



**Conseil de Direction**  
**Soixante-septième Session**

**GC/67/12**  
20 mars 2025

*Lyon, 6–8 mai 2025*  
*Format hybride*

### **IARC–IRCC : INITIATIVE DU CIRC POUR LA RESILIENCE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER**

1. Le présent document fait le point sur les activités de recherche entreprises dans le cadre de l'initiative du CIRC pour la résilience dans la lutte contre le cancer (IARC-IRCC) (précédemment dénommée Initiative COVID-19 et cancer, ou IARC-C19).
2. L'initiative IRCC a été lancée en 2020 suite à une requête de la Branche Surveillance du cancer (CSU) demandant au Conseil de Direction et au Conseil scientifique d'aider le CIRC à étudier l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services du cancer, notamment les perturbations des systèmes de santé et les stratégies d'atténuation. Pour appréhender les crises au sens large, les activités planifiées dans le cadre de l'initiative IARC-C19 ont été étendues aux catastrophes naturelles ainsi qu'aux catastrophes d'origine humaine. Les principaux objectifs de l'initiative ont été mis à jour et couvrent trois grands axes de travail :
  - i. **Surveillance approfondie des indicateurs clés d'incidence du cancer, de la survie et de la mortalité pendant et après une crise telle que la pandémie de COVID-19,**
  - ii. **Etude des causes ayant entraîné des perturbations des services du cancer ainsi que des stratégies d'atténuation utilisées,**
  - iii. **Mise à disposition d'un outil permettant de modéliser l'impact à court, moyen et long terme des perturbations sur l'évolution du cancer afin d'améliorer la résilience dans la lutte contre la maladie.**
3. Le premier axe de travail, **Surveillance approfondie des indicateurs clés d'incidence du cancer, de la survie et de la mortalité pendant et après une crise telle que la pandémie de COVID-19,** comprend les activités suivantes :
  - a) **Collecte de données, essentielle aux activités entreprises dans le cadre de l'initiative IRCC.** Par conséquent, depuis l'année 2021, la Branche CSU a signé :
    - Cinq Accords de recherche en collaboration (CRA) avec cinq registres du cancer (*Chiang Mai Cancer Registry, Lampang Cancer Hospital, Philippines Cancer Society-Manila Cancer Registry, Cancer Institute WIA de Chennai et le Tata Memorial Center de Mumbai*) de trois pays (Thaïlande, Philippines, Inde), et a reçu des données de ces cinq registres du cancer.

- 15 Accords de transfert de données (DTA) avec 15 registres du cancer (Australie : *New South Wales, Cancer Council Victoria, Western Australia* ; Canada : *Alberta, British Columbia Cancer Agency, Manitoba, New Brunswick, Cancer Care Nova Scotia, Cancer Care Ontario, Prince Edward Island, Saskatchewan Cancer Agency* ; Irlande : *National Cancer Registry of Ireland* ; Nouvelle-Zélande : *Health New Zealand* ; et Royaume-Uni : *Queen's University Belfast, Irlande du Nord, et Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit of Public Health Wales*) de cinq pays (Australie, Canada, Irlande, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande), et a reçu des bases de données de ces 15 registres du cancer.
- Un Accord de recherche en collaboration (CRA) avec le Réseau africain des registres du cancer (AFCRN) pour les pays de l'Afrique subsaharienne, et a reçu des données de six registres du cancer (Côte d'Ivoire : *Registre des Cancers d'Abidjan* ; Eswatini : *Eswatini National Cancer Registry* ; Tanzanie : *Dodoma Cancer Registry, Kilimanjaro Cancer Registry, Mwanza Cancer Registry* ; et Zambie : *Zambia National Cancer Registry*) de quatre pays (Côte d'Ivoire, Eswatini, Tanzanie, Zambie). Des données d'autres pays de l'Afrique subsaharienne sont également recueillies.
- Des demandes de données et des discussions en vue d'un soutien sont en cours avec la région des Caraïbes et de l'Amérique centrale et du Sud, ainsi qu'avec l'Inde, la Chine, la Turquie, le Liban et le Maroc.
- La Branche CSU a également reçu des données provenant de la Norvège et du Danemark sans que des Accords de transfert de données n'aient été signés (non nécessaires dans la mesure où il s'agissait de données agrégées).

**b) Impact de la pandémie de COVID-19 sur le diagnostic et le stade du cancer :**

- Cette étude en population vise à évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'incidence et le stade au diagnostic de sept principaux types de cancers dans sept pays à revenu élevé du Partenariat international pour l'analyse comparative des données relatives au cancer (ICBP). Pour résumer, cette étude compare le nombre et les taux prévus de diagnostics mensuels du cancer par rapport à ceux observés pendant l'année 2020.
- Cette étude a permis d'observer que les taux d'incidence du cancer étaient inférieurs durant les neuf premiers mois de confinement dû au COVID-19 (avril à décembre) et ce, dans la plupart des pays et pour la plupart des localisations du cancer. Dans tous les pays, c'est pendant les quatre premiers mois du confinement que la pandémie de COVID-19 a eu l'impact le plus important sur l'incidence du cancer.
- Les plus importantes réductions de l'incidence ont été observées pour le cancer du sein et étaient probablement liées à l'arrêt provisoire des services de dépistage. Les réductions observées pour le mélanome reflétaient quant à elles les perturbations de l'accès aux soins de santé généraux. Concernant le stade au diagnostic, cette étude a permis d'observer une diminution des cancers de stade précoce au début de la pandémie, mais pas d'augmentation des cancers de stade avancé.

**c) Survie au cancer avant et pendant la pandémie de COVID-19 :**

- Cette étude en population vise à comparer la survie des patients atteints de cancer et diagnostiqués pendant la première année de la pandémie de COVID-19 (2020) avec celle des patients diagnostiqués les années précédentes. Elle couvre cinq types de cancers dans cinq pays à revenu élevé de l'ICBP.
- Les résultats préliminaires suggèrent que la survie à court terme au cancer dans ces pays à revenu élevé pendant la première année de la pandémie de COVID-19 était identique à celle observée durant les années précédant la pandémie, ce qui indiquerait un impact à court terme limité des perturbations des systèmes de santé sur la survie au cancer dans ces pays.

**d) Impact mondial de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité par cancer :**

- Cette étude en population vise à étudier l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité liée à six principaux cancers dans les pays disposant de données pour l'année 2020 ou les années suivantes dans la base de données de la mortalité de l'OMS. Pour résumer, cette étude compare les taux de mortalité prévus à ceux observés pendant la pandémie (2020–2022).
- Les résultats préliminaires suggèrent que les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la mortalité par cancer dans le monde apparaissent deux ans après le début de la pandémie. Les effets ont été plus prononcés dans certains contextes, par exemple pour les types de cancers associés à un mauvais pronostic et touchant des populations jeunes.

4. Le deuxième axe de travail, **Etude des causes ayant entraîné des perturbations des services du cancer ainsi que des stratégies d'atténuation utilisées**, comprend les activités suivantes :

**a) Impact mondial de la pandémie de COVID-19 sur les retards et les perturbations des services du cancer :**

- Cette étude, combinant recension systématique et méta-analyse, a permis de faire la synthèse de l'ampleur et de l'impact des retards et perturbations des services du cancer liés à la pandémie, et notamment au niveau du diagnostic, des procédures de diagnostic, du dépistage, du traitement et des soins de soutien et des soins palliatifs.
- Elle a permis d'observer une diminution du nombre de participants au dépistage du cancer (39%), des procédures de diagnostic (24%), des diagnostics (23%), ainsi qu'une diminution des traitements (28%) allant de 15% pour la radiothérapie à 35% pour les traitements systémiques, pendant la pandémie par rapport à la période précédant celle-ci.
- Ces diminutions ont été plus importantes dans les pays ayant un indice de développement humain (IDH) moyen que dans ceux ayant un IDH élevé à très élevé. Cette étude ne disposait d'aucune donnée provenant des pays à faible IDH, ce qui souligne la nécessité d'augmenter les investissements dans la surveillance du cancer et la recherche sur le cancer dans ces pays.

**b) Impact mondial des stratégies d'atténuation utilisées pendant la pandémie de COVID-19 sur les perturbations des services du cancer :**

- Cette recension systématique, qui a été publiée [sous la forme d'un article de recherche validé par un comité de lecture](#) dans la revue *Journal of Cancer Policy*, a examiné les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour réduire les perturbations des services du cancer dans les systèmes de santé et leur impact sur le diagnostic et les soins du cancer pendant la pandémie. Les stratégies ont été regroupées en quatre fonctions (gouvernance, financement, fourniture de services et génération de ressources) et en sous-fonctions conformément au cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OMS.
- Plusieurs stratégies d'atténuation ont été mises en œuvre. Celles-ci ont principalement affecté les sous-fonctions de la fourniture de services dans le but de lutter contre l'infection de COVID-19 : suspension des soins non urgents du cancer, modification des directives de traitement et renforcement du recours à la télémédecine dans les soins de routine du cancer. La génération de ressources a principalement été assurée *via* la mise à disposition d'une main-d'œuvre adéquate. En revanche, il a été moins question de surveillance ou d'évaluation de l'efficacité de ces stratégies et de financement. Dix-sept études ont suggéré une amélioration de l'utilisation des services après la mise en œuvre des stratégies d'atténuation ; l'impact sur le diagnostic et les soins du cancer qui en a découlé n'a pas encore été déterminé.
- Ces résultats soulignent l'importance d'élaborer des stratégies d'atténuation efficaces dans toutes les fonctions des systèmes de santé afin de réduire les perturbations des services du cancer pendant les crises. Des améliorations pourraient être apportées aux fonctions suivantes : fourniture des services sanitaires (afin de garantir une plus grande équité), gouvernance (afin de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre des stratégies d'atténuation) et financement.

**c) Réponses mises en place par les systèmes de santé et expériences des parties prenantes pendant la pandémie de COVID-19**

- Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté une approche de méthode mixte pour fournir une vue d'ensemble et une comparaison des réponses mises en place par les systèmes de santé ainsi que des services du cancer dans sept pays de l'ICBP pendant les trois premières années de la pandémie (2020 à 2022). Une étude critique de la littérature grise a été réalisée tandis que des entretiens semi-directifs avec les principales parties prenantes de l'ICBP étaient menés.
- Cette étude a montré qu'en 2020, la fourniture des services du cancer, et en particulier des services de dépistage et de chirurgie du cancer, a subi des perturbations dans tous les pays de l'ICBP. Les perturbations des services de chirurgie ont duré jusqu'en 2021 et 2022 dans les quatre pays constitutifs du Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les stratégies d'atténuation communes incluaient la télésanté, les stratégies de priorisation, l'adaptation des traitements et les financements destinés à renforcer les capacités. D'autres stratégies d'atténuation propres à certains pays ont été mises en

œuvre, telles que la mise en place de centres gratuits de lutte contre le COVID-19 et de centres de diagnostic multiservices (Angleterre, Irlande du Nord et pays de Galles), d'une stratégie de surveillance et d'évaluation des équipements de protection individuelle (Ecosse) et d'un cadre de dépistage du cancer pour les populations prioritaires (Nouvelle-Zélande). Il est ressorti des entretiens avec les parties prenantes que les pénuries d'équipements de protection individuelle et les inégalités avaient été d'autres problèmes fréquemment rencontrés dans les pays.

En 2021 et 2022, la pénurie de main-d'œuvre et l'épuisement professionnel (burnout) ont été identifiés comme un problème majeur dans tous les pays de l'ICBP à l'exception de la Norvège. Même si de nombreuses stratégies d'atténuation similaires ont été identifiées (par exemple, la priorisation des services, la télésanté, la collaboration avec les services sanitaires privés), leur efficacité perçue a été différente selon les pays. Les réflexions sur les principaux enseignements tirés incluaient l'importance du soutien apporté au personnel de santé et d'une communication efficace et la nécessité de rationaliser les services.

**d) Résilience des systèmes de santé dans la coordination de la lutte contre le cancer pendant les crises survenant dans certains pays à revenu faible et intermédiaire :**

- Afin de fournir des informations sur les réponses mises en place par les systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une évaluation qualitative des activités de lutte contre le cancer pendant les crises telles que les pandémies, les catastrophes naturelles et les guerres, sera réalisée dans le cadre de l'initiative IRCC.
- L'élaboration du protocole qui sera utilisé pour cette étude de cas comparative est en cours. Celle-ci s'appuiera sur les recensions systématiques des perturbations et des stratégies d'atténuation réalisées dans le cadre de l'initiative IRCC (sections 4.a et 4.b) ainsi que sur l'étude qualitative mentionnée à la section 4.c. Les pays à inclure dans cette étude ont été sélectionnés de manière à faciliter les comparaisons entre différentes classifications de revenus et régions du monde. Sur la base de ces critères et de consultations avec les principales parties prenantes des Etats participants du CIRC, huit pays de référence ont été sélectionnés en tenant compte des éléments suivants : faisabilité du suivi qualitatif, commodité de la collecte de données, diversité des sources de données dans chaque pays et existence, dans le pays, d'un registre du cancer en population, ce qui nous permettra à l'avenir d'effectuer une analyse croisée des résultats qualitatifs avec les données quantitatives. Les huit pays de référence sélectionnés sont les suivants : Afrique du Sud, Bénin, Brésil, Chine, Inde, Maroc, Ouganda et Turquie.
- La première composante de cette étude sera une revue de portée réalisée à partir de la littérature grise, y compris des documents de politique, afin de recueillir des informations supplémentaires sur les perturbations et les stratégies d'atténuation mises en place dans les huit pays sélectionnés. Les documents inclus seront ceux ayant fait état de modifications apportées aux parcours recommandés en matière de diagnostic et de soins du cancer dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

- La seconde composante de cette étude recueillera des informations sur les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés pendant les crises, y compris les stratégies d'atténuation, *via* des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé issus de différents niveaux de services de soins du cancer dans les huit pays sélectionnés. Cette étude décrira et comparera les expériences de l'impact des crises sur les services de prévention et de détection précoce, sur les traitements curatifs et sur les soins palliatifs afin d'évaluer les problèmes et les opportunités dans le continuum de lutte contre le cancer. Les résultats de cette étude permettront une compréhension approfondie des facteurs complexes qui influencent la résilience des systèmes de santé dans la coordination de la lutte contre le cancer pendant la pandémie de COVID-19 et les autres crises.
5. Le troisième axe de travail, **Mise à disposition d'un outil permettant de modéliser l'impact à court, moyen et long terme des perturbations sur l'évolution du cancer afin d'améliorer la résilience dans la lutte contre le cancer**, sera élaboré au fur et à mesure que les résultats des deux premiers axes de travail seront mis à disposition. Les développements en cours comprennent les éléments suivants :
- Un outil, le « Cervical Cancer Elimination Planning Tool (EPT) », a été mis au point afin de permettre aux pays d'élaborer des stratégies de lutte contre le cancer du col de l'utérus efficaces, durables et adaptées à leurs besoins démographiques et en soins de santé uniques. Développé en 2021 dans le but de planifier les actions de lutte contre le cancer du col de l'utérus pendant la pandémie de COVID-19, cet outil a fait l'objet d'une refonte afin d'aider les décideurs à planifier, chiffrer et personnaliser leurs programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus selon les trois piliers de la stratégie mondiale de l'OMS – vaccination contre le VPH, dépistage du cancer du col de l'utérus et traitement du cancer – et, à terme, d'aider les pays à planifier leur feuille de route en vue de l'élimination de ce cancer. Cet outil fournit des estimations à court, moyen et long terme du fardeau de la maladie et des estimations économiques de l'impact de la mise en œuvre des stratégies mondiales basées sur la stratégie de triple intervention 90/70/90 de l'OMS dans 78 pays à revenu faible et intermédiaire. Il est accessible [ici](#). Un article est en cours de rédaction et l'outil sera lancé lors de la publication de cet article.
  - Un second outil, qui sera une extension de l'outil EPT, sera conçu autour des quatre fonctions du cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OMS : la gouvernance, le financement, la génération de ressources et la fourniture de services. Les données et connaissances obtenues à partir des points 3 et 4 ci-dessus seront utilisées pour alimenter cet outil. Le cadre de conception de cet outil est en cours d'élaboration en collaboration avec des partenaires du Partenariat mondial pour la résilience des systèmes du cancer (I-PaRCS).