

SEGMENT THEMATIQUE :

Le cancer du col de l'utérus et le VIH - s'attaquer aux liens et aux inégalités communes pour sauver la vie des femmes

NOTE CONTEXTUELLE

Clause de non-responsabilité

Les études de cas présentées dans cette note d'information ont été résumées, mais sont autrement présenté tel que soumis. Ils ne sont pas, implicitement ou autrement, explicites ou suggèrent l'approbation, une relation avec ou un soutien de l'ONUSIDA et son mandat et/ou l'un de ses Coparrainants, les États membres et la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas été vérifié de manière indépendante. L'ONUSIDA ne fait aucune affirmation, promesse ou garantie concernant l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas et décline expressément toute responsabilité des erreurs et omissions dans le contenu. Les appellations employées et les études de cas n'implique pas l'expression d'une quelconque opinion de l'ONUSIDA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ou ou concernant la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Le contenu ne représente pas nécessairement les points de vue des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Toutes les études de cas ont été compilées dans un document de séance (ONUSIDA/PCB (47)/CRP6), qui est disponible sur le site web du PCB.

Table des matières

Introduction.....	8
Le cancer du col de l'utérus et le VIH.....	11
Disparités en matière de santé et autres inégalités communes au VIH et au VPH/cancer du col de l'utérus.....	13
Défis et lacunes dans la lutte contre le VIH et le cancer du col de l'utérus	14
Stratégies et possibilités d'approches intégrées.....	17
Figure 3. Stratégie proposée pour atteindre les objectifs mondiaux visant à mettre fin au sida et au cancer du col de l'utérus en tant que menaces pour la santé publique : principaux résultats	18
Financement	20
Technologies et systèmes de données.....	22
Élimination du cancer du col de l'utérus.....	23
Nouveaux objectifs d'intégration du cancer du col de l'utérus et du VIH pour 2025 et intégration du cancer du col de l'utérus dans l'ébauche annotée de la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026	29
Perspectives	29

Références 31

Messages clés

- **De nouveaux objectifs ambitieux ont été fixés pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique au niveau mondial : 90 % des filles sont entièrement vaccinées contre le VPH avant l'âge de 15 ans, 70 % des femmes sont soumises à un test de dépistage performant avant l'âge de 35 et 45 ans, et 90 % des femmes identifiées comme ayant une maladie du col de l'utérus reçoivent un traitement et des soins.** La réalisation de ces objectifs pourrait réduire de plus de 42 % les nouveaux cas de cancer du col de l'utérus d'ici 2045, avec 300 000 décès évités d'ici 2030 et 14 millions de décès évités d'ici 2070.
- **Le VIH et le cancer du col de l'utérus sont inextricablement liés. Les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus exposées au risque de cancer du col de l'utérus et sont plus susceptibles de le développer à un âge plus précoce que les femmes non infectées.** La fraction du cancer du col de l'utérus attribuable au VIH est de $\geq 40\%$ dans les huit pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est la plus élevée, contre $< 5\%$ dans 127 pays où elle est plus faible. Cela contribue aux fortes disparités dans le fardeau du cancer du col de l'utérus. Quarante-cinq pour cent des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus et du VIH vivent en Afrique subsaharienne, ce qui souligne la contribution majeure du VIH au fardeau du cancer du col de l'utérus dans la région. Si l'on ne garantit pas l'accès à la prévention primaire et secondaire et au traitement du cancer du col de l'utérus aux femmes vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter, leurs vies ne seront pas sauvées et les objectifs mondiaux d'élimination du cancer du col de l'utérus ne seront pas atteints.
- **On estime à 570 000 le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus dans le monde chaque année, et à 311 000 le nombre de décès liés à ce cancer.** Près de neuf femmes sur dix qui meurent du cancer du col de l'utérus vivent dans des pays à revenu faible ou moyen. En Afrique subsaharienne, en Amérique centrale et en Asie centrale du Sud, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès par cancer chez les femmes. En 2018, en Afrique australe, 63,8 % des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus vivaient avec le VIH, tout comme 27,4 % des femmes d'Afrique orientale. Il est urgent d'intensifier la vaccination, le dépistage et le traitement dans les pays où la charge de morbidité liée au VIH et au cancer du col de l'utérus est élevée. Des millions de vies ont été sauvées en fournissant une thérapie antirétrovirale aux filles et aux femmes vivant avec le VIH, et ces progrès ne doivent pas être sapés par l'absence de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- **L'élimination du cancer du col de l'utérus est possible car nous disposons de tous les outils nécessaires, et de bons progrès ont été réalisés dans ce sens dans un certain nombre de contextes.** L'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus est à la portée des pays, comme le montre la modélisation de l'impact de l'extension de la vaccination contre le papillomavirus, du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale. Toutefois, pour

atteindre l'objectif mondial d'élimination du cancer du col de l'utérus, il est urgent d'intensifier considérablement la vaccination contre le papillomavirus chez les filles et les jeunes femmes exposées au risque de contracter le VIH, ainsi que les programmes de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus qui s'adressent aux femmes et aux adolescentes vivant avec le VIH ou exposées à un risque de contracter le virus. Si les outils, les plateformes et les programmes sont bien établis, il est nécessaire de les renforcer afin d'accroître considérablement la couverture et l'accès aux interventions vitales.

- **La prévention primaire est essentielle.** La couverture vaccinale contre le VPH chez les filles est trop faible et nécessite une attention urgente. Les infections par le HPV sont à l'origine de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus. Le vaccin contre le HPV offre une protection complète contre 70 à 90 % des types de HPV causant le cancer du col de l'utérus. Toutefois, la couverture vaccinale contre le HPV est faible, en particulier dans les régions où le cancer du col de l'utérus et le VIH sont très répandus. Dans l'ensemble, seules 10 % des filles des pays à faibles et moyens revenus ont accès à la vaccination contre le HPV, contre 90 % dans les pays à hauts revenus.
- **Nous devons agir maintenant pour augmenter la couverture vaccinale contre le HPV chez les filles.** Plus précisément, il faut pour cela mettre en place des plates-formes qui garantissent un accès élevé aux filles à l'intérieur et à l'extérieur des écoles. En outre, nous devons penser à l'avenir pour étendre la vaccination anti-papillomavirus aux garçons, aux adolescents et aux jeunes adultes. Bien que la couverture vaccinale contre le HPV ait été affectée par la pénurie d'approvisionnement, plusieurs vaccins sont en cours d'élaboration et devraient rendre possible la vaccination des garçons et des cohortes multi-âges dans un avenir proche - en plus de l'accent mis actuellement sur la vaccination des filles et - dans certains pays - des adolescents.
- **Le dépistage et le traitement précoce du cancer du col de l'utérus fonctionnent comme une prévention secondaire et sauvent la vie des femmes.** Les méthodes de dépistage doivent être simplifiées pour accroître la couverture et renforcer les liens avec le traitement des lésions précancéreuses. Le dépistage de l'ADN du VPH, en particulier associé à l'auto-collecte de spécimens, peut simplifier le dépistage du cancer du col de l'utérus en orientant vers les soins les femmes qui ont besoin de services supplémentaires. Parmi les femmes dont le dépistage est associé à l'autocollecte d'échantillons vaginaux et au test d'ADN du papillomavirus, 85 % n'auront pas besoin de services supplémentaires, ce qui permettra au personnel et aux ressources de santé de se concentrer sur la proportion restante qui a besoin de services additionnels tels que le traitement des lésions précancéreuses. Comme les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de cancer du col de l'utérus, elles doivent se soumettre à un dépistage régulier pour garantir la détection rapide et le traitement efficace des lésions précancéreuses afin d'éviter qu'elles ne développent un cancer du col de l'utérus invasif. Des technologies nouvelles et innovantes, peu coûteuses et faciles à utiliser, pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses doivent être

largement disponibles, en particulier dans les milieux où les ressources sont limitées.

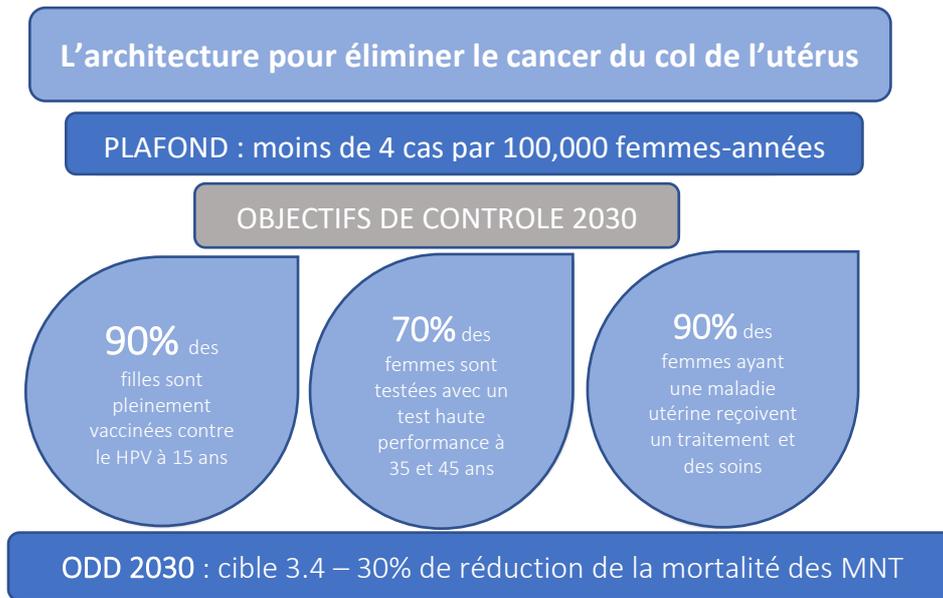
- **L'intégration des services de lutte contre le VIH et le cancer du col de l'utérus est possible et efficace.** Le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses à l'aide d'un test très performant tel que le dépistage de l'ADN du VPH devraient faire partie des soins de routine pour le VIH et des services de santé sexuelle et reproductive. Les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de connaître un échec du traitement et ont besoin d'un dépistage régulier, y compris d'un nouveau dépistage, pour garantir la réussite du traitement. L'ablation thermique a été recommandée par l'OMS pour le traitement des lésions précancéreuses en raison de sa grande efficacité et de son coût inférieur à celui de la cryothérapie.
- **Le traitement du cancer du col de l'utérus est essentiel pour améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité liée à cette maladie.** Des centres d'excellence offrant des soins intégrés aux femmes chez qui un cancer du col de l'utérus a été diagnostiqué, notamment la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, les services de soutien associés et les soins palliatifs, sont nécessaires, en particulier dans les régions où la charge du cancer du col de l'utérus est élevée. De telles approches donnent la priorité au traitement précoce du cancer du col de l'utérus, y compris pour les femmes vivant avec le VIH ; renforcent les capacités nationales en matière de services spécialisés et exploitent les innovations en matière de soins ; offrent aux femmes vivant avec le VIH et le cancer du col de l'utérus l'accès à une thérapie antirétrovirale continue tout en suivant un traitement contre le cancer du col de l'utérus, et comprennent des études scientifiques de mise en œuvre qui visent à accroître la couverture et l'accès à des services de haute qualité en temps utile.
- **Le cancer du col de l'utérus et le VIH sont tous deux des maladies liées à l'inégalité et aux disparités sanitaires entre les pays et au sein de ceux-ci.** L'interaction de facteurs sociaux, économiques et structurels, notamment la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la violence sexiste, l'inégalité des pouvoirs et des dynamiques relationnelles, l'isolement social et l'accès limité à la scolarité et à l'éducation sexuelle, entraîne une vulnérabilité des femmes au VIH et au cancer du col de l'utérus. L'accès aux services de prévention, de traitement et de soins primaires et secondaires du cancer du col de l'utérus ainsi qu'au soutien est limité pour de nombreuses filles et femmes vivant avec le VIH, touchées par celui-ci ou exposées à un risque élevé de le contracter. Parmi les mesures visant à réduire les disparités globales et à améliorer la santé des filles et des femmes, y compris celles qui sont vulnérables au VIH et qui vivent avec le virus, figurent
 - Améliorer l'accès à l'éducation et aux opportunités économiques pour les filles et les femmes afin de réduire la pauvreté, la violence et l'injustice.
 - Promouvoir les normes sociétales de genre qui soutiennent la capacité des filles et des femmes à faire un choix en matière de soins de santé, y compris la prévention du VIH et du cancer du col de l'utérus.

- Améliorer l'accès à la santé sexuelle et reproductive intégrée afin de permettre l'accès à des informations, à l'éducation, aux connaissances et à des services de prévention et de traitement du VIH et du cancer du col de l'utérus de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Assurer l'accès aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour les adolescentes, les jeunes femmes, les femmes adultes, les femmes âgées et les populations clés en utilisant l'approche fondée sur le cycle de vie. Les adolescents doivent avoir accès à la prévention combinée HIV-HPV, en particulier la vaccination contre le HPV, les préservatifs, les services de santé sexuelle et reproductive et la PPrE. Les femmes adultes et âgées vivant avec le VIH doivent avoir accès au traitement du VIH tout au long de leur vie et au dépistage du cancer du col de l'utérus. On observe une mortalité plus élevée avec l'âge pour le VIH et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Introduction

1. Le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a choisi "Cancer du col de l'utérus et VIH - Liens et inégalités communes pour sauver la vie des femmes" comme segment thématique de la 47^e réunion du CCP. Ce segment reconnaît le double fardeau de l'infection par le VIH et du cancer du col de l'utérus pour les femmes et les adolescentes, et admet que ces deux maladies sont liées à des inégalités et à des disparités en matière de santé.
2. Ce segment thématique est axé sur la réduction des disparités et des inégalités au sein des pays et des communautés et entre eux, ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination afin d'obtenir de bons résultats en matière de santé et de qualité de vie pour les femmes et les filles vivant avec le VIH, le papillomavirus humain (HPV) et le cancer du col de l'utérus, ou qui sont touchées par ces maladies ou qui y sont exposées. Les principales considérations sont les suivantes :
 - la nécessité urgente de s'attaquer aux liens entre le VIH, le VPH et le cancer du col de l'utérus ;
 - en exploitant les possibilités de collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH, le papillomavirus et le cancer du col de l'utérus, la santé sexuelle et reproductive (y compris les infections sexuellement transmissibles), les maladies non transmissibles, les soins de santé universels et les programmes de soins de santé primaires, et en renforçant les réponses multisectorielles, communautaires et dirigées par les communautés pour répondre aux inégalités communes en matière de santé, de genre et de situation socio-économique, ainsi qu'aux préoccupations en matière de droits de l'homme liées au VIH, au papillomavirus et au cancer du col de l'utérus ;
 - en utilisant le potentiel des programmes de lutte contre le VIH et le VPH et contre le cancer du col de l'utérus pour travailler ensemble afin de répondre à des défis et des besoins spécifiques et divers, et de parvenir à une couverture maladie universelle.
3. Cette discussion thématique arrive à point nommé, après l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé, en août 2020, de la stratégie mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique mondial (figure 1) et dans le contexte de l'élaboration de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA.
4. La stratégie mondiale propose que 90 % des filles soient entièrement vaccinées contre le VPH avant l'âge de 15 ans, que 70 % des femmes soient soumises à un test de dépistage performant avant l'âge de 35 ans, puis avant 45 ans, et que 90 % des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus reçoivent un traitement (c'est-à-dire que 90 % des femmes présentant des précancers sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge).¹ La réalisation de ces objectifs pourrait réduire le taux d'incidence médian du cancer du col de l'utérus de 42 % d'ici 2045, avec 300 000 décès évités d'ici 2030 et 14 millions de décès évités d'ici 2070.¹

Schéma 1. Stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus



5. L'infection par le HPV est une condition nécessaire pour le cancer du col de l'utérus et les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Deux types d'infection par le HPV, le HPV 16 et le HPV 18, contribuent à 70 % de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde.² Si le HPV est une infection sexuellement transmissible, les rapports sexuels avec pénétration ne sont pas nécessaires pour la transmission : le contact génital peau à peau est également un mode de transmission bien connu.³
6. Globalement, le risque d'infection par le HPV est deux fois plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH, quelle que soit leur orientation sexuelle, que chez les personnes séronégatives. Les infections par le HPV ont deux fois moins de chances d'être éliminées chez les personnes vivant avec le VIH que chez les personnes séronégatives.⁴ Le risque de cancer du col de l'utérus est six fois plus élevé chez les femmes vivant avec le VIH que chez les femmes séronégatives. Ce risque plus élevé se manifeste tout au long du cycle de vie, à commencer par un risque accru de contracter une infection à HPV, une progression plus rapide vers le cancer, le développement d'un cancer du col de l'utérus à un âge plus ⁵précoce, des chances plus faibles de régression des lésions précancéreuses et des taux plus élevés de récurrence après le traitement.⁶ Les femmes infectées par le HPV courent un risque deux fois plus élevé de contracter le VIH que les femmes non infectées par le HPV, en raison de la perturbation de la surface muqueuse du col de l'utérus et de l'augmentation des cibles cellulaires du VIH.
7. Le cancer du col de l'utérus est évitable et peut être traité avec succès, en particulier si les lésions précancéreuses sont détectées à un stade précoce, bien que les traitements du cancer invasif soient plus complexes et plus coûteux. Les vaccins contre le VPH sont sûrs et efficaces pour les filles, les garçons, les adolescents et les adultes, quel que soit leur statut sérologique. ^{1, 7}

¹ Ces vaccins réduisent l'incidence du VPH de 80 %, les diagnostics de verrues anogénitales de 70 % et les néoplasies intraépithéliales cervicales 2 et 3 (CIN2+) - les lésions pré-malignes qui peuvent évoluer vers un cancer du col de l'utérus - de 50 %.

8. Trois vaccins contre le VPH figurent sur la liste de préqualification de l'OMS.² L'OMS, PATH et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) ont formulé des recommandations pour la mise en œuvre réussie et la durabilité d'une stratégie de fourniture de vaccins, notamment : les exigences en matière de planification, la nécessité de surmonter les hésitations liées à la désinformation et de s'attaquer aux obstacles sociaux, culturels, sociétaux et autres qui peuvent affecter l'acceptation et l'utilisation des vaccins.
9. Alors que de nombreux pays à revenu élevé ont intégré des tests ADN-VPH coûteux dans leurs programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, des tests moins coûteux et plus précis sont disponibles et sont utiles pour les services de soins dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM).⁸ La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie sont des formes de traitement du cancer du col de l'utérus, et les soins palliatifs et le contrôle des symptômes sont des options pour les cancers de stade avancé ou pour les maladies moins avancées pour lesquelles le traitement n'est pas abordable.⁹
10. Les premiers rapports sexuels marquent le début du risque d'infection par le VPH, et l'OMS recommande une vaccination anti-VPH en deux doses pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les filles âgées de 9 à 14 ans comme principal groupe cible, de préférence avant toute activité sexuelle. La vaccination des femmes et des filles âgées de 15 ans et plus, et des garçons et des hommes peut être envisagée si elle est réalisable, abordable et d'un bon rapport coût-efficacité et si elle ne détourne pas les ressources de la population cible primaire ou des programmes de dépistage.¹⁰ La vaccination des femmes est l'approche la plus rentable.¹¹ L'utilisation systématique de préservatifs permet de prévenir les infections sexuellement transmissibles, notamment le HPV et le VIH,¹² et le respect des régimes de prophylaxie pré-exposition (PrEP) permet de prévenir l'infection par le VIH.¹³
11. La couverture des programmes de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus et des autres formes de soutien est insuffisante dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où les taux de prévalence du VIH et d'infection par le VPH sont les plus élevés.¹⁴ Près de neuf décès sur dix dus au cancer du col de l'utérus surviennent chez les femmes des PFR-PRI.
12. Jusqu'à présent, les liens entre le cancer du col de l'utérus et le VIH n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante, et il est urgent de mettre en place une synergie des efforts pour prévenir, diagnostiquer et traiter le cancer du col de l'utérus à un stade précoce. Il est également nécessaire d'assurer un continuum de traitement et de soins pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus avancé dans le contexte des progrès réalisés dans la prévention et le traitement de l'infection par le VIH chez les adolescentes et les femmes. Par conséquent, il est stratégiquement pertinent de sensibiliser d'urgence au HPV en tant qu'infection sexuellement transmissible et de promouvoir la vaccination contre le HPV, le dépistage du cancer du col de l'utérus et les services de traitement et de soins en liaison avec les programmes existants de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.
13. Bien qu'un certain nombre de cancers puissent être détectés par dépistage, l'OMS recommande à tous les pays de donner la priorité au dépistage du cancer du col de l'utérus en particulier.^{Error! Bookmark not defined.} La priorité accordée à la prévention et au traitement du cancer du col de l'utérus est liée aux travaux de l'équipe spéciale

² Cervarix (bivalent) de GlaxoSmithKline, Gardasil 4 (quadrivalent) de Merck Vaccines et Gardasil 9 (nonavalent) de Merck Vaccines. Ces trois vaccins préviennent l'infection contre le HPV 16 et le HPV 18, les deux sous-types de HPV les plus à risque, qui sont connus pour contribuer à au moins 70 % des cas de cancer du col de l'utérus.

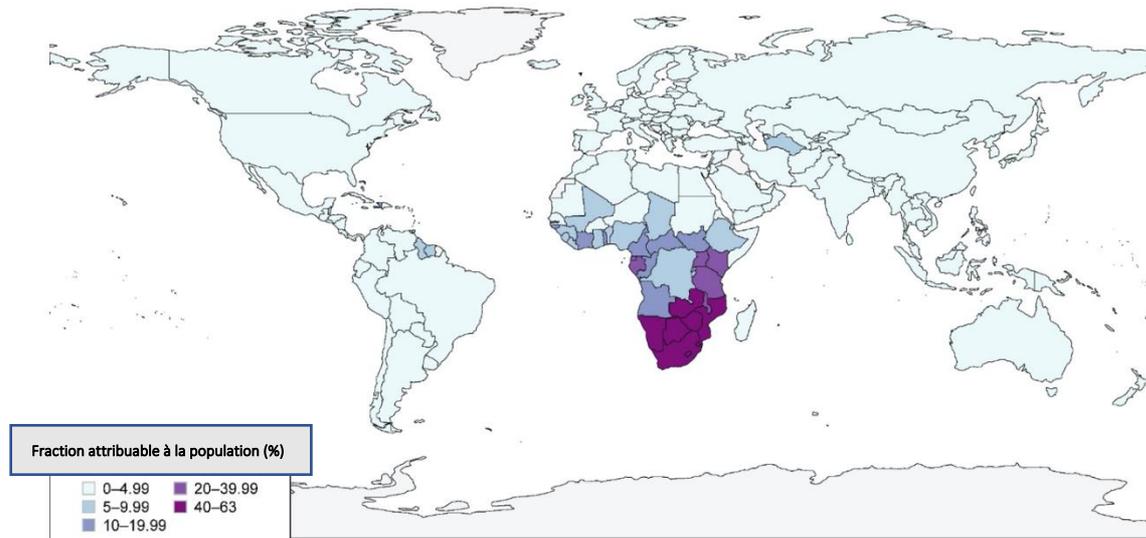
interinstitutions des Nations unies pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, au plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être de tous, au plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, à la couverture maladie universelle et aux mouvements "Every Woman Every Child".

14. La pandémie COVID-19 pose des défis supplémentaires. La pandémie affecte la réponse au VIH au niveau mondial.¹⁵ Les services de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les services de lutte contre le cancer du col de l'utérus, et les activités de proximité ont été interrompus. Les programmes de vaccination contre le HPV dans les écoles ont été reportés ou transférés vers les établissements de santé.¹⁶ Malgré ces difficultés, la pandémie COVID-19 offre également l'occasion d'adapter les services de santé, d'innover pour minimiser les perturbations et d'intensifier les interventions axées sur la population pour le VIH et le cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus et le VIH

15. L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH a augmenté grâce au déploiement mondial de la thérapie antirétrovirale (ART) et à l'accent mis sur la suppression durable de la charge virale. Les TARV préviennent la morbidité et la mortalité liées au VIH et inhibent la transmission du VIH. Les cas de cancer du col de l'utérus non détectés et non traités menacent les gains d'espérance de vie et de qualité de vie des filles et des femmes vivant avec le VIH. Le faible accès à la vaccination contre le HPV expose les filles vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH à un risque élevé d'infection par le HPV et de cancer.
16. Les maladies non transmissibles sont en augmentation parmi les personnes vivant avec le VIH dans le monde entier, les vulnérabilités et l'incidence étant les plus élevées dans les pays à faible revenu. Sur le plan géographique, les zones à forte incidence du VIH et du cancer du col de l'utérus se chevauchent (figure 2). Les trois quarts des nouvelles infections par le VIH dans le monde se situent en Afrique orientale et australe, en Afrique occidentale et centrale, et en Asie et dans le Pacifique. Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans représentaient environ 1 sur 4 des nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne en 2019, même si elles ne représentaient qu'un dixième de la population de cette région.¹⁷

Schéma 2. Proportions de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus vivant avec le VIH, en 2018, attribuables à la population



17. Plus de 85 % de tous les hommes et femmes sexuellement actifs seront infectés par un type de VPH à un moment donné de leur vie.¹⁷ Les infections par le HPV disparaissent généralement sans intervention dans les mois qui suivent leur acquisition, et environ 90 % d'entre elles disparaissent en deux ans. Toutefois, une exposition et une incidence persistantes, en particulier des VPH 16 et 18, augmentent la probabilité de développer un cancer du col de l'utérus chez les femmes.
18. Les femmes vivant avec le VIH présentent des taux plus élevés d'infection par le HPV et de lésions précancéreuses, avec un risque six fois plus élevé de cancer invasif du col de l'utérus.^{18 19} Elles présentent des lésions plus agressives, persistantes et susceptibles de réapparaître après le traitement.²⁰ Chez les femmes vivant avec le VIH, un faible taux de CD4 augmente le risque de contracter le HPV¹⁸ alors que les traitements antirétroviraux peuvent réduire la probabilité de contracter le HPV, augmenter la disparition du HPV et réduire la progression des lésions précancéreuses.²¹
19. Sur les 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en 2018, la majorité se trouve en Afrique subsaharienne. Environ 85 % des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH se produisent dans la région Afrique de l'OMS, 7 % en Asie du Sud-Est et 4 % dans les Amériques.^{22 23 24}
20. Dans le monde, on estime que 5 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus sont imputables au VIH, avec des disparités importantes entre les pays et au sein de ceux-ci. Dans les régions où la prévalence du VIH est la plus élevée, la proportion de cancers du col de l'utérus imputables au VIH atteint 75 % en Eswatini, 70 % au Lesotho, 67 % au Botswana, 63 % en Afrique du Sud et 52 % au Zimbabwe. Dans 127 autres pays où la prévalence du VIH est beaucoup plus faible, moins de 5 % des cas de cancer du col de l'utérus sont imputables au VIH.⁶
21. Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde. En 2018, 311 000 décès liés au cancer du col de l'utérus ont été enregistrés dans le monde. Le cancer du col de l'utérus était la principale cause de décès liés au cancer chez les femmes d'Afrique subsaharienne.²⁵

22. La perte prématurée de vies humaines causée par le VIH et le cancer du col de l'utérus est une tragédie qui touche également les communautés et les sociétés dans leur ensemble. L'élimination du cancer du col de l'utérus aura des conséquences économiques et sociales positives. D'ici 2030, environ 250 000 femmes resteront des membres productifs de la population active, ce qui ajoutera environ 28 milliards de dollars à l'économie mondiale, dont 700 millions de dollars en conséquence directe d'une participation accrue à la population active et environ 27 milliards de dollars comme avantage indirect lié à la "bonne santé".²⁶
23. La lutte globale contre le cancer du col de l'utérus comprend la prévention primaire (vaccination contre le VPH), la prévention secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses), la prévention tertiaire (diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus invasif) et les soins palliatifs. L'OMS recommande de soumettre les femmes sexuellement actives vivant avec le VIH à un dépistage du HPV ou d'anomalies du col de l'utérus dès qu'elles sont diagnostiquées séropositives et de procéder à un nouveau dépistage dans les trois ans si elles sont séronégatives pour le HPV et si elles ne présentent pas de lésions cervicales.²⁷ Si la réponse au VIH a mis l'accent sur la réduction des coûts des antirétroviraux et d'autres médicaments, il reste encore du travail à faire en ce qui concerne les brevets et les réductions de coûts pour les vaccins contre le HPV²⁸ ainsi que pour les technologies de dépistage du cancer du col de l'utérus, les médicaments et les services de traitement et de soins.

Disparités en matière de santé et autres inégalités communes au VIH et au VPH/cancer du col de l'utérus

24. La stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique reconnaît que l'inégalité sous-tend la vulnérabilité des personnes à la maladie et contribue à limiter l'accès à des services opportuns et de qualité qui peuvent sauver la vie des femmes et préserver leur qualité de vie.²⁹ Les mêmes inégalités accroissent la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles à l'infection par le VIH. Il y a des avantages distincts à utiliser l'infrastructure de lutte contre le VIH pour réduire l'infection par le VPH ainsi que les maladies et les décès associés au cancer du col de l'utérus, tout en renforçant le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes et les filles vivant avec le VIH.
25. Les inégalités et les injustices influencent l'accès à la vaccination contre le VPH, au dépistage du cancer du col de l'utérus et aux soins complémentaires dans les PRFM. Par exemple, 95 % des 100 millions d'adolescentes qui ont reçu au moins une dose du vaccin anti-papillomavirus entre 2006 et 2017 vivaient dans des pays à revenu élevé. Seuls 30 % des pays à faible revenu disposent de services de pathologie, de chirurgie du cancer, de chimiothérapie et de radiographie généralement disponibles, contre plus de 90 % des pays à revenu élevé. En 2020, seul un quart des pays à faible revenu ont introduit la vaccination anti-papillomavirus dans leur calendrier national de vaccination.³⁰
26. Les disparités en matière de cancer du col de l'utérus illustrent les expériences des femmes et des filles les plus vulnérables et marginalisées, y compris celles qui vivent avec le VIH, qui sont touchées par celui-ci et qui y sont vulnérables, principalement dans les pays à faible revenu. Elles sont confrontées à des défis multiples, croisés et changeants en ce qui concerne leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs, notamment les inégalités et les défis liés au sexe, à la société, à la culture et à l'économie.
27. Les inégalités et les injustices entre les sexes, sociales, éducatives et économiques sont à la base de la plus grande vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection par le VIH, ainsi qu'à d'autres infections sexuellement transmissibles comme le VPH. La violence

sexiste et la violence entre partenaires intimes augmentent la prévalence des infections sexuellement transmissibles. Les fillettes et les adolescentes ont un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et aux services liés au VIH, et de nombreuses femmes et filles n'ont pas le plein contrôle de leurs décisions en matière de santé sexuelle et reproductive. L'éducation sexuelle complète des adolescents est limitée dans de nombreux pays, et même si la fréquentation scolaire est associée à un risque moindre de VIH, les adolescentes ont moins de chances que leurs pairs masculins de terminer leur scolarité.³¹

28. L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui y est associée diffèrent considérablement selon le quintile de revenu, l'accès aux services de santé, la race et l'origine ethnique. Les femmes et les adolescentes moins scolarisées ou vivant en zone rurale et confrontées à des normes sociales et sexistes défavorables sont plus touchées, y compris dans les pays à revenu élevé. Aux États-Unis, des recherches ont montré que les femmes appartenant au groupe socio-économique le plus bas ont un taux de mortalité par cancer du col de l'utérus 76 % plus élevé que les femmes appartenant au groupe socio-économique le plus élevé. Les ³²femmes hispaniques et afro-américaines ont tendance à avoir des taux de survie à cinq ans au cancer du col de l'utérus nettement inférieurs à ceux des femmes appartenant à d'autres groupes raciaux, et leur taux de mortalité par cancer du col de l'utérus est plus de deux fois supérieur à celui des femmes blanches.³³
29. La stigmatisation et la discrimination (notamment en ce qui concerne le VIH et les maladies non transmissibles, telles que les cancers) contribuent à une mauvaise santé en entravant les comportements sains de recherche de la santé, en particulier dans les pays à faible revenu.³⁴ Les populations clés sont plus exposées au risque d'infection par le VIH et sont plus susceptibles de subir des stigmates qui se chevauchent. Les travailleuses du sexe ont une prévalence globale élevée d'infection par le VPH, en particulier les sous-types 16 et 18, en raison de la nature de leur travail, et sont par conséquent exposés à un risque accru de cancer du col de l'utérus.³⁵ Elles sont également vulnérables en raison de la superposition des stigmates associés au cancer du col de l'utérus, au travail du sexe et au VIH.
30. Alors que la plupart des pays à revenu élevé ont réduit l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité y relative, plus de 85 % des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 80 % de la mortalité surviennent dans les PRFM. Cette disparité est largement due à un accès beaucoup plus faible à la vaccination, à une disponibilité et un coût limité des services de dépistage, de traitement et de suivi. Ces facteurs, à leur tour, sont liés à une moindre priorité accordée à la prévention du papillomavirus et à la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans les politiques, ainsi qu'à des ressources limitées.³⁶
31. Les frais de prise en charge des soins peuvent être importants. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH sous TARV, le coût de l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) est de 3,24 à 3,67 dollars US, celui du frottis de Papanicolaou (PAP) de 8,17 à 24,08 dollars américains et celui du test HPV de 17,92 à 54,34 dollars américains. Les coûts supplémentaires vont de 18 à 26 dollars américains par visite et par personne bénéficiant d'un dépistage intégré du cancer du col de l'utérus.³⁷

Défis et lacunes dans la lutte contre le VIH et le cancer du col de l'utérus

32. La stratégie mondiale lancée par l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique comprend la réduction du taux d'incidence ajusté en fonction de l'âge à moins de 4 pour 100 000 femmes dans tous les pays, tout en élargissant le traitement et l'accès aux soins palliatifs. Les taux d'incidence actuels par

pays vont de 70 pour 100 000 femmes dans les pays les plus à risque à moins de 10 pour 100 000 femmes dans les pays les moins à risque.³⁸

33. La détection précoce est l'une des mesures de santé publique les plus efficaces pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Elle s'appuie sur la connaissance des symptômes ou sur la nécessité d'un dépistage, sur un diagnostic efficace, ainsi que sur l'orientation et l'accès aux traitements et aux soins. Le diagnostic tardif est courant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, y compris chez les femmes séropositives ou à risque de l'être, et bien que de nombreux pays disposent de programmes de dépistage, ceux-ci ne sont souvent pas bien planifiés ou mis en œuvre. Parmi les difficultés rencontrées, on peut citer des populations cibles incorrectes, de faibles taux de participation et une mauvaise affectation des ressources.³⁹
34. L'OMS recommande de soumettre les femmes sexuellement actives vivant avec le VIH à un dépistage du VPH ou d'anomalies du col de l'utérus dès qu'elles sont diagnostiquées vivant avec le VIH, puis de les soumettre à un nouveau dépistage dans un délai de trois ans si elles sont séronégatives pour le VPH et ne présentent pas de lésions cervicales.²⁷ Actuellement, la couverture sous-optimale du dépistage entrave les efforts de prévention du cancer du col de l'utérus. Selon les estimations, la couverture des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 11 pays ayant répondu au questionnaire et disposant de programmes de dépistage opportunistes ou organisés en population pour le cancer du col de l'utérus en 2019 variait de moins de 10 % en Éthiopie, en Guinée et à Madagascar à 50 à 70 % au Mozambique et en Afrique du Sud.
35. L'ajout du dépistage du cancer du col de l'utérus aux services de lutte contre le VIH est rentable et évolutif, mais cette intégration n'a lieu que dans quelques pays à faible revenu. En 2019, seuls 9 des 47 pays ayant déclaré être des PFR-PRI l'avaient fait, et seuls 4 de ces pays, qui se trouvent en Afrique subsaharienne, ont une charge de morbidité élevée liée au VIH. Douze autres pays avaient intégré des services dans certains établissements de santé.³⁹ Des niveaux élevés d'échec à retenir les femmes qui ont besoin d'un traitement ont également été signalés dans certains pays.
36. Bien que la vaccination contre le VPH soit une mesure de prévention éprouvée, sur les 118 millions de femmes qui ont reçu le vaccin contre le VPH jusqu'à présent, seulement 1 % (1,4 million) vivent dans les PRFM.⁸ Les obstacles à l'extension de la vaccination comprennent le coût, l'approvisionnement en vaccins et l'hésitation à les utiliser. Alors que les efforts pour accroître l'accès à la vaccination anti-papillomavirus dans les PFR-PRI s'accroissent, il devient évident qu'il faut répondre aux préoccupations concernant l'acceptabilité du vaccin, en particulier chez les parents des filles qui remplissent les conditions requises pour la vaccination.⁴⁰
37. La disponibilité mondiale du vaccin contre le HPV est actuellement insuffisante pour répondre à la demande, y compris dans les pays et les milieux où le VIH est très répandu. Les obstacles à la fourniture de vaccins sont notamment l'offre limitée, le prix du vaccin et le coût élevé de la livraison (parce que le vaccin n'est pas intégré dans la plupart des programmes de vaccination des enfants existants).⁴¹ Pour remédier à la pénurie de vaccins, un consortium de parties prenantes, dont l'OMS et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), soutient la fabrication de vaccins contre le VPH.
38. Le diagnostic précoce est une priorité en matière de prévention du cancer. Pourtant, la connaissance et la sensibilisation à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus se sont révélées insuffisantes en Afrique subsaharienne et dans les pays à faible revenu et à économie de marché.^{42 43} La couverture du dépistage et l'accès au traitement restent limités dans les PFR-PRI en raison de ressources et de capacités

restreintes. En 2019, l'Islande et l'Irlande ont fait état d'une couverture du dépistage de plus de 70 %, tandis que l'Australie et l'Afrique du Sud ont fait état d'une couverture de 50 à 70 %, la Côte d'Ivoire et le Kenya de 10 à 50 % et le Maroc, le Myanmar, le Pérou, le Timor-Oriental et l'Ukraine de moins de 10 %.⁴⁴

39. Le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH fonctionne. Aux États-Unis, le risque de lésions précancéreuses chez les femmes vivant avec le VIH régulièrement dépistées était similaire à celui des femmes séronégatives, ce qui souligne l'importance du dépistage dans cette population.⁴⁵ Dans les pays à revenu élevé et les PRFM, un schéma de dépistage simplifié, mais comparativement efficace, pourrait permettre d'accroître avec succès la couverture du dépistage chez les femmes vivant avec le VIH. Un tel schéma impliquerait moins de dépistages, des intervalles de dépistage plus longs, des autoprélèvements et/ou des tests conjoints pour le VPH 16 à haut risque ou la méthylation de l'ADN.^{46 47}
40. Des études nationales montrent que des facteurs liés au système de santé, notamment le manque de ressources, la motivation limitée des travailleurs de la santé, la stigmatisation et la discrimination et une mauvaise communication centrée sur le patient, inhibent l'adoption de la prévention.^{48 49 50}
41. Si la radiothérapie fait partie des approches de traitement du cancer du col de l'utérus, il n'y a en moyenne qu'une machine de radiothérapie pour 3,6 millions de personnes en Afrique,⁵¹ alors que le ratio recommandé est d'une machine pour 250 000 personnes.⁵² Vingt-cinq pays d'Afrique et deux pays d'Asie connaissent une pénurie extrême de cancérologues cliniques.
42. Des outils tels que les tests moléculaires du VPH et les dispositifs de traitement alternatif sont hors de portée, et les travailleurs de la santé des PRFM dépendent d'outils et de stratégies de qualité inférieure pour gérer les précancers, prévenir le cancer du col de l'utérus et réduire la mortalité liée à ce cancer. Si l'on n'améliore pas le caractère abordable et la disponibilité de tests de dépistage et de traitement de haute qualité et d'autres dispositifs médicaux, il sera difficile de développer les services de lutte contre le cancer du col de l'utérus et de les intégrer aux interventions de lutte contre le VIH.
43. Les réponses au VIH et à la COVID-19 ont montré que des technologies numériques, mobiles et basées sur l'intelligence artificielle, performantes, peu coûteuses, faciles à utiliser et autogérées peuvent être utilisées pour élargir la couverture, en particulier dans des contextes où les ressources sont limitées. Il est urgent de procéder à un changement de paradigme dans le dépistage, le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire afin d'améliorer l'accès équitable à la détection et au traitement précoces des précancers et des cancers, en particulier pour les femmes vivant avec le VIH et vulnérables à celui-ci.
44. Des technologies abordables et faciles à utiliser peuvent contribuer à garantir un accès équitable à la prévention et au traitement du cancer du col de l'utérus dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, y compris pour les femmes et les adolescentes vivant avec le VIH ou vulnérables à celui-ci. En voici quelques exemples :
 - l'auto-collecte d'échantillons vaginaux pour le test HPV sans examen au spéculum dans une clinique ;
 - les technologies de diagnostic assistées par l'intelligence artificielle pour le dépistage des précancers et les évaluations cytologiques ;
 - des thermocoagulateurs à piles mobiles ou portables à prix abordable pour le traitement des précancers

- l'utilisation de téléphones portables pour le suivi des informations de santé, les renvois et les rappels de visites de suivi.⁵³
45. L'échec et la récurrence des traitements anticancéreux sont plus fréquents chez les femmes vivant avec le VIH que chez les femmes séronégatives et peuvent également être affectés par les modalités de traitement.⁵⁴ La pénurie d'oncologues, de gynécologues-oncologues, d'histopathologistes, de prestataires de soins palliatifs, d'équipements de radiothérapie et autres, ainsi que de services durables de maintenance des équipements, constitue un obstacle au diagnostic et au traitement du cancer du col de l'utérus dans les PFR-PRI.^{55 56}
46. L'infection par le HPV et le cancer du col de l'utérus suscitent des réactions stigmatisantes en raison des associations avec la transmission sexuelle, la séropositivité et les aspects sexuels et reproductifs de la santé des femmes.^{57 58} La peur de la transmission occasionnelle du cancer, l'autoaccusation et la peur de l'invalidité et de la mort contribuent également à la stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation.⁵⁹
47. Un examen des obstacles au recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne a révélé des similitudes entre les pays et les contextes culturels, notamment une faible sensibilisation, la crainte des procédures de dépistage et des résultats négatifs, les préoccupations relatives à la vie privée, le manque de soutien du conjoint, la stigmatisation, le coût d'accès aux services et les facteurs liés aux services de santé, tels que l'attitude des travailleurs de la santé.⁶⁰ Le manque de connaissances sur le cancer du col de l'utérus et le dépistage est courant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire,⁶¹ et l'examen des études sur la connaissance du VPH et du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH met en évidence des idées fausses courantes, un manque de compréhension de la prédisposition aux maladies et un besoin criant de communication sociale et comportementale.^{62 63}

Stratégies et possibilités d'approches intégrées

48. Une approche de la santé publique, de l'équité et de la justice sociale, axée sur le parcours de vie, des services de santé intégrés et centrés sur la personne, est nécessaire pour mettre fin au sida et au cancer du col de l'utérus en tant que menaces pour la santé publique et pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Cela peut être réalisé en incluant la prévention du VIH et du VPH, la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus et l'accès au traitement du VIH, ainsi que la prévention et les soins tertiaires, y compris les soins liés au vieillissement, dans les approches intégrées (figure 3).

Schéma 3. Stratégie proposée pour atteindre les objectifs mondiaux visant à mettre fin au sida et au cancer du col de l'utérus en tant que menaces pour la santé publique : principaux résultats

Approche axée sur le parcours de vie, la santé publique, l'équité et la justice sociale pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne pour le VIH, le VPH et le cancer du col de l'utérus

Prévention primaire

- Accroître la couverture de la prévention primaire du VIH et du VPH
- Augmenter la couverture vaccinale contre le HPV
- Accroître l'accès aux vaccins pour la prévention du HPV et à la PreP pour la prévention du VIH
- Accroître l'accès des hommes et des femmes aux préservatifs pour la prévention du VIH et du HPV
- Développer la prévention du VIH et du VPH pour les adolescentes, les femmes et les populations clés
- S'attaquer aux obstacles sociaux et structurels (inégalité entre les sexes, violence liée au sexe, pauvreté, stigmatisation et discrimination)
- Intégrer les services de santé sexuelle et reproductive dans les CHU et les SSP pour les filles et les femmes

Prévention secondaire et traitement

- Augmenter la couverture de la prévention secondaire du VIH et du cancer du col de l'utérus
- Suivre une approche "dépistage et traitement"
- Accroître la couverture du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses chez les femmes jeunes et adultes exposées au VIH et au cancer du col de l'utérus, y compris les femmes vivant avec le VIH et les femmes appartenant à des populations clés
- Renforcer les liens avec le diagnostic, les soins et le soutien
- Augmenter le nombre de tests de dépistage du VIH, l'instauration d'un traitement antirétroviral et la suppression de la charge virale à vie
- Intégrer les services de santé sexuelle et reproductive aux soins de santé primaires et à la prise en charge du VIH pour les filles et les femmes

Prévention tertiaire et soins

- Augmenter la couverture des soins aux personnes âgées et de la prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus
- Accroître la couverture du diagnostic, de la liaison et de la rétention dans le traitement et les soins pour les femmes, y compris les femmes des populations clés atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif
- Augmenter la couverture des services pour les femmes adultes et âgées vivant avec le VIH
- Intégrer les services de santé pour le vieillissement dans les soins de santé primaires et les soins contre le VIH pour les femmes adultes et âgées

Accélérateurs

- S'attaquer aux disparités et autres inégalités en matière de santé
- Élaborer ou élargir les politiques en mettant l'accent sur l'intégration du VIH, du VPH et du cancer du col de l'utérus, en tirant parti des ressources humaines, technologiques et autres pour soutenir une mise à l'échelle rapide
- S'engager dans des partenariats pour maximiser les ressources et renforcer et soutenir la réponse intégrée
- Assurer un financement adéquat et garantir la disponibilité des vaccins et des produits de traitement
- Renforcer les systèmes de santé, y compris les systèmes communautaires, les ressources humaines, l'accès aux produits de base, les capacités de laboratoire et d'autres aspects pour soutenir un continuum de prévention, de traitement et de soins du VIH et du cancer du col de l'utérus (y compris les soins palliatifs)
- Accélérer la vaccination contre le HPV pour les filles de 9 à 14 ans, et étendre à une couverture élevée, à des cohortes multi-âges et à un programme de vaccination neutre du point de vue du genre pour atteindre les sous-populations vivant avec le VIH et présentant un risque élevé d'infection par le VIH et le HPV
- Accroître la connaissance et la sensibilisation au VIH, au VPH et au cancer du col de l'utérus afin d'augmenter la demande et de réduire la stigmatisation par l'engagement communautaire et les réponses apportées par la communauté (en soulignant les avantages de la prévention, du dépistage et du traitement pour la santé à long terme et le bien-être de la communauté)
- Développer et élargir l'accès aux innovations, y compris les approches d'autosoins, l'autonomisation et la création de la demande, ainsi que des technologies plus efficaces et plus rentables
- Élaborer ou étendre les politiques visant à assurer l'intégration des composantes VIH, VPH et cancer du col de l'utérus dans les CHU et les SSP et les mettre en œuvre à grande échelle
- Diversifier les programmes pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte
- Améliorer les systèmes de données et d'information, y compris la surveillance, le suivi et l'évaluation
- Mener des recherches pour combler les lacunes en matière de connaissances.

49. La stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique comprend trois objectifs : 90 % de couverture de la vaccination contre le VPH, 70 % de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus et 90 % de taux de réussite dans la gestion du traitement. La stratégie mondiale souligne l'importance de donner la priorité et de mettre en œuvre d'urgence des services intégrés de prévention, de dépistage et de traitement par le biais d'un ensemble de soins de santé primaires pour les deux maladies afin d'accroître l'efficacité et de maximiser l'impact.³⁰ La Stratégie mondiale souligne en outre la nécessité de remédier aux inégalités en matière de résultats sanitaires parmi les populations vulnérables ou mal desservies, y compris les femmes séropositives, en utilisant des approches adaptées.

50. Des possibilités d'intégration des services de lutte contre le VIH, le VPH et le cancer du col de l'utérus se présentent dans tout le continuum de la prévention et des soins. Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses peuvent être intégrés dans les plateformes existantes de prestation de services en matière de VIH, de SSR, de soins de santé primaires et autres. Les infrastructures disponibles peuvent être utilisées plus efficacement, car les femmes s'engagent dans les soins de santé tout au long de leur vie (par exemple, soins prénataux, visites chez le pédiatre, planning familial, soins de santé primaires et autres). Pour les femmes et les adolescentes vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter, il est conseillé d'intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus au test de dépistage du VIH, au traitement et aux soins.

51. L'intégration de la prévention et du traitement du cancer du col de l'utérus et du VIH devrait viser à accroître l'accès aux services de manière à réduire les inégalités et les disparités en matière de santé, et ce de manière durable. Cela peut être réalisé en se

concentrant sur les adolescentes, les jeunes femmes, les femmes adultes, les femmes âgées et les populations clés en utilisant l'approche fondée sur le cycle de vie. Les adolescents doivent pouvoir accéder à la prévention combinée du VIH et du VPH (par exemple, préservatifs, PrEP et vaccination contre le VPH). De même, les femmes âgées doivent avoir accès à un traitement antirétroviral contre le VIH tout au long de leur vie, ainsi qu'au dépistage du cancer du col de l'utérus.

52. La gestion clinique du VIH chronique et du cancer du col de l'utérus peut être intégrée dans les services spécialisés de santé sexuelle, avec des références provenant de l'auto-échantillonnage du col de l'utérus au niveau communautaire, de l'auto-test du VIH, de la sensibilisation des populations clés, et des références provenant des soins de santé primaires, des services prénataux et des services de SSR. Les programmes de vaccination contre le VPH peuvent être intégrés à l'éducation sexuelle, à la promotion de la santé et aux services de santé en milieu scolaire, ainsi qu'aux systèmes de prestation de services dans les établissements de santé pour les adolescents, y compris ceux qui sont exposés au risque d'infection par le VIH, qui vivent avec le VIH et/ou qui reçoivent un traitement contre le VIH.

Financement

53. Pour combler le déficit de financement, il est essentiel de procéder à des analyses de coût, de rentabilité et d'impact budgétaire afin de soutenir les programmes et les plans de mise en œuvre des budgets et programmes intégrés à long terme. L'approche par dossier d'investissement pour l'élimination du cancer du col de l'utérus soutient ce travail. L'OMS dispose d'un "Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus"⁶⁴ avec un module de vaccination contre le VPH disponible en ligne pour faciliter l'établissement d'estimations des coûts de la vaccination et du dépistage du cancer du col de l'utérus. Bien qu'il ne soit pas spécifiquement conçu pour le VIH, le tableur est flexible et peut prendre en charge les estimations budgétaires requises.
54. Le plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a augmenté le financement et le soutien technique afin d'élargir l'accès aux services de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH. L'accent est mis sur l'intégration de ces services avec les services de traitement et de soins du VIH dans les sites de lutte contre le VIH soutenus par le PEPFAR dans les pays d'Afrique subsaharienne par le biais du partenariat "Go Further".⁶⁵ Tous les pays soutenus par le PEPFAR dont la prévalence du VIH est supérieure à 5 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans devraient proposer un dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes qui suivent un traitement antirétroviral. Avec un financement accru de plus de 38 millions de dollars US disponible pour l'année fiscale 2020, le dépistage s'est considérablement développé dans 12 pays du partenariat "Go Further" en Afrique orientale et australe.
55. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) soutient les activités des pays en matière de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le VIH.⁶⁶ Depuis 2014, 20 pays d'Afrique subsaharienne ont reçu le soutien du Fonds mondial pour leurs services de prévention du HPV et du cancer du col de l'utérus et pour l'intégration de ces services dans leurs programmes de lutte contre le VIH. En 2020, le Fonds mondial a encouragé les demandes de financement des pays qui intègrent des stratégies de prévention du cancer du col de l'utérus, notamment
- l'intégration des services de planification familiale et de santé sexuelle et génésique, y compris le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans les soins VIH

pour toutes les femmes dans les zones à forte prévalence afin d'améliorer le rapport coût-efficacité, l'utilisation, l'accès et la qualité des soins ;

- le dépistage du cancer du col de l'utérus et du VPH ;
- l'établissement de liens entre les activités de prévention du VIH et les programmes de vaccination contre le VPH, en fonction du contexte du pays ou des adolescentes et des jeunes femmes
- les possibilités de cofinancement des activités de vaccination contre le HPV.

56. Il est possible d'inclure les composantes VIH, HPV et cancer du col de l'utérus dans la nouvelle stratégie 2023-2028 du Fonds mondial.

57. Unitaïd a lancé deux investissements importants pour s'attaquer aux obstacles à l'introduction de technologies et d'approches innovantes pour la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. S'ils sont mis en œuvre à grande échelle, ces investissements pourraient permettre aux pays d'atteindre les objectifs d'élimination. Les investissements dans 11 pays visent à réduire la mortalité mondiale due au cancer du col de l'utérus grâce à une approche sur plusieurs fronts en introduisant des innovations dans les programmes nationaux d'élimination du cancer et en préconisant leur adoption et leur extension. L'accent est mis sur les partenariats Unitaïd avec la Clinton Health Access Initiative et Expertise France, en collaboration avec Jhpiego et l'Union internationale pour la lutte contre le cancer :

- de nouvelles méthodes de dépistage, telles que l'introduction de tests moléculaires du HPV et d'outils de dépistage basés sur l'intelligence artificielle (par exemple, l'évaluation visuelle automatisée ou AVE) pour détecter les lésions précancéreuses sur le col de l'utérus ;
- des méthodes nouvelles, abordables et efficaces pour le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus, telles que les appareils portables et autres appareils d'ablation thermique ;
- des modèles de prestation de services nouveaux et améliorés, tels que l'auto-prélèvement d'échantillons pour le dépistage du papillomavirus et la navigation des patients dans les diagnostics et les traitements, soutenue par mHealth
- l'engagement communautaire et la création de la demande. ⁶⁷

58. L'investissement total des subventions d'Unitaid et du soutien de l'OMS s'élève à 60 millions de dollars US pour les trois prochaines années en Inde, au Kenya, au Malawi, au Nigeria, au Rwanda, en Afrique du Sud et en Zambie (tests de dépistage et traitements optimaux) et au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Guatemala et aux Philippines (intensification de l'élimination du cancer du col de l'utérus).

Étude de cas : Malawi : réduire les coûts opérationnels

Dans le cadre du programme d'intégration du Malawi, une réponse commune au cancer du col de l'utérus et au VIH a été élaborée avec la mise en place d'une structure de coordination nationale commune, comprenant le département du VIH et du sida, la direction de la santé reproductive et la commission nationale du sida. Le gouvernement national et l'USAID/ PEPFAR ont apporté un soutien financier. Un groupe de travail technique national sur le VIH et le cancer du col de l'utérus a été mis en place pour superviser les aspects techniques de la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus et le VIH. L'objectif principal était de réduire les coûts opérationnels pour contrôler les deux épidémies tout en réduisant le coût en tant qu'obstacle à l'accès aux services. La collaboration entre les directions du VIH et de la santé génésique a permis de mobiliser des ressources pour faire avancer le programme d'intégration. La participation des adolescentes et des jeunes femmes, ainsi que des travailleurs du sexe et des membres des populations clés, à l'élaboration et à la révision des politiques en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive a permis de s'assurer que personne n'était laissé pour compte. Cette approche a permis d'accroître le recours aux services et au traitement, et il est possible de passer de 311 à 750 sites de traitement du VIH, si des ressources financières suffisantes sont disponibles.

Technologies et systèmes de données

59. L'Indice composite mondial de suivi du sida et des politiques nationales rassemble des données nationales sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH et sur l'intégration des politiques et des services liés au VIH et au cancer du col de l'utérus. Ces données permettent d'élaborer des programmes axés sur les données qui intègrent les services de lutte contre le cancer du col de l'utérus et les soins liés au VIH.⁶⁸
60. L'OMS recommande l'ablation thermique comme méthode de traitement supérieure à la cryothérapie pour les femmes dont la présence de CIN2+ a été confirmée histologiquement ou qui ont été dépistées positives dans le cadre de stratégies de dépistage et de traitement, en particulier dans les PFR-PRI.⁶⁹ La cryothérapie traditionnelle à base de gaz est difficile à mettre en œuvre car le gaz réfrigérant, tel que le CO₂, est coûteux et difficile à obtenir et à transporter. Les appareils d'ablation thermique fonctionnent à piles, sont légers (2 à 5 kg) et ont une durée de traitement plus courte. L'utilisation de l'ablation thermique dans des environnements à faibles ressources s'est avérée efficace et acceptable.⁷⁰

Étude de cas : Kenya--améliorer le suivi des patients grâce au système d'information sur la santé

Au Kenya, le cancer du col de l'utérus représente environ 11 % des cas de cancer et est la deuxième cause de décès par cancer. Le Kenya met en œuvre des stratégies visant à atteindre l'objectif mondial d'élimination du cancer du col de l'utérus. En s'appuyant sur les lignes directrices de l'OMS, des directives nationales détaillées sur le dépistage du cancer ont été formulées et diffusées dans les 47 comtés. Ces lignes directrices recommandent un dépistage programmatique pour toutes les femmes âgées de 30 à 39 ans, en utilisant le test ADN du HPV comme méthode de référence (ou l'IVA lorsque le test HPV n'est pas disponible ou comme test de suivi pour un test HPV positif). Cette approche utilise les appareils GeneXpert déjà disponibles dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. La collecte, le suivi et l'évaluation des données utilisent l'infrastructure de surveillance disponible, et les données de dépistage sont téléchargées dans le système d'information sanitaire du Kenya. L'engagement communautaire a permis de sensibiliser les populations et l'appropriation par les comtés favorise la durabilité. Les principaux défis ont été la pénurie de produits de base et la nécessité de garantir aux femmes un accès pratique à leurs résultats afin d'assurer le lien avec les soins et le suivi.

ONUSIDA/PCB (47)/CPR6

Élimination du cancer du col de l'utérus

61. L'élimination du cancer du col de l'utérus est possible. L'Australie est en bonne voie pour éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2028, avec 4 cas pour 100 000 femmes. Elle a été le premier pays à lancer la vaccination anti-papillomavirus à financement public (en 2007) avec une cohorte multi-âges, une vaccination non sexiste pour les 12-13 ans. La vaccination de rattrapage a été proposée aux femmes jusqu'à l'âge de 26 ans jusqu'en 2009 et aux garçons jusqu'à l'âge de 15 ans jusqu'en 2015. Environ 75 % des filles et des garçons ont été vaccinés contre le HPV.⁷¹ Grâce à une couverture vaccinale élevée, les nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été réduits de moitié environ. En conséquence, l'intervalle entre les dépistages est passé à 5 ans, et l'Australie a adopté le dépistage de l'ADN du HPV comme principale méthode de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau national. Dans l'ensemble, 85 % des femmes subissent un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les cinq ans. Depuis son introduction en 1991, le dépistage national a réduit l'incidence du cancer du col de l'utérus d'environ la moitié chez les femmes de plus de 25 ans.

62. Au Rwanda, la campagne pour l'élimination du cancer du col de l'utérus a été lancée par un programme national de prévention du cancer du col de l'utérus en 2013, avec la vaccination contre le VPH comme première étape.³⁶ Les activités de pré-vaccination, telles que la création d'un groupe technique diversifié avec des sous-comités qui ont géré la logistique détaillée de la vaccination, ont été la clé du succès de la campagne de vaccination contre le HPV. Les agents de santé communautaire et les infirmières font la promotion de la vaccination contre le HPV et dissipent les mythes associés au vaccin anti-papillomavirus. Les principales parties prenantes (notamment les chefs spirituels, les fonctionnaires, les enseignants et les bénévoles) soutiennent les programmes éducatifs, les interactions directes de personne à personne et la publicité sur les panneaux d'affichage. Grâce à la mobilisation des communautés, le Rwanda a pu

dépasser l'Australie en matière de couverture vaccinale contre le HPV, en atteignant plus de 93 % des filles âgées de 11 à 15 ans. Le dépistage par IVA est utilisé pour atteindre les femmes qui sont plus âgées que l'âge admissible à la vaccination.

63. Conformément à l'engagement pris par l'ONUSIDA dans le cadre de la stratégie accélérée 2016-2021 visant à sortir le sida de son isolement, le partenariat public-privé "Go Further" entre le PEPFAR, l'Institut George W. Bush, l'ONUSIDA et Merck, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses ont été étendus dans les établissements de santé spécialisés dans le traitement du VIH dans 12 pays d'Afrique subsaharienne. En mars 2020, plus d'un million de dépistages du cancer du col de l'utérus avaient été effectués, dont près de 9 sur 10 étaient des dépistages initiaux. Cela a permis de traiter 50 000 femmes pour des lésions précancéreuses.⁷² Cette approche illustre le potentiel d'une extension rapide et peu coûteuse. Elle est en train d'être étendue grâce aux orientations du PEPFAR pour les plans opérationnels nationaux.⁷³
64. En Zambie, les fonds du gouvernement national et des États-Unis ont été utilisés pour développer des programmes intégrés de lutte contre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Des services de chirurgie et de radiothérapie ont été fournis, et cette approche constitue désormais la base de la formation régionale. La formation gynécologique en réalité virtuelle est utilisée et une approche "voir et traiter" est suivie. Les approches sont intégrées dans les cliniques de santé publique, ce qui permet d'étendre l'impact au-delà d'une focalisation primaire sur les femmes séropositives, ce qui réduit également la stigmatisation. La priorité est donnée aux endroits où le fardeau du VIH est élevé. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est pleinement intégré aux cliniques de traitement antirétroviral. La sensibilisation de la communauté a renforcé l'utilisation des services. L'engagement de soutien comprend le travail avec les communautés, les réseaux de femmes vivant avec le VIH et une coalition multipartite qui est gérée sous les auspices de la Fondation First Lady.

Étude de cas : Nigeria - catalyser l'utilisation de tests de dépistage et de dispositifs de traitement optimaux

On estime que 50 millions de femmes nigérianes sont exposées au risque de cancer du col de l'utérus. Pourtant, les programmes de dépistage couvrent moins de 9 % de la population. Plus de la moitié des cas de cancer du col de l'utérus se produisent chez des femmes séropositives. Unitaïd et la Clinton Health Access Initiative, en collaboration avec le ministère fédéral de la santé, ont entrepris d'accélérer l'accès au dépistage et au traitement dans trois États, en travaillant avec 177 établissements de soins de santé (dont 136 sites de traitement antirétroviral pour les femmes vivant avec le VIH). Les femmes utilisent des kits d'auto-échantillonnage, soutenus par la plateforme de dépistage multiplex existante. La technologie de dépistage de l'EAV est utilisée. Elle fait appel à l'intelligence artificielle pour pallier les insuffisances de l'inspection visuelle du col de l'utérus par l'homme. L'AVE analyse les images pour détecter les précancers, ce qui permet un dépistage efficace à très faible coût grâce à une application logicielle sur les téléphones portables.

Les appareils portables d'ablation thermique et d'excision électrochirurgicale à boucle, qui sont utiles dans les milieux à faibles ressources, sont utilisés pour le traitement des lésions précancéreuses. Le programme renforce la capacité des travailleurs de la santé et engage les organisations de la société civile à générer une demande de services de lutte contre le cancer du col de l'utérus chez les femmes séropositives. Il comprend la mise en place d'un système solide de suivi des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, qui permet de relier les dossiers des patientes entre plusieurs points de contact afin de soutenir la prestation de services et le suivi. Le programme renforce l'appropriation par le pays en travaillant avec le ministère fédéral de la santé, tout en réunissant des partenaires multisectoriels pour renforcer le programme. Il s'agit d'un bon exemple de la manière dont différentes innovations peuvent être appliquées conjointement à grande échelle.

ONUSIDA/PCB (47)/CPR6

Services intégrés

65. Les études de cas nationales décrivent comment certains pays/villes ont intégré avec succès les services de lutte contre le VIH et le VPH/cancer du col de l'utérus, et offrent des exemples d'approches qui peuvent être étendues et utilisées comme meilleures pratiques.

66. Il est largement reconnu que l'intégration et les liens entre les services peuvent améliorer les soins et réduire les occasions manquées d'interventions clés telles que le dépistage du VIH, la fourniture de TARV, la prévention de la transmission verticale du VIH et le soutien à l'adhésion. Cela implique de fournir plusieurs services en une seule visite.

Études de cas : Ouganda, Sénégal, Guinée-Bissau

En Ouganda, au cours de la période 2016-2020, le FNUAP a soutenu la fourniture de services intégrés de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation afin d'accroître l'accès des femmes et des filles vulnérables (en particulier les populations clés, les personnes vivant avec le VIH et les adolescents et jeunes ayant des comportements sexuels à risque) aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus et le VIH. Les activités se sont concentrées sur le plaidoyer national pour la mobilisation des ressources et l'intégration du dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'orientation vers les différents services de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH et la violence sexiste dans 17 districts soutenus par le FNUAP.

Un plan national de mise en œuvre pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus a été élaboré, et le dépistage du HPV a été rendu prioritaire pour les personnes vivant avec le VIH. Un plan de suivi et d'évaluation a été élaboré, ainsi que des outils de système d'information pour la gestion de la santé. Des ressources ont été obtenues auprès de sources de financement supplémentaires, notamment du PEPFAR.

L'acceptabilité du test HPV pour les femmes vivant avec le VIH a été étudiée en établissant un lien entre les femmes et les soins et en leur faisant subir une IVA et un traitement, si nécessaire, le jour même où elles recevaient leurs résultats. Un des avantages de cette intégration est qu'une forte proportion de femmes ont été dépistées pour la première fois et qu'il y a eu un bon suivi, l'ablation thermique offrant une approche pratique pour un traitement rapide sur place des femmes séropositives à l'IVA dans un contexte de faibles ressources. Bien que les travailleurs de la santé aient reçu une formation supplémentaire, la rotation du personnel a posé un problème pour maintenir la présence de personnel formé.

Au Sénégal et en Guinée-Bissau, les services intégrés de dépistage et de traitement du VIH et du cancer du col de l'utérus ont permis d'accroître la fréquentation et l'utilisation des services dans les sites de soins pour les personnes vivant avec le VIH, ainsi que dans les structures sanitaires et communautaires pour les populations clés.

ONUSIDA/PCB (47)/CPR6

67. Le cancer du col de l'utérus étant le cancer le plus fréquent chez les femmes séropositives, les établissements de soins de santé devraient offrir davantage de services, ainsi que des soins coordonnés et complets. Une forte capacité à prendre en charge les patients ayant des besoins multiples en matière de soins de santé améliorerait considérablement les résultats pour la santé des femmes. Les avantages de l'intégration comprennent la rentabilité.

Études de cas par pays : Iran (République islamique d'), Ukraine, Zimbabwe

En République islamique d'Iran, les femmes vivant avec le VIH et d'autres femmes vulnérables ont accès au vaccin contre le VPH et au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre du protocole national de soins et de traitement du VIH. La sensibilisation, le plaidoyer et le renforcement des capacités des pairs et des prestataires de services sont au cœur du programme, qui est mis en œuvre avec le soutien financier du gouvernement national. L'accès à la vaccination a été amélioré par le biais des Nations unies. Un vaccin produit localement sera lancé à la fin de 2020 ; les adolescents à risque seront prioritaires.

En Ukraine, deux approches ont été adoptées. L'une consistait à créer un modèle de services élargis pour les femmes vivant avec le VIH en formant le personnel de santé à la vaccination contre le HPV et en élargissant les services de vaccination. L'autre approche consistait à accroître la détection précoce du cancer du col de l'utérus afin d'offrir un traitement de suivi aux femmes séropositives de la région d'Odessa. L'initiative de vaccination comprenait une campagne de communication destinée aux parents et aux soignants, s'adressant aux filles âgées de 9 à 14 ans dans 24 régions. Le partenariat avec le ministère de la santé, le centre de santé publique et les travailleurs de la santé au niveau local a contribué au succès du programme et a assuré une couverture élevée.

Il est prévu d'étendre le programme au niveau national et de plaider pour l'intégration de la prévention du cancer du col de l'utérus dans le programme national de lutte contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale. L'initiative d'Odessa a permis d'accroître le dépistage des femmes séropositives et sous traitement antirétroviral, dont beaucoup n'avaient pas été dépistées auparavant. Une analyse comparative a montré qu'une mise en place précoce d'un TARV est susceptible de réduire la progression des cellules précancéreuses et, à terme, l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus. Les résultats mettent en évidence les avantages des approches proactives et des interventions précoces pour les filles et les femmes vivant avec le VIH.

Au Zimbabwe, le ministère de la santé et de l'enfance a mené une enquête sur, entre autres, les résultats de l'intégration de la réponse au cancer du col de l'utérus aux services de VIH et de santé sexuelle et reproductive. L'analyse des données de l'enquête a montré la valeur de l'intégration. Sur une période de quatre ans, l'utilisation des services a augmenté, tout comme la rentabilité. Les avantages de l'intégration en termes de coûts étaient particulièrement évidents dans les hôpitaux de district.

ONUSIDA/PCB (47)/CPR6

68. L'expansion des programmes de vaccination contre le VPH et de dépistage, de traitement, de soins et de soutien du cancer du col de l'utérus nécessite une communication claire et soutenue, des actions de sensibilisation, un engagement et une mobilisation des communautés et des partenariats.⁷⁴ Des messages sur le VIH et le cancer du col de l'utérus adaptés à la culture locale permettent d'accroître l'acceptabilité et l'utilisation des services de prévention. L'acceptabilité⁷⁵ et l'utilisation du vaccin contre le VPH ont tendance à être plus élevées dans les communautés qui reçoivent des informations sur le vaccin par l'intermédiaire des prestataires de santé locaux, des agents de santé communautaires et des programmes de sensibilisation de la communauté.^{76 77}
69. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique met l'accent sur une série de processus, notamment le diagnostic communautaire du problème du cancer du col de l'utérus (y compris les croyances, la dynamique familiale, la confiance dans le système de santé, la spiritualité et le rôle de la communauté), la clarification des services de santé et l'engagement avec les prestataires de soins de santé et avec les réseaux communautaires et les structures de direction.⁷⁸ Même lorsque le soutien politique et programmatique en faveur de l'extension des services de lutte contre le cancer du col de l'utérus est fort, et lorsque des technologies nouvelles et innovantes sont utilisées, les campagnes de sensibilisation et la création d'une demande peuvent permettre d'accroître encore la couverture. Le rôle des communautés dans la sensibilisation et la création de la demande est d'une importance capitale.
70. En 2018, en République-Unie de Tanzanie, le cancer du col de l'utérus représentait environ 39 % de tous les cas de cancer dans le pays. Chaque année, près de 10 000 femmes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus et près de 6 700 en décèdent.²⁵ Une approche communautaire visant à intégrer le VIH au cancer du col de l'utérus a été mise en œuvre avec succès par le ministère de la santé, du développement communautaire, du genre, des personnes âgées et des enfants de Tanzanie continentale, le réseau tanzanien des femmes vivant avec le VIH et l'organisation non gouvernementale Tanzania Health Promotion Support, avec le soutien de l'initiative Ruban rose Ruban rouge. Cette approche fait appel aux femmes vivant avec le VIH en tant que mobilisatrices communautaires pour accroître la demande et l'utilisation des services de dépistage du cancer du col de l'utérus, en particulier parmi leurs pairs. La formation est associée à une consultation avec les structures gouvernementales locales, les autorités sanitaires et les coordinateurs de projet pour plaider en faveur d'une augmentation des journées de dépistage dans les établissements de santé, de l'intégration du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les services de lutte contre le VIH et de l'allocation de budgets pour le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les plans de santé au niveau des districts et des établissements. Plus de 13 000 femmes ont eu recours aux services de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une année. Le Fonds mondial soutient l'expansion de ces services et, pour la première fois, le cycle de financement 2021-2023 du Fonds mondial inclut le financement d'interventions contre le cancer du col de l'utérus, y compris la mobilisation des communautés.
71. Comme pour la lutte contre le VIH, il est important d'impliquer les hommes en tant que parties prenantes dans l'élimination du cancer du col de l'utérus. Les partenaires masculins sont susceptibles d'avoir une certaine influence - positive ou négative - sur les nombreux facteurs qui influencent les décisions des femmes en matière de cancer du col de l'utérus.⁷⁹

Nouveaux objectifs d'intégration du cancer du col de l'utérus et du VIH pour 2025 et intégration du cancer du col de l'utérus dans l'ébauche annotée de la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026

72. Pour la première fois, des objectifs spécifiques pour l'intégration des interventions contre le cancer du col de l'utérus et le VIH ont été inclus parmi les objectifs mondiaux en matière de VIH. Ces objectifs pour 2025 appellent à ce que :
- que 90 % des femmes et des adolescentes vivant avec le VIH aient accès à des services intégrés ou reliés pour le traitement du VIH et du cancer du col de l'utérus
 - 90 % des adolescentes et des jeunes femmes (15-24 ans) et des femmes adultes (25 ans et plus) à avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive qui intègrent la prévention, le dépistage et le traitement du VIH.
73. L'inclusion des interventions et des services relatifs au cancer du col de l'utérus et au VIH dans les grandes lignes de la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (*UNAIDS/PCB (47)/20.36*) offre une opportunité de renforcer l'intégration du VIH avec le HPV et la prévention, le dépistage, le traitement et les soins du cancer du col de l'utérus dans les stratégies sanitaires, sociales et économiques, les plans de relance et les budgets des pays et de leurs partenaires, ainsi que dans le soutien communautaire.

Perspectives

74. Il est à la fois faisable et efficace d'intégrer et d'intensifier les réponses au VIH, au HPV et au cancer du col de l'utérus. Des approches intégrées, fondées sur le cycle de vie et centrées sur les personnes, seront essentielles pour mettre fin aux menaces de santé publique que constituent le sida et le cancer du col de l'utérus. Cela nécessite une action coordonnée de divers secteurs, partenaires et communautés pour accélérer la prévention, le traitement et les soins du VIH et du cancer du col de l'utérus.
75. Il sera essentiel d'attirer l'attention sur les disparités en matière de santé et sur les inégalités entre les sexes, les inégalités socioéconomiques et autres. La mobilisation des ressources, le rapport coût-efficacité, les innovations, les partenariats, l'engagement communautaire et la recherche, le suivi et l'évaluation soutenus sont les fondements nécessaires d'une réponse durable.
76. La COVID-19 reste une menace pour la prestation des services de lutte contre le VIH, le VPH et le cancer du col de l'utérus et peut également entraver les réponses apportées par les communautés. Bien que la COVID-19 ait perturbé certains services, les réponses ont inclus des innovations pour combler les lacunes et améliorer l'efficacité.
77. Les actions suivantes sont cruciales pour sauver la vie des femmes :
- a. Les services liés au VIH et au cancer du col de l'utérus doivent être intégrés dans le continuum de la prévention et des soins afin de maximiser leur efficacité et leur impact ;
 - b. Il est urgent d'étendre la vaccination contre le HPV dans les pays où la charge de morbidité liée au VIH et au cancer du col de l'utérus est élevée, afin de prévenir l'infection par le HPV chez les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter ;
 - c. Le dépistage et le traitement précoce du cancer du col de l'utérus doivent être disponibles, accessibles et abordables en tant que prévention secondaire du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH. Les méthodes de dépistage devraient être simplifiées afin d'accroître la couverture ;

- d. Un traitement intégré et opportun du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH est essentiel pour améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité et la mortalité ;
- e. Les approches biomédicales devraient être combinées à des efforts visant à s'attaquer aux facteurs sociaux et structurels sous-jacents de la vulnérabilité au VIH et au cancer du col de l'utérus, et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination ;
- f. Les communautés et les organisations de femmes vivant avec le VIH devraient être soutenues et habilitées à promouvoir la sensibilisation et à accroître la demande et l'utilisation des services de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus et à lutter contre la peur, la stigmatisation et la discrimination ;
- g. La collecte de données, les systèmes de surveillance et la recherche sur les lacunes dans les réponses au VIH et au cancer du col de l'utérus devraient être renforcés pour intensifier l'intégration des services fondée sur les données.

Références

- 1 OMS. Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : OMS ; 2020. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf>)
- 2 Ramakrishnan S, Patricia S, Mathan G. Overview of high-risk HPV's 16 and 18 infected cervical cancer : pathogenesis to prevention. *Biomédecine et pharmacothérapie*. 2015 Mar 1;70:103-10.
- 3 OMS. Le papillomavirus humain (HPV) et le cancer du col de l'utérus 2019 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cancer-du-col-de-l-utérus](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cancer-du-col-de-l-utérus))
- 4 Looker KJ, Rönn MM, Brock PM, Brisson M, Drolet M, Mayaud P, et al. Evidence of synergistic relationships between HIV and Human Papillomavirus (HPV) : systematic reviews and meta-analyses of longitudinal studies of HPV acquisition and clearance by HIV status, and of HIV acquisition by HPV status. *Journal de la Société internationale du sida*. 2018;21(6):e25110-f.
- 5 Chambuso RS, Kaambo E, Stephan S. Observed age difference and clinical characteristics of invasive cervical cancer patients in tanzania ; a comparison between HIV-positive and HIV-negative women. *Journal of Neoplasms*. 2017;2(3).
- 6 Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah ASV. Estimations du fardeau mondial du cancer du col de l'utérus associé au VIH. *The Lancet Global Health*. 2020.
- 7 Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, Ali H, Boily MC, Baldo V, Brassard P, Brotherton JM, Callander D, Checchi M. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes : updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019 10 août;394(10197):497-509.
- 8 Sigfrid L, Murphy G, Haldane V, Chuah FL, Ong SE, Cervero-Liceras F, Watt N, Alvaro A, Otero-Garcia L, Balabanova D, Hogarth S. Integrating cervical cancer with HIV healthcare services : Une étude systématique. *PLoS One*. 2017 21 juillet;12(7):e0181156.
- 9 Finocchiaro-Kessler S, Wexler C, Maloba M, Mabachi N, Ndikum-Moffor F, Bukusi E. Recherche sur la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus en Afrique : une revue systématique du point de vue de la santé publique. *BMC santé des femmes*. 2016 Dec 1;16(1):29.
- 10 OMS. Papillomavirus humain. Mise à jour du 5 septembre 2018. Genève : OMS ; 2018.
- 11 OMS. Rapport de l'OMS sur le cancer : fixer des priorités, investir judicieusement et fournir des soins pour tous. Genève : OMS ; 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>)
- 12 Lam JU, Rebolj M, Dugué PA, Bonde J, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia : systematic review of longitudinal studies. *Journal du dépistage médical*. 2014 Mar;21(1):38-50.
- 13 Celum CL, Delany-Moretlwe S, Baeten JM, van der Straten A, Hosek S, Bukusi EA, McConnell M, Barnabas RV, Bekker LG. Prophylaxie pré-exposition au VIH pour les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique : des essais d'efficacité à l'accouchement. *Journal de la Société internationale du sida*. 2019 Jul;22:e25298.
- 14 ONUSIDA. (2016). HPV, VIH et cancer du col de l'utérus. Tirer parti des synergies pour sauver la vie des femmes. Genève : ONUSIDA ; 2016. (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2851_HPVIH-cervicalcancer_en.pdf)
- 15 ONUSIDA. COVID-19 et VIH : 1 Moment. 2 Epidémies. 3 Opportunités. Genève ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf)
- 16 UNICEF. Vaccin contre le virus du papillome humain : Mise à jour de l'offre et de la demande. 2020. Genève : UNICEF ; 2020. (<https://www.unicef.org/supply/media/5406/file/Human-Papillomavirus-Vaccine-Market-Update-October2020.pdf>)
- 17 Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. Probabilité estimée d'acquérir le papillomavirus humain au cours de sa vie aux États-Unis. *Maladies sexuellement transmissibles*. 2014;41(11):660-4.
- 18 Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. Les femmes séropositives ont un risque plus élevé d'infection par le papillomavirus humain, de lésions précancéreuses et de cancer du col de l'utérus. *SIDA*. 2018;32(6):795-808.

-
- ¹⁹ Dryden-Peterson S, Bvochora-Nsingo M, Suneja G, et al. Infection par le VIH et survie chez les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. *J Clin Oncol*. 2016;34:3749-3757.
- ²⁰ Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC. Incidence des lésions intraépithéliales squameuses cervicales chez les femmes infectées par le VIH. *JAMA*. 2000;283:1031–1037.
- ²¹ Menon S, Rossi R, Zdraveska N, Kariisa M, Acharya SD, Vanden Broeck D, Callens S. Associations between highly active antiretroviral therapy and the presence of HPV, premalignant and malignant cervical lesions in sub-Saharan Africa, a systematic review : current evidence and directions for future research. *BMJ Open*. 2017;7(8):e015123
- ²² Narayan KV, Miotti PG, Anand NP, Kline LM, Harmston C, Gulakowski III R, Vermund SH. Le VIH et les comorbidités des maladies non transmissibles à l'ère de la thérapie antirétrovirale : un programme vital pour la recherche dans les pays à faibles et moyens revenus. *JAIDS*. 2020 1er septembre;67:S2-S7
- ²³ ONUSIDA. Données 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020. (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaid-data>)
- ²⁴ <https://aidsinfo.unaids.org>
- ²⁵ Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018 : a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*. 2020 Feb 1;8(2):e191-203.
- ²⁶ OMS. Projet : Stratégie mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : OMS ; 2019 (<https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-strategy-towards-eliminating-cervical-cancer-as-a-public-health-problem>)
- ²⁷ Jeronimo J, Castle PE, Temin S, Shastri SS. Prévention secondaire du cancer du col de l'utérus : Résumé des lignes directrices de pratique clinique stratifiées en fonction des ressources de l'American Society of Clinical Oncology. *Journal de la pratique de l'oncologie*. 2017;13(2):129-33.
- ²⁸ Médecins Sans Frontières. Une chance équitable pour l'accessibilité des vaccins. Comprendre et traiter les effets des brevets sur l'accès aux nouveaux vaccins. Septembre 2017. Campagne pour l'accès aux vaccins. MSF ; 2017. (https://msfaccess.org/sites/default/files/2018-06/VAC_report_A%20Fair%20Shot%20for%20Vaccine%20Affordability_ENG_2017.pdf)
- ²⁹ OMS. L'OMS montre la voie vers l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Septembre 2018. Genève : OMS ; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/cervical-cancer-public-health-concern/en/>)
- ³⁰ OMS. Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : OMS ; 2020. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf>)
- ³¹ ONUSIDA. Nous avons le pouvoir. Les femmes, les adolescentes et la réponse au VIH. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf)
- ³² Singh GK, Jemal A. Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Cancer Mortality, Incidence, and Survival in the United States, 1950-2014 : Plus de six décennies d'évolution et d'élargissement des inégalités. *J Environnement Santé publique*. 2017;2017:2819372
- ³³ Yoo W, Kim S, Huh WK, Dilley S, Coughlin SS, Partridge EE, et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172548
- ³⁴ Kane JC, Elafros MA, Murray SM, Mitchell EMH, Augustinavicius JL, Causevic S, et al. A scoping review of health-related stigma outcomes for high-burden diseases in LMIC. *Médecine BMC*. 2019;17(1):17.
- ³⁵ Soohoo M, Blas M, Byraiah G, Carcamo C, Brown B. Cervical HPV Infection in Female Sex Workers : A Global Perspective. *Open AIDS J*. 2013;7:58-66.
- ³⁶ Beddoe AM. Élimination du cancer du col de l'utérus : défis pour les pays en développement. *ecancermedicalsecience*. 2019;13.
- ³⁷ Nugent R, Barnabas RV, Golovaty I, et al. Costs and cost-effectiveness of HIV/noncommunicable disease integration in Africa : from theory to practice. *AIDS (Londres, Angleterre)*. 2018 juil;32 Suppl 1:S83-S92.

-
- ³⁸ OMS. Rapport de l'OMS sur le cancer : fixer des priorités, investir judicieusement et fournir des soins pour tous. Genève : OMS ; 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>)
- ³⁹ ONUSIDA. Saisir l'occasion. S'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour mettre fin aux épidémies. Le point sur le sida dans le monde en 2020. Genève ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf)
- ⁴⁰ Audrey S, Batista Ferrer H, Ferrie J, Evans K, Bell M, Yates J, et al. Impact and acceptability of self-consent procedures for the school-based human papillomavirus vaccine : a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 2018;8(3):e021321.
- ⁴¹ (Référence croisée) UNICEF. Vaccin contre le virus du papillome humain : Mise à jour de l'offre et de la demande. 2020. Genève : UNICEF ; 2020. (<https://www.unicef.org/supply/media/5406/file/Human-Papillomavirus-Vaccine-Market-Update-October2020.pdf>)
- ⁴² McFarland DM, Gueldner SM, Mogobe KD. Un examen intégré des obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne. *Bourse du Journal of Nursing*. 2016 Sep;48(5):490-8.
- ⁴³ Devarapalli P, Labani S, Nagarjuna N, Panchal P, Asthana S. Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle-income countries : Une étude systématique. *Indian Journal of Cancer*. 2018 1er octobre;55(4):318.
- ⁴⁴ OMS. Femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus : Réponse par pays en 2020 (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH24v>)
- ⁴⁵ Massad LS, Hessol NA, Darragh TM, Minkoff H, Colie C, Wright RL, et al. Incidence du cancer du col de l'utérus après 20 ans d'observation chez les femmes séropositives. *Revue internationale du cancer*. 2017;141(8):1561-5.
- ⁴⁶ Winer RL, Feng Q, Hughes JP, Yu M, Kiviat NB, O'Reilly S, et al. Concordance entre les échantillons prélevés par auto-cueillette et les échantillons prélevés par des cliniciens pour la détection de l'ADN du papillomavirus humain chez les femmes de 18 à 32 ans. *Maladies sexuellement transmissibles*. 2007;34(6):371-7.
- ⁴⁷ Petignat P, Faltin DL, Bruchim I, Tramer MR, Franco EL, Coutlee F. Les échantillons prélevés sur soi sont-ils comparables aux échantillons cervicaux prélevés par les médecins pour les tests ADN du papillomavirus humain ? Une revue systématique et une méta-analyse. *Oncologie gynécologique*. 2007;105(2):530-5.
- ⁴⁸ Matenge TG, Mash B. Barriers to access cervical cancer screening among HIV positive women in Kgatleng district, Botswana : Une étude qualitative. *PloS one*. 2018 Oct 24;13(10):e0205425.
- ⁴⁹ Kasraeian M, Hessami K, Vafaei H, Asadi N, Foroughinia L, Roozmeh S, Bazrfashan K. Facteurs autodéclarés par les patientes qui influencent le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes séropositives dans les pays à faibles et moyens revenus : Un examen intégratif. *Rapports d'oncologie gynécologique*. 2020 Jun 5:100596.
- ⁵⁰ Gravitt PE, Belinson JL, Salmeron J, Shah KV. Perspectives d'avenir : un cas de dépistage du papillomavirus humain à partir d'échantillons vaginaux prélevés sur soi-même comme stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus. *Revue internationale du cancer*. 2011;129(3):517-27.
- ⁵¹ Swanson M, Ueda S, Chen LM, Huchko MJ, Nakisige C, Namugga J. Improvisation basée sur des preuves : Faire face aux défis des soins du cancer du col de l'utérus en Ouganda. *Rapports d'oncologie gynécologique*. 2018;24:30-5.
- ⁵² Abdel-Wahab M, Bourque JM, Pynda Y, Izewska J, Van der Merwe D, Zubizarreta E, et al. Status of radiotherapy resources in Africa : an International Atomic Energy Agency analysis. *Lancet Oncol*. 2013;14(4):e168-75. ([https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(12\)70532-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(12)70532-6/fulltext))
- ⁵³ UNITAID. Cancer du col de l'utérus. Dépistage et traitement des lésions précancéreuses pour la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. *Paysage technologique*. Genève : UNITAID ; mai 2019.
- ⁵⁴ Debeaudrap P, Sobngwi J, Tebeu PM, Clifford GM. Lésions précancéreuses résiduelles ou récurrentes après traitement des lésions cervicales chez les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine : Une étude systématique et une méta-analyse de l'échec du traitement. *Maladies infectieuses cliniques*. 2019 Oct 15;69(9):1555-65.

-
- ⁵⁵ Leng J, Ntekim AI, Ibraheem A, Anakwenze CP, Golden DW, Olopade OI. Les défis infrastructurels entraînent un retard dans la radiothérapie curative au Nigeria. *JCO Glob Oncol.* 2020;6:269-76.
- ⁵⁶ Grover S, Xu MJ, Yeager A, Rosman L, Groen RS, Chackungal S, et al. Une revue systématique de la capacité de radiothérapie dans les pays à faible et moyen revenu. *Front Oncol.* 2014;4:380.
- ⁵⁷ Waller J, Marlow LA, Wardle J. L'association entre la connaissance du VPH et les sentiments de stigmatisation, de honte et d'anxiété. *Infections sexuellement transmissibles.* 2007 Apr 1;83(2):155-9.
- ⁵⁸ Rosser JI, Njoroge B, Huchko MJ. Stigmatisation du cancer du col de l'utérus dans le Kenya rural : quel est le rapport avec le VIH ? *Journal of Cancer Education.* 2016 1 juin;31(2):413-8.
- ⁵⁹ Nyblade L, Stockton M, Travasso S, Krishnan S. A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC santé des femmes.* 2017 Dec 1;17(1):58.
- ⁶⁰ Lim JN, Ojo AA. Obstacles à l'utilisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne : une étude systématique. *Revue européenne de soins du cancer.* 2017 Jan;26(1):e12444.
- ⁶¹ Islam RM, Billah B, Hossain MN, Oldroyd J. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-income and middle-income countries : a systematic review. *Revue de la prévention du cancer dans la région Asie-Pacifique : APJCP.* 2017;18(7):1751.
- ⁶² Wong JP, Vahabi M, Miholjic J, Tan V, Owino M, Li AT, Poon MK. Connaissance du HPV/cancer du col de l'utérus et acceptabilité de l'auto-échantillonnage du HPV chez les femmes vivant avec le VIH : A scoping review. *Oncologie actuelle.* 2018 Feb;25(1):e73.
- ⁶³ Guillaume D, Chandler R, Igbinoba S. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Women Living With HIV in Low and Middle-Income Countries : A Systematic Review. *Journal de l'Association des infirmières en soins du SIDA.* 2020 Sep 1;31(5):497-516.
- ⁶⁴ Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P) de l'OMS (https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/)
- ⁶⁵ PEPFAR. Aller plus loin : Partnership to End AIDS and Cervical Cancer 2020 [Disponible sur : <https://gwbcenter.imgix.net/Publications/Resources/go-further-overview-2020.pdf>.
- ⁶⁶ Fonds mondial. Politique sur les co-infections et les comorbidités. 1er avril 2015. (<https://www.theglobalfund.org/board-decisions/b33-dp08/>)
- ⁶⁷ UNITAID. Intensifier et promouvoir la prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays à faibles ressources. 15 novembre 2020. (<https://unitaid.org/project/intensifying-and-promoting-cervical-cancer-prevention-in-low-resource-countries/#en>)
- ⁶⁸ ONUSIDA. Suivi mondial du sida 2020. Genève : ONUSIDA ; 2019. (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf)
- ⁶⁹ Organisation WH. Lignes directrices de l'OMS pour l'utilisation de l'ablation thermique pour les lésions précancéreuses du col de l'utérus 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329299/9789241550598-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ⁷⁰ Papoutsis D, Underwood M, Parry-Smith W, Panikkar J. Early and late pregnancy outcomes in women treated with cold-coagulation versus LLETZ cervical treatment for cervical intraepithelial neoplasia ; a retrospective cohort study. *Archives de gynécologie et d'obstétrique.* 2018;297(4):1015-25.
- ⁷¹ Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia : a modelling study. *The Lancet Public health.* 2019;4(1):e19-e27
- ⁷² Département d'État américain. Allez plus loin : Partenariat pour mettre fin au sida et au cancer du col de l'utérus. 16 novembre 2020. (<https://www.state.gov/partnership-to-end-aids-and-cervical-cancer/>)
- ⁷³ PEPFAR. PEPFAR 2020 Country Operational Plan Guidance for all PEPFAR Countries. 2020.
- ⁷⁴ Wittet S, Aylward J, Cowal S, Drope J, Franca E, Goltz S, Kuo T, Larson H, Luciani S, Mugisha E, Schocken C. Plaidoyer, communication et partenariats : Mobilisation en faveur d'une prévention efficace et généralisée du cancer du col de l'utérus. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2017 Jul;138:57-62.
- ⁷⁵ Bungay V, Kolar K, Thindal S, Remple VP, Johnston CL, Ogilvie G. Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets. *Pratique de la promotion de la santé.* 2013;14(2):247-55.

-
- ⁷⁶ Wamai RG, Ayissi CA, Oduwo GO, Perlman S, Welty E, Manga S, et al. Évaluer l'efficacité d'une stratégie de sensibilisation communautaire pour sensibiliser les parents du nord-ouest du Cameroun au HPV, au cancer du col de l'utérus et au vaccin contre le HPV. *J Santé communautaire*. 2012;37(5):917-26.
- ⁷⁷ Kisaakye E, Namakula J, Kihembo C, Kisakye A, Nsubuga P, Babirye JN. Niveau et facteurs associés à l'utilisation du vaccin contre l'infection par le papillomavirus humain chez les adolescentes du district de Lira, en Ouganda. *La revue médicale panafricaine*. 2018;31:184.
- ⁷⁸ Bureau de l'OMS pour l'Afrique. Information, éducation et communication pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus dans les pays africains. Brazzaville : OMS ; 2015
- ⁷⁹ Adewumi K, Oketch SY, Choi Y, Huchko MJ. Perspectives féminines sur l'implication des hommes dans un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus basé sur le virus du papillome humain dans l'ouest du Kenya. *BMC santé des femmes*. 2019 Dec;19(1):1-9.