

SITUATION DU CANCER DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI



ORGANISATION DE COOPÉRATION ISLAMIQUE

CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ÉCONOMIQUES ET SOCIALES ET DE
FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ISLAMIQUE
CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ÉCONOMIQUES ET SOCIALES ET DE FORMATION
POUR LES PAYS ISLAMIQUES (SESRIC)

Situation du Cancer dans les Pays Membres de l'OCI



Table des Matières

Acronymes	1
1. 1. Introduction	1
2. Fardeau du Cancer	2
2.1 Incidence	2
2.2 Mortalité	6
3. Prévention et Traitement du Cancer	13
3.1 Plan d'Action, Contrôle et Surveillance.....	13
3.2 Facteurs de Risque et Politiques de Prévention	14
3.3 Détections Précoces et Traitements	22
4. Initiatives Mondiales et de l'OCI pour Lutter Contre le Cancer	25
5. Remarques Finales et Recommandations Politiques.....	27
Références	30
Annexes Statistiques	30

Acronymes

TSA	Taux Standardisés par Âge
IMC	Indice de Masse Corporelle
QTE	Questions du Tabagisme pour les Enquêtes
DNA	Acide Désoxyribonucléique
SHPA	Programme d'Action Stratégique de Santé de l'OCI
PFP	Enseignement et la Formation Professionnels
CDC	Centre pour le Contrôle et la Prévention des Maladies
CDs	Maladies Transmissibles
MCV	Maladies Cardio-vasculaires
AEP	Asie de l'Est et Pacifique
EAC	Europe et de Asie Centrale
FCTC	Convention-cadre de la Lutte Antitabac
CIMS	Conférence Islamique des Ministres de Santé
BID	Banque Islamique de Développement
IHR	Règlements Sanitaires Internationaux
ALC	Amérique Latine et Caraïbes
MOAN	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MNT	Maladies Non Transmissibles
OCI	Organisation de Coopération Islamique
SA	Asie du Sud
ASS	Afrique Subsaharienne
UCT	Unité de Contrôle du Tabac
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Remerciements

Ce rapport a été préparé par une équipe de recherche à SESRIC menée par M. Mazhar Hussain et composée de M. Cem Tintin et Mlle. Nilufer Oba. Le travail a été mené sous la supervision générale de M. Nabil Dabour, Directeur Général Adjoint de SESRIC et Directeur Intérimaire du Département des Recherches

1. Introduction

Le Cancer est un terme générique couvrant un grand nombre de maladies caractérisées par la création rapide des cellules anormales qui se développent au-delà de leurs limites habituelles, et qui peuvent alors envahir les parties du corps adjacentes et former des métastases dans d'autres organes du corps. Si la propagation n'est pas contrôlée, elle peut entraîner la mort. Le Cancer est dû à une interaction entre les facteurs internes (comme les mutations génétiques héritées, les hormones et les conditions immunisées) et les facteurs externes (comme la consommation du tabac, l'inactivité physique, les infections par certains virus, et la mauvaise alimentation).

Le Cancer est la deuxième principale cause de la mortalité dans le monde après les maladies cardiovasculaires. Avec plus de 14 millions nouveaux cas diagnostiqués en 2012, le cancer a causé environ 8,2 millions de décès au niveau mondial. Les pays en développement sont affectés de manière disproportionnée par la charge élevée du cancer, représentant 63% de nouveaux cas de cancer et 71% de décès dans le monde. Constituant une partie substantielle des pays en développement, les pays de l'OCI ont représenté environ 17% de pays en développement et 11-à-12% de la charge mondiale du cancer (incidence et mortalité) en 2012. Cinq cancers seulement ont causé environ 40% des décès totales attribuables au cancer dans les pays de l'OCI. Ces cancers comprennent les cancers du poumon, de l'estomac, du sein, du côlon et les cancers du col de l'utérus.

Plusieurs de ces cancers sont évitables en contrôlant les principaux facteurs de risque comme la consommation du tabac, la consommation de l'alcool, l'obésité et l'insuffisance de l'activité physique. En outre, un nombre important de cancers peut être traité par la chirurgie et la chimiothérapie lorsqu'il est détecté au stade précoce. Au cours des années, les pays de l'OCI, en collaboration avec les institutions spécialisées et affiliées de l'OCI et les partenaires internationaux pertinents, ont déployé des efforts considérables pour développer le cadre de politique nécessaire et renforcer les capacités nationales de lutte contre le cancer. Le Programme d'Action Stratégique de Santé de l'OCI (OCI-SHPA) 2014-2023 est l'une des initiatives les plus importantes de l'OCI dans le domaine de la santé, qui a été adoptée par la 4ème Conférence Islamique des Ministres de Santé tenue à Jakarta, Indonésie. Six domaines thématiques de coopération sont identifiés sous l'OCI-SHPA. La prévention et le traitement du cancer sont considérés comme un constituant important du domaine thématique 2 : Prévention et contrôle des maladies.

En dépit de tous les efforts nobles, les systèmes de santé dans plusieurs pays de l'OCI, particulièrement en Afrique et en Asie ne sont pas équipés pour être en mesure de détecter et traiter les cancers tandis que les politiques de prévention s'avèrent faibles ou inexistantes dans ces pays. En outre, le traitement du cancer, n'existe bien souvent pas dans plusieurs pays de l'OCI. Cette situation est de plus aggravée par les coûts élevés du traitement contre le cancer et du médicament conjugués à la faiblesse de la couverture des régimes de sécurité sociale et d'assurance santé.

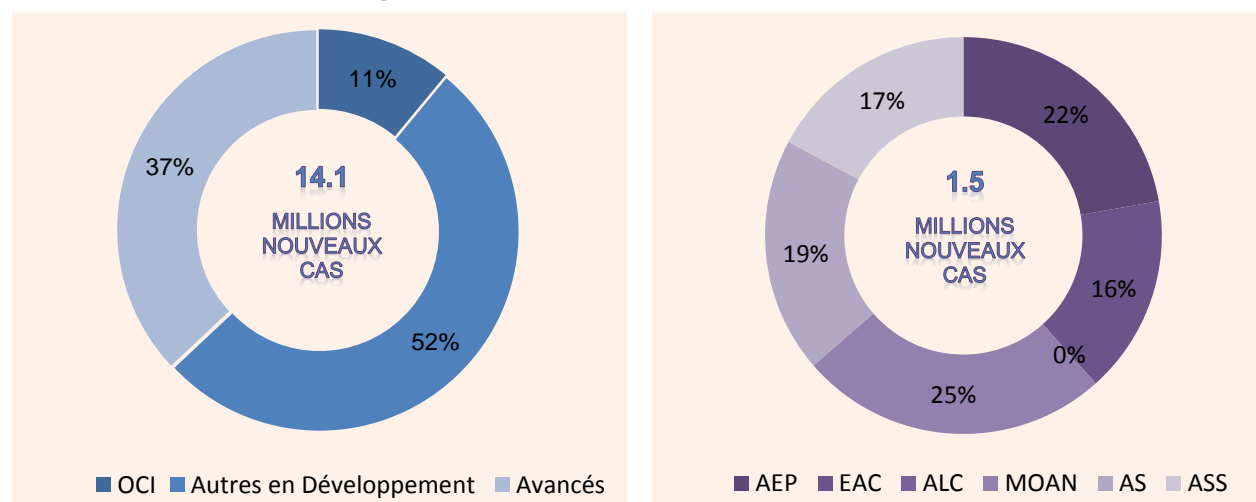
Dans ce contexte, ce rapport examine la situation du Cancer dans une perspective comparative. Selon les dernières données disponibles sur les nouveaux cas de cancer diagnostiqués et les décès causés par le cancer, la section 2 du rapport fournit une analyse comparative détaillée de la charge du cancer dans les pays de l'OCI. La section 3 du rapport repose principalement sur la prévention et le traitement du cancer en examinant les capacités et les politiques nationales existantes afin de recenser les principales lacunes en termes de prévention, suivi et surveillance, détection précoce, et contrôle et traitement du cancer dans les pays de l'OCI. La section 4 donne un bref aperçu des initiatives multilatérales récentes tant au niveau intra OCI qu'au niveau international pour combattre le cancer. Le rapport se conclut par des recommandations politiques visant à améliorer la mise en œuvre des interventions tant sur le plan de coopération intra-OCI et national que sur le niveau international pour empêcher et contrôler l'incidence des cancers dans les pays de l'OCI.

2. Fardeau du Cancer

2.1 Incidence

Selon les dernières évaluations de GLOBOCAN, plus de 14 millions de nouveaux cas de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau de type non-mélanome) ont été diagnostiqués chez les adultes au niveau mondial (+ 15 ans) en 2012. On s'attend à ce que ce chiffre augmente jusqu'à 22 millions annuellement au cours des deux prochaines décennies (Société Américaine de Cancérologie, 2015). Les régions du monde développées sur le plan économique sont touchées de façon disproportionnée par l'incidence du cancer, représentant 63% des nouveaux cas diagnostiqués au niveau mondial. Plus de 1.5 millions de nouveaux cas étant diagnostiqués en 2012, les pays de l'OCI ont représenté 11% du monde et 17% de pays en développement de tous les cas de cancer. Parmi les sous-région de l'OCI, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont représenté la part la plus élevée (25%) de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2012 suivis de l'Asie de l'Est et le Pacifique (AEP, 22%) et Asie du Sud (AS, 19%).

Schéma 2.1: Distribution Sous Régionale de Nouveaux Cas de Cancer aux Niveaux Mondiale et de l'OCI, 2012



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

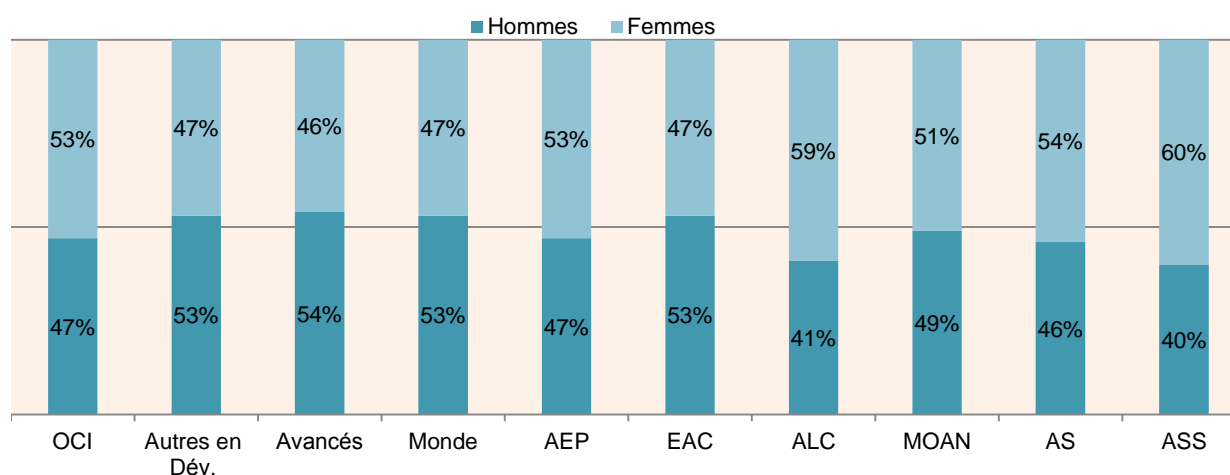
Compte tenu de la ventilation de l'incidence du cancer par sexe, en chiffres absolus, les hommes sont plus susceptibles d'être diagnostiqués du cancer au niveau mondial, sauf dans les pays de l'OCI. Comme le montre le Schéma 2.2, les hommes ont représenté la majorité de nouveaux cas de cancer mondialement, par contre dans les pays de l'OCI les femmes ont représenté la plus grande part (53%) de cas du cancer en 2012. Au niveau sous-régional de l'OCI, les femmes sont plus susceptibles d'être diagnostiqués du cancer dans toutes les régions sauf dans la région de l'Europe et de l'Asie Centrale où les hommes ont représenté la plus grande part de nouveaux cas. Parmi les régions de l'OCI, le plus grand écart entre hommes et femmes a été visible dans la région de l'Afrique Subsaharienne avec une différence de 20% suivis de l'Amérique Latine et des Caraïbes (ALC, 18 %) et de l'AS (8 %).

Taux d'Incidence du Cancer Standardisé par Âge (TSA)

L'âge est un facteur déterminant de l'incidence du cancer, à mesure que le risque du cancer augmente exponentiellement avec l'âge. Par conséquent, il est important d'utiliser le taux d'incidence standardisé par âge pour évaluer et comparer la charge relative du cancer entre les groupes de pays. Les dernières évaluations de l'incidence du cancer standardisé par âge au niveau mondial indiquent des variations régionales considérables mais l'incidence du cancer chez les hommes est demeurée généralement plus

élevée que celle chez les femmes. Comme le montre le Schéma 2.3, le TSA le plus élevé chez la population adulte a été enregistré dans les pays développés (284 par 100.000 population), l'incidence étant plus courante chez les hommes (320) par rapport aux femmes (258). Au niveau Mondial, le TSA chez les adultes était de 182 par 100.000 populations pour les deux sexes et de 205 pour les hommes et 165 pour les femmes. Le TSA chez les adultes dans les pays de l'OCI est resté au-dessous des taux d'incidence pour d'autres groupes de pays. En 2012, les pays de l'OCI en tant que groupe, ont enregistré le plus faible TSA soit 127 par 100.000 population pour les adultes et 128 pour les hommes et les femmes.

Schéma 2.2: Distribution des Nouveaux Cas de Cancer par Sexe, 2012



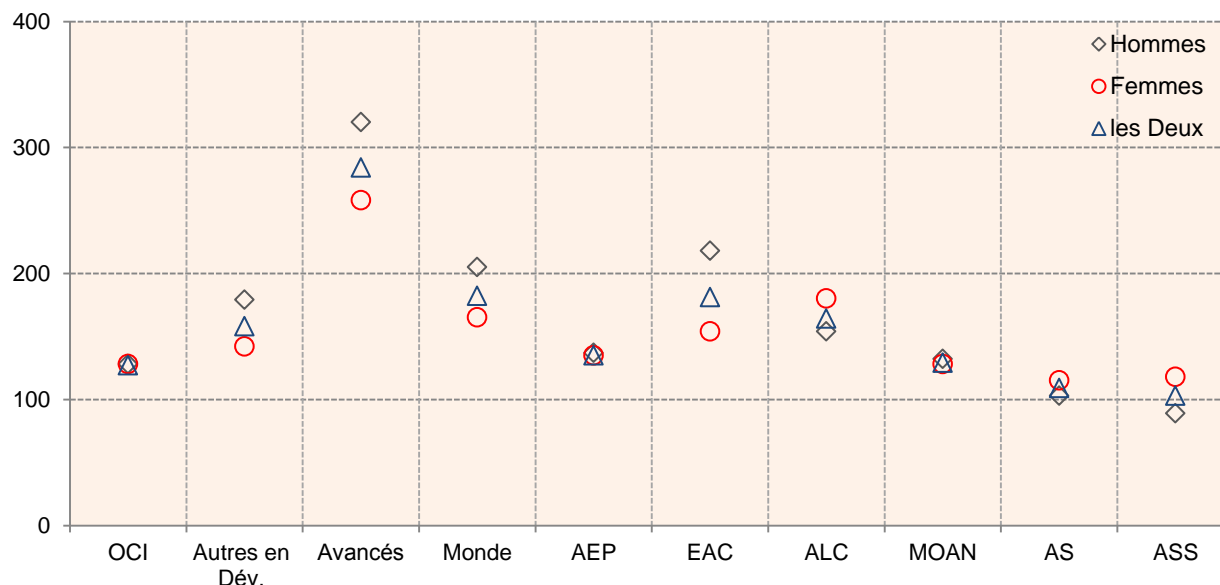
Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC

Comme le montre le Schéma 2.3, le cancer de TSA varie de manière significative entre les sous-régions de l'OCI. Pour l'année 2012, le TSA le plus élevé chez les adultes a été enregistré en EAC (181 par 100.000 population) tandis que l'incidence la plus faible a été enregistrée en ASS (103). L'incidence du cancer chez les adultes est demeurée plus élevée que la moyenne de l'OCI dans l'ensemble des sous-régions excepté l'AS et l'ASS. La ventilation du TSA par sexe indique également des variations importantes entre les sous-régions de l'OCI. Contrairement aux tendances mondiales, l'incidence du cancer chez les femmes est demeurée plus élevée que celle chez les hommes dans toutes les sous-régions excepté l'EAC et l'Asie de l'Est et le Pacifique (AEP). En fait, la région de l'EAC a enregistré le TSA le plus élevé chez les hommes (218 par 100.000 population) par contre, ce taux était seulement de 89 dans la région de l'ASS. Le TSA chez les hommes en EAC, ALC, EAP et au Moyen-Orient et Afrique du Nord (MOAN) est demeuré plus élevé que la moyenne de l'OCI. Pour les femmes, le taux d'incidence est allé de 180 par 100.000 population en ALC à 115 dans la région de l'AS. L'incidence du cancer standardisée par âge chez les femmes est demeurée plus élevée que la moyenne de l'OCI dans des régions de l'ALC, l'EAC et l'AEP.

Au niveau de chaque pays, l'incidence du cancer standardisée par âge dans les pays de l'OCI dépeint une image très variée. En 2012, le Kazakhstan a enregistré le taux d'incidence le plus élevé chez les adultes (237 par 100.000 population) suivi de la Turquie (205), du Liban (197), de l'Albanie (178) et de l'Ouganda (166). Ces cinq pays ont également enregistré le taux d'incidence le plus élevé chez les hommes dans le même ordre décroissant (Schéma 2.4). À l'opposé, le Niger a enregistré le plus faible taux d'incidence chez les adultes (63) suivi de la Gambie (68), du Yémen (80), de l'Oman (82) et de la Guinée-Bissau (83). En 2012, l'incidence du cancer selon l'âge chez les hommes variait de 282 par 100.000 population au Kazakhstan à 57 seulement au Niger. Généralement, 20 pays de l'OCI ont enregistré un taux d'incidence plus élevé que la moyenne de l'OCI (128). Bien que le taux d'incidence

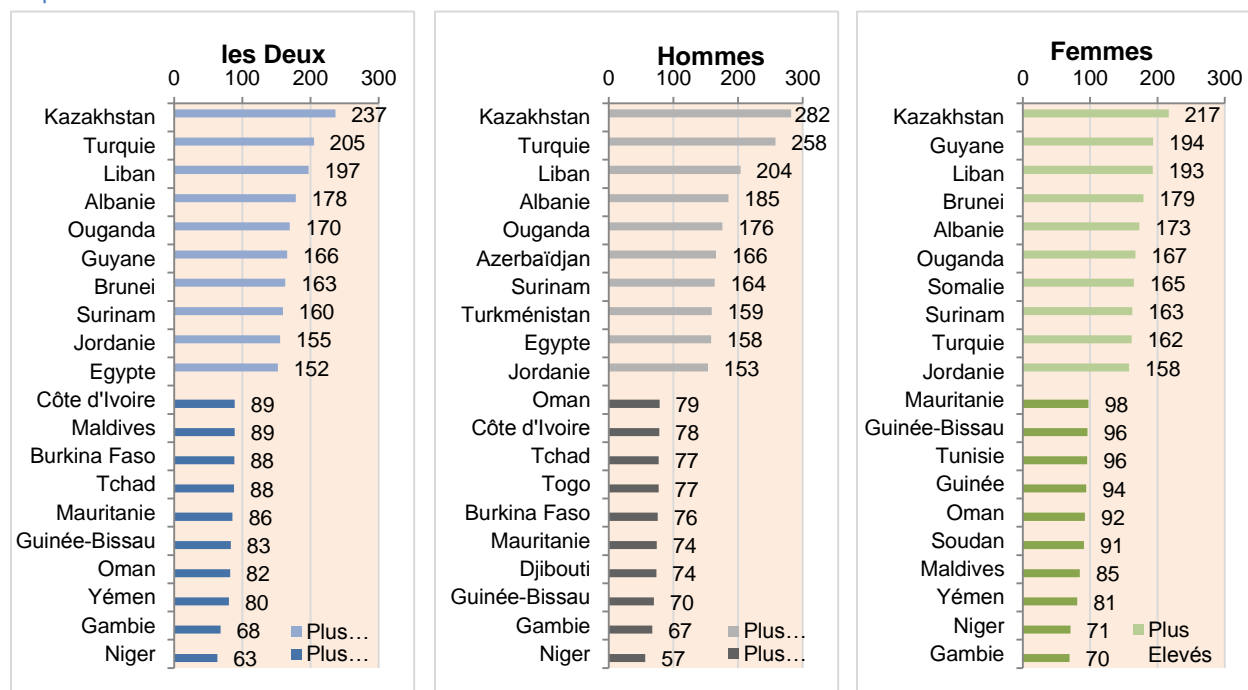
chez les femmes soit demeuré comparativement faible dans les pays de l'OCI, il était plus élevé que la moyenne de l'OCI (128) dans 22 pays membres. Comme le montre le Schéma 2.4, le Kazakhstan a enregistré le taux d'incidence le plus élevé chez les femmes (217) suivi de la Guyane (194), du Liban (193) et du Brunei (179). En bas de l'échelle, la Gambie, le Niger et le Yémen ont enregistré les plus faibles taux d'incidence en 2012

Schéma 2.3: Incidence Standardisée par âge des Nouveaux Cas de Cancer, par 100.000 population, 2012



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

Schéma 2.4: Pays de l'OCI avec le TSA le Plus élevé et le Plus Faible pour de Nouveaux Cas, par 100.000 Population 2012



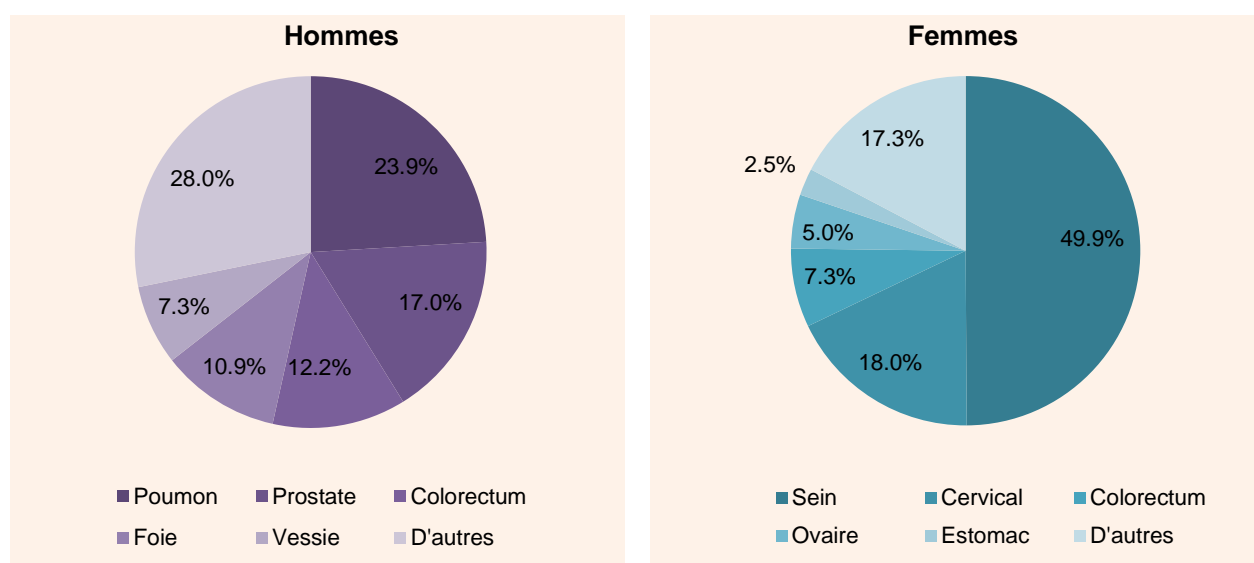
Source: Base de données en ligne de GLOBOCAN

Les Cancers les Plus Fréquents

Avec 250 mille nouveaux cas, le cancer du sein est de loin le cancer le plus répandu dans les pays de l'OCI. Le deuxième cancer le plus répandu est celui des poumons, avec 105 mille cas (94 mille hommes et 11 mille femmes), suivi par celui du col de l'utérus, avec 90 mille, le cancer colorectal, avec 85 mille cas (48 mille hommes et 37 mille femmes), et le cancer de la prostate, avec 67 mille cas. Ces 5 principaux cancers ont représenté environ 40% de tous les cas diagnostiqués dans les pays de l'OCI en 2012.

Il existe des différences importantes fondées sur le sexe dans l'incidence des cancers les plus fréquents dans le monde entier. Certaines de ces différences sont liées aux hormones, mais d'autres sont en grande partie dues à des habitudes malsaines comme le tabagisme et l'alcool. Dans les pays de l'OCI, les cinq types les plus fréquents du cancer diagnostiqués chez les hommes en 2012 (Schéma 2.5) étaient ceux des poumons (23,9% du total), la prostate (17,0%), le cancer colorectal (12,2%), le foie (10,9%), et la vessie (7,3%). Ensemble, ces cinq cancers ont représenté environ 72% de l'incidence chez les hommes dans les pays de l'OCI. Chez les femmes (Schéma 2.5), les cinq types du cancer les plus fréquents étaient le cancer du sein (49,9% du total), le cancer du col de l'utérus (18,0%), le cancer colorectal (7,3%), le cancer des ovaires (5,0%), et le cancer de l'estomac (2,5%). Ces cinq cancers ont ensemble représenté environ 83% de l'incidence du cancer chez les femmes dans les pays de l'OCI.

Schéma 2.5: Les Types les Plus Fréquents des Nouveaux Cas de Cancer dans les Pays de l'OCI, 2012



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

Une ventilation régionale de l'incidence du cancer de l'OCI par les 3 premiers types fréquents de cancers chez les hommes et des femmes est indiquée dans le Tableau 1. Les types de cancer les plus fréquents varient entre les sous-régions de l'OCI. Chez les hommes, le cancer des poumons était le cancer le plus fréquent dans quatre sous-régions, alors que le cancer de la prostate était le plus fréquent dans le reste des deux régions. Parmi les premiers, le cancer des poumons est le plus fréquent dans les régions de l'EAC (19,7%) et de l'AEP (le 14,2%) D'autre part, le cancer de la prostate a représenté plus de 20% de cas totaux diagnostiqués chez les hommes en ALC. On a observé une plus grande variation de cancers chez les hommes en ASS, où les cancers les plus fréquents étaient la prostate, le foie, et le lymphome.

Pour les femmes, le cancer du sein était le cancer le plus fréquent dans toutes les sous-régions de l'OCI ; cependant, le fardeau relatif varie considérablement à travers les sous-régions. Selon le tableau 1, le cancer du sein a représenté la part la plus élevée du total des cas de cancer en AS (32,2%) suivie du MOAN (30,6%) et de l'ASS (22,8%). Le cancer du col de l'utérus était le deuxième plus fréquent type dans les quatre sous-régions, alors que le cancer colorectal était le deuxième plus fréquent dans le reste des deux régions. Généralement l'incidence des cancers comme le cancer colorectal, l'estomac, le foie, les lèvres et la cavité buccale étaient fréquents chez les hommes et les femmes. Parmi les sous-régions de l'OCI, les 3 cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes ont représenté environ 52% du total des cas de cancer en ALC, 45% en AEP, 42% en EAC, et 41% en AS.

Tableau 1: Les Types les Plus Fréquents de Nouveaux Cas de Cancer dans les Sous-régions de l'OCI, 2012

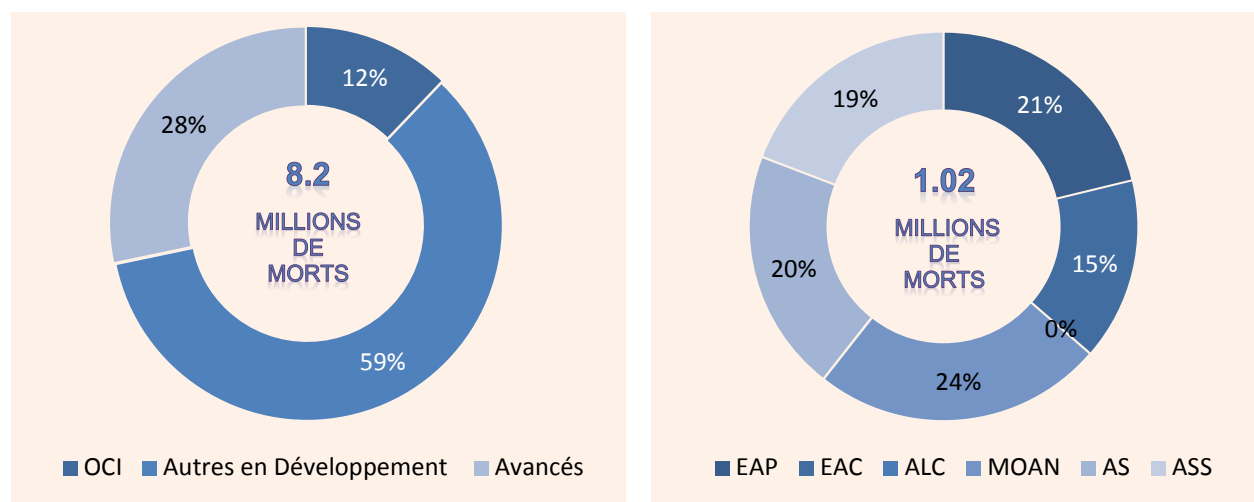
		AEP	EAC	ALC	MOAN	AS	ASS
Hommes	1er	Poumon 14.2%	Poumon 19.7%	Prostate 20.2%	Poumon 9.9%	Poumon 9.6%	Prostate 13.0%
	2eme	Colorectal 9.3%	Prostate 9.8%	Colorectal 6.8%	Vessie 8.8%	Cavité buccale de lèvre 9.3%	Foie 9.1%
	3eme	Prostate 7.4%	Estomac 8.6%	Poumon 5.3%	Foie 6.0%	Oesophagien 5.9%	Lymphome 4.4%
Femmes	1er	Sein 27.1%	Sein 19.8%	Sein 22.9%	Sein 30.6%	Sein 32.8%	Sein 28.2%
	2eme	du col de l'utérus 11.5%	Colorectal 5.8%	Col de l'utérus 22.1%	Colorectal 5.1%	Vol de l'utérus 11.4%	Col de l'utérus 21.8%
	3eme	Colorectal 6.9%	Estomac 5.6%	Corpus utérin 5.4%	Ovaire 3.1%	Cavité buccale de lèvre 5.8%	Foie 4.1%

Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

2.2 Mortalité

Les cancers sont parmi les causes principales de la morbidité et de la mortalité au niveau mondial, avec 8,2 millions de décès rapportés associés au cancer en 2012. La majorité de ces décès se produit dans les pays en développement, qui ont représenté 71% des décès en 2012 (Schéma 2.6). D'autre part, les pays développés ont représenté 28,2% seulement de la moyenne mondiale. La part relative des pays en développement dans les décès attribuables au cancer est 8 % plus élevée que leur part dans les nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans le monde. Cette différence a pu être en grande partie liée au manque de capacités en ce qui concerne la détection précoce et à la faible disponibilité de traitement abordable dans la majorité de pays en développement.

Schéma 2.6: Distribution Sous Régionale des Décès Causés par le Cancer au Niveau Mondial et de l'OCI 2012.

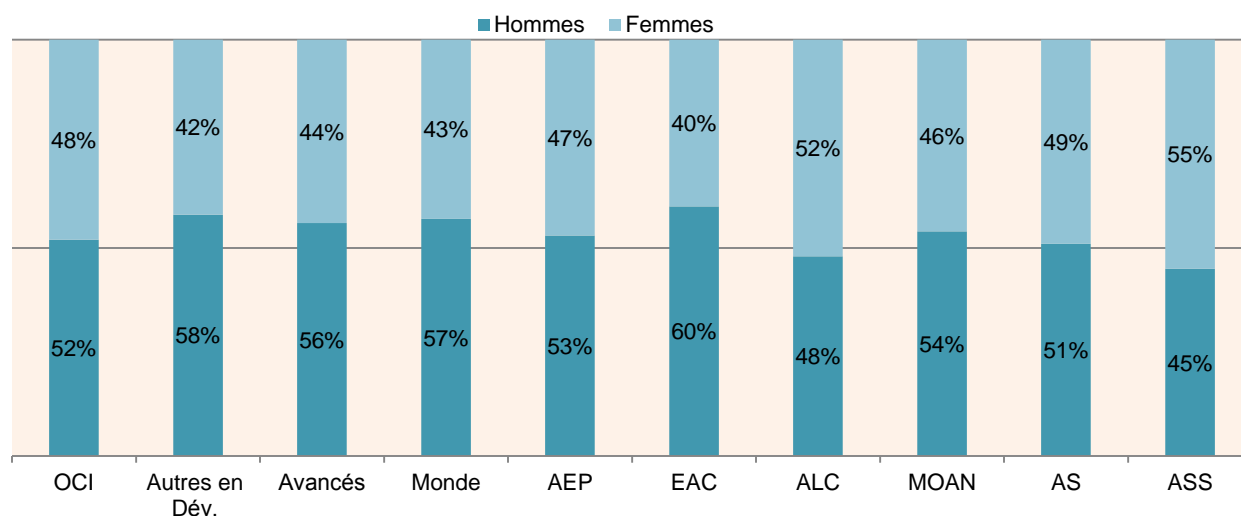


Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

Étant une partie substantielle du monde en développement, les pays de l'OCI ont représenté 17,4% des pays en développement et de 12% des décès mondiales liées au cancer. En chiffres absolus, les cancers dans les pays de l'OCI étaient la cause d'environ 1.02 millions de décès en 2012. Les décès associés au cancer dans les pays de l'OCI sont distribués d'une façon plus ou moins égale parmi les sous-régions de l'OCI (Schéma 2.6). En 2012, la région du MOAN a représenté la part la plus élevée avec 24% suivi de l'AEP (21%), l'AS (20%) et l'ASS (19%). La plus faible part a été enregistrée dans la région de l'AEC.

Étant donnée la ventilation des décès attribuables au cancer fondée sur le sexe en 2012, au niveau mondial, les hommes risquent plus souvent de mourir à cause du cancer, ce qui représente 57% des décès totales (Schéma 2.7). La distribution des décès attribuables au cancer fondée sur le sexe est plus homogène dans les pays de l'OCI par rapport à d'autres groupes, cependant la part relative des hommes est demeurée plus élevée. Comme le montre le Schéma 2.7, les hommes ont représenté 52% des décès totales causées par des cancers dans les pays de l'OCI contre 58% dans les autres pays en développement et 56% dans les pays développés. Selon les tendances mondiales, les hommes risquent plus souvent de mourir en raison du cancer dans toutes les sous-régions excepté l'ALC et l'ASS où les femmes ont représenté la plus grande part de décès. Parmi les sous-régions de l'OCI, la différence entre les sexes la plus élevée a été observée en AEC avec une différence de 20 % entre les hommes et les femmes suivie du MOAN (8 %), et de l'EAP (6 %).

Schéma 2.7: Distribution des Décès Causés par le Cancer Fondée le Sexe, 2012



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

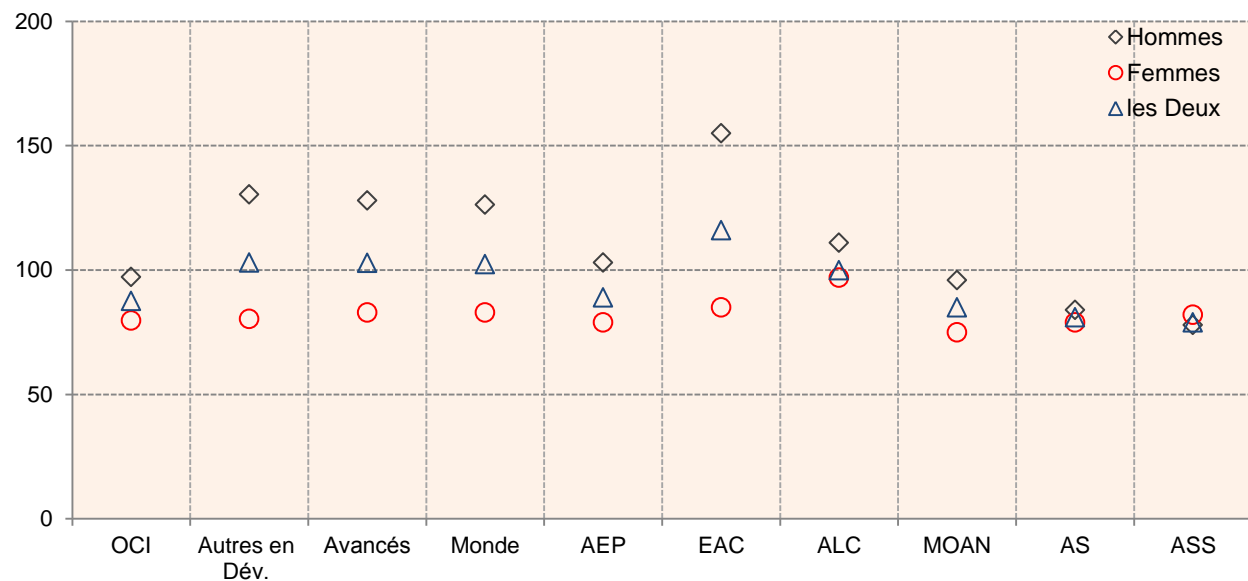
Taux de Mortalité Standardisé selon l'Âge.

Comme pour l'incidence, la mortalité due au cancer est fortement corrélée avec l'âge. Par conséquent, employer le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour comparer entre les groupes de pays s'avère important. Comme le montre le Schéma 2.8, les taux de mortalité de cancer standardisée selon l'âge indiquent des variations régionales significatives, bien que les différences soient moins prononcées que celles pour l'incidence. Le taux de mortalité due au cancer pour la population adulte était légèrement au-dessus de la barre des 100 points au niveau mondial, sauf pour les pays de l'OCI, qui ont enregistré un taux bien faible : 88 décès par 100.000 population seulement. Il existe de considérables différences entre le TSA chez les hommes et les femmes à travers le monde. Généralement, les hommes sont 1,6 fois plus susceptibles que les femmes de mourir du cancer. Néanmoins, la différence dans le taux de mortalité due au cancer basée sur le sexe est restée comparativement minime dans les pays de l'OCI. Comme le montre le Schéma 2.8, le taux de mortalité chez les hommes dans les pays de l'OCI (97 par 100.000 population) est resté sensiblement inférieur par rapport à ceux dans d'autres groupes de pays. Le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les femmes est comparativement le même au niveau mondial, allant de 80 à 83 décès par 100.000 population dans tous les groupes de pays.

Le taux de mortalité du cancer standardisé selon l'âge varie considérablement à travers les sous-régions de l'OCI (Schéma 2.8). En 2012, le TSA le plus élevé chez les adultes a été enregistré en AEC (116 par 100.000 population) tandis que le plus bas taux a été enregistré en ASS (79). Le taux de mortalité chez les adultes est resté plus élevé que la moyenne de l'OCI en EAC, ALC et AEP. La ventilation du TSA fondée sur le sexe indique également des variations importantes entre les sous-régions de l'OCI. Selon les tendances mondiales, la mortalité chez les hommes est restée plus élevée que celle chez les femmes dans toutes les sous-régions sauf en ASS. En 2012, l'EAC a enregistré le taux de mortalité le plus élevé chez les hommes (155 par 100.000 population) suivie de l'ALC (111) et de l'AEP (103). À l'opposé de l'échelle, le taux de mortalité était de 78 seulement en ASS et de 84 en AS. Le TSA chez les hommes en EAC, en ALC, et en AEP est demeuré plus élevé que la moyenne de l'OCI. Chez de femmes, le taux de mortalité allait de 97 par 100.000 population en ALC à 75 au MOAN. Le TSA chez les femmes est demeuré plus élevé que la moyenne de l'OCI dans les régions d'ALC, l'EAC et l'ASS. Généralement, la différence fondée sur le sexe la

plus élevée dans les taux de mortalité a été enregistrée en EAC où les hommes risquent deux fois plus de mourir du cancer que les femmes.

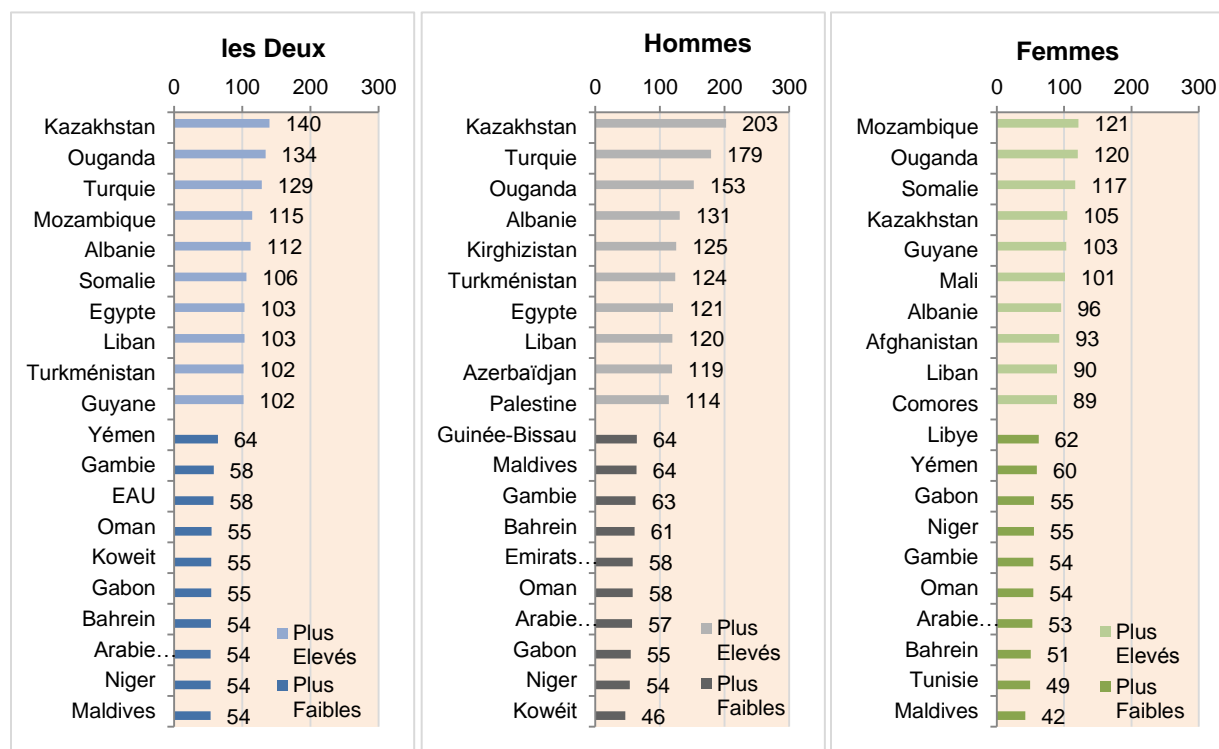
Schéma 2.8: Taux de Mortalité due au Cancer Standardisé selon l'Âge



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

Au niveau de chaque pays, le taux de mortalité du cancer standardisé varie considérablement à travers les pays de l'OCI. Comme le montre le Schéma 2.9, le Kazakhstan a enregistré le taux de mortalité le plus élevé chez les adultes (140 par 100.000 population) suivi de l'Ouganda (134), la Turquie (129), le Mozambique (115) et l'Albanie (112). Parmi ces 5 principaux pays, le Kazakhstan, la Turquie et l'Ouganda ont également enregistré le taux d'incidence du cancer le plus élevé en 2012. A l'opposé de l'échelle, les Maldives, le Niger, l'Arabie Saoudite et le Bahreïn ont enregistré le taux le plus faible de mortalité chez les adultes (54). En 2012, le taux de mortalité due au cancer standardisé selon l'âge chez les hommes est passé de 203 par 100.000 population au Kazakhstan à 46 seulement au Koweït. Une fois de plus, quatre pays sur les 5 pays principaux ont été également classés parmi les pays avec l'incidence la plus élevée des cas de cancer. Généralement, 19 pays de l'OCI ont enregistré le plus haut taux de mortalité par rapport à la moyenne de l'OCI de 97. Comme le montre le Schéma 2.9, le Mozambique a enregistré le taux de mortalité le plus élevé chez les femmes (121) suivi de près de l'Ouganda (120), et la Somalie (117). En bas de l'échelle, les Maldives ont enregistré le plus bas taux (42), suivis de la Tunisie (49), et le Bahreïn (51). Le taux de mortalité standardisé par l'âge dans 23 pays de l'OCI était plus élevé que la moyenne de l'OCI (79,7) en 2012.

Schéma 2.9: Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité de Cancer le Plus Élevé et le Plus Faible par 100, 000 Population 2012



Source: Base de données en ligne de GLOBOCAN

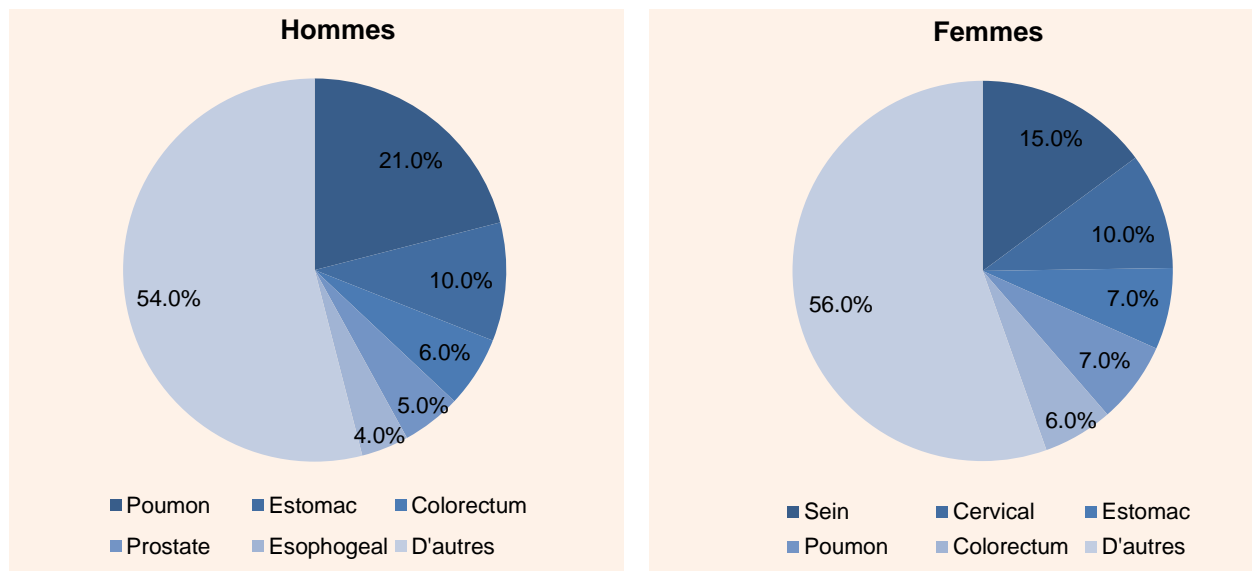
Les Cancers les Plus Mortels

Avec 143 mille décès des personnes adultes (110 mille hommes et 33 mille femmes), le cancer du poumon est de loin le plus mortel dans les pays de l'OCI. Le deuxième cancer le plus mortel est le cancer de l'estomac, avec 85 mille décès (51 mille hommes et 34 mille femmes), suivi par le cancer du sein, avec 74 mille, le cancer du côlon et du rectum, avec les 64 mille décès (34 mille hommes et 30 mille femmes), et le cancer du col de l'utérus, avec 47 mille décès. Ces 5 cancers très mortels ont représenté environ 40% de tous les décès causés par les cancers dans les pays de l'OCI en 2012.

Il existe de considérables différences basées sur le sexe et au niveau de la charge de morbidité due aux cancers les plus fréquents dans le monde. La plupart de ces différences sont en grande partie dues à la (non)-disponibilité des : politiques appropriées adressant les facteurs de risques majeurs, les capacités de dépistage et de détection précoce et les médicaments et traitements abordables dans un pays/région. Pour les hommes dans les pays de l'OCI, seulement cinq cancers ont causé presque la moitié de tous les décès attribuables au cancer (Schéma 2.10). Ces 5 principaux cancers les plus mortels sont : le cancer du poumon (20,6% du total), le cancer de l'estomac (9,5%), le cancer du côlon et du rectum (6,5%), le cancer de la prostate (4,7%), et le cancer de l'œsophage (4,3%). Pour les femmes, environ 43% du total des décès ont été causés par seulement cinq cancers à savoir : le cancer du sein (14,9% du total), le cancer du col de l'utérus (9,6%), le cancer de l'estomac (7,0%), du poumon (6,8%) et du côlon et du rectum (6,1%).

Une ventilation sous régionale des 3 principaux types de cancers les plus mortels de l'OCI chez les hommes et les femmes indique des différences à travers les sous-régions (tableau 2). Chez les hommes, le cancer du poumon était la cause principale classique de la mort dans quatre sous-régions, alors que le cancer de la prostate et de l'estomac étaient les deux causes de décès majeurs en ALC et ASS respectivement. Par ailleurs, le cancer du poumon a représenté la plus grande part des décès en EAC (32%) suivie de l'AS (28%). D'autre part, le cancer de la prostate a représenté environ 24% du total des décès dûs au cancer chez les hommes en ALC. Le Cancer de l'estomac était le deuxième cancer le plus mortel chez les hommes dans les trois sous-régions de l'OCI.

Schéma 2.10: Les Cancers les Plus Mortels dans les Pays de l'OCI, 2012



Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

Pour les femmes, le cancer du sein a représenté la plus grande part des décès associés au cancer dans toutes les sous-régions de l'OCI sauf dans l'ASS où le cancer du col de l'utérus était la cause de décès principale. Le fardeau relatif de la mort causé par le cancer du sein varie considérablement au niveau des sous-régions. Selon le tableau 2, le cancer du sein a représenté 23% du total des décès chez les femmes en ALC suivie de près de l'AS (22%). Le cancer du col de l'utérus était la deuxième cause de décès la plus fréquente dans les deux sous-régions. Généralement, les cancers du poumon, d'estomac, et du côlon et du rectum étaient les causes de décès les plus fréquents chez les hommes et les femmes. Parmi les sous-régions de l'OCI, les 3 principaux cancers les plus mortels chez les hommes et les femmes ont représenté environ 53% du total des décès causés par le cancer en ALC, 45% en EAC, 43% en AS, 36% en AEP, 31% en ASS et 28% dans la région du MOAN.

Tableau 2: Les Cancers les Plus Mortels dans les Sous-régions de l'OCI, 2012

		EAP	ECA	LAC	MENA	SA	SSA
Hommes	1^{ère}	Poumon 22%	Poumon 32%	Prostate 24%	Poumon 15%	Poumon 28%	Estomac 10%
	2^{ème}	Colorectum 7%	Estomac 12%	Poumon 15%	Estomac 9%	Estomac 11%	Prostate 8%
	3^{ème}	Estomac 7%	Colorectum 7%	Colorectum 12%	Prostate 5%	Oesophagien 8%	Poumon 7%
Femmes	1^{ère}	Sein 12%	Sein 16%	Sein 23%	Sein 15%	Sein 22%	Cervical 19%
	2^{ème}	Cervical 12%	Poumon 10%	Cervical 18%	Estomac 6%	Oesophagien 9%	Sein 11%
	3^{ème}	3 ^{ème}	Poumon 12%	Estomac 9%	Colorectum 14%	Poumon 6%	Ovaire 8%

Source: Base de Données en Ligne de GLOBOCAN, Analyse du Personnel de SESRIC.

3. Prévention et Traitement du Cancer

Les maladies chroniques non transmissibles (MNT) sont les principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. Le terme MNT se rapporte à un groupe de conditions qui ne sont pas principalement causées par une infection aiguë entraînant des conséquences de santé à long terme et nécessitent souvent des traitements et des soins à long terme. Ces conditions comprennent les cancers, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques. Le Cancer est la deuxième cause principale de mortalité dans les pays de l'OCI après les maladies cardio-vasculaires. Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité suivie du cancer de l'estomac, du sein, du cancer colorectal et des cancers du col de l'utérus. Grand nombre de ces cancers sont évitables si l'on contrôle les principaux facteurs de risque y compris la consommation de tabac et de l'alcool, l'obésité et l'insuffisance de l'activité physique. En outre, beaucoup de cancers peuvent être traité par chirurgie et chimiothérapie lorsqu'ils sont détectés à un stade précoce.

Le Cancer est l'une des maladies les plus coûteuses avec des conséquences socio-économiques considérables. Au niveau mondial, des millions de dollars sont dépensés annuellement sur le traitement du cancer, ce qui nuit la viabilité des dépenses nationales de soins de santé, particulièrement dans les pays ayant des revenus faibles et moyens. Les systèmes de santé sous-développés ayant une couverture d'assurance médicale et de sécurité sociale limitées affectent la vie de plusieurs patients atteints du cancer car ils doivent payer les frais des médicaments et des traitements de leur propre argent. En conséquence, dans les pays en développement, beaucoup de patients et leurs familles se retrouvent dans un cercle vicieux où la pauvreté et le cancer se renforcent continuellement. Dans ce contexte, ce chapitre vise à examiner les capacités et les politiques nationales existantes et identifier les lacunes principales dans le contrôle, la surveillance, la prévention, le dépistage précoce, et le traitement du cancer dans les pays de l'OCI.

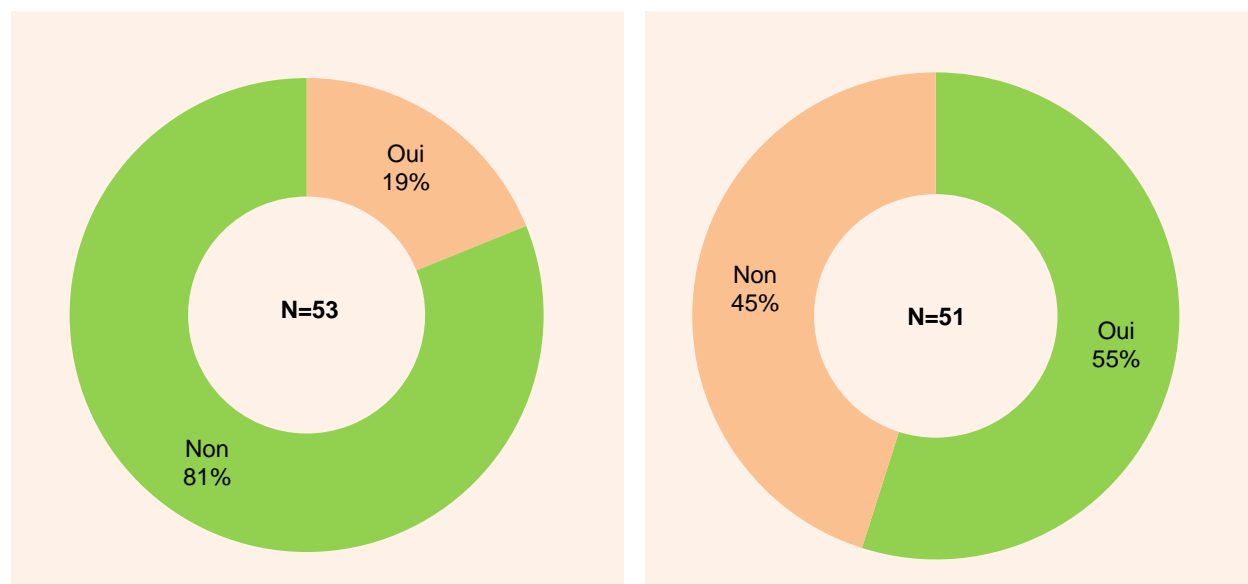
3.1 Plan d'Action, Contrôle et Surveillance

Étant donné ses impacts sociaux, physiologiques et économiques sur les individus et les sociétés, il est fortement important d'avoir des systèmes nationaux d'enregistrement du cancer afin de surveiller les tendances liées aux cas de cancer, nombre de patients et leurs conditions de traitement. Selon l'enquête de l'OMS en 2013, seulement 10 sur 53 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles disposent d'un registre national du cancer basé sur la population (Schéma 3.1). En d'autres termes, 43 pays de l'OCI ne pouvaient pas suivre le nombre de cas et de patients atteints du cancer en raison de l'absence des systèmes d'enregistrement. Ceci mène à un certain nombre de problèmes dans ces pays allant des problèmes de la planification à celles du traitement. Par exemple, le manque d'un système d'enregistrement centralisé peut causer une inefficacité en ce qui concerne la fourniture de médicaments du cancer, qui nécessitent souvent d'être importé en temps utile. Un retard dans la fourniture de médicaments du cancer dû au manque d'un système efficace de contrôle et de surveillance peut mettre la vie de plusieurs cancéreux en danger. Par conséquent, il est très crucial de développer une telle capacité pour pouvoir combattre le cancer d'une manière efficace.

La meilleure façon de lutter contre le cancer est de le prévenir avant qu'il se produise. À cet effet, la première étape serait de développer une politique/stratégie/plan d'action nationale opérationnelle détaillée pour combattre le cancer et pour lutter contre ses principaux facteurs de risque. Selon l'enquête de l'OMS en 2013, 28 pays de l'OCI ont répondu positivement à la question de l'existence d'une politique/stratégie/plan d'action opérationnels pour le cancer dans leurs pays respectifs (Schéma

3.1, à droite). D'autre part, 23 pays de l'OCI n'ont pas eu de politique/stratégie/plan d'action opérationnels pour la lutte contre le cancer au cours de la même année. Ceci implique le grand manque du contrôle et des politiques relatives à la surveillance dans les pays de l'OCI pour lutter effectivement contre le cancer et procurer un traitement aux patients pour pouvoir améliorer leur état de santé.

Schéma 3.1: Registre des Cancers Basé sur la Population et le Plan d'Action Opérationnel dans les Pays de l'OCI, 2013



Source: Base de données de l'OMS

3.2 Facteurs de Risque et Politiques de Prévention

Le traitement du cancer est coûteux et n'aboutit pas toujours sur les résultats souhaités. D'autre part, les politiques de prévention du cancer ciblant les principaux facteurs de risque sont abordables et beaucoup plus efficaces. Plusieurs types de cancer peuvent être empêchés en réduisant l'exposition aux facteurs de risque communs tels que la consommation du tabac, la consommation d'alcool, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation. Selon les dernières évaluations, environ un tiers des décès causés par le cancer sont dû à certains risques comportementaux et diététiques majeurs : l'indice de masse corporelle élevé accompagné par la faible prise des légumes et des fruits, l'insuffisance de l'activité physique, la consommation du tabac et d'alcool (SESRIC, 2015). La consommation du tabac est le facteur de risque du cancer le plus important causant environ 20% des décès mondiales attribuables au cancer et environ 70% des décès mondiales causés par le cancer de poumon. Par conséquent, la lutte contre ces facteurs de risque dans les pays de l'OCI est très importante pour réduire l'incidence et la mortalité dues au cancer. La présente sous-section examine l'état actuel des politiques de prévention du cancer dans les pays de l'OCI.

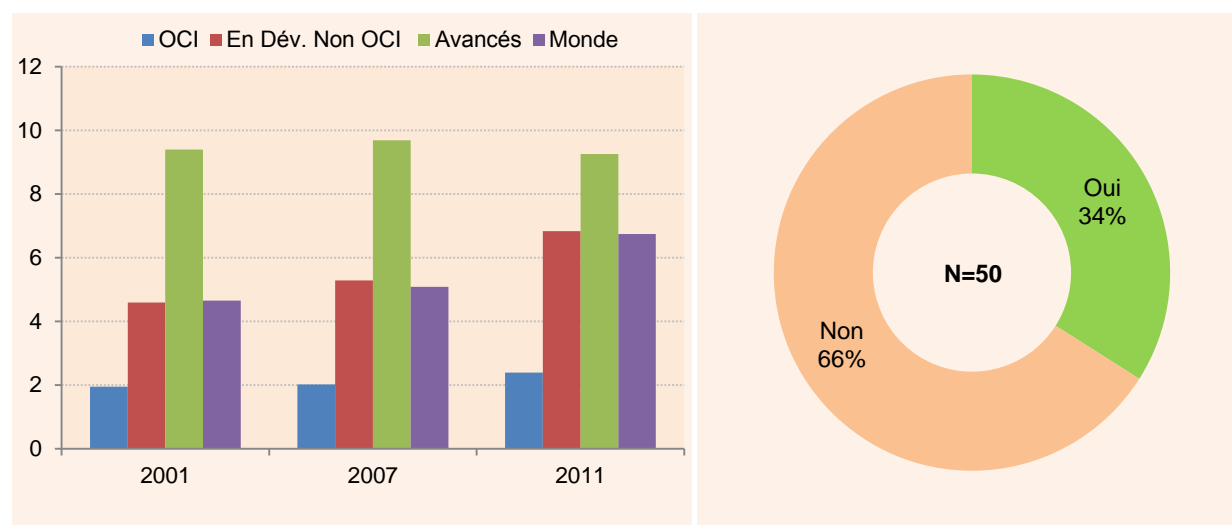
Consommation d'Alcool

Selon l'OMS, la consommation d'alcool est un facteur déterminant dans plus de 200 maladies y compris les cancers. Au niveau Mondial, environ 3,3 millions de décès chaque année résultent de la consommation d'alcool; ceci représente 5,9% de tous les décès pour tous les âges et 25% des décès parmi les personnes entre 20-39 ans.

Les chercheurs ont identifié que l'alcool peut augmenter le risque du cancer en endommageant l'ADN et les protéines et en altérant la capacité du corps à décomposer et absorber une grande diversité en substances nutritives. En particulier, la consommation d'alcool augmente le risque des cancers de foie, de bouche/de gorge, du sein, et des intestins (Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC), 2016 et la Société Américaine de Cancérologie, 2016)

En dépit des effets négatifs d'alcool sur la santé et sa relation avec le risque élevé de contracter un cancer, la consommation d'alcool par habitant est en hausse au niveau mondiale, augmentant de 4,65 litres en 2001 à 6,74 litres en 2011 (Schéma 3.2). En tant que groupe, les pays de l'OCI ont également connu une tendance à la hausse de 1,95 litre à 2,38 litres au cours de la même période tandis que les pays développés ont enregistré une diminution de 9,4 litres à 9,2 litres. Ces chiffres impliquent que les pays de l'OCI sont en grand risque comparé à 2001 en termes de consommation d'alcool. Cependant, en dépit de l'augmentation observée de la consommation d'alcool dans les pays de l'OCI, parmi 50 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles, 17 seulement ont une politique/stratégie/plan d'action opérationnels pour réduire la consommation néfaste de l'alcool (Schéma 3.2, à droite).

Schéma 3.2: Consommation Enregistrée d'Alcool par Habitant (15+) (Litres d'Alcool Sec) et l'Existence d'une Politique/Stratégie/Plan d'Action Opérationnels pour Réduire la Consommation de l'Alcool dans les Pays de l'OCI, 2013



Source: Base de Données de l'OMS, Analyse du Personnel de SESRIC

Cette situation nécessite que les pays de l'OCI déploient des efforts concertés pour développer et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour faire face à la tendance positive observée dans l'utilisation de l'alcool et pour réduire les risques liés au risque de contracter un cancer. Certaines des stratégies utilisées à cet égard au niveau mondial comprennent:

- réglementation du marketing des boissons alcoolisées (en particulier aux jeunes) ;
- réglementation et limitation de la disponibilité d'alcool ;
- adoption des politiques appropriées contre l'alcool au volant ;
- réduction de la demande par des mécanismes de taxation et de prix ;
- sensibilisation sur les problèmes de la santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool et le renforcement du soutien en ce qui concerne l'efficacité des politiques d'alcool ;
- fourniture du traitement accessible et abordable pour les personnes ayant des troubles liés à l'alcool; et

- mise en œuvre des programmes de dépistage et des interventions brèves pour la consommation nocive et dangereuse d'alcool dans des services de santé.

En plus des stratégies mondiales citées ci-dessus, les pays de l'OCI, avec l'aide des érudits Islamiques peuvent faire passer le message de l'Islam à la société que l'Islam interdit la consommation de l'alcool. Si le message est largement diffusé, cela peut aider beaucoup de musulmans à travers les pays de l'OCI à arrêter la consommation excessive de l'alcool.

Consommation de Tabac

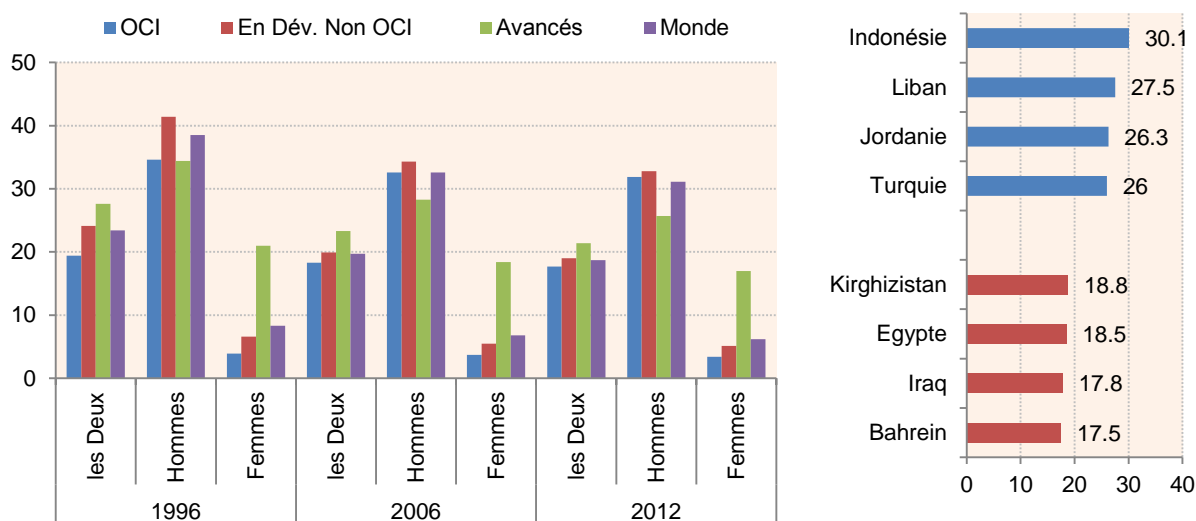
L'OMS déclare que le tabac tue jusqu'à la moitié de ses utilisateurs. Il y a plus de 4.000 produits chimiques dans la fumée de tabac, dont la nocivité d'au moins 250 est reconnue et plus de 50 sont cancérigènes. Les pays en développement sont, en général, les pays qui souffrent le plus de la consommation du tabac. Presque 80% d'un milliard de fumeurs du monde vivent dans les pays à revenu faible ou moyen.

Selon le Cancer Research UK (2016), le tabagisme est la principale cause du cancer qui peut être évitable dans le monde. Le tabagisme peut causer le cancer en endommageant l'ADN, y compris les gènes principaux qui protègent les personnes contre le cancer. La recherche a prouvé que pour chaque 15 cigarette fumée, il pourrait y avoir un changement d'ADN, ce qui pourrait entraîner une cellule cancéreuse. En outre, les fumeurs ne sont pas également en position de résister contre les produits chimiques toxiques comparés à ceux ayant des poumons et un sang sains. La fumée affecte également le système immunitaire - augmentant ainsi les cellules ce qui peut contribuer à la croissance tumorale dans les poumons et inhiber ceux qui tuent les cellules cancéreuses (Cancer Research UK, 2016).

Le risque de la mort prématurée et le développement de cancer causé par le tabac dépendent de beaucoup de facteurs, y compris le nombre d'années pendant lesquelles une personne fume, le nombre de cigarettes qu'elle fume par jour, l'âge à où elle a commencé à fumer, et si elle était déjà malade au moment lié à l'arrêt du tabagisme. Pour les personnes qui ont déjà contracté le cancer, l'abandon du tabagisme réduit le risque de contracter un autre. Bien qu'il ne soit jamais trop tard pour profiter de l'arrêt du tabagisme, ceux qui arrêtent à un plus jeune âge ont plus de bénéfice (Institut National contre le Cancer, 2016b).

Étant donné les conséquences négatives du tabagisme et grâce aux efforts mondiaux de réduction de la consommation du tabac, la prédominance du tabagisme a diminué de 23,4% en 1996 à 18,7% en 2012 au niveau mondial (Schéma 3.3, à gauche). Dans les pays de l'OCI, la prédominance moyenne du tabagisme a également diminué de 19,4% à 17,7% au cours de la même période (pour les deux sexes). Comme dans d'autres groupes de pays, la population des hommes est exposée davantage au tabagisme dans les pays de l'OCI avec une moyenne de 31,9% en 2012. Dans le groupe de l'OCI, en moyenne, seulement 3,4% de toutes les femmes fumaient en 2012. Au niveau du pays individuel de l'OCI, comme le montre le Schéma 3.3 à droite, l'Indonésie a eu la prédominance de tabagisme la plus élevée (30,1%) suivie du Liban (27,5%) et de la Jordanie (26,3%) en 2012 (pour les deux sexes).

Schéma 3.3: Prévalence du Tabagisme (% de Population, âgé de 15+) (à gauche) et les Pays de l'OCI avec la Prévalence la Plus Élevée et la plus Faible, 2012 (à droite)

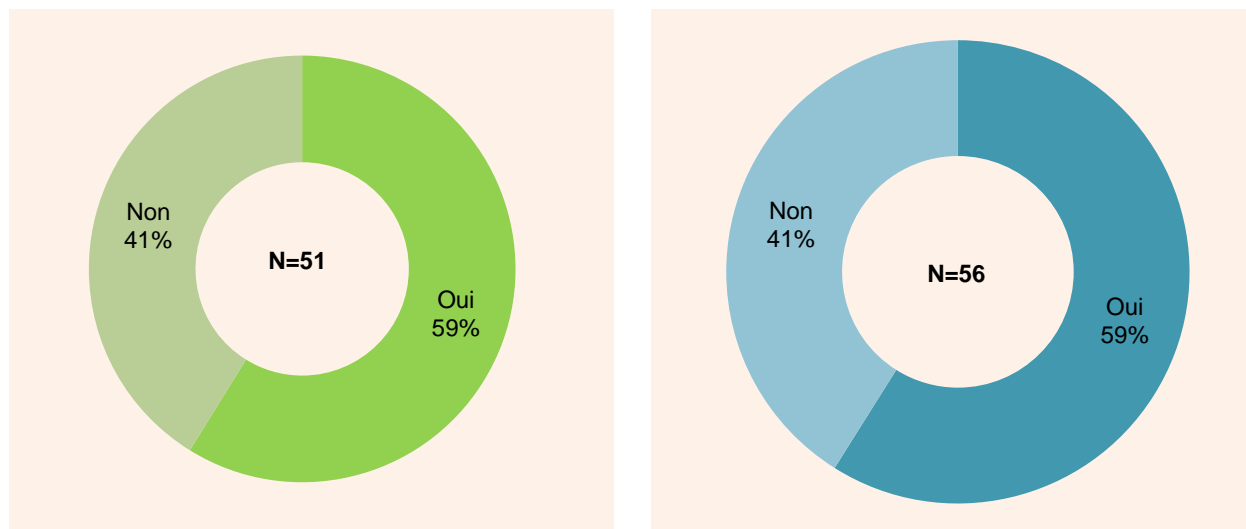


Source: Institut de Métrologie et Sanitaire (IHME), Analyse du Personnel de SESRIC

La réduction moyenne du tabagisme observée dans les pays de l'OCI est le résultat de plusieurs mesures, comme discuté ci-dessous en détails. En luttant contre la consommation du tabac en tant que facteur de risque principal pour le développement du cancer, 30 pays de l'OCI ont rapporté l'existence d'une politique/stratégie/plan d'action opérationnels pour diminuer la consommation du tabac parmi 51 pays portant sur les données de 2013 (Schéma 3.4, à gauche). De la même façon, 33 pays de l'OCI sur 56 pour lesquels les données sont disponibles ont interdit la promotion des produits du tabac dans la Télé et/ou films en 2014 (Schéma 3.4, à droite).

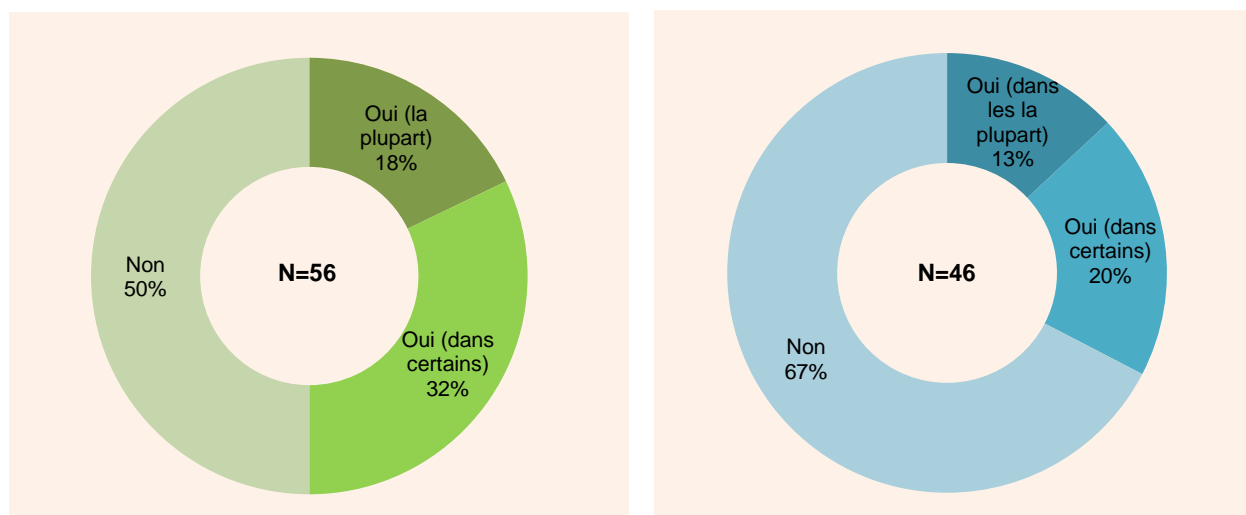
Tandis que 28 pays de l'OCI fournissaient le traitement pour la dépendance de tabac dans des cliniques de santé ou d'autres équipements primaires en 2014, un nombre équivalent de pays membres n'ont pas fourni un tel traitement (Schéma 3.5, à gauche). En outre, alors que 15 pays de l'OCI fournissaient le traitement pour la dépendance de tabac au niveau d'hôpital, ce service n'était pas disponible dans 31 pays de l'OCI (Schéma 3.5, à droite).

Schéma 3.4: L'Existence d'une Politique/Stratégie/Plan d'Action opérationnels pour Diminuer la Consommation du Tabac en 2013, et l'Interdiction de la Promotion des Marques de Produits de Tabac sur Télé et/ou dans les Films dans les Pays de l'OCI en 2014 (à droite)



Source: Base de données de l'OMS

Schéma 3.5: Traitement pour la Dépendance au Tabac Disponible dans les Cliniques ou d'Autres Équipements de Premier Soins (à gauche), et Hôpitaux (à droite) dans les Pays de l'OCI, 2014



Source: Base de données de l'OMS

Selon les données disponibles, il est évident que plusieurs pays de l'OCI soient sur le bon chemin pour lutter contre la consommation du tabac en mettant en œuvre des politiques et des stratégies efficaces. Cependant, un nombre important de pays de l'OCI doit toujours prendre d'autres mesures afin de réduire la consommation du tabac. À cet égard, la mise en œuvre de la Convention-Cadre de l'OMS sur la Lutte Antitabac qui a entré en vigueur en février 2005 s'avère très importante. En fait, la CCLA est l'une des traités ayant recueillie la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies avec 180 états, couvrant 90% de la population du monde. En 2008, l'OMS a présenté une manière pratique et rentable pour mesurer l'exécution des dispositions de la convention-cadre de l'OMS sur le terrain appelé le MPOWER. Les six mesures de MPOWER incluent :

- (M) Suivre les politiques de prévention et de cessation du tabagisme;
- (P) Protéger les personnes contre la consommation du tabac;
- (O) Offrir l'aide pour cesser de fumer ;
- (W) Avertir contre les dangers du tabac ;
- (E) Interdire la publicité, la promotion et le parrainage de tabac ; et
- (R) Augmenter les impôts sur le tabac

Insuffisance de l'Activité Physique

L'OMS définit l'activité physique en tant que n'importe quel mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui exigent la dépense énergétique - comprenant des activités entreprises tout en travaillant, jouant, effectuant des travaux du ménage, voyageant, et participant dans des activités de loisirs. L'activité physique d'intensité modérée et vigoureuse apportent des avantages potentiels pour la santé.

Il existe des preuves probantes que l'activité physique est associée à un risque réduit des cancers du côlon et du sein. Plusieurs études ont également indiqué la présence de liens entre l'activité physique et le risque réduit de cancers de la prostate, du poumon, et du col de l'utérus (cancer de l'endomètre). Les Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (2016) déclarent qu'il y a un lien fort entre être physiquement actif et avoir un risque diminué de trois cancers : Sein Post-ménopausique, colorectal (intestinale) et endométrial (utérus).

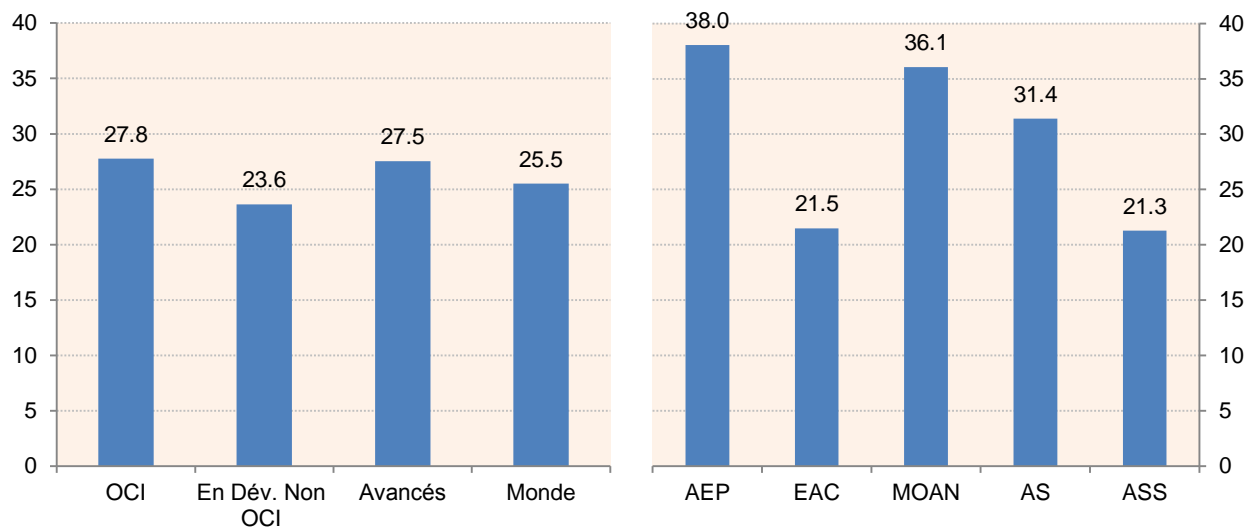
L'insuffisance de l'activité physique est un facteur de risque principal pour les maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète et un des 10 principaux facteurs de risque de la mort partout dans le monde. Au niveau Mondial, chaque année 3.2 millions de décès sont provoqués par une l'activité physique insuffisante, selon les évaluations de l'OMS.

Bien que l'activité physique ait des bénéfices considérables liés à la santé et aide à empêcher les MNT, plus de 80% de la population adolescente du monde est insuffisamment actif au niveau physique principalement dû à un ensemble de facteurs socio-économiques et socioculturels liés aux modes de vie des personnes. Avec l'urbanisation accrue, certains facteurs supplémentaires comme la violence, le trafic à haute densité, la faible qualité de l'air, la pollution, et le manque de parcs, de trottoirs et d'équipements de sports/ loisirs commencent également à influencer l'activité physique.

Selon les dernières évaluations, en moyenne, la prévalence de l'activité physique insuffisante dans les pays de l'OCI était la plus élevée (27,8%) parmi tous les groupes de pays en 2010 (Schéma 3.6). La moyenne mondiale étant de 25,5% pendant la même année. Dans les régions de l'OCI, la plus forte présence de l'activité physique insuffisante a été rapportée en AEP avec un taux moyen de 38% tandis que l'ASS a eu la plus faible prévalence de l'activité physique insuffisante (21,3%).

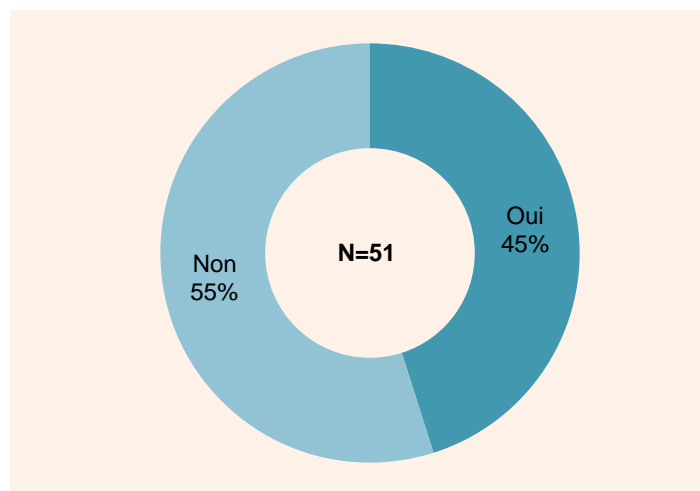
Le manque d'une politique/ stratégie/ plan d'action opérationnels nationaux pour réduire l'inactivité physique est l'une des principales raisons de l'inactivité physique dans les pays de l'OCI. Comme le montre le schéma 3.7, parmi 51 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles, seulement 23 membres ont une politique/stratégie/plan d'action opérationnels pour réduire l'inactivité physique en 2013. Dans ce contexte, les pays de l'OCI doivent intensifier leurs efforts en ce qui concerne le développement et la mise en œuvre des stratégies efficaces pour motiver et encourager les personnes à être plus physiquement actives dans leur vie quotidienne.

Schéma 3.6: Prévalence de l'Activité Physique Insuffisante parmi la Population 18+ (%), 2010 (à gauche) et dans les sous-régions de l'OCI, 2010 (à droite)



Source: Base de Données de l'OMS, Analyse du Personnel de SESRIC

Schéma 3.7: Existence d'une Politique/Stratégie/Plan d'Action Opérationnels pour Réduire l'Inactivité Physique dans les Pays de l'OCI, 2013



Source: Base de données de l'OMS

Obésité

L'obésité est définie en tant que: accumulation d'une quantité anormale ou excessive de graisse qui peut altérer la santé. L'OMS définit l'obésité comme l'indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30.¹ L'obésité mène aux effets métaboliques défavorables sur la tension artérielle, le cholestérol, les triglycérides et la résistance à l'insuline. Risques de maladies cardiaques coronaires, accidents vasculaires ischémiques et diabète type-2 augmentent régulièrement avec une augmentation d'IMC. Un

¹ L'indice de masse corporelle (IMC) est un indice simple de poids-taille utilisée généralement pour classer l'excès de poids et l'obésité chez les adultes. Il est défini par le poids en kilogrammes divisé par la hauteur en mètres carrés (kg/m²).

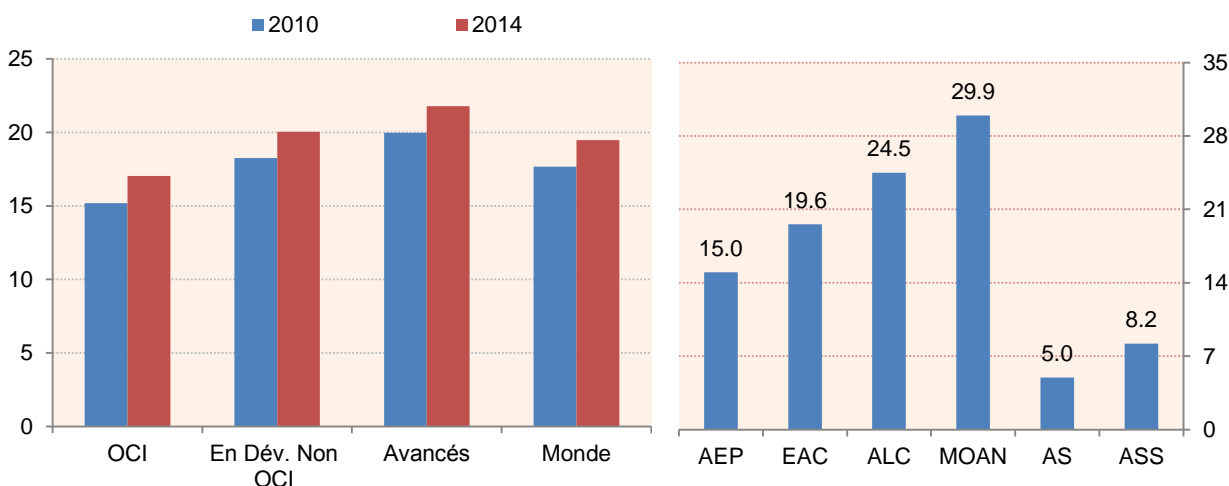
IMC plus élevé soulève également le risque de cancer du sein, du colon, de la prostate, de l'endomètre, du rein et de la vésicule biliaire.

La graisse corporelle influence les niveaux d'un certain nombre d'hormones et de facteurs de croissance. L'insuline et la leptine sont tous élevés chez les personnes obèses, et peuvent encourager la croissance des cellules cancéreuses. Chez les hommes, l'obésité est liée à des niveaux bas de testostérone de sérum, ce qui consécutivement peut être associé au risque amélioré ou aux résultats défavorables en ce qui concerne le cancer de la prostate avancé. L'obésité est un facteur de risque pour la Stéatohépatite Non Alcoolique (SHNA), qui peut déboucher sur une cirrhose, et donc à un plus grand risque de contracter un cancer de foie. En outre, l'obésité est une cause connue de la formation de calculs biliaires, et ayant des calculs biliaires augmente le risque du cancer de vésicule biliaire. La masse grasseuse corporelle excédentaire augmente le risque d'hypertension - un facteur directement lié au développement du cancer de rein. En résumé, le surpoids ou l'obésité peuvent augmenter le risque de 10 cancers: foie, prostate avancée, ovarien, vésicule biliaire, rein, sein, colorectal, œsophagien, cancer du sein post-ménopausique, pancréatique et endométrial (Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer) (2016).

Au niveau Mondial, l'obésité a plus que doublée depuis 1980. En 2014, plus de 1.9 milliards d'adultes (18 ans et plus) avaient un excès de poids. Plus de 600 millions (ou 13% d'adultes âgés de 18 ans) de ces personnes en surcharge pondérale étaient obèses. Selon les évaluations de l'OMS, la prévalence de l'obésité est plus de quatre fois plus élevée dans les pays à revenus élevés comparés aux pays à revenus bas.

Comme le montre le schéma 3.8 (à gauche), la prévalence de l'obésité dans les pays de l'OCI a augmenté de 15.2% en 2010 à 17% en 2014. Dans les pays développés, le taux moyen de prévalence a atteint 21.8% en 2014. Dans tous les groupes de pays, la moyenne de l'OCI était la plus basse. Parmi les sous-régions de l'OCI, MOAN est le plus exposé à l'obésité avec un taux moyen de prévalence de 29,9% tandis que l'AS a la plus basse prévalence avec une moyenne de 5% seulement (Schéma 3.8, à droite). Au niveau de chaque pays, la prévalence de l'obésité variait de 2,9% en Afghanistan à 42,3% au Qatar.

Schéma 3.8: Prévalence de l'Obésité dans la Population 18+ (% de Population, à gauche) et dans les Sous-régions de l'OCI en 2014 (à droite)



Source: Base de Données de l'OMS, Analyse du Personnel de SESRIC

En fait, l'obésité est évitable lorsqu'on adopte un mode de vie sain. Au niveau individuel, les gens peuvent limiter la consommation totale de graisses et de sucres; augmenter la consommation de fruits et

de légumes, ainsi que les légumineuses, les céréales complètes et les noix; s'engager dans l'activité physique régulière (60 minutes par jour pour les enfants et 150 minutes par semaine pour les adultes). L'industrie alimentaire peut jouer un rôle important en encourageant les alimentations saines en réduisant les quantités de matières grasses, de sucre et de sel présentes dans les produits alimentaires transformés; s'assurant que les choix sains et nutritifs sont disponibles et abordables à tous les consommateurs ; pratique de la politique du marketing responsable particulièrement pour les produits destinés aux enfants et aux adolescents ; assurant la disponibilité des choix de nourriture sains et soutenant la pratique régulière d'activité physique dans les milieux de travail. À cet égard, les autorités dans les pays de l'OCI doivent élaborer des politiques pour encourager l'alimentation saine, encourager l'activité physique accrue et réglementer l'industrie alimentaire au profit de leurs personnes.

3.3 Détections Précoces et Traitements

Chaque type de cancer exige un régime thérapeutique spécifique, qui entoure un ou plusieurs modalités telles que la chirurgie, et/ou radiothérapie, et/ou chimiothérapie. À cet égard, la détection précoce et le diagnostic correct sont essentiels pour un traitement approprié, efficace et réussi. Plus précisément, reconnaître les signes précurseurs possibles du cancer et agir de façon rapide mène au diagnostic précoce. Une plus grande conscience des signes précurseurs possibles du cancer parmi le public peut avoir un impact considérable sur la maladie. Certains signes précoce du cancer incluent les grosseurs, les plaies non guéries, le saignement anormal, l'indigestion persistante ainsi que l'enrouement chronique. La détection précoce est particulièrement pertinente pour les cancers du sein, du col de l'utérus, de la bouche, du larynx, du côlon, du rectum et de la peau. Dans ce contexte, cette section vise à présenter la disponibilité générale des dépistages du cancer dans les pays de l'OCI à l'aide des données de l'enquête des capacités de pays menée par l'OMS en 2013.

Dépistage

La détection du cancer désigne l'utilisation des tests parmi une population en bonne santé afin d'identifier les personnes qui ont le cancer, mais n'ont pas encore des symptômes, tels que le dépistage de cancer du sein utilisant la mammographie, la détection du cancer du col de l'utérus en utilisant des méthodes de détection de cytologie et le dépistage de cancer du côlon utilisant la colonoscopie.

La disponibilité générale du dépistage de cancer du sein au niveau des soins de santé primaires indique si le pays dispose de dépistage du cancer du sein (par palpation ou mammographie) généralement disponible au niveau des soins de santé primaires. En 2013, 39 de 51 pays de l'OCI (76%) ont la disponibilité générale du dépistage de cancer du sein au niveau des soins de santé primaires (Schéma 3.9). Ce pourcentage est faible par rapport aux pourcentages des pays développés (97%) et celui de la moyenne mondiale (85%).

La disponibilité générale des examens cytologiques du col utérin au niveau des soins de santé primaires indique si le dépistage du cancer de l'utérus est pratique dans un pays au niveau des soins de santé primaires. En 2013, 31 sur 50 pays de l'OCI (62%) ont la disponibilité générale de la cytologie cervicale au niveau des soins de santé primaires (Schéma 3.9) ce qui est inférieur par rapport au pourcentage des pays développés 9100%9 et à la moyenne mondiale (78%)

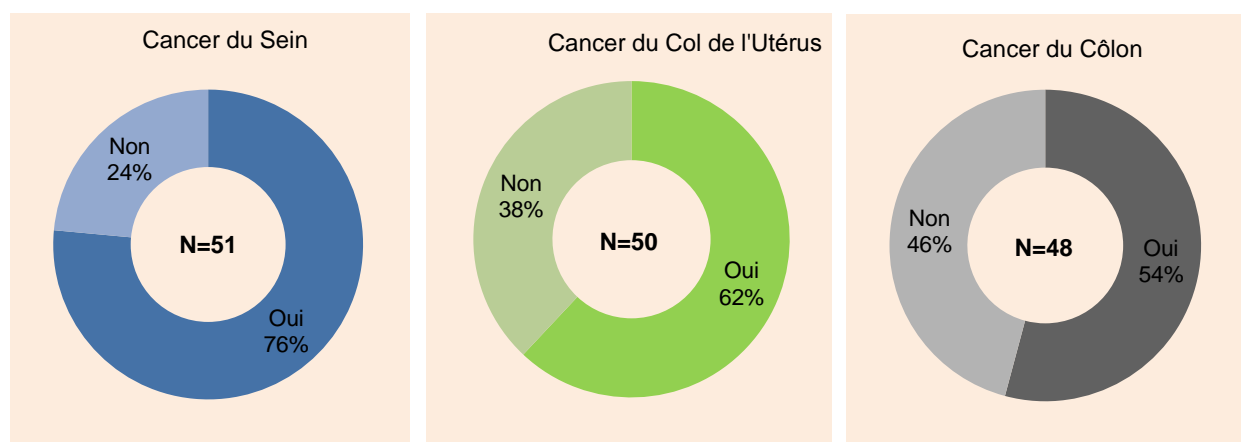
D'autre part, la disponibilité générale du dépistage de cancer du côlon au niveau des soins de santé primaires indique si le pays dispose vraiment des moyens de dépistage du cancer du côlon (par l'examen numérique ou la colonoscopie) généralement disponible au niveau des soins de santé primaires. En 2013, 26 sur 48 pays de l'OCI (54%) ont eu ces moyens au niveau des soins de santé

primaires (Schéma 3.9). Ce pourcentage est extrêmement bas par rapport à la moyenne des pays développés (100%) et à la moyenne mondiale (71%).

Médicament et Traitement

L'industrie pharmaceutique axée sur la recherche a un rôle unique pour ce qui est de développer de nouveaux médicaments pour traiter et guérir les cancers. Plus précisément, les améliorations des traitements contre le cancer existants ont réduit les taux annuels de mortalité par moitié (groupe d'analyse, 2013). Aujourd'hui, le coût du développement d'une simple drogue s'élève à plus de 1.5 milliards dollars des États-Unis par rapport à 138 millions dollars des États-Unis en 1975 (FEAIP, 2014). Cette hausse qui représente un décuplement montre différents défis techniques, réglementaires et économiques faisant face à la R et D. Les sociétés perdent souvent leurs investissements de R et D parce que la R et D pharmaceutique sont marqués par des taux d'échec élevés, particulièrement pour les traitements contre le cancer. En d'autres termes, une phase précoce peut avoir des perspectives prometteuses, mais seulement les tests précliniques et cliniques peuvent démontrer sa qualité et sa sécurité. Cependant, avec l'aide des découvertes médicales importantes, l'industrie pharmaceutique axée sur la recherche a développé plus de 3.400 médicaments utilisés pour traiter le cancer en 2013 (IFPMA, 2014). La leucémie a le nombre le plus élevé de médicaments (383) suivie du cancer de poumon (142), des cancers de la peau (105), du cancer du sein (95) et du cancer du côlon (63).

Schéma 3.9: Disponibilité du dépistage du cancer du sein (par palpation ou mammographie), de cytologie du cancer de l'utérus et du cancer du côlon au niveau des soins de santé primaires dans les pays de l'OCI, 2013



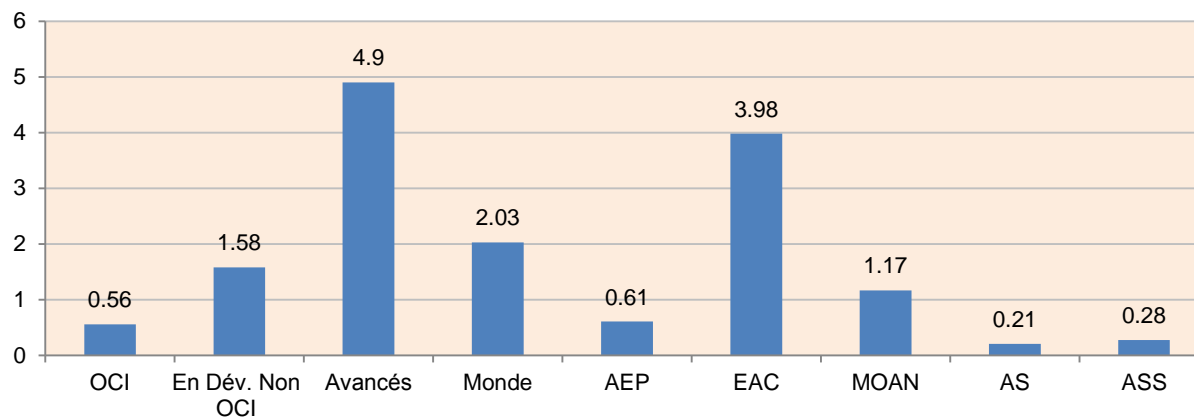
Source: Enquête de Capacité de l'OMS de Pays 2013, Analyse de Personnel de SESRIC

La radiothérapie est l'un des traitements les plus fréquents des cancers. Cette technique emploie le rayonnement à haute énergie des rayons X et des rayons gamma pour rétrécir les tumeurs et éliminer la cellule cancéreuse. Elle est considérée comme le traitement qui présente le meilleur rapport coût-efficacité et qui guérit plus de patients que toutes les autres drogues réunies, selon les résultats de la recherche sur le cancer R-U. Dans ce contexte, la disponibilité des unités de radiothérapie dans les hôpitaux est un indicateur très important des capacités existantes de soin et de traitement de cancer dans un pays/une région.

Selon les dernières évaluations de l'OMS, la disponibilité des unités de radiothérapie par 100.000 population dans les pays de l'OCI est très faible par rapport à d'autres groupes de pays. Comme le montre le Schéma 3.10, les pays de l'OCI comme un groupe ont enregistré moins d'une unité de radiothérapie disponible pour 100.000 population en 2013. En revanche, la disponibilité du traitement

de radiothérapie était sensiblement élevée dans les pays développés, avec cinq unités disponibles par 100.000 population. En fait, la moyenne de l'OCI est demeurée encore inférieure aux moyennes d'autres pays en développement (1.6) et du monde (2.0).

Schéma 3.10: Disponibilité des Unités de Radiothérapie par 100.000 Population, 2013

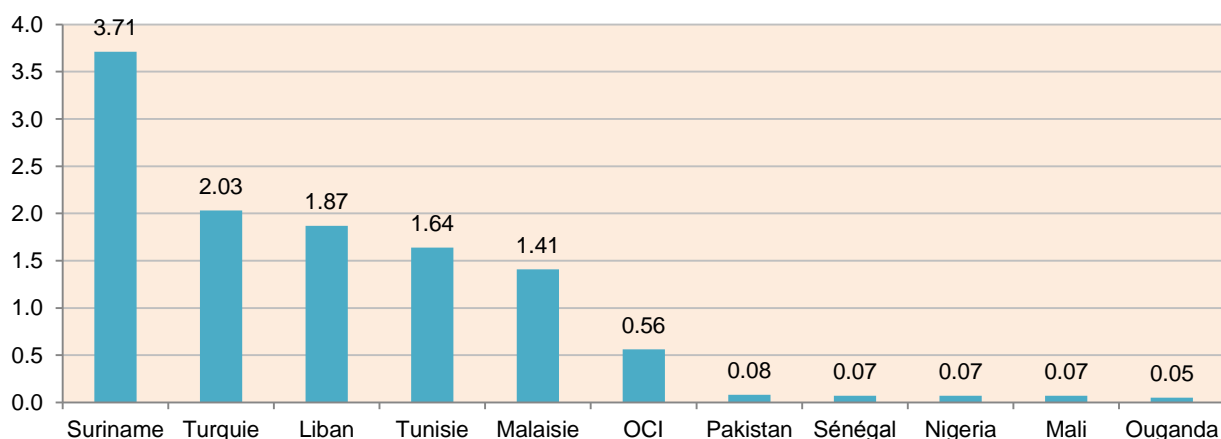


Source: Base de Données de l'OMS, Analyse du Personnel de SESRIC

La disponibilité du traitement de radiothérapie varie de manière significative parmi les sous-régions de l'OCI. Comme le montre le Schéma 3.10, la densité des unités de radiothérapie varie de 4 unités par 100.000 population à l'EAC à 0.21 unités à SA. Parmi d'autres sous-régions, la densité des unités de radiothérapie était 1.17 au MOAN, 0.61 en AEP et 0.28 en ASS.

Au niveau de chaque pays, le Suriname et la Turquie sont classés parmi les premiers avec environ quatre et deux unités de radiothérapie par million respectivement (Schéma 3.11). En revanche, l'Ouganda a eu la plus faible densité des unités de radiothérapie parmi les pays de l'OCI en 2013. Dans l'ensemble, la densité des unités de radiothérapie était plus de 1 dans seulement neuf pays de l'OCI tandis que ce rapport était moins que la moyenne de l'OCI dans 20 pays membres. Parmi ces 20 pays, sept sont de l'ASS, et du MOAN, trois sont de l'EAC et deux sont de la région de l'AS.

Schéma 3.11: Pays de l'OCI ayant la Densité la Plus Élevé et la Plus Faible des Unités de Radiothérapie, 2013



Source: Base de données de l'OMS

4. Initiatives Mondiales et de l'OCI pour Lutter Contre le Cancer

Le Cancer est un problème de santé international avec des implications sociales et économiques sérieuses pour des millions de personnes vivant particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il y a beaucoup d'initiatives internationales pour stimuler l'action en matière de prévention et contrôler les MNT y compris les cancers. L'OMS et d'autres organismes régionaux et internationaux ont entrepris un certain nombre d'initiatives et ont publié plusieurs stratégies et cadres pour encourager un mode de vie sain et pour lutter contre les facteurs de risque majeur des cancers. **Le Plan d'Action Mondial pour la Prévention et le Contrôle des MNT 2013-2020** est le document de politique le plus important qui porte sur quatre MNT (maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques et diabète) et sur quatre facteurs de risque comportementaux communs (consommation du tabac, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et la consommation néfaste de l'alcool). Ce plan d'action fournit une carte de route des options politiques pour tous les États Membres de l'OMS et d'autres parties prenantes, pour la prise d'actions coordonnées au niveau local et mondial, pour atteindre les neuf objectifs mondiaux volontaires, y compris la réduction relative de 25% de la mortalité prématurée causée par les cancers, le diabète ou les maladies respiratoires chroniques d'ici 2025. Une autre plateforme serait **Le Groupe de Travail Mondial sur l'Élargissement de l'Accès aux Soins et la Lutte contre le Cancer**, établis en 2009. Ce groupe de travail a publié ses recommandations dans un rapport en 2011 afin de réduire le coût des médicaments du cancer, soulignant les moyens de faire face aux prix élevés des médicaments brevetés. Le groupe de travail a jusqu'à présent mobilisé plusieurs acteurs dans le domaine du cancer. D'autre part, depuis son adoption en 2003, **La Convention-cadre de l'OMS sur la Lutte Antitabac (FCTC)** a placé la lutte antitabac aux premiers rangs dans plusieurs secteurs, y compris le commerce, les finances et les affaires. Pour réaliser une mise en œuvre plus efficace du FCTC, l'OMS a présenté les mesures de MPOWER, qui sont prévues pour aider à mettre en œuvre les interventions efficaces des pays pour réduire la demande sur le tabac, présent dans le FCTC. D'autres initiatives comprennent la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Cinq conférences ministérielles de l'OCI ont été tenues dans le domaine de la santé avec la participation des pays membres et de divers organismes internationaux. Ces conférences ont notamment souligné l'importance d'aborder les MNT y compris le cancer ainsi que de renforcer la coopération internationale à cet égard. Lors de la première Conférence Islamique des ministres de santé tenue en 2007, SESRIC a attiré l'attention sur la question de la consommation du tabac à son ordre du jour et a facilité l'adoption de la **Résolution Ministérielle concernant la Lutte Antitabac dans les Pays Membres de l'OCI**. Cette résolution a identifié l'épidémie du tabagisme comme l'une des plus grandes menaces mondiales sur la santé liées fortement à la mortalité causée par des maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les maladies respiratoires et a invité les pays membres à prendre plusieurs mesures comprenant l'adoption du WHO-FCTC; le développement d'une législation appropriée comme élément clé dans le contrôle effective des produits du tabac ; impliquer les chefs religieux pour faire fructifier les concepts religieux contre la consommation du tabac et de substance illicites dans le cadre de la stratégie de prévention ; et la coopération entre SESRIC et la BID pour assurer la fourniture de programmes de formation appropriés. Selon la résolution du premier ICHM, SESRIC a développé l'initiative de l'OCI sans tabac qui vise à stimuler une démarche coordonnée dans l'ensemble de l'OCI pour limiter et contrôler la propagation de l'épidémie du tabagisme dans les membres de l'OCI. Cette initiative se concentre sur des programmes de formation et de renforcement des capacités pour faciliter le développement et la mise en œuvre des stratégies nationales durables de lutte antitabac dans les pays membres. À cet égard,

SESRIC a organisé plusieurs visites d'étude dans plusieurs pays membres à savoir : L'Azerbaïdjan, l'Égypte, l'Iran, l'Irak, l'Indonésie, le Kirghizistan, le Kazakhstan, la Palestine, le Qatar et l'Arabie Saoudite pour partager l'expérience réussie de la Turquie en ce qui concerne la lutte antitabac. En 2010, SESRIC a développé et a lancé le **Programme de Renforcement des Capacités de Santé d'IbnSina (IbnSina-HCaB)** dans le cadre de son programme phare sur la formation professionnelle de l'OCI (OCI-PFP). Ce programme vise à améliorer la prestation de services et de pratiques en matière de la santé dans les pays de l'OCI en organisant des programmes de formation à court terme selon les besoins et les capacités des ministères de la Santé. Le Centre analyse ces besoins et capacités à partir des réponses aux enquêtes relatives et envoie des experts de santé dans ces pays pour la mise en œuvre des programmes de formation nécessaires. Jusqu'à présent, plusieurs cours de formation ont été organisés autour de questions telles que la prévention et le contrôle du diabète, la gestion des hôpitaux et dispensaires, la chirurgie mini-invasive et les médicaments pour soins médicaux d'urgence etc. **L'Intégration des Questions du Tabagisme pour les Enquêtes (QTE) dans les Enquêtes Nationales** des États Membres de l'Organisation de Coopération Islamique est une initiative très récente de SESRIC qui vise à soutenir de façon technique les pays de l'OCI dans leurs efforts d'intégrer les QTE dans leurs enquêtes nationales actuelles et d'améliorer la collecte de données sur la consommation du tabac. Actuellement, 15 pays de l'OCI ont été choisis pour une étude préliminaire sous le cadre de ce projet.

Le Programme d'Action Stratégique de Santé de l'OCI (OIC-SHPA) 2014-2023 est l'initiative principale de l'OCI dans le domaine de la santé. SESRIC en tant qu'institution principale, a préparé ce document important avec son plan de mise en œuvre en collaboration avec les pays membres, les institutions compétentes de l'OCI et les organismes de santé internationaux. L'OCI-SHPA est un cadre de coopération des pays membres de l'OCI, des institutions compétentes de l'OCI et des organismes internationaux dans le domaine de la santé. Il vise à renforcer le système de prestation de soins de santé et à améliorer la situation de santé dans les pays de l'OCI particulièrement en facilitant et en encourageant le partage et le transfert intra-OCI de connaissances et d'expertise. Basé sur l'analyse de l'état actuel de santé des pays de l'OCI et de l'importance de leurs problèmes de santé, l'OCI-SHPA a identifié six domaines thématiques pour l'action commune: (1) Renforcement du Système de Santé, (2) Prévention et Contrôle des Maladies, (3) Santé et Nutrition Maternel, des Nouveau-nés et de l'Enfant, (4) Technologies de Médecine, Vaccins et Médicaments, (5) Réaction et Interventions aux Urgences Sanitaires, et (6) information, éducation, recherche et recommandation. **Domaine thématique 2 : La prévention et le contrôle de la maladie**, couvre les maladies transmissibles ainsi que les maladies non transmissibles et propose cinq programmes d'action pour leur prévention et contrôle. Ces programmes d'action proposent plusieurs actions et activités tant au niveau national qu'au niveau intra-OCI pour empêcher, lutter contre et contrôler les cancers en encourageant la sensibilisation et la participation de la communauté; en améliorant la capacité du système de santé ; en améliorant l'accès; en établissant un cadre sain de suivi et d'évaluation ; et en améliorant la diplomatie et l'engagement de santé avec des organismes régionaux et internationaux.

5. Remarques Finales et Recommandations Politiques

L'état de prévention et de traitement du cancer est resté considérablement pauvre dans plusieurs pays de l'OCI. Le défi faisant face aux pays de l'OCI à fardeau élevé est comment développer et mettre en application des décisions politiques efficaces pour s'attaquer aux facteurs de risque majeurs comme la consommation de tabac, la consommation d'alcool ; l'obésité et l'insuffisance de l'activité physique et améliorer la couverture du dépistage du cancer et du traitement pour faire face aux décès et à l'incapacité causées par les cancers.

Une analyse de la position actuelle des politiques de surveillance, de contrôle et de prévention de cancer dans les pays de l'OCI a indiqué que plusieurs pays de l'OCI ne possèdent pas un système d'enregistrement de cancer basé sur la population. Ceci pourrait être une indication que ces pays manquent d'une approche holistique pour lutter contre le cancer. Parmi les autres conséquences négatives, par exemple, le manque d'un système centralisé d'enregistrement peut causer la fourniture inefficace de médicaments du cancer, qui peuvent menacer l'état de santé de beaucoup de cancéreux. À cet égard, il est fortement recommandé de développer et renforcer une telle capacité le plus tôt que possible. Les expériences des pays de l'OCI qui possèdent un système d'enregistrement de cancer peuvent être utiles à d'autres pays. À cet effet, le partage et l'échange de l'expérience en ce qui concerne les modalités des meilleures pratiques peuvent être utiles dans les pays de l'OCI.

Un autre problème fréquents qui se pose dans plusieurs pays de l'OCI dans leurs efforts de lutter contre le cancer et de réduire des mortalités causées par le cancer est le manque des politiques/des stratégies et des plans d'action opérationnels nationaux. En 2013, 10 pays de l'OCI seulement ont indiqué qu'ils ont développé de tels politiques/stratégies et plans d'action pour lutter contre le cancer. Sans de telles stratégies, les efforts de différents ministères et institutions publiques sont souvent inefficaces et n'ont qu'un impact partiel sur la prévention. Il est, donc, vivement recommandé d'élaborer des documents d'orientation détaillé afin d'assurer l'efficacité des efforts déployés en ce qui concerne le cancer.

Le Cancer se développe en raison des facteurs internes (c.-à-d. héritage génétique) et des facteurs externes (c.-à-d. facteurs de risque). Le niveau actuel de la technologie ne permet pas la modification de la carte génétique des êtres humains. Donc, les facteurs internes peuvent être acceptés comme donnés, bien que nombreuses études et recherches aient été entreprises depuis longtemps. En revanche, le changement des facteurs externes (c.-à-d. facteurs de risque) est entre les mains des personnes, qui peuvent aussi bénéficier de l'aide fourni par les politiques élaborées par les gouvernements. Par conséquent, en luttant contre les principaux facteurs de risque (la consommation d'alcool et du tabac, l'obésité accompagnée par une mauvaise alimentation, et l'inactivité physique) qui peuvent entraîner l'apparition de plusieurs types de cancer, il serait donc possible d'empêcher et réduire le nombre de personnes atteints par le cancer, augmenter l'efficacité du traitement contre le cancer en vue d'améliorer l'état de santé des patients, et diminuer le nombre de mortalité et de morbidité menées par cancer.

Beaucoup de méthodes de prévention ne sont pas trop coûteuses et sont faciles à adopter. Il y a également plusieurs méthodes de traitement pour différents types de cancer, grâce aux développements dans l'industrie pharmaceutique et technologies médicales. Par conséquent, il est possible d'afficher une réduction significative dans le nombre des cas de cancer dans les pays de l'OCI et d'améliorer l'état de santé de beaucoup personnes atteintes du cancer par une prévention et un traitement efficaces.

Non seulement la Lutte contre les facteurs de risque et la favorisation de styles de vie plus sains sont-elles susceptibles de réduire le taux de mortalité causées par le cancer, mais aussi limitent-elles les

dépenses publiques et la charge des soins de santé. Dans ce contexte, les responsables politiques doivent formuler des stratégies efficaces afin d'encourager et soulever la sensibilisation du public aux modes de vie sains. Pour atteindre cet objectif, tant sur le plan préventif que sur le plan de lutte contre le cancer, les pays de l'OCI doivent développer et renforcer des stratégies plus efficaces. Les directives internationales et la coopération avec des organismes internationaux permettront de faire gagner les pays de l'OCI temps et argent. Dans ce contexte, le programme d'action stratégique de santé de l'OCI (SHPA) 2014-2023 offre une occasion d'améliorer la coopération des pays de l'OCI dans le domaine de la prévention et la lutte contre des maladies, y compris le cancer. Les directives existantes de l'OMS proposent également des stratégies de lutte contre plusieurs maladies contagieuses et non-transmissibles comprenant le cancer qui peut, dans ce contexte, s'appliquer dans plusieurs pays de l'OCI.

Tous les États Membres de l'OMS ont accepté de réduire l'insuffisance de l'activité physique de 10% d'ici 2025. Afin de réaliser cet objectif et de favoriser l'activité physique, les membres de l'OCI doivent assurer que: la marche à pied, le vélo et d'autres formes du transport actifs sont accessibles et sûrs pour tous; les politiques du travail et des milieux de travail encouragent l'activité physique; les écoles aient des espaces et des équipements sûrs pour les étudiants afin de passer leur temps libre de façon active; l'éducation physique aide les enfants à développer des modèles de comportement qui les maintiendront physiquement actifs durant toute leurs vies; et les sports et les équipements de loisirs permettent à tout le monde de faire du sport. À cet égard, les décideurs des pays de l'OCI doivent prendre des dispositions nécessaires pour encourager un mode de vie plus actif afin d'avoir des générations plus saines et réduire la pression sur des systèmes de sécurité sociale.

La mise en place des mécanismes et plates-formes de partage des expériences et des meilleures pratiques parmi des pays de l'OCI dans le domaine de la prévention le dépistage et le traitement du cancer aidera plusieurs pays de l'OCI à développer et adopter des méthodes plus efficaces avec les moindres des coûts. À cet égard, le Programme des Liens Inverses de la Banque Islamique de Développement constitue un programme de référence important qui doit être exploré et utilisé par les pays de l'OCI.

L'hétérogénéité des profils de développement des pays de l'OCI se reflète également dans leur performance en ce qui concerne la prévention et le traitement du cancer. En d'autres termes, les nécessités et les priorités des pays de l'OCI peuvent varier de manière significative dans le domaine de la prévention et traitement du cancer selon leur zone climatique, héritage génétique, qualité des infrastructures, disponibilité des fonds publics etc. Par conséquent, les directives internationales et la coopération intra-OCI ont des limites pour aider les pays de l'OCI dans la prévention et traitement du cancer. À cet égard, la responsabilité de la prévention et du traitement du cancer incombe aux responsables nationaux, experts et société civile dans les pays de l'OCI. Par conséquent leurs la sensibilisation doit être une partie intégrante du développement et de la mise en application d'une stratégie réussie de prévention et traitement du cancer afin de les équiper des technologies récentes et des connaissances scientifiques, et de les informer de de la situation actuelle pour lutter contre le cancer. Les pays de l'OCI peuvent bénéficier des programmes de formation et de renforcement des capacités du Centre de Recherches Economiques, Statistiques et social et de Formation pour les Pays Islamiques (SESRIC), qui vise à stimuler la coopération intra-OCI particulièrement par le transfert des connaissances et l'échange d'expertises.

Des programmes de dépistage devraient être entrepris uniquement s'ils sont efficaces et si les ressources sont suffisantes pour couvrir pratiquement tous les patients. D'ailleurs, plusieurs études

évaluent actuellement des approches à faible coût du dépistage qui peuvent être mis en œuvre dans les établissements à faibles ressources. Par exemple, l'inspection visuelle en acide acétique peut être une méthode efficace de détection du cancer du col de l'utérus dans un avenir proche. Il est nécessaire de mener des études qui évaluent des méthodes à faible coût pour mener la détection du cancer du sein et l'examen clinique des seins.

En outre, l'industrie pharmaceutique dépend fortement des activités de la recherche et du développement (R&D). Les équipements appropriés de R&D pour le cancer devraient être établis et les chercheurs et les techniciens devraient disposer des ressources financières nécessaires pour développer une industrie pharmaceutique innovatrice dans les pays membres de l'OCI. Au niveau intra-OCI, les pays membres devraient collaborer et partager leurs expertises pour le développement de l'industrie pharmaceutique. Parallèlement, les étudiants des pays moins avancés peuvent être inscrits dans les disciplines pharmaceutiques relatives dans les pays membres possédant une expérience dans le domaine pharmaceutique comme la Turquie, l'Égypte, la Jordanie et la Malaisie pour les équiper des connaissances nécessaires dans ce domaine. Au niveau international, les pays de l'OCI devraient collaborer avec des agences internationales comme l'OMS et la Banque Mondiale pour profiter de leur expertise et contribution financière dans le but d'établir leur industrie pharmaceutique locale. Les pays de l'OCI devraient travailler pour assurer l'harmonisation et la facilitation des réglementations régionales afin d'augmenter l'accès aux médicaments de qualité, sûres et efficaces.

D'ailleurs, l'accès au traitement contre le cancer dépend fortement de la disponibilité des médicaments abordables. L'approvisionnement régulier des médicaments essentiels dans les pays de l'OCI est nécessaire pour éviter les pénuries qui peuvent causer des douleurs et des décès évitables. Les sociétés pharmaceutiques dans les pays de l'OCI devraient être encouragées à produire localement des médicaments de base plus abordables. En d'autres termes, il faut soutenir les fabricants locaux de médicaments ainsi que développer des politiques réduisant le coût de fabrication telle que l'exemption des taxes sur les concessions, les subventions et les terres, ainsi que la facilitation des importations des produits nécessaires pour la production locale. Les pays de l'OCI devraient soutenir le développement des spécifications techniques pour les dispositifs médicaux comprenant la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer afin de fournir des informations aux décideurs sur les exigences minimales requises. Plusieurs pays membres doivent également développer des directives nationales et des politiques conformes aux normes internationales sur la fourniture et la distribution des médicaments du cancer ainsi que les dispositifs médicaux afin d'assurer la sécurité, l'efficacité, et la qualité par les canaux de distribution.

Références

- American Cancer Society (2016), Alcohol and Cancer. Disponible sur: <http://goo.gl/SMyidf>
- American Cancer Society, 2015. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition
- Analysis Group (2013), Innovation in the Biopharmaceutical Pipeline: A Multidimensional View, Analysis Group, Boston.
- Cancer Research UK (2016), How Smoking Causes Cancer. Available at: <http://goo.gl/T7OuAs>
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2013), Pharmaceutical Industry in Figures 2013, EFPIA, Brussels.
- International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (2014), The Pharmaceutical Industry and Global Health Facts and Figures 2014, IFPMA, Geneva.
- National Cancer Institute (2016a), Alcohol and Cancer Risk. Disponible sur: <http://goo.gl/0stecJ>
- National Cancer Institute (2016b), Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting. Disponible sur: <http://goo.gl/YDeYgN>.
- National Cancer Institute (2016c), Physical Activity and Cancer. Disponible sur: <http://goo.gl/Io1RFx>.
- SESRIC (2014), OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, SESRIC, Ankara.
- SESRIC (2015), OIC Health Report 2015, SESRIC, Ankara. Disponible sur <http://goo.gl/SYlJGH>.
- WHO, Data Repository. Disponible sur: <http://www.who.int/gho/database/en/>.
- World Cancer Research Fund International (2016), Continuous Update Project (CUP).

Annexes Statistiques

Tableau A.1: Incidence du Cancer 2012

Tableau A.2: Les Estimations de la Mortalité Liées au Cancer 2012

Tableau A.3: Plans, Contrôle et Surveillance du Cancer

Tableau A. 4: Statut de Politiques de Prévention

Tableau A.5: Détection Précoce et Traitement, 2013

Tableau A.1: Incidence du Cancer 2012

Pays	Nouveaux Cas de Cancer			le Taux d'Incidence Standardisé Selon l'Âge		
	Hommes	Femmes	Les Deux	Hommes	Femmes	Les Deux
Afghanistan	9511	10467	19978	112,4	119,5	115,2
Albanie	3639	3504	7143	185	173,2	178,3
Algérie	16385	21523	37908	116,2	132,7	123,5
Azerbaïdjan	7154	6762	13916	165,8	124	141,9
Bahreïn	463	435	898	112,8	121,9	112,4
Bangladesh	60696	62019	122715	109,4	100	104,4
Bénin	2057	3043	5100	87,2	102,7	94,3
Brunei	231	290	521	149,5	179	163,2
Burkina Faso	2748	5012	7760	75,9	99,8	88,2
Cameroun	5450	8331	13781	81,2	114,1	97,6
Tchad	2432	3646	6078	77,4	99,2	88,1
Comores	165	297	462	81,9	121,8	101,5
Côte d'Ivoire	5430	6572	12002	78,2	101	89
Djibouti	210	371	581	73,7	111,3	92,7
Égypte	52958	55653	108611	158,4	147,8	152
Gabon	438	602	1040	79,9	101,5	90,2
Gambie	292	265	557	67,3	69,6	68,2
Guinée	2337	2969	5306	88,9	94	90
Guinée-Bissau	311	503	814	70	96	83,1
Guyane	377	640	1017	144,4	193,5	165,9
Indonésie	138840	160833	299673	136,2	134,4	133,5
Iran	44838	39991	84829	134,7	120,1	127,7
Iraq	11489	14177	25666	144,6	131,7	135,3
Jordanie	3115	3268	6383	153,3	157,8	155,4
Kazakhstan	18744	21675	40419	282,2	216,7	236,5
Koweït	870	819	1689	89,8	123,3	102,1
Kirghizstan	2680	3123	5803	151,6	129,4	137,6
Liban	4321	4738	9059	203,9	192,8	197,4
Libye	3130	2947	6077	135,9	113,1	124,1
Malaisie	18125	19301	37426	144,9	143,4	143,6
Maldives	114	109	223	91,6	84,8	88,9
Mali	3119	6235	9354	83,8	135,6	111,4
Mauritanie	690	1153	1843	74,4	97,7	85,7
Maroc	16829	18189	35018	122,7	114,4	117,8
Mozambique	8569	13445	22014	118,3	153	136,8
Niger	2499	3402	5901	56,7	71	63,4
Nigeria	37370	64709	102079	79	121,7	100,1
Oman	807	677	1484	78,6	92,4	82,1
Pakistan	63451	84590	148041	96	127,7	111,8
Palestine	1669	1795	3464	150,5	142,7	145,7
Qatar	640	377	1017	104	134,5	108,8
Arabie Saoudite	8296	9226	17522	85,9	102,8	91,1
Sénégal	2458	4318	6776	85,5	115	101,2
Sierra Leone	1082	1715	2797	83,8	97,7	92,3
Somalie	2807	4882	7689	111,9	165,2	139,1
Soudan	9554	10801	20355	92	91	91,1
Surinam	392	451	843	163,8	162,7	159,6
Syrie	10405	11386	21791	148,3	145,2	145,9
Tadjikistan	2629	2904	5533	128,7	112,3	119,1
Togo	1418	2255	3673	77,2	104,8	91,1
Tunisie	6745	5444	12189	127	95,7	110,6
Turquie	85821	62143	147964	257,8	161,6	205,1
Turkménistan	2920	3075	5995	159,4	132,8	144
Ouganda	14052	15328	29380	175,7	167,4	169,7
Émirats Arabes Unis	1489	1446	2935	83,8	127,1	92,5
Ouzbékistan	9836	12793	22629	96,9	103,5	99,7
Yémen	5270	6084	11354	81,2	80,7	80,4

Source: GLOBOCAN 2012, International Agency for Research on Cancer (IARC)

Tableau A.2: Les Estimations de la Mortalité Liées au Cancer 2012

Pays	Morts Causées par le Cancer			Taux de Mortalité Standardisé selon l'Âge.		
	Hommes	Femmes	Les Deux	Hommes	Femmes	Les Deux
Afghanistan	8040	7403	15443	103,4	92,9	97,7
Albanie	2651	2099	4750	130,9	95,5	112,4
Algérie	10757	10943	21700	79,8	70,9	74,6
Azerbaïdjan	4983	3964	8947	118,7	73,3	93,2
Bahreïn	195	153	348	60,9	50,6	54,3
Bangladesh	49119	42220	91339	89,9	71,9	80,8
Bénin	1731	2042	3773	78,1	71,5	73,1
Brunei	119	108	227	81,3	77,1	78,4
Burkina Faso	2414	3801	6215	72,1	80,3	75,8
Cameroun	4237	5199	9436	66,9	73	69,5
Tchad	2097	2637	4734	71,9	74,8	72,6
Comores	143	206	349	75,1	89,4	81,4
Côte d'Ivoire	4742	4557	9299	69,6	72,1	70,7
Djibouti	181	254	435	66,7	79,6	73
Égypte	39203	33097	72300	120,5	88,7	103,4
Gabon	298	321	619	54,9	55,4	54,6
Gambie	265	188	453	62,6	54,2	58,2
Guinée	2058	2168	4226	79,9	71	73,9
Guinée-Bissau	274	364	638	64,4	71,4	67,5
Guyane	264	333	597	110	103,2	101,8
Indonésie	102707	91821	194528	103,8	78,5	89,3
Iran	30115	23235	53350	90,4	72,7	81,9
Iraq	8451	9009	17460	113	86,7	96,6
Jordanie	2095	1682	3777	105,2	85,5	95,5
Kazakhstan	12878	10942	23820	202,5	104,8	140,2
Koweït	410	386	796	46,4	69,3	54,8
Kirghizstan	2101	1873	3974	125,2	81,2	99,9
Liban	2588	2243	4831	119,5	89,6	103,2
Libye	1990	1537	3527	88,9	62,2	75,1
Malaisie	11281	10397	21678	91,8	80,2	85,7
Maldives	80	49	129	63,8	42,3	53,7
Mali	2538	4388	6926	77,3	101,4	89,9
Mauritanie	588	757	1345	68,3	68,2	67,2
Maroc	12462	10336	22798	92,3	66,8	78,4
Mozambique	6912	10105	17017	108,6	121,4	114,8
Niger	2139	2510	4649	53,7	55,2	53,9
Nigeria	30924	40647	71571	67,4	78	72,1
Oman	535	353	888	57,8	54	55,3
Pakistan	48449	52664	101113	75,4	83,6	79,6
Palestine	1169	1011	2180	113,8	89,1	100,5
Qatar	347	137	484	71,8	66,6	69,4
Arabie Saoudite	4913	4221	9134	56,8	52,7	53,9
Sénégal	2017	2836	4853	76	80,8	78,7
Sierra Leone	947	1264	2211	82,2	78,4	82,1
Somalie	2239	3252	5491	96	116,7	106,2
Soudan	7912	7598	15510	80,1	67	72,9
Surinam	274	248	522	113,8	87,7	97,7
Syrie	7390	6541	13931	108,9	87	97,1
Tadjikistan	2061	1826	3887	107,6	75,4	89,6
Togo	1208	1552	2760	68,3	74,8	71,2
Tunisie	4511	2828	7339	84,1	49,3	66
Turquie	58715	33111	91826	179	86,7	128,8
Turkménistan	2135	1856	3991	123,8	84,8	102
Ouganda	11150	10392	21542	152,7	120,3	134,2
Émirats Arabes Unis	744	513	1257	57,9	64,9	58
Ouzbékistan	7476	7438	14914	77,4	63,4	69,6
Yémen	4236	4186	8422	70,8	59,6	64,4

Source: GLOBOCAN 2012, International Agency for Research on Cancer (IARC)

Tableau A.3: Plans, Contrôle et Surveillance du Cancer

Pays	Existence d'Enregistrement de Cancer National, Basée sur la Population	Existence d'une Politique /Stratégie/Plan d'Action Opérationnels
	Statut	Statut
Afghanistan	Non	Non
Albanie	Non	Oui
Algérie	Non	Oui
Azerbaïdjan	Non	Oui
Bahreïn	Non	Oui
Bangladesh	Non	Oui
Bénin	Non	Non
Brunei	Oui	Non
Burkina Faso	Non	Non
Cameroun	Non	Oui
Tchad	..	..
Comores	Non	Non
Côte d'Ivoire	Non	Oui
Djibouti	Non	Non
Égypte	Non	Non
Gabon	Non	Non
Gambie	Oui	Non
Guinée	Non	Oui
Guinée-Bissau	Non	Non
Guyane	..	..
Indonésie	Non	Oui
Iran	Non	Oui
Iraq	Non	Oui
Jordanie	Oui	Oui
Kazakhstan	Oui	Oui
Koweït	Oui	Non
Kirghizstan	Non	Oui
Liban	Non	..
Libye	Non	Non
Malaisie	Non	Oui
Maldives	Non	Non
Mali	Non	..
Mauritanie	Non	Oui
Maroc	Non	Oui
Mozambique	Non	Oui
Niger	Non	Non
Nigeria	Non	Non
Oman	Oui	Non
Pakistan	Non	Non
Palestine	..	..
Qatar	Oui	Oui
Arabie Saoudite	Oui	Oui
Sénégal	Non	Non
Sierra Leone	..	..
Somalie	Non	Non
Soudan	Non	Oui
Surinam	Non	Oui
Syrie	Non	Oui
Tadjikistan	Non	Oui
Togo	Non	Oui
Tunisie	Non	Non
Turquie	Oui	Oui
Turkménistan	Non	Oui
Ouganda	Non	Non
EAU	Oui	Non
Ouzbékistan	Non	Oui
Yémen	Non	Non

Source: Base de données de l'OMS

Tableau A. 4: Statut de Politiques de Prévention

Pays	Existence du Plan d'Action Opérationnel pour Réduire l'Utilisation Néfaste	Existence du Plan d'Action pour Réduire l'Utilisation du Tabac	Interdiction de l'Apparition des Marques de tabac en TV et/ou Films	Traitement pour la Dépendance du Tabac Disponible dans les Équipements de Cliniques /Soins de Santé Primaires	Existence du Plan d'Action Opérationnel pour Réduire l'Inactivité Physique
Afghanistan	Non	Non	Oui	Non	Non
Albanie	Oui	Non	Oui	Oui, en quelque uns.	Non
Algérie	Oui	Oui	Non	Oui, en quelque uns.	Oui
Azerbaïdjan	Non	Non	Oui	Non	Non
Bahreïn	Oui	Oui	Oui		Oui
Bangladesh	Oui	Oui	Non	Oui, en quelque uns.	Oui
Bénin	Non	Oui	Non	Non	Non
Brunei	Oui	Non	Oui	Oui, en quelque uns.	Non
Burkina Faso	Non	Oui	Oui	Non	Non
Cameroun	Non	Oui	Non	Non	Oui
Tchad	..	..	Oui	Non	..
Comores	Non	Non	Non	Non	Non
Côte d'Ivoire	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Djibouti	Non	Non	Oui	Non	Non
Égypte	Non	Oui	Oui	Oui, dans certains.	Non
Gabon	Non	Non	Non	Non	Non
Gambie	Non	Non	Oui	Non	Non
Guinée	Oui	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Oui
Guinée-Bissau	Non	Non	Non	Oui, dans certains.	Non
Guyane	..	..	Non	Oui, dans certains.	..
Indonésie	Oui	Oui	Non	Oui, dans certains.	Oui
Iran	Oui	Oui	Oui	Oui, dans certains.	Oui
Iraq	..	Oui	Oui	Non	Oui
Jordanie	Oui	Oui	Non	Oui, dans certains.	Oui
Kazakhstan	..	..	Oui	Oui, dans certains.	..
Koweït	Non	Non	Oui	Oui, dans la plupart	Non
Kirghizstan	Oui	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Oui
Liban	..	Oui	Oui	Non	..
Libye	Non	Non	Oui	Non	Non
Malaisie	Non	Oui	Oui	Oui, dans certains.	Oui
Maldives	Non	..	Oui	Non	Non
Mali	Non	Non	Oui	Non	Non
Mauritanie	Non	Oui	Non	Non	Oui
Maroc	Non	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Non
Mozambique	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Niger	Non	Non	Oui	Non	Non
Nigeria	Non	Non	Non	Non	Non
Oman	Non	Oui	Non	Oui, dans certains.	Oui
Pakistan	Non	Non	Oui	Oui, dans certains.	Non
Palestine	..	..	..	..	..
Qatar	Oui	Oui	Oui	Oui, dans certains.	Oui
Arabie Saoudite	Non	Oui	Non	Oui, dans la plupart	Oui
Sénégal	Non	Non	Non	Non	Non
Sierra Leone	..	..	Non	Non	..
Somalie	Non	Non	Non	Non	Non
Soudan	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Surinam	Oui	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Oui
Syrie	Non	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Non
Tadjikistan	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Togo	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Tunisie	Non	Oui	Oui	Oui, dans la plupart	Non
Turquie	Non	Oui	Oui	Oui, dans certains.	Oui
Turkménistan	Oui	Oui	Non	Oui, dans la plupart	Oui
Ouganda	Non	Non	Non	Non	Non
EAU	Non	Non	Oui	Oui, dans certains.	Non
Ouzbékistan	Non	Non	Non	Oui, dans certains.	Non
Yémen	Non	Non	Oui	Non	Non

Source:

Tableau A.5: Détection Précoce et Traitement, 2013

Pays	Disponibilité Générale du Dépistage de Cancer du Sein (par Palpation ou Mammographie) au Niveau des Soins de Santé Primaires	Disponibilité Générale de la Cytologie Cervicale au Niveau des Soins de Santé Primaires	Disponibilité Générale du Dépistage de Cancer du Côlon au Niveau des Soins de Santé Primaires	Unités de Radiothérapie
	Statut	Statut	Statut	par million de population
Afghanistan	Oui	-	-	0
Albanie	Oui	Oui	Oui	0,32
Algérie	Oui	Oui	-	0,43
Azerbaïdjan	Oui	Oui	Oui	1,59
Bahreïn	Oui	Oui	Oui	-
Bangladesh	-	-	Oui	0,12
Bénin	Oui	-	-	0
Burkina Faso	Oui	Oui	Oui	-
Côte d'Ivoire	-	-	-	0
Cameroun	Oui	Oui	Oui	0,13
Tchad	Aucune données reçues	Aucune données reçues	Aucune données reçues	
Comores	Oui	Oui	Oui	0
Djibouti	Oui	-	-	-
Égypte	Oui	Oui	Oui	0,79
Gabon	Oui	Oui	Oui	0,6
Gambie	Oui	Oui	-	0
Guinée	-	-	-	0
Guinée-Bissau	Oui	-	-	0
Guyane	Aucune données reçues	Aucune données reçues	Aucune données reçues	1,25
Indonésie	-	-	-	0,15
République Islamique d'Iran	Oui	Oui	Oui	0,85
Iraq	Oui	Oui	Oui	0,18
Jordanie	Oui	Oui	Oui	0,82
Kazakhstan	Oui	Oui	Oui	1,34
Koweït	Oui	Oui	-	1,19
Kirghizstan	-	Oui	-	0,54
Liban	Oui	Oui	Oui	1,87
Libye	-	-	-	0,97
Malaisie	Oui	Oui	Oui	1,41
Maldives	-	-	-	0
Mali	Oui	Oui	-	0,07
Mauritanie	-	Oui	Oui	0,26
Maroc	Oui	Oui	Oui	0,39
Mozambique	Oui	Oui	-	-
Niger	Oui	-	-	0
Nigeria	-	-	-	0,07
Oman	Oui	Oui	Oui	0,55
Pakistan	-	-	-	0,08
Palestine	-	-	-	-
Qatar	Oui	Oui	Oui	0,92
Arabie Saoudite	Oui	-	-	0,1
Sénégal	Oui	Oui	Oui	0,07
Sierra Leone	Aucune données reçues	Aucune données reçues	Aucune données reçues	
Somalie	Oui	-	-	-
Soudan	-	Oui	-	0,18
Surinam	Oui	Oui	Oui	3,71
Tadjikistan	Oui	Oui	Oui	0,32
Tadjikistan	-	-	-	0,12
Togo	-	-	-	-
Tunisie	Oui	-	-	1,64
Turquie	Oui	Oui	Oui	2,03
Turkménistan	Oui	Oui	Oui	-
Ouganda	-	-	-	0,05
Émirats Arabes Unis	Oui	Oui	Oui	0,64
Ouzbékistan	Oui	-	-	0,62
Yémen	Oui	-	-	0,12

Source: Base de données de l'OMS



SESRIC

Kudüs Caddesi No: 9, 06450 ORAN, Ankara, Turquie

Tél: +90-312-468 6172

Fax: +90-312-467 3458

E-mail: oicankara@sesric.org

Web: www.sesric.org
