



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



140^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 juin 2007

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CE140/14 (Fr.)

15 mai 2007

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS :

Amérique latine et Caraïbes, 2008-2015

Introduction

1. Le cancer du col est la principale cause de décès dû au cancer chez les femmes en Amérique latine et aux Caraïbes (1). Cette Région compte les taux de mortalité imputable au cancer du col les plus élevés au monde, de pair avec l'Afrique saharienne et l'Asie du Sud-Est. Alors qu'il peut pourtant être prévenu, ce cancer reste un grave problème de santé publique avec, d'après les estimations, 72 000 nouveaux cas et 33 000 décès survenant annuellement chez les femmes dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes (1).

2. L'incidence et les taux de mortalité imputable au cancer du col dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes sont sept fois plus élevés que ceux observés en Amérique du Nord. La charge de morbidité est la plus élevée pour les femmes des Caraïbes et de l'Amérique centrale, qui comptent, d'après les estimations, un taux de mortalité de 16/100 000 femmes et 15/100 000, respectivement (1). C'est en Haïti qu'on note le taux le plus élevé de mortalité imputable au cancer du col dans la Région (48/100 000 femmes) (voir Annexe).

Données générales

3. Le principal facteur-risque du cancer du col est l'infection persistante par certains types du virus du papillome humain (HPV). Ce sont des infections virales transmises le plus couramment par voie sexuelle et elles affectent différemment les femmes et les hommes. Une parité élevée, un grand nombre de partenaires sexuels, un jeune âge au premier rapport sexuel, un faible statut socioéconomique et le tabagisme sont parmi les autres facteurs-risques connus du cancer du col. En 2006, les vaccins anti-HPV contre le

cancer du col devenaient disponibles dans le commerce, apportant ainsi un outil de prévention primaire qui peut donner aux femmes les moyens de prévenir le HPV. C'est l'occasion pour la Région de formuler une stratégie de prévention intégrale de prévention et de contrôle du cancer du col. Par ailleurs, le prix du vaccin anti-HPV fait qu'il n'est pas encore très abordable.

4. Le cancer du col peut également être prévenu grâce au dépistage de femmes asymptomatiques pour noter les lésions cervicales précancéreuses et ensuite, pour traiter ces lésions avant qu'elles ne progressent à un cancer invasif. Le dépistage par cytologie (frottis vaginal) existe depuis environ 30 ans dans les Amériques et pourtant, la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes n'a pas connu les mêmes baisses de taux de mortalité que celles observées en Amérique du Nord (voir Annexe). La raison réside dans la grande difficulté à mettre sur pied et à maintenir des programmes de dépistage de haute qualité suite aux obstacles suivants : (a) difficultés à étendre la couverture de dépistage aux femmes dans le groupe d'âge à risques (> 30 ans) ; (b) mauvaise qualité des résultats des frottis vaginaux ; et (c) diagnostic et traitement incomplets des femmes qui sont positives.

5. Les facteurs qui expliquent l'échec des programmes de dépistage dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes sont liés aux facteurs relatifs aux services de santé ainsi qu'au statut socioculturel, économique et éducatif des femmes et à leur appartenance ethnique. Ces facteurs sont les suivants :

- faible connaissance de l'importance du dépistage chez les femmes et les hommes ;
- accès limité aux services de diagnostic et de traitement du précancer ;
- capacité inadéquate du traitement chirurgical et par radiothérapie pour les femmes atteintes d'un cancer invasif ; et
- incapacité d'assurer et de maintenir des services de qualité.

6. Les facteurs socioculturels, économiques, éducatifs et ethniques chez les femmes contribuent également au problème ; ainsi qu'une mauvaise coordination et performance du système de santé ; le manque de communication entre les prestataires et les clientes ; et l'impact aggravant du VIH.

7. Depuis 1999, l'OPS travaille en partenariat avec l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP), bénéficiant d'un soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates, afin de traiter ce problème de santé publique. Des projets de démonstration ont été mis sur pied, empruntant des approches novatrices au dépistage et au traitement du précancer au Pérou, au Salvador et au Surinam. Une assistance technique et financière est également donnée à 10 pays de la Région pour renforcer leurs programmes de dépistage existants et un programme sous-régional a été mis sur pied par l'intermédiaire de CAREC. En ce qui concerne le traitement du col, l'OPS intervient

depuis longtemps dans les Amériques pour améliorer les services de radiothérapie et renforcer la capacité de traitement.

8. La résolution sur la prévention et le contrôle du cancer (WHA58.22) (2005), de la Cinquante huitième Assemblée mondiale de la Santé appelle à l'action recommandant le dépistage précoce du cancer du col, ainsi que le traitement et les soins palliatifs pour ce cancer. La résolution CD47.R9 (2006) du 47^e Conseil Directeur de l'OPS sur la Stratégie et le Plan d'Action régionaux de l'Approche intégrée à la Prévention et au Contrôle des Maladies chroniques, y compris le régime alimentaire, l'activité physique et la santé est un guide d'action. Ces deux résolutions sont envisagées dans la stratégie et le plan d'action régionaux proposés.

Analyse : Stratégies efficaces pour la prévention et le contrôle du cancer du col

9. L'approche complète comporte des interventions le long de la continuité des soins, allant de la prévention des soins primaires au dépistage et à la détection précoces, au traitement et aux soins palliatifs. C'est une enveloppe complète de services reliés entre eux, portant sur l'éducation sanitaire et la sensibilisation communautaire, la vaccination des adolescentes, le dépistage des femmes, le traitement de celles ayant des lésions cervicales précancéreuses ou un cancer invasif et la prise en charge des symptômes, notamment de la douleur.

10. Prévention primaire. Les résultats d'essais d'efficacité à grande échelle ont montré que les vaccins anti-HPV confèrent une protection de presque 100% contre les lésions cervicales précancéreuses causées par les génotypes du vaccin. Les vaccins anti-HPV devraient permettre un recul de 70% dans la future charge mondiale du cancer du col (4). Par ailleurs, le dépistage devra continuer, du moins dans un avenir prévisible. Les modèles précédents qui ont démontré le coût-efficacité du dépistage du cancer du col ont été élargis de sorte à inclure les vaccins. Ces modèles sur le coût et l'impact indiquent que la vaccination et le dépistage sont plus efficaces par rapport aux coûts que le statu quo (5).

11. L'éducation en santé, y compris les conseils pour les adolescents, les femmes et les hommes, fait partie intégrante de la prévention primaire du cancer du col. Il s'agit d'informer les gens sur le cancer du col, ses causes et son histoire naturelle, ainsi que sur la disponibilité du vaccin anti-HPV ; d'encourager le dépistage ; et de sensibiliser davantage aux signes et symptômes en diminuant la peur, l'embarras et la stigmatisation. L'éducation sanitaire sera surtout efficace si elle est dispensée dans des contextes communautaires et si elle est appuyée par des familles, des dirigeants communautaires, des groupes de plaidoyer et défense de la femme, des organisations du secteur non gouvernemental et des médias qui sont activement engagés.

12. Dépistage et traitement du précancer. Des programmes efficaces de dépistage reposent sur un test de dépistage efficace, une couverture élevée du dépistage, un diagnostic et un traitement de suivi pour celles dont les résultats du test sont positifs, ainsi que sur des soins de haute qualité. De plus, avec l'introduction du vaccin anti-HPV, les politiques de dépistage devront être revues puisque le dépistage sera moins fréquent, fait à des âges plus avancés et que des modalités différentes pourront être utilisées, telles que le test du HPV.

13. Les frottis vaginaux, qui sont le test de dépistage utilisé le plus couramment, ont pour principal désavantage une sensibilité moyenne de 50% et, dans les contextes aux ressources modiques, cette performance est encore plus faible. Par exemple, dans une étude faite dans un district du Pérou, les frottis vaginaux avaient une sensibilité de 27% (6). L'autre problème, c'est qu'ils demandent à la cliente de faire de multiples visites, d'où souvent, un diagnostic et un traitement incomplets. Par exemple, dans une étude faite au Pérou, 75% des femmes avec des résultats anormaux de l'étude des frottis vaginaux n'ont reçu aucun soin de suivi (7).

14. Les nouvelles données avancées par l'ACCP montrent que la stratégie la plus efficace dans les contextes aux ressources modiques consiste à faire un dépistage en utilisant soit l'inspection visuelle (VIA), soit le test du HPV et ensuite, à traiter les lésions précancéreuses en utilisant la cryothérapie (congélation) (8-13). Cette intervention peut être réalisée lors d'une seule consultation, dans un établissement de soins primaires, de la part de prestataires compétents, y compris les infirmières et sages-femmes formées (13).

15. Chaque femme a le droit à un dépistage, du moins une fois, pendant sa vie. Les rapports indiquent une faible couverture de dépistage dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, surtout chez les femmes autochtones. Par exemple, en Equateur et au Guatemala 70% et 58%, respectivement, des femmes autochtones ont indiqué qu'elles n'avaient jamais eu un test de frottis vaginal (voir Annexe). Aussi, est-il important de diriger les ressources vers les femmes qui n'ont pas eu de dépistage auparavant, surtout celles dans les groupes vulnérables et défavorisés et de forger des partenariats avec des groupes de plaidoyer défendant la cause de la femme dans le but de renforcer la participation communautaire.

16. Traitement du cancer invasif : le pronostic des femmes atteintes de cancer du col invasif est influencé par l'étendue de la maladie au moment du diagnostic. L'intervention chirurgicale et le traitement par radiation sont les modalités de traitement recommandées, avec des taux de guérison de 85% à 90% (16,17). Le choix du traitement dépend de facteurs entrant dans le contrôle de la patiente, ainsi que de l'expertise locale disponible.

17. Soins palliatifs. Les soins palliatifs font partie intégrante des programmes de contrôle du cancer. Ce sont des programmes de contrôle des symptômes et de soulagement de la douleur, avec accès aux opiacés et au traitement palliatif par radiation, ainsi qu'à un soutien spirituel et psychosocial. Ces services peuvent être fournis de manière simple et peu chère.

Proposition : Stratégie et le Plan d'Action régionaux pour la Prévention et le Contrôle du Cancer du Col 2008-2015

18. La Stratégie et le Plan d'Action régionaux pour la Prévention et le Contrôle du Cancer du Col se fondent sur la disponibilité des vaccins anti-HPV et les nouvelles données de l'ACCP sur des approches efficaces par rapport aux coûts pour le dépistage et le traitement du précancer. Ils demandent au Secrétariat et aux États Membres de collaborer avec des organisations partenaires y compris les groupes de plaidoyer et de soutien de la femme et recommandent les interventions suivantes à l'intention des sous-régions et des pays connaissant la charge de morbidité la plus élevée :

- défendre et négocier un accès équitable et un coût abordable des vaccins anti-HPV pour les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ;
- aider à revitaliser des programmes complets de prévention et de contrôle, notamment en améliorant l'efficacité des services de dépistage et de traitement et en introduisant le vaccin anti-HPV dans le secteur public ;
- réaliser une communication sociale pour sensibiliser davantage au cancer du col et engager les communautés dans les activités de prévention en se concentrant sur les femmes des groupes défavorisés et vulnérables, notamment les femmes autochtones ;
- combiner l'approche dépistage et traitement en une seule visite et le dépistage par inspection visuelle ou test HPV, suivie de la cryothérapie dans les centres de soins primaires et les campagnes de stratégie avancée, surtout dans les contextes où les ressources ne suffisent pas pour garantir un dépistage cytologique de qualité ;
- améliorer l'accès, la disponibilité et la qualité des services de traitement et soins palliatifs.

19. La Stratégie régionale des maladies non transmissibles (MNT) a pour but général de prévenir et de réduire la charge des maladies chroniques et les facteurs-risques connexes dans les Amériques. A l'appui de ce but général, la Stratégie régionale de Contrôle du Cancer du Col compte son propre but et objectif :

But : Réduire l'incidence du cancer du col et la mortalité imputable à ce cancer en Amérique latine et aux Caraïbes.

- D'ici 2015, on envisage une réduction de 20% dans l'incidence du cancer invasif du col dans la Région.
- D'ici 2015, on envisage une réduction de 30% dans la mortalité imputable au cancer invasif du col dans la Région.

Objectif : Améliorer la capacité de mise en œuvre durable de programmes organisés, complets et intégrés de prévention et de contrôle du cancer du col :

- D'ici 2015, au moins 25 pays de la Région seront dotés de programmes à jour pour l'utilisation efficace de nouvelles technologies et approches, reliant la vaccination, le dépistage et le traitement du précancer, le traitement du cancer invasif et, dans les contextes aux modiques ressources ; combinant les approches factuelles et novatrices du dépistage et du traitement.

20. La Stratégie régionale des maladies non transmissibles compte quatre axes : politiques et plaidoyers publics ; surveillance ; promotion de la santé et prévention des maladies ; et prise en charge intégrée des maladies chroniques et des facteurs-risques. La Stratégie régionale de lutte contre le cancer du col comprend divers volets et objectifs alignés sur les axes de la Stratégie des maladies non transmissibles, tel qu'expliqué ci-après :

Politiques et plaidoyer publics

A. Plaidoyer et communication :

Volonté politique : Sensibiliser les décideurs et les professionnels de la santé ainsi que les groupes de plaidoyer et de défense de la femme pour accroître les engagements politiques, financiers et techniques pour les programmes de prévention et de contrôle du cancer du col.

- D'ici 2015, au moins 25 pays auront mis à jour leurs programmes de lutte contre le cancer du col en leur donnant un caractère plus intégral, en reliant la vaccination anti-HPV, le dépistage suivi par le traitement immédiat du précancer, le traitement et les soins palliatifs.

Responsabilisation communautaire : Sensibiliser les femmes, la famille, la société civile, les médias, les groupes communautaires ainsi que les groupes de plaidoyer et de soutien de la femme afin de renforcer l'engagement des adolescentes et des femmes dans les programmes de prévention et de contrôle du cancer du col.

- D'ici 2015, au moins 25 pays, soutenus par les efforts de communication, auront mis sur pied des campagnes continues de communication sociale aboutissant à la participation d'au moins 80% de la population ciblée dans les programmes.

B. Partenariats et mobilisation de ressources :

Créer et encourager des partenariats synergiques pour maximiser les ressources financières, techniques et autres qui encouragent l'introduction précoce et l'adoption de technologies efficaces par rapport aux coûts pour la prévention et le contrôle du cancer du col.

- D'ici 2010, au moins trois nouveaux partenariats internationaux seront forgés et des accords seront conclus avec au moins deux nouveaux bailleurs de fonds pour mettre en œuvre la Stratégie et le Plan d'Action régionaux.

Promotion de la santé et prévention des maladies

Introduction du vaccin anti-HPV : vers la réalisation du potentiel d'un contrôle intégral du cancer du col grâce à l'introduction efficace et équitable des vaccins anti-HPV :

- D'ici 2015, les vaccins anti-HPV seront disponibles à des prix abordables dans le secteur public par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS.
- D'ici 2015, les vaccins anti-HPV seront inclus aux programmes nationaux de vaccination d'au moins 10 pays.

Prise en charge intégrée des maladies

A. Dépistage et traitement du précancer :

Mettre en place, améliorer et maintenir des services efficaces et équitables pour le dépistage et le traitement du précancer, l'utilisation de nouvelles approches factuelles qui garantiront une couverture de dépistage étendue, le suivi complet des femmes positives ainsi que la qualité des soins.

- D'ici 2015, au moins 25 pays auront effectué un dépistage d'au moins 80% des femmes âgées de 30 à 50, du moins à une reprise, et auront traité 100% des femmes positives.
- D'ici 2015, au moins 20 pays auront intégré à leurs services de soins primaires routiniers l'approche dépistage et traitement en une seule visite combinée à l'inspection visuelle ou test du HPV, suivi par traitement par cryothérapie.

B. Diagnostic et traitement du cancer invasif :

Améliorer la capacité, l'accès, la disponibilité, la rapidité et la qualité des services de diagnostic et du traitement chirurgical et par radiothérapie dans l'optique de l'approche axée sur la patiente.

- D'ici 2010, 100% de tous les traitements par radiothérapie du cancer du col observeront les normes internationales des protocoles cliniques, fournis par des prestataires qualifiés.
- D'ici 2015, 100% de toutes les femmes atteintes de cancer invasif du col recevront une radiothérapie ou un traitement chirurgical adéquat et dans les meilleurs délais.

C. Soins palliatifs

Améliorer l'accès et la disponibilité des services de soins palliatifs, dont la prise en charge de la douleur.

- D'ici 2015, tous les pays de la Région auront des services opérationnels de soins palliatifs apportant une prise en charge optimale des symptômes et de la douleur et un solide soutien psychosocial.
- D'ici 2015, tous les pays de la Région auront adopté des lois élargissant l'accès aux opiacés et permettant aux médecins, infirmiers et pharmaciens d'administrer des opiacés aux patients en fonction de leurs besoins.

21. Liés intrinsèquement à chacun des volets susmentionnés, il existe un ensemble commun de thèmes généraux reflétés dans les activités de la Stratégie et du Plan d'Action régionaux (voir Annexe). Ces thèmes portent sur la formulation de politiques, le renforcement des systèmes de santé, la planification, la mise en œuvre et la gestion des programmes, les protocoles cliniques et les directives de pratique clinique, l'assurance de qualité, la surveillance, le suivi et l'évaluation, la formation, la recherche, la communication et la diffusion d'information.

22. Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du col seront suivis et des rapports périodiques seront préparés en utilisant les estimations annuelles notifiées par les États Membres à l'OPS et également les données nationales compilées par l'Agence internationale pour la Recherche sur le Cancer. Les données initiales proviendront des estimations disponibles actuellement concernant l'année 2005. Tous les autres indicateurs dans cette stratégie seront suivis dans le cadre d'enquêtes périodiques et les données initiales proviendront de l'information collectée actuellement par l'OPS et les États Membres sur les activités se rapportant aux programmes de prévention et de contrôle du

cancer du col. Un rapport d'évaluation sera préparé à l'achèvement de cette stratégie pour faire le point des accomplissements par rapport aux indicateurs susmentionnés.

23. La mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'Action régionaux se concentrera sur les sous-régions et les pays avec les taux de mortalité les plus élevés imputables au cancer du col. A l'intérieur des pays, des efforts plus intensifiés seront déployés dans les régions ou districts avec les taux de mortalité les plus élevés et au sein des groupes désavantagés et vulnérables. Le Secrétariat interviendra d'une manière interprogrammatique pour vérifier la mise en œuvre réussie et maintenue de la Stratégie régionale.

Mesure à prendre par le Comité Exécutif

24. En fonction de l'information apportée, le Comité Exécutif est prié d'envisager les mesures suivantes : réaffirmer la prévention et le contrôle du cancer du col en tant que priorité élevée ; exhorter les États Membres à traduire leur engagement en politiques, plans d'action et soutien financier pour les programmes de prévention et de contrôle du cancer du col ; revoir et renforcer la Stratégie et le plan d'action régionaux proposés pour la prévention et le contrôle du cancer du col ; et soutenir la mobilisation des ressources technique et financières aux niveaux régional, sous-régional et national.

Références bibliographiques

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
2. Health Canada. Progress Report on Cancer Control in Canada. Ottawa, Health Canada, 2004.
3. Murillo R, Quintero A, Píneros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C, Lizcan LA. Modelo Para el Control del Cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá 2006.
4. World Health Organization. Preparing for the Introduction of HPV Vaccines: policy and programme guidance for countries. Geneva, WHO. 2006.
5. Garnett GP, Kim JJ, French K, Goldie SJ. Modeling the impact of HPV vaccines on cervical cancer and screening programs. *Vaccine*. 2006;24S3:S3/178-S3/186.
6. Luciani, S, Winkler J. Cervical Cancer Prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington, PAHO, 2006.
7. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, et al. Follow up care of women with abnormal cytology in a low resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003; 27: 466-471.
8. Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw KA, et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. *Int J Cancer*. 2005 Sep;116(4):617-623.
9. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2158-2168.
10. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOCG)/JHPIEGO Corporation, Cervical Cancer Prevention Group (JCCCPG). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*. 2003;361(9360):814-820.
11. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack AE, Dupree W, Wright TC Jr. Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(17):2173-2181.
12. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J of Gynaecol Obstet*. 2005;89(2):S4-S12.

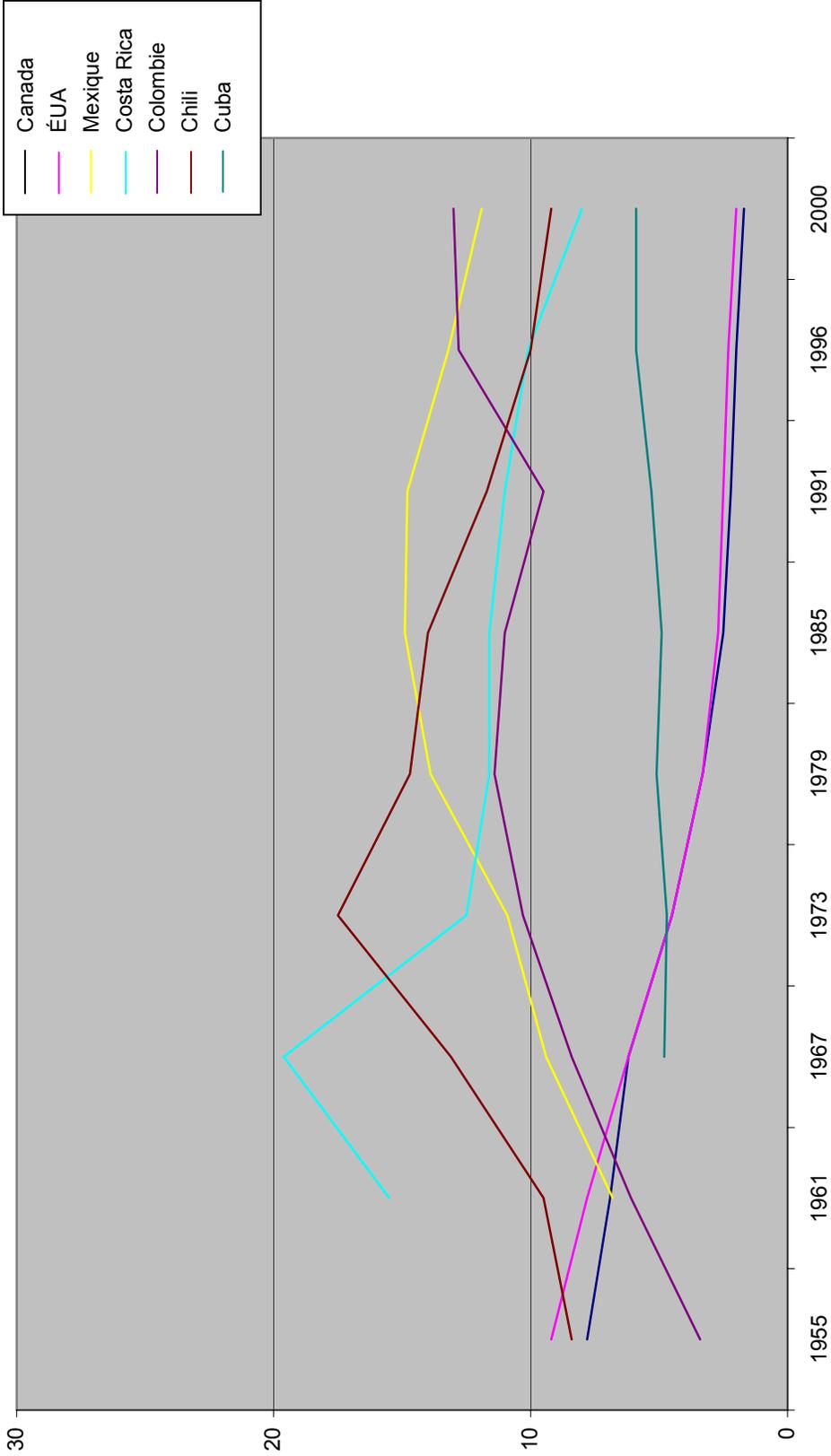
13. Jacob M, Broekhuizen FF, Castro W, Sellors J. Experience using cryotherapy for treatment of cervical precancerous lesions in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(2):S13–S20.
14. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice. WHO, Geneva, 2006.
15. Perez CA, Grigsby PW, Nene SM, et al. Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 69 (11): 2796-806, 1992.
16. Eifel PJ, Burke TW, Delclos L, et al. Early stage I adenocarcinoma of the uterine cervix: treatment results in patients with tumors less than or equal to 4 cm in diameter. *Gynecol Oncol* 41 (3): 199-205, 1991.
17. Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 350 (9077): 535-40, 1997.
18. Hareyama M, Sakata K, Oouchi A, et al. High-dose-rate versus low-dose-rate intracavitary therapy for carcinoma of the uterine cervix: a randomized trial. *Cancer* 94 (1): 117-24, 2002.
19. Lertsanguansinchai P, Lertbutsayanukul C, Shotelersuk K, et al. Phase III randomized trial comparing LDR and HDR brachytherapy in treatment of cervical carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 59 (5): 1424-31, 2004.

Annexe

	Page
1. Graphiques	
• Taux de mortalité imputable au cancer du col en Amérique latine et aux Caraïbes	2
• Tendances dans la mortalité imputable au cancer du col	3
• Inégalités dans la couverture de dépistage du cancer du col	4
2. Centres collaborateurs de l'OPS/OMS intervenant activement dans la lutte contre le cancer	5
3. Implications budgétaires et administratives	6

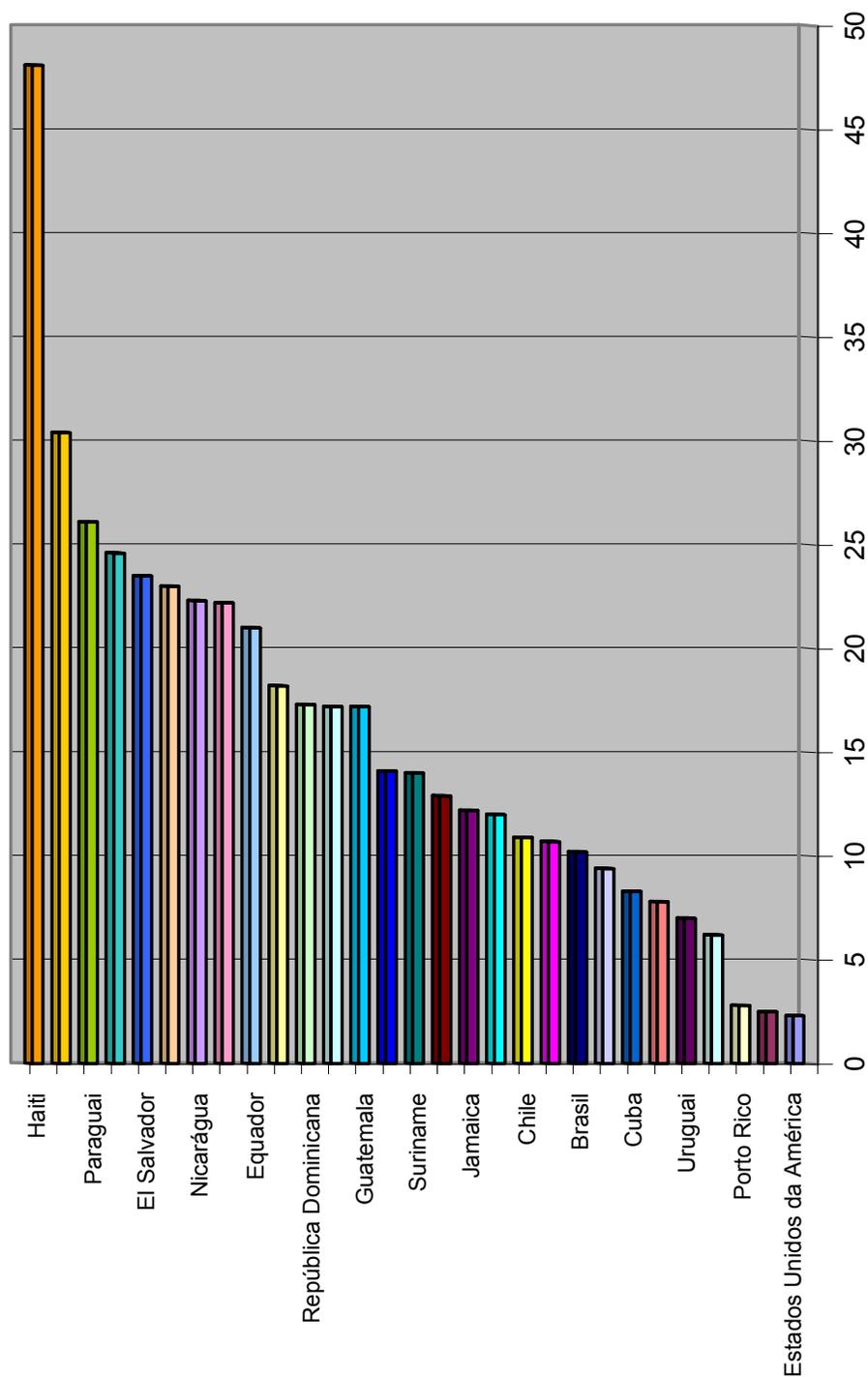
Cancer du col, taux de mortalité standardisés, par âge, dans des pays choisis

Source : Base de données sur la mortalité de l'OMS



Mortalité imputable au cancer du col en Amérique latine et dans les Caraïbes

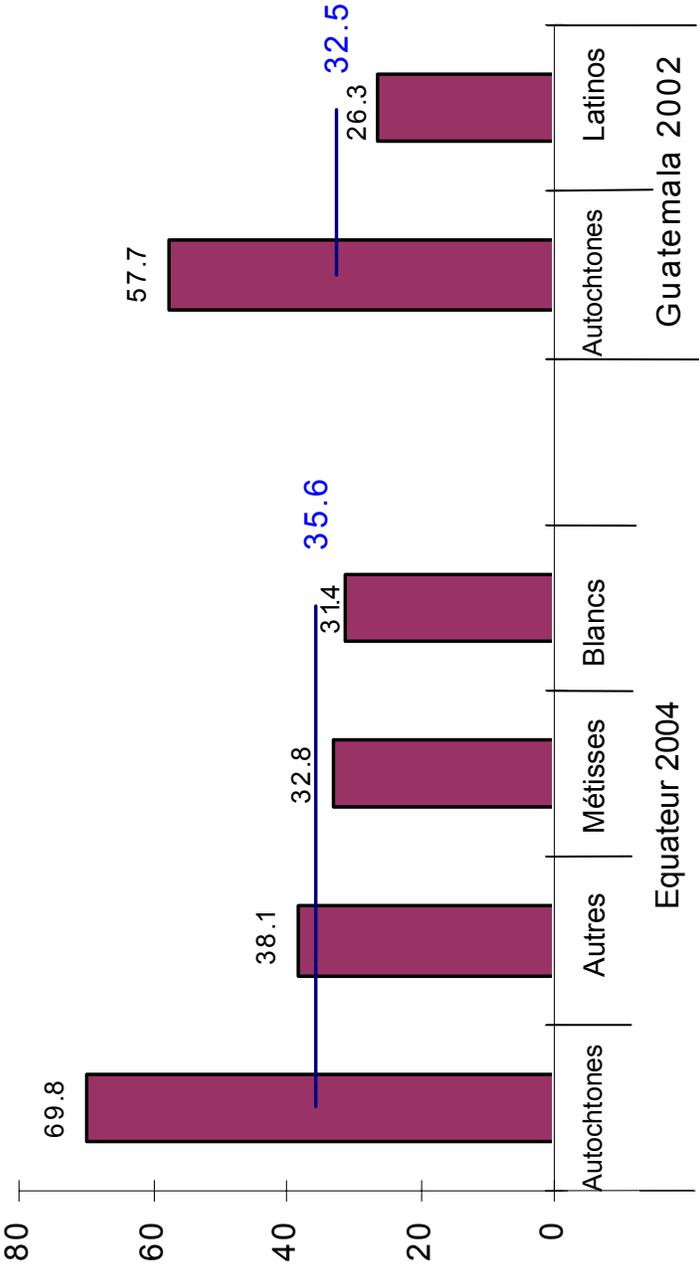
Taux de mortalité standardisé, par âge, pour 100 000 femmes
Globocan, 2002



- Haïti
- Bolivie
- Paraguay
- Pérou
- Salvador
- Bélize
- Nicaragua
- Guyana
- Equateur
- Colombie
- République dominicaine
- Honduras
- Guatemala
- Mexique
- Suriname
- Panama
- Jamaïque
- Costa Rica
- Chili
- Trinité-et-Tobago
- Brésil
- Barbade
- Cuba
- Argentine
- Uruguay
- Bahamas
- Porto Rico
- Canada
- États-Unis d'Amérique

Inégalités dans la couverture du dépistage du cancer du col

Proportion de femmes qui n'ont jamais eu de frottis vaginal en Equateur et au Guatemala



Source: ENDEMAIN, ECUADOR-INEC 2004 ; DHS -2002 GUATEMALA

2. Centres collaborateurs de l'OPS/OMS intervenant activement dans la lutte contre le cancer

Centre de l'OMS pour le traitement de soutien du cancer

Centre du cancer Anderson MD
University of Texas
Houston, Texas

- Mise au point de programmes de recherche et d'éducation professionnelle pour le traitement de soutien du cancer, notamment pour les pays de l'Amérique latine.
- Mise en œuvre de programmes de recherche internationale portant sur le soulagement des symptômes et le traitement de soutien aux patients atteints de cancer.
- Présentation d'un modèle aux fins de diffusion internationale sur les meilleurs soins de soins factuels dans les pays demandant une assistance.
- Evaluation et mise au point de modalités de formation et traitement en soins de soutien, aux niveaux national et international.

Centre collaborateur de l'OMS pour les politiques et les communications dans la lutte contre le cancer

Groupe d'étude sur la douleur et les politiques
University of Wisconsin
Madison, Wisconsin

- Réalisation d'études de politiques internationales pour cerner et lever les barrières à la disponibilité des opiacés dans les politiques nationales et les systèmes nationaux de soins de santé.
- Exécution d'études comparatives de politiques nationales, mise au point des méthodes de recherche et projets de démonstration.
- Fourniture d'assistance technique pour améliorer la disponibilité des analgésiques à base d'opiacés pour la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs.

3. Implications budgétaires et administratives

Liens au Budget-Programme 2006-2007

Objectif stratégique : 3.0
Résultats escomptés sur l'ensemble de la Région : 3.1, 3.2, 3.4, 3.5

Implications Budgétaires

Coût total estimé pour la mise en œuvre du cycle de vie de l'initiative :
\$10 millions sur 8 ans (2008-2015)

Coût estimé pour la période biennale 2008-2009
\$2,5 millions

Sur le coût estimé, qu'est-ce qui peut être sous-divisé dans le cadre des activités programmées existantes ?
\$200.000

Implications administratives

Sites d'exécution

- Siège de l'OPS, bureaux de terrain de l'OPS/OMS, CAREC, CLAP
- La mise en œuvre débutera dans 5 pays prioritaires de l'OPS qui présentent également les conditions requises pour l'aide de GAVI et qui ont les taux les plus élevés de cancer du col : Haïti, Bolivie, Nicaragua, Honduras, Guyana

Personnel supplémentaire nécessaire

- Deux employés à temps plein : responsable médial, spécialiste en santé publique

Délais d'exécution et d'évaluation

- 2008-2015