2020;38(6):1352–62. doi:10.1016/j.vaccine.2019.12.013.
43. Woo Y. The feasibility and acceptability of self-sampling and HPV testing using Cepheid Xpert® HPV in a busy primary care facility. J Virus Erad. 2019;5(Suppl 1):10–1. PMID:30997147.
44. Wren SM, Wild H. Armed conflicts destroy civilian health systems: cancer screening in Ukraine the newest casualty of world conflict. World J Surg. 2022;46(10):2487–8. doi:10.1007/s00268-022-06700-z.
45. Jawad M, Millett C, Sullivan R, Alturki F, Roberts B, Vamos EP. The impact of armed conflict on cancer among civilian populations in low- and middle-income countries: a systematic review. Ecancermedicalscience. 2020 May 8;14:1039. doi:10.3332/ecancer.2020.1039.
46. Unitaid. Screening and treatment of pre-cancerous lesions for secondary prevention of cervical cancer: technology landscape. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf, accessed 15 December 2022).
47. WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231, accessed 15 December 2022).
48. Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé DD et al. Essential package of palliative care for women with cervical cancer: responding to the suffering of a highly vulnerable population. JCO Glob Oncol. 2021;7:873–85. doi:10.1200/GO.21.00026.
49. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet. 2018;391(10128):1391–454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
50. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics, accessed 15 December 2022).
51. Jawad M, Millett C, Sullivan R, Alturki F, Roberts B, Vamos EP. The impact of armed conflict on cancer among civilian populations in low- and middle-income countries: a systematic review. Ecancermedicalscience. 2020;14:1039. doi:10.3332/ecancer.2020.1039.
52. Parham GP, Mathieu KM, YouYou TG, Hicks ML, Henry-Tillman R, Mutombo A et al. Establishing women's cancer care services in a fragile, conflict and violence affected ecosystem in Africa. Ecancermedicalscience. 2021;15:1231. doi:10.3332/ecancer.2021.1231.
53. Znaor A, Eser S, Anton-Culver H, Fadhil I, Ryzhov A, Silverman BG et al. Cancer surveillance in northern Africa, and central and western Asia: challenges and strategies in support of developing cancer registries. Lancet Oncol. 2018;19(2):e85-e92. doi:10.1016/S1470-2045(18)30019-6.
54. Lignes directrices de l'OMS : recommandations sur les interventions numériques pour le renforcement des systèmes de santé : mise à jour en juin 2019, sur la base de la résolution EM/RC64/R.2. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/354400, consulté le 15 décembre 2022).

55. Akkour K, Alghuson L, Benabdelkamel H, Alhalal H, Alayed N, AlQarni A et al. Cervical cancer and human papillomavirus awareness among women in Saudi Arabia. Medicina (Kaunas). 2021;57(12):1373. doi:10.3390/medicina57121373.
56. Zahid HM, Qarah AB, Alharbi AM, Alomar AE, Almubarak SA. Awareness and practices related to cervical cancer among females in Saudi Arabia. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1455. doi:10.3390/ijerph19031455.
57. Yacouti A, Elkhoudri N, El Got A, Benider A, Hadrya F, Baddou R et al. Awareness, attitudes and acceptability of the HPV vaccine among female university students in Morocco. PloS One. 2022;17(4):e0266081. doi:10.1371/journal.pone.0266081.
58. Al-Saadi AN, Al-Muqbali AH, Dawi E. Women's knowledge of cervical cancer: a cross-sectional study in Al Buraimi Governorate, Oman. Sultan Qaboos Univ Med J. 2021;21(3):450–6. doi:10.18295/squmj.4.2021.022.
59. Hendaus MA, Hassan M, Alsulaiti M, Mohamed T, Mohamed R, Yasrab D et al. Parents attitudes toward the human papilloma virus (HPV) vaccine: a new concept in the State of Qatar. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;10(7):2488–93. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1122_20.
60. Taebi M, Riazi H, Keshavarz Z, Afrakhteh M. Knowledge and attitude toward human papillomavirus and HPV vaccination in Iranian population: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(7):1945–9. doi:10.31557/APJCP.2019.20.7.1945.
61. Selmouni F, Zidouh A, Nejjari C, Bekkali R. Acceptability of the human papilloma virus vaccine among Moroccan parents: a population-based crosssectional study. East Mediterr Health J. 2015;21(8):555–63. doi:10.26719/2015.21.8.555.
62. Husain Y, Alalwan A, Al-Musawi Z, Abdulla G, Hasan K, Jassim G. Knowledge towards human papilloma virus (HPV) infection and attitude towards its vaccine in the Kingdom of Bahrain: cross-sectional study. BMJ Open. 2019;9(9):e031017. doi:10.1136/bmjopen-2019-031017.
63. Asali F, Abdel-Razeq R, Al-Thunaibat A, Okour A, Abu Mahfouz S, Abu Mahfouz I. Jordanian women's attitudes towards cervical cancer screening: has the pattern changed? J Obstet Gynaecol. 2020;40(4):564–8. doi:10.1080/01443615.2019.1635097.
64. Almehmadi MM, Salih MM, Al-Hazmi AS. Awareness of human papillomavirus infection complications, cervical cancer, and vaccine among the Saudi population: a cross-sectional survey. Saudi Med J. 2019;40(6):555–9. doi:10.15537/smj.2019.6.24208.
65. Jassim G, Obeid A, Al Nasheet HA. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care centres in Bahrain. BMC Public Health. 2018;18(1):128. doi:10.1186/s12889-018-5023-7.
66. Al Yahyai T, Al Raisi M, Al Kindi R. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer screening among Omani women attending primary healthcare centers in Oman: a cross-sectional survey. Asian Pac J Cancer Prev. 2021;22(3):775–83. doi:10.31557/APJCP.2021.22.3.775.
67. Alwahaibi N, Alsalami W, Alramadhani N, Alzaabi A. Factors influencing knowledge and practice regarding cervical cancer and pap smear testing among Omani women. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(12):3367–74. doi:10.31557/APJCP.2018.19.12.3367.
68. Al-Azri MH, Al-Saidi M, Al-Mutairi E, Panchatcharam SM. Knowledge of risk factors, symptoms and barriers to seeking medical help for cervical cancer among Omani women attending Sultan Qaboos University Hospital. Sultan Qaboos Univ Med J. 2020;20(3):e301–e309. doi:10.18295/squmj.2020.20.03.009

69. Anfinan NM. Physician's knowledge and opinions on human papillomavirus vaccination: a cross-sectional study, Saudi Arabia. BMC Health Services Res. 2019;19(1):963. doi:10.1186/s12913-019-4756-z.

70. Mohamed ML, Tawfik AM, Mohammed GF, Elotla SF. Knowledge, attitude, and practice of cervical cancer screening, and HPV vaccination: a cross-sectional study among obstetricians and gynecologists in Egypt. Matern Child Health J. 2022:26(3):565–74. doi:10.1007/s10995-021-03352-8.

71. Neji OI, David NA, John EE. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among female students in tertiary institution in Calabar, Nigeria. International Journal of Development Research. 2019;9(01):25384–90 (https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/15030.pdf).

72. Communication sur le vaccin anti-HPV de l'OMS : considérations particulières pour un vaccin unique. *Révision 2016*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250280/WHO-IVB-16.02-fre.pdf, consulté le 15 décembre 2022).

73. Perehudoff K, Vermandere H, Williams A, Bautista-Arredondo S, De Paepe E, Dias S et al. Universal cervical cancer control through a right to health lens: refocusing national policy and programmes on underserved women. BMC Int Health Hum Rights. 2020;20:21. doi:10.1186/s12914-020-00237-9.

74. Manuel mondial pour la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables. Mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.who.int/fr/publications/i/item/global-manual-on-surveillance-of-adverse-events-following-immunization, consulté le 15 décembre 2022).

75. World Health Organization, UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Implementation research toolkit. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523, accessed 15 December 2022).

76. A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/252626, accessed 15 December 2022).

77. TDR, United Nations Children's Fund, the United Nations Development Programme, the World Bank, World Health Organization. Massive open online course (MOOC) on implementation research: infectious diseases of poverty [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://tdr.who.int/home/our-work/strengthening-research-capacity/massive-open-online-course-(mooc)-on-implementation-research, accessed 15 December 2022).