

**REPUBLIQUE TUNISIENNE**

**MINISTERE DE LA SANTE**



**PLAN POUR LA LUTTE  
CONTRE LE CANCER EN TUNISIE  
2015-2019**

**Février 2015**

## Introduction

Le cancer est un fléau mondial. Selon l'OMS, dans le monde en 2012, il y a eu 14,1 millions de nouveaux cas de cancer qui ont été diagnostiqués et 8,2 millions de décès par cancer, avec une tendance d'être la première cause de décès dans les pays occidentaux. Il s'agit d'une pathologie grave, pouvant se produire dans n'importe quel organe et à tout âge. De par sa gravité, le cancer engendre une peur profonde et de l'anxiété chez la plupart des personnes.

La tendance est à la hausse ; d'ici à 2035, il y aurait autour de 24 millions de cas incidents de cancer, et 13 à 16 millions de décès annuels par cancer.

Trois grands facteurs sont avancés pour expliquer cette tendance à la hausse de l'incidence des cancers : le vieillissement de la population, l'adoption du mode vie occidental au plan mondial (mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, obésité...) et le tabac.

À l'heure actuelle, nous disposons suffisamment de connaissances pour prévenir au moins un tiers des cancers. Selon la disponibilité des ressources, la détection précoce associée à un traitement adéquat permet de guérir un autre tiers des cancers. Et même dans les cas avancés, la prévention et le soulagement de la souffrance peut grandement améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et leur les familles.

En Tunisie et à l'instar de nombreux autres pays, les cancers poseront au système de santé des défis particuliers au cours des prochaines années. Le nombre de nouveaux cas dans les années à venir observera une augmentation importante, compte tenu de l'évolution démographique et du vieillissement. D'autre part, le fardeau économique sera très lourd, en raison de la complexité du traitement des cancers, appelée à s'accroître à la faveur des nouveaux résultats de la recherche. Par conséquent, la garantie de la qualité, de l'efficacité et de l'égalité des chances des prestations des soins en faveur des malades cancéreux, ne pourra se réaliser qu'au prix d'une collaboration étroite et coordonnée de l'ensemble des intervenants.

La Tunisie, tout comme l'Australie, la Norvège, le Canada, la Grande-Bretagne et la plupart des pays européens, a adhéré à la conclusion de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) que, le moyen le plus efficace pour réduire l'incidence et l'impact de cancer, serait mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte contre le cancer.

## **Qu'est-ce que la lutte contre le cancer ?**

La lutte contre le cancer est une approche organisée pour réduire la charge du cancer dans une communauté. Cette lutte a pour finalité de réduire le nombre de personnes qui développent un cancer et le nombre de personnes qui en meurent, et pour assurer une meilleure qualité de vie pour ceux qui sont atteints.

La lutte contre le cancer nécessite une approche planifiée, systématique et coordonnée. Elle exige des ressources, bien souvent limitées. Elle offre à travers planification rigoureuse et un choix approprié des priorités, le meilleur rapport coût efficacité.

Cette stratégie couvre la prévention, le dépistage, la détection précoce, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et de soutien et les soins palliatifs, en se proposant de garantir l'équité d'accès aux services, le développement des ressources humaines qualifiées, la conduction de travaux de recherche pertinents, le suivi et l'évaluation des services.

## **Pourquoi avons-nous besoin d'une stratégie de lutte contre le cancer ?**

La Tunisie entame son troisième plan de lutte contre le cancer ; le premier plan était celui de la période 2006-2010 et le second pour la période 2010-2014.

En dépit de ces deux plans précédents et de l'existence de compétences médicales et paramédicales assurant la prévention et la prise en charge des malades atteints de cancer, il persiste des insuffisances :

- La demande de services de cancer augmente et s'accroîtra au cours des 10 prochaines années. Ce qui suppose un accroissement du fardeau économique lié au cancer.
- La capacité à répondre à cette demande est limitée par un certain nombre de facteurs, tels que le manque de ressources humaines, le manque d'infrastructure et un manque de coordination entre les différents intervenants. Cette situation, a entraîné des délais d'attente parfois inacceptables pour le diagnostic et le traitement.
- L'accès aux prestations de soins est relativement inéquitable, pour les personnes socialement défavorisées et géographiquement éloignées des grandes villes universitaires, qui sont incapables de payer les frais de transport pour se faire soigner dans les centres spécialisés.
- La qualité des services de cancérologie est inégale

Les lacunes existent également dans les activités de prévention ; l'approche multisectorielle, indispensable dans ce domaine, trouve d'énormes difficultés pour se concrétiser.

Les recommandations pertinentes pour la stratégie nationale contre le cancer peuvent être résumées de la façon suivante :

- Le futur Programme national contre le cancer doit avoir un caractère global.
- Le Programme national contre le cancer doit obtenir une large adhésion des différents intervenants ; le plan cancer devra clairement indiquer de quelle manière les acteurs et les institutions spécialisées de la lutte contre le cancer peuvent utiliser le programme et le mettre en œuvre dans leurs structures.

L'objectif général de la stratégie est de fournir un cadre global pour mieux orienter les activités existantes et futures en vue de :

- réduire l'incidence et l'impact du cancer sur la population
- réduire les inégalités de santé liées au cancer
- renforcer la promotion de la santé, assurer un diagnostic rapide pour ceux qui sont atteints et garantir un accès en temps opportun à des soins de qualité.
- réduire les obstacles pour l'accès aux soins de cancérologie
- assurer une planification rigoureuse en faisant le meilleur usage des ressources disponibles et identifier les ressources supplémentaires nécessaires
- développer la recherche dans le domaine de la cancérologie
- renforcer le développement des ressources humaines qualifiées à travers des programmes de formation appropriée.
- renforcer les registres du cancer et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation.

draft soumis à concertation

## Situation de la lutte contre le cancer en Tunisie

### Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique de la Tunisie a beaucoup évolué, avec le passage d'une situation caractérisée par une prédominance des maladies transmissibles et carencielles telles que les maladies à transmission hydrique et le paludisme, la malnutrition protéino-énergétique qui ont considérablement reculé, à celle des maladies non transmissibles (MNT), aujourd'hui prédominantes. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité des adultes, suivies par le cancer, les accidents et les traumatismes.

Les données des registres régionaux des cancers en Tunisie, n'étant pas actualisées pour diverses raisons, les dernières publications sont relatives à la période 2004-2006 pour la région du Nord, 2003-2007 pour le gouvernorat de Sousse et 2000-2002 pour le gouvernorat de Sfax, nous avons préféré utiliser les estimations de l'OMS de GLOBOCAN 2012.

D'après les estimations de l'OMS, le cancer est responsable de 16 % de tous les décès. Il ressort des estimations de GLOBOCAN 2012 que l'incidence du cancer est de 12 189 nouveaux cas chaque année. Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est de 127,0/100 000 chez les hommes et de 95,7/100 000 chez les femmes.

Les cancers les plus fréquents chez les hommes sont ceux du poumon, de la vessie et le cancer colorectal, tandis que chez les femmes ce sont le cancer du sein, le cancer colorectal et celui du col de l'utérus qui viennent en tête. Le cancer est responsable de 7 339 décès par an. Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est de 84,1/100 000 chez les hommes et de 49,3/100 000 chez les femmes. Le cancer du poumon est la première cause de mortalité chez les hommes, suivi du cancer colorectal et du cancer de la vessie. Chez les femmes, le cancer du sein vient en tête, suivi du cancer colorectal et des leucémies.

**Tableau 1. Incidence et mortalité du cancer selon les cinq principaux sites du cancer**

| Incidence du cancer            |                 |               |           |       | Total : 12 189 nouveaux cas par an |                 |               |           |      |
|--------------------------------|-----------------|---------------|-----------|-------|------------------------------------|-----------------|---------------|-----------|------|
|                                | Hommes          |               |           |       | Femmes                             |                 |               |           |      |
| Site du cancer                 | Nombre de cas   | % des cancers | Taux brut | ASR*  | Site du cancer                     | Nombre de cas   | % des         | Taux brut | ASR* |
| Poumon                         | 1631            | 24,1          | 30,5      | 31,1  | Sein                               | 1826            | 33,5          | 34,1      | 31,8 |
| Vessie                         | 814             | 12,0          | 15,2      | 15,3  | Côlon et rectum                    | 572             | 10,5          | 10,7      | 10,0 |
| Côlon et rectum                | 631             | 9,4           | 11,8      | 11,9  | Utérus                             | 265             | 4,9           | 4,9       | 4,8  |
| Prostate                       | 618             | 9,2           | 11,6      | 11,3  | Lymphomes non hodgkiniens          | 239             | 4,4           | 4,5       | 4,2  |
| Lymphomes non hodgkiniens      | 328             | 4,9           | 6,1       | 6,1   | Ovaire                             | 237             | 4,4           | 4,4       | 4,2  |
| <b>Total**</b>                 | 6745            | 100           | 126,1     | 127,0 | <b>Total**</b>                     | 5444            | 100           | 101,6     | 95,7 |
| <b>Mortalité due au cancer</b> |                 |               |           |       | <b>Total : 7 339 décès/an</b>      |                 |               |           |      |
|                                | Hommes          |               |           |       | Femmes                             |                 |               |           |      |
| Site du cancer                 | Nombre de décès | % des cancers | Taux brut | ASR*  | Site du cancer                     | Nombre de décès | % des cancers | Taux brut | ASR* |
| Poumon                         | 1461            | 32,4          | 27,3      | 27,8  | Sein                               | 624             | 22,0          | 11,6      | 10,8 |
| Côlon et rectum                | 379             | 8,4           | 7,1       | 7,0   | Côlon et rectum                    | 342             | 12,1          | 6,4       | 5,9  |
| Vessie                         | 356             | 7,9           | 6,7       | 6,5   | Leucémie                           | 158             | 5,6           | 2,9       | 2,9  |
| Prostate                       | 353             | 7,8           | 6,6       | 5,9   | Estomac                            | 157             | 5,5           | 157       | 2,9  |
| Estomac                        | 244             | 5,4           | 4,6       | 4,5   | Ovaire                             | 155             | 5,5           | 2,9       | 2,8  |
| <b>Total**</b>                 | 4511            | 100           | 84,3      | 84,1  | <b>Total**</b>                     | 2828            | 100           | 52,8      | 49,3 |

\* ASR (W): Taux standardisé selon l'âge basé sur la population mondiale

\*\* Hormis le cancer de la peau sans mélanome  
Source : GLOBOCAN 2012, <http://globocan.iarc.fr>.

La tendance à la hausse en raison du vieillissement de la population, de l'effet de la consommation tabagique et l'adoption du mode vie occidental (mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, obésité...). C'est ainsi que pour le cancer du poumon chez les hommes, le taux d'incidence standardisé est passé de 12/100 000 en 1988 à 31.1/100 000 en 2012 ; alors que pour le sexe féminin, l'incidence du cancer du sein est passée de 16/100 000 en 1994 à 31.8/100 000 en 2012

Le diagnostic est très souvent tardif ; c'est ainsi que pour le cancer du sein chez la femme, le diamètre moyen clinique au diagnostic se situe autour de 4,0 cm ; alors que pour le Cancer du poumon chez l'homme, il souvent étendu au diagnostic, avec 48,4% d'extension régionale et 45,9% d'extension à distance.

## Prévention des cancers

La prévention primaire du cancer implique l'élimination ou la réduction de l'exposition à des facteurs de risque incriminé. Selon des sources internationales<sup>1,2</sup>, on estime que 30 à 50 % des cancers pourraient être évitées, à travers l'acquisition de modes de vie sains.

Dans un programme de lutte contre le cancer, il est fortement recommandé d'associer la prévention du cancer et la promotion de la santé. Au cours des dernières années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC)<sup>1</sup> ont à plusieurs reprises attiré l'attention sur le lien entre le tabagisme, le manque d'activité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et le cancer, mais aussi d'autres maladies chroniques (telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète). Ces facteurs de risque sont les conséquences des modifications survenues au sein de la société telles que l'industrialisation, l'urbanisation, les développements économiques.

En s'appuyant sur le caractère modifiable de ses facteurs de risque, des études récentes démontrent que des méthodes de prévention de grande envergure seraient par ailleurs rentables<sup>3</sup>.

Parmi les Stratégies prometteuses dans la prévention du cancer, on peut citer :

- La sensibilisation et l'information de la population et particulièrement les groupes cibles : la population doit prendre conscience de son mode de vie et de son effet sur la santé
- La facilité d'accès aux informations de promotion de la santé

En Tunisie, les caractéristiques estimées du cancer en Tunisie indiquent que les cancers du poumon, du sein, le cancer colorectal, et ceux de la vessie et de la prostate représentent la moitié de tous les nouveaux cas. Les trois types de cancer les plus fréquents chez les hommes sont ceux du poumon, de la vessie et de la prostate. Chez les femmes, le cancer du sein, le cancer colorectal et celui du col de l'utérus arrivent en tête. Parmi ces cancers, ceux du poumon et de la vessie sont hautement évitables grâce à la lutte antitabac ; les cancers colorectaux peuvent être évités par la lutte contre la surcharge pondérale et la détection précoce des lésions précancéreuses, tandis que le cancer du sein ne peut être empêché mais peut être maîtrisé grâce à une détection précoce et à un traitement approprié.

Le programme national de lutte contre les MNT comprend six domaines pour chaque facteur de risque, dont le programme de lutte contre le tabagisme, qui a été mis en œuvre en 1996 et est en cours d'évaluation depuis 2000.

Une enquête STEPS (approche par étape de la surveillance) de l'OMS a été effectuée en Tunisie en 2005. L'enquête GYT (Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes) a été menée dans le pays en 2010.

---

<sup>1</sup> World Health Organization WHO-Global-Report Preventing Chronic Diseases: A Vital investment; 2005.  
<http://www.who.int/chp/en/>

<sup>2</sup> World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective. Washington DC : AICR, 2007.

<sup>3</sup> OFSP 2010 : Evaluation économique des mesures de prévention : retour sur investissement de la prévention (analyse coûts bénéfiques). <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=fr>

## *Le tabac*

L'usage du tabac fumé est le facteur unique de risque de cancer le plus important en Tunisie et peut être réglementé grâce à des mesures efficaces de lutte antitabac. Les statistiques montrent que 1,7 million de personnes fument dans le pays, essentiellement des hommes, et qu'il y a 10 000 décès liés au tabac chaque année. À l'heure actuelle, environ la moitié de la population d'hommes adultes fume, contre seulement 8 % des femmes et 18 % des jeunes (13-15 ans) (20 % de garçons et 4 % de filles). Les fumeurs commencent en moyenne à l'âge de 13 ans. Dans le principal hôpital général du pays, un tiers des médecins, deux cinquièmes des infirmiers et deux tiers des employés fument actuellement. Il a également été signalé que les enseignants et les élèves fumaient pendant les cours.

Bien qu'il existe un plan de lutte contre le tabagisme au niveau national (loi du 23 février 1998, ratifiée par l'OMS le 7 juin 2010, et Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, signé le 11 janvier 2013), interdisant de fumer dans les lieux publics comme les écoles, les transports publics, les bibliothèques, les salles d'attente, et en particulier les bars et les restaurants, l'interdiction n'est pas respectée par la population. On voit les gens fumer à l'aéroport, à l'hôpital, et dans les restaurants et d'autres lieux publics. Le narguilé est également disponible dans les salons de thé et est très populaire parmi les jeunes (garçons et filles). Les cigarettes électroniques ont été introduites sans autorisation gouvernementale et ne sont vendues qu'en pharmacie. Le Ministère de la santé publique organise des campagnes d'information, de sensibilisation et de formation sur le tabac. La Tunisie a une « journée sans tabac » au cours de laquelle des messages sont diffusés (panneaux et annonces publiques) à l'aéroport et dans les lieux publics, et des brochures ainsi que des dépliants sont distribués au niveau de la communauté. Des programmes d'arrêt du tabagisme avec l'utilisation de substituts sont organisés, mais le nombre de consultations reste limité. Au total, 250 médecins du secteur de la santé publique ont été formés à la lutte contre l'usage du tabac.

L'impact du plan de lutte antitabac a été évalué dans le cadre d'un projet pilote et soulève plusieurs questions importantes. Ce projet a conclu que ce plan devait renforcer l'interdiction de la vente de cigarettes (en paquet et à l'unité) aux enfants, et qu'il fallait augmenter la taille et le type des messages figurant sur les paquets de cigarettes. Le message propose d'utiliser les quatre mots « le tabac est nocif », et aucune photo n'est proposée. En outre, le projet pilote a montré que les prélèvements d'impôts actuels, trois à quatre fois par an, ont eu un effet très minime et très peu d'impact sur les ventes.

Certaines organisations non gouvernementales (ONG) telles que la Ligue nationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (LNCTMR), le Croissant-Rouge et l'Association tunisienne des stagiaires internes et des étudiants en médecine (Associa-Med) participent à la lutte contre le tabagisme. L'Association tunisienne de lutte contre le cancer (ATCC) et la Fédération tunisienne de sports pour tous (FTSpT) sont également impliquées dans les campagnes de lutte contre le cancer.

## *Consommation d'alcool*

La consommation d'alcool semble très limitée au sein de la population et il n'y a pas de loi sur la lutte contre l'alcoolisme. Il ressort d'une enquête effectuée par l'ONU (entre 1990 et 2006) auprès de sujets âgés de 15 ans et plus que 87,9 % des hommes et 99,8 % des femmes étaient des abstinents (c'est-à-dire n'avaient pas consommé d'alcool au cours des 12 mois

précédents). Les produits de l'alcool sont taxés. Il n'y a aucune réglementation juridiquement contraignante sur la publicité, le parrainage, ou la promotion des ventes d'alcool.

### *Surcharge pondérale et obésité, alimentation, activité physique*

La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité est extrêmement élevée en Tunisie, plus particulièrement chez les femmes et dans les zones urbaines. Il ressort d'une étude effectuée sur des sujets âgés de 35 à 70 ans entre 1980 et 2005 que la prévalence de l'index de masse corporelle (IMC) de 25 kg/m<sup>2</sup> et plus a doublé de 25 % à 50 % chez les hommes, et presque doublé, passant de 41 % à 70 % chez les femmes. De même, la prévalence de l'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) a augmenté avec le temps. En 1980, 5 % des hommes étaient obèses mais ils étaient 12 % en 2005. Chez les femmes, 13 % étaient obèses en 1980 et 39 % en 2005. L'obésité touche aussi les enfants et avait été diagnostiquée chez 10 % des enfants de moins de 5 ans en 2012<sup>4, 5</sup>.

Une stratégie nationale de lutte contre l'obésité, qui prône l'augmentation de l'activité physique et une alimentation saine, est en cours de mise en œuvre (2013- 2017) et une étude pilote doit commencer à brève échéance. Les quatre axes de cette stratégie sont : promotion d'une alimentation saine (faible teneur en lipides et en glucides) ; développement de l'activité physique ; promotion de produits alimentaires salubres/sains ; et dépistage et traitement de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants.

### *Autres déterminants potentiels du cancer*

La Tunisie a établi ou établira plusieurs autres programmes de prévention, comme suit :

- Réglementation de la prévention technique des expositions professionnelles (stratégie en 2012-2013) ;
- Programme de protection contre les rayonnements ultraviolets et de prévention du cancer de la peau en été, par le biais de brochures et d'une campagne de sensibilisation par les médias ;
- Programme de protection contre les contaminants de l'air.

### *Infection due au virus du papillome humain (VPH)*

L'incidence du cancer du col de l'utérus est faible en Tunisie. Le taux d'incidence standardisé selon l'âge dans le nord du pays était de 4,2/100 000 femmes-années (registre du cancer du nord de la Tunisie, 2004-2006), de 7,1/100 000 femmes-années dans le centre du pays (Cancer Incidence in Five Continents, 1998-2002, registre du cancer de Sousse), et de 2,3/100 000 femmes-années dans le sud du pays (registre du cancer de Sfax, 2000-2002). La vaccination contre le VPH ne fait pas partie du programme national de vaccination et il semble qu'il n'est pas prévu de l'introduire dans un proche avenir. Il ne semble pas y avoir de programme de démonstration de cette vaccination dans le pays. Le vaccin contre le VPH a été approuvé et est utilisé dans le secteur privé

---

<sup>4</sup> Institut national de statistique (INS). Ministère de la santé publique, Institut national de nutrition et de technologie alimentaire. *Enquête nationale 1996-1997. Évaluation de l'état nutritionnel de la population tunisienne*. Tunisie, 1998.

<sup>5</sup> El Ati, J et al. Gender obesity inequities are huge but differ greatly according to environment and socio-economics in a North African Setting: a national cross-sectional study in Tunisia. *PLoS One*. 2012; 7 (10):e48153 (PMID: 23118943).

## Détection précoce des cancers

Afin de réduire la mortalité par cancer au niveau des populations, la mise en œuvre systématique de programmes de détection précoce du cancer au niveau de la population est une possibilité importante. Pour être efficaces, les programmes de détection précoce devraient atteindre une couverture dépassant 70% de la population cible.

La détection précoce peut-être obtenue par deux actions de prévention secondaire qui s'adressent à une population a priori bien portante :

- le dépistage qui permet de faire le diagnostic au moment où la maladie est encore asymptomatique et même parfois de détecter les lésions précancéreuses. Le dépistage doit généralement être confirmé par des examens complémentaires permettant de l'établir. Les cancers dépistables doivent présenter une phase préclinique assez longue, au cours de laquelle ils pourront être dépistés.
- la détection précoce qui s'appuie sur la recherche et l'identification précoces de symptômes ou de signes cliniques d'alerte, à des stades où les individus ne viennent habituellement pas **spontanément** consulter. Dans l'évolution naturelle d'un cancer, la détection précoce intervient, forcément, en aval du dépistage.

Toutefois, il faut bien préciser qu'un programme de dépistage de masse organisé (basé sur l'invitation périodique des personnes ciblées) est une véritable entreprise très complexe qui demande une logistique lourde, un contrôle-qualité rigoureux et des moyens humains et financiers assez importants.

Les plans de lutte contre le cancer pour 2006-2010 et 2010-2014 ont inclus le dépistage des cancers du sein et de l'utérus. Le dépistage du cancer est principalement effectué dans les structures de première ligne. Le secteur privé en fait moins que celles-ci, excepté pour les tests Pap. Des campagnes de sensibilisation sur les signes et les symptômes précoces du cancer sont organisées à travers les journaux, la télévision, et des programmes de radio. Plusieurs associations de femmes effectuent régulièrement des visites dans les villages, avec des cliniques d'un jour sur le cancer du sein. Outre les activités destinées à l'ensemble de la population, des activités de sensibilisation sont également organisées à l'intention des fournisseurs de soins de santé en raison des grandes disparités existant dans la formation du personnel des unités de soins de santé primaire. Les médecins et les sages-femmes sont formés pour reconnaître les signes et les symptômes précoces du cancer.

## **Cancer du sein**

Le taux d'incidence du cancer du sein est en hausse et les diagnostics interviennent souvent à un stade tardif (30 % au stade localisé ; 40 % au stade régional ; 15 % à un stade métastatique). En Tunisie, le cancer du sein peut être stigmatisé par la société et la famille des patientes.

Le dépistage du cancer du sein est supervisé par l'Office national de la famille et de la population (ONFP) et la Direction des soins de santé de base (DSSB).

La détection précoce est faite annuellement par examen clinique des seins (ECS) à partir de l'âge de 30 ans et au-delà. Il a été noté que cet examen était généralement offert à toute femme se présentant consultation dans un centre de santé. Le taux de couverture est cependant faible, inférieur à 10 % des femmes du groupe d'âge cible font un ECS. Celles dont les résultats sont anormaux sont envoyées faire une mammographie de diagnostic (normalement effectuée une semaine plus tard). La mammographie de confirmation du diagnostic est couverte par le régime national d'assurance maladie, alors que celle de dépistage ne l'est pas et accuse des retards de six mois à un an. Les taux d'aiguillage après un ECS anormal semblent faibles, de même que ceux de confirmation des diagnostics.

## **Cancer du col de l'utérus**

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est faible et est resté stable au cours du temps. Le dépistage est effectué par le frottis cervical (30 000 frottis sont prélevés par an) ; l'âge cible est de 35 à 59 ans et ce test est effectué à intervalles de cinq ans ou de trois ans pour les femmes à risque (c'est-à-dire celles ayant des antécédents d'infections sexuellement transmissibles, d'avortements multiples, de contacts sexuels précoces). Les frottis cervicaux sont effectués par les médecins et les sages-femmes dans les unités de première ligne, les centres de planification familiale, dans le secteur privé, et dans les services de gynéco-obstétrique. Les femmes doivent revenir chercher les résultats des examens cytologiques ou sont rappelées pour une confirmation du diagnostic. Cette confirmation est faite par colposcopie et biopsie.

Le taux de couverture du dépistage est faible (14 %). Outre le problème de ce faible taux, le pays est confronté à plusieurs défis, à savoir les retards dans l'obtention des résultats des examens cytologiques (seuls 40 % des résultats sortent en moins d'un mois), les pertes de suivi, les diagnostics tardifs (stades 3 et 4 dans plus de 30 % des cas) et le taux élevé de frottis inadéquats (35 %, principalement en raison d'une inflammation).

Le dépistage par inspection visuelle et les tests ADN pour le VPH ne sont pas effectués.

L'approche « dépistage et traitement » n'est pas utilisée. Les lésions précancéreuses sont habituellement traitées par conisation ou par la technique d'excision électrochirurgicale à l'anse, mais pas par laser, cryothérapie ou coagulation à froid.

## **Cancer colorectal**

Il n'y a pas de programme de dépistage systématique basé sur la population dans le pays, bien que le cancer colorectal soit le quatrième et le deuxième cancer le plus répandu respectivement chez les hommes et les femmes. Une augmentation régulière du nombre de

cas a été observée au service de chirurgie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Ces cancers sont très agressifs et commencent souvent lorsque les patients sont relativement jeunes (moins de 40 ans).

Un projet pilote multicentrique de deux ans sera mis en œuvre sur le dépistage du cancer colorectal. Les personnes cibles seront des hommes et des femmes de 50 à 74 ans sans antécédents médicaux familiaux ou personnels de cancer colorectal qui ne souffrent d'aucune maladie invalidante. Le dépistage se fera par le test Hemocult II, et si celui-ci est positif, une coloscopie sera effectuée.

### **Cancer de la prostate**

Le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé par le Ministère de la santé.

draft soumis à concertation

## Prise en charge des cancers

Il existe plusieurs lacunes dans le domaine de la prise en charge :

- **Insuffisances au niveau de la formation pré graduée**
  - Il existe une hétérogénéité entre les quatre facultés de médecine
  - L'organisation actuelle de l'enseignement de la cancérologie dans les facultés de médecine ne valorise pas la discipline et serait à l'origine d'un manque d'efficacité : Le volume horaire de cancérologie générale est insuffisant ; la cancérologie générale est rattachée à d'autres thèmes. La cancérologie spéciale enseignée au sein de certificats par organe et localisation
  
- **Insuffisances en ressources pour la prise en charge du cancer**
  - La demande de services de cancérologie est importante et ne cesse de s'accroître. Les établissements existants ne sont pas en mesure de bien répondre à cette demande, ni de faire face à l'augmentation future de l'incidence du cancer, comme en témoignent les temps d'attente pour les soins qui sont relativement élevés, en particulier pour la radiothérapie.

Les structures existantes sont les suivantes :

- Institut Salah Azaiez
- Service d'oncologie médicale: 7
- Hôpital de jour: 4
- Services radiothérapie : 2 + 1 (en cours)

8 machines Publiques, 8 machines privées

- Services de chirurgie d'organes
- Cliniques

- Les délais d'attente sont relativement longs et nuisent aux patients :
  - Formalités de PEC (chimiothérapie) lentes (3 à 5 semaines)
  - Radiothérapie: Problèmes de place sur les machines disponibles :
    - 6 semaines (Sfax)
    - 5 à 6 mois (ISA, Sousse)
    - 2 à 3 semaines en privé
  - Délais pour la chirurgie: 3 à 5 semaines
  
- Les ressources humaines qualifiées pour le traitement du cancer, actuelles et potentielles demeurent faibles :

| Discipline  | Médecins en formation | Médecins en exercice |
|---|-----------------------|----------------------|
| Médecine carcinologique   | 40                    | 70                   |
| Radiothérapie   | 27                    | 28                   |
| Chirurgie carcinologique  | 23                    | 16                   |
| + B14:C17Chirurgie d'organes et autres spécialistes intervenant dans la prise en charge du cancer |                       |                      |

- Le nombre de paramédicaux spécialisés dans la prise en charge des cancers demeure insuffisant
  - Absence de paramédicaux spécialisés en carcinologie
  - Existence d'un master « soins infirmiers en soins palliatifs » à Sousse (2 promotions)

- **Insuffisances au niveau des soins de support**

Il existe uniquement une micro unité à l'ISA (3lits) non fonctionnelle par manque de personnel.

- **Insuffisances au niveau de la qualité et de l'équité des prestations de soins**

- Le réseau de soins est fragmenté : le parcours des patients n'est pas organisé.
- La qualité des services de cancérologie est inégale, ce qui signifie que la population n'a pas accès à des services de lutte contre le cancer présentant une qualité uniforme.
- En matière de couverture des dépenses
  - La liste des interventions prises en charge par la CNAM est très limitée (2/19).
  - Il existe une inégalité des soins entre les indigents et les affiliés sociaux (pour les médicaments spécifiques et les appareillages).

## **Recherche sur le cancer**

La recherche sur le cancer souffre d'un manque flagrant en ressources aussi bien humaines que financières. Il existe également un manque de coordination de cette recherche.

draft soumis à concertation

## Cancer de l'enfant

Contrairement à l'adulte, le cancer de l'enfant peut être curable s'il est diagnostiqué précocement. Dans les pays développés, une rémission complète est observée 2 fois/3. En Tunisie, l'incidence du cancer de l'enfant est estimée à 400 nouveaux cas par an soit 18/100.000 enfants âgés de moins de 15 ans. Peu de données statistiques Tunisiennes ont été publiées concernant l'évolution des cancers pédiatriques.

La prise en charge des enfants atteints de cancer souffre de plusieurs insuffisances :

- Structure de prise en charge

Certains enfants cancéreux sont pris en charge dans des structures d'oncologie adultes et enfants. D'autres sont traités dans des unités spécifiques :

- Unité d'oncologie pédiatrique de l'Hôpital d'enfants de Tunis
- Unité d'oncologie pédiatrique de l'Institut Salah Azaiz
- Pas de cabines stériles propres à l'enfant pour la chimiothérapie à haute dose et auto-greffe de cellules souches hématopoïétiques.
- Personnel médical formé en oncologie pédiatrique : 3 à l'hôpital d'enfants de Tunis, 1 à l'institut Salah Azaiz, 1 à l'hôpital de Monastir et 2 dans le secteur privé.
- Personnel paramédical : 2 infirmiers formés à l'étranger.

## **Enregistrement des cancers et Suivi et évaluation**

### **Enregistrement des cancers**

Les registres du cancer constituent la base de la connaissance épidémiologique des cancers. D'un point de vue scientifique, outre la qualité des données, l'exhaustivité de la collecte pour les registres des diagnostics liés à la population représente le facteur le plus déterminant.

#### **Acquis**

Les principaux acquis sont les suivants :

- Existence de trois Registres de population : registre du cancer de la région du Nord, registre du cancer de Sousse et registre du cancer de Sfax. Ces registres ont été mis en place en 1998
- Exhaustivité relativement satisfaisante grâce à l'utilisation de la méthode active de recueil des données et ce à travers le recrutement de médecins vacataires.
- Existence d'une réglementation. Les registres du cancer sont régis par le décret présidentiel portant création d'un registre national du cancer (Décret du Président de la République tunisienne n° 2008-846 du 24 mars 2008 portant création d'un registre national du cancer).

#### **Insuffisances**

Les principales insuffisances identifiées sont :

- Les registres accusent un retard très variable selon les régions ; en effet les dernières publications sont relatives à la période 2003-2007 pour Sousse, 2004-2006 pour la région du Nord et 2000-2002 pour Sfax.
- Les informations concernant les causes de décès souffrent de beaucoup d'insuffisances : manque d'exhaustivité, causes non spécifiées relativement fréquentes.
- Manque de recherche autour des registres.
- Il existe un manque d'harmonisation des trois et ce en dépit des efforts de coordination déployés par l'Institut National de Santé Publique. Les périodes étudiées sont différentes ; les fiches de recueil des données sont différentes ; les logiciels de gestion de données sont aussi différentes Le logiciel Canreg5 est utilisé uniquement par le registre du cancer de Sousse.

#### **Obstacles**

Parmi les obstacles au développement des registres, il y lieu de citer :

- Le manque de ressources humaines et financières.
- Les difficultés d'accès aux données auprès de certaines sources, notamment du secteur privé.
- L'absence du système d'information hospitalier, ainsi que l'absence d'un dossier médical informatisé.

#### **Opportunités**

Quelques opportunités s'offrent aux registres :

- Il existe une volonté politique pour le développement des registres

- La coopération internationale offre également des possibilités aux registres, à travers l'Agence Internationale d'Energie Atomique (AIEA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne (UE).
- La création de l'Instance Nationale d'accréditation offre des opportunités pour l'adhésion des médecins notamment du secteur privé, aux registres du cancer. En effet, parmi les critères d'accréditation, on pourrait exiger des différentes structures, la collaboration avec les responsables des registres pour le recueil des données.

### **Suivi et évaluation**

Il n'existe pas actuellement un système de suivi et évaluation. Un tel système est important pour suivre les résultats, les coûts et la qualité de la prise en charge du cancer. En effet, la mise en œuvre des activités du plan cancer dans ses différentes composantes doit s'accompagner d'un monitoring et d'une évaluation de l'efficacité des actions entreprises afin d'identifier les besoins d'intervention et d'évaluer l'impact des mesures prises pour lutter contre le cancer. En l'absence de telles données, il serait difficile de bien définir les priorités, d'apprécier l'efficacité des mesures préventives et du système de soins, de généraliser les bonnes pratiques, de déceler les inégalités, de retracer les effets de facteurs de risque.

draft soumis à concertation

# Vision

Une situation où le risque de cancer serait réduit, où ce fléau engendre moins de souffrances et moins de décès, où la diagnostic est fait à un stade précoce et les guérisons sont plus fréquentes, où les malades et leurs proches trouvent aide et réconfort à tous les stades de la maladie.

## Principes de la lutte contre le cancer en Tunisie

Les principes directeurs de la lutte contre le cancer peuvent être résumés de la façon suivante :

- réduire les inégalités de santé entre les différents groupes de population.
- assurer un accès rapide et équitable pour tous les tunisiens à une gamme complète de services de qualité couvrant les domaines de la prévention, des soins et de réadaptation. Ce principe souligne l'importance de l'élaboration des référentiels dans le but de suivi de la performance et l'évaluation des résultats pour assurer la qualité.
- être durable :Ce principe souligne l'importance d'avoir les ressources adéquates, y compris les ressources humaines, nécessaires sur une période de temps pour assurer un haut niveau de performance.
- utiliser une approche fondée sur des preuves. Ce principe reconnaît la nécessité d'actions soient fondées sur les meilleures pratiques, ce qui est soutenu par un examen systématique des connaissances scientifiques et notamment la recherche en cours et le développement.
- refléter une approche centrée sur la personne .Ce principe reconnaît le bien-être global de la personne, y compris son développement physique, ses besoins affectifs, spirituels, sociaux et familiaux.
- impliquer activement les bénéficiaires et les communautés. Ce principe souligne la nécessité d'avoir les bénéficiaires et les communautés impliquées dans les décisions qui les concernent.
- être entrepris dans le cadre d'une démarche planifiée, coordonnée et intégrée. Ce principe souligne l'importance d'adopter une approche systématique et coordonnée, approche visant à assurer l'efficacité et que les ressources soient utilisées d'une manière optimisée.

# Les buts et les objectifs de la stratégie de lutte contre le cancer en Tunisie

**Les buts** de la stratégie sont les suivants :

- réduire l'incidence et l'impact du cancer
- réduire les inégalités en matière de cancer.

**Les objectifs généraux** de la stratégie de lutte contre le cancer de Tunisie sont les suivants :

1. réduire l'incidence du cancer par la prévention primaire
2. assurer le dépistage et la détection précoce efficace pour réduire l'incidence du cancer et la mortalité
3. d'assurer un diagnostic et un traitement efficace pour réduire la morbidité et la mortalité du cancer
4. améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer, leur famille grâce à l'appui, la réadaptation et les soins palliatifs.
5. améliorer la prestation des services dans tout le continuum de lutte contre le cancer par le biais efficace la planification, la coordination et l'intégration des ressources et de l'activité, le suivi et évaluation.
6. améliorer l'efficacité de la lutte contre le cancer en Tunisie grâce à la recherche et surveillance

## Planification de la lutte contre le cancer

La Tunisie a fait d'énormes progrès dans la lutte contre le cancer. Le premier plan de lutte a été établi pour la période 2006-2010. Une stratégie nationale de lutte couvrant une période de cinq ans (2010- 2014) a par la suite été élaborée. Elle vise à réduire la mortalité due au cancer, améliorer la qualité de vie des patients, et réduire l'exposition aux facteurs de risque liés au cancer. Les principaux domaines prioritaires de cette stratégie sont la prévention et la détection précoce, la formation, la recherche, la surveillance, et les soins aux personnes atteintes de cancer (y compris le soutien aux patients et à leur famille). Cette stratégie est exhaustive et comprend le renforcement de l'infrastructure, des équipements et des ressources humaines pour accroître l'accès aux soins de santé, étant donné que les services sont principalement concentrés à Tunis et dans les régions côtières.

Des parties prenantes représentant les prestataires de soins, le gouvernement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé ont participé à l'élaboration de la stratégie, et comprenaient des spécialistes de la santé publique, de la prévention, du dépistage, du traitement, des soins palliatifs et des systèmes d'information.

Cependant, la stratégie n'inclut pas de plans d'action d'activité, ni d'un système de suivi et évaluation.

# La prévention primaire des cancers

Selon l'OMS (2002), la prévention du cancer doit être un élément clé dans tous les programmes de lutte contre le cancer. La prévention primaire du cancer implique l'élimination ou la réduction de l'exposition à des facteurs de risque incriminés associés au cancer. Elle offre le moyen le plus rentable à long terme ; plus de 40% des cancers pourraient être évités en modifiant ou en évitant les principaux facteurs de risque clés.

Les actions de prévention comprennent la protection de la santé, la promotion de la santé et les stratégies de prévention des maladies.

Ces interventions se proposent d'alerter la population sur les facteurs de risque du cancer, de promouvoir des modes de vie sains et créer des environnements sains qui visent à réduire les facteurs de risque potentiels. Ces facteurs de risque comprennent l'usage du tabac, l'obésité et la surcharge pondérale, la faible consommation de fruits et de légumes, l'inactivité physique, la consommation abusive d'alcool, les infections au virus HPV, les infections sexuellement transmissibles, l'infection au VIH et la pollution de l'air.

En matière de mesures à entreprendre, six priorités clés ont été identifiées pour la prévention du cancer:

## **1. Priorité 1 : Coordination avec les tous les organismes intervenant dans la prévention des maladies non transmissibles.**

En matière de prévention des maladies non transmissibles (MNT) à travers des actions visant les facteurs de risque, l'approche populationnelle revêt un intérêt fondamental. Cette approche populationnelle nécessite la mise en œuvre d'une approche multisectorielle dans le cadre d'un plan national de prévention des facteurs de risque des MNT ; en effet, aucun secteur ne peut réduire tous les facteurs de risque importants. Le secteur de la santé joue généralement un rôle central de coordination dans les efforts de prévention, mais d'autres secteurs ont des rôles de leadership importants dans des domaines tels que l'éducation, l'agriculture, l'énergie, etc.

## **2. Priorité 2 : Diminuer la consommation de tabac.**

Les principales interventions sont :

- Explorer l'augmentation des taxes contre le tabac
- Renforcer la réduction de l'accessibilité aux produits du tabac : pas de vente en détail, pas d'utilisation de distributeurs automatiques...
  - La protection des non-fumeurs Loi, sensibilisation : meilleure application de la loi.
  - Désignation du tabac comme produit dangereux: avertissement sur les paquets de cigarettes
  - L'interdiction de la promotion des produits du tabac: Il faut interdire : la publicité, l'emballage attrayant, l'exposition massive des produits dans les points de vente, etc.
- Les communications : journée mondiale contre le tabac...
- Thérapie de substitution

### **3. Priorité 3 : Améliorer l'activité physique et la nutrition**

- Promouvoir la production des aliments favorables à la santé
- Elaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation physique au profit des établissements d'enseignement où ce programme fait défaut officiellement (préscolaire, primaire et universitaire)
- Promouvoir les bases d'une alimentation saine et l'éducation pour la santé auprès des parents des élèves du préscolaire et scolaire.
- Réviser les programmes de formation de base des enseignants des établissements préscolaires et scolaires en nutrition et éducation pour la santé
- Introduire des cours pratiques de cuisine dans les programmes de l'enseignement préscolaire et scolaire
- Contrôler les menus des repas servis dans les cantines et cafétérias des institutions et entreprises
- Promouvoir la consommation des fruits et légumes
- Réviser le programme d'éducation physique et sportive (volume horaire et activités) de l'enseignement secondaire
- Renforcer ou intégrer l'activité physique dans le milieu professionnel public/privé
- Renforcer ou intégrer l'activité physique dans les espaces publics
- Renforcer l'aménagement et l'équipement de salles de sport en milieu préscolaire, scolaire, universitaire, professionnel et public
- Encourager les responsables des institutions/entreprises à permettre à leurs salariés de pratiquer de l'activité physique en dehors de l'entreprise.

### **4. Priorité 4 : Renforcer la vaccination contre l'hépatite B**

### **5. Priorité 5 : Promouvoir les comportements de protection contre l'exposition solaire prolongée**

- Renforcer l'éducation des travailleurs en plein air en matière de prévention contre le cancer de la peau
- Sensibiliser la population générale, la population scolaire contre le risque d'exposition solaire prolongée

### **6. Priorité 6 : Diminuer les expositions environnementales aux substances cancérigènes**

- Sensibiliser et améliorer les connaissances des professionnels de la santé sur le risque cancer-environnement et sur les moyens de prévention
- Améliorer l'évaluation, le monitoring et le contrôle des substances environnementales cancérigènes, avec notamment :
  - l'évaluation du taux de contamination des aliments par les pesticides
  - l'évaluation de la teneur des produits alimentaires en mycotoxines cancérigènes, en éléments minéraux cancérigènes
  - l'évaluation de la teneur de l'eau de boisson en éléments cancérigène (arsenic)
  - l'élaboration d'une cartographie nationale des particules dans l'air ambiant
- Encourager la recherche dans le domaine du risque de cancer et environnement.

- Développer et diffuser des messages de santé publique pour améliorer la prise de conscience des risques de cancer liés à l'environnement, qui sont basées sur des preuves, et informer la population des mesures spécifiques qu'ils prendre pour réduire ou éliminer les expositions.

draft soumis à concertation

## La détection précoce et le dépistage du cancer

Des moyens de détection précoce du cancer avant l'apparition de symptômes ou dès que est possible après l'apparition des symptômes. Son objectif est de détecter le cancer quand il est localisé, avant qu'il ait le temps de se propager à d'autres parties du corps.

Parce que le dépistage est seulement une partie d'une stratégie plus large, y compris le diagnostic, le traitement et suivi, son efficacité dépend de la durabilité d'autres services le long du continuum de la lutte contre le cancer (OMS, 2002).

La détection précoce du cancer peut impliquer des stratégies pour promouvoir le recours précoce aux soins, y compris l'éducation sur les signes et les symptômes et d'améliorer l'accès aux soins de base. De telles stratégies peuvent également inclure des efforts pour dissiper les mythes, les peurs et la négativité sur le cancer qui peut influencer sur la probabilité de demander un avis médical.

La détection précoce du cancer avant l'apparition des symptômes se produit grâce au dépistage, qui est un processus par lequel les personnes qui ne présentent aucun symptôme sont invités (soit directement, soit grâce aux actions de sensibilisation) pour subir un test ou procédure, généralement à intervalles réguliers. Bien qu'un certain nombre de tests de dépistage du cancer ont été développés, seuls quelques-uns ont prouvé leur efficacité. Pour être considéré comme efficace, un test de dépistage doit répondre à un certain nombre d'exigences établies par l'OMS.

Les résultats attendus des programmes de détection précoce sont les suivants :

- Réduire de 40%, l'incidence des formes invasives du cancer du col de l'utérus, en augmentant le taux de couverture des femmes éligibles par le frottis, de 14% à 40% d'ici 2019
- Réduire la mortalité et la morbidité par cancer du sein en réduisant la taille moyenne de découverte de la tumeur, d'au moins 2cm d'ici 2019. L'urgence est de faire baisser la proportion des tumeurs évoluées
- Atteindre un taux de 80% de cancers colorectaux diagnostiqués stade I et II (bon pronostic) d'ici 2019.

Les mesures à entreprendre consistent à :

### **Priorité 1 : éducation de la population en matière de recours au dépistage**

- Améliorer la connaissance du public sur la prévention du cancer et le dépistage : Diffuser une information objective et détaillée pour permettre à chacun d'apprécier l'utilité de se soumettre à un test de dépistage.
- Encourager la population à recourir aux soins à temps en cas d'apparition de certains symptômes (toux persistant plus de deux semaines, méléna, troubles du transit persistants, nodule ou masse etc.).

- Impliquer tous les intervenants : personnel de soins, enseignants, médecins du travail , employeurs , ONGs etc. dans les actions de sensibilisation au dépistage du cancer.
- Utilisez les médias pour sensibiliser la population au dépistage.

**Priorité 2 : Identifier et surmonter les obstacles**

- Mener des recherches visant à identifier les obstacles au dépistage des cancers
- Mettre en œuvre les recommandations émanant des recherches précédentes
- Consolider les acquis en matière de gratuité des prestations de dépistage dans les structures de première ligne
- Sensibiliser les employeurs pour faciliter aux travailleurs le bénéfice des prestations dépistage
- Utiliser les cliniques mobiles pour couvrir les zones géographiques éloignées.

**Priorité 3 : Assurance qualité des prestations de dépistage**

- Elaborer des guidelines pour le dépistage et les diffuser
- Former le personnel de soins des deux secteurs public et privé

draft soumis à concertation

## **Le diagnostic et le traitement**

L'OMS (2002) décrit le diagnostic du cancer en tant que première étape de la prise en charge du cancer. Il comprend une combinaison d'un examen clinique et une série d'examen complémentaires, telles que l'endoscopie, l'imagerie, l'histopathologie, la cytologie et les études en laboratoire. Les tests de diagnostic sont aussi importants dans le bilan d'extension de la maladie. La classification du cancer par stade est nécessaire pour déterminer les options pour le traitement et l'évaluation du pronostic probable.

Le traitement du cancer est complexe, impliquant une gamme de thérapies. Ceux-ci incluent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ou la thérapie hormonale ou une combinaison de ceux-ci. Le but du traitement est pour guérir les personnes atteintes, ou de prolonger et améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes de cancer (OMS, 2002).

### **Priorité I: Améliorer l'accès aux soins**

- Améliorer la coordination entre les structures de détection précoce et celles de prise en charge : La mise en place de réseaux est fortement recommandée ; l'itinéraire des patients depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge spécialisée devrait être précisé.
- Renforcer les ressources humaines qualifiées.
- Créer un centre de référence par région (Tunis, Sousse, Sfax, Gabes, Gafsa, Jendouba, penser aux régions de Sidi Bouzid, Kasserine et médénine), avec des services de radiologie, Anapath, biologie, ...
- Evaluer le parc de machines de radiothérapie et l'adapter aux normes internationales.

### **Priorité 2: Garantir un traitement de qualité du cancer**

- Elaborer, valider, diffuser et mettre en application les référentiels de prise en charge
- Assurer la formation continue du personnel
- Améliorer les prestations psychosociales
- Augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques
- Mettre en place de textes législatifs pour appliquer l'accréditation des spécialistes impliqués dans la prise en charge du cancer

### **Priorité 3: Améliorer l'enseignement de la cancérologie dans les facultés de médecine**

- Uniformisation de l'enseignement entre les facultés de médecine
- Création d'un module ou de certificat de cancérologie:
  - Générale
  - Spéciale
  - Pharmacologique (facultés de médecine et faculté de pharmacie).

### **Priorité 4: Formation de paramédicaux dans le domaine de la cancérologie**

- Instaurer une formation spécifique des paramédicaux en cancérologie.

- Adapter le nombre de personnel au nombre de malades selon les standards internationaux (techniciens supérieurs, secrétaire médicales, infirmiers, psychothérapeutes, diététiciens, kinésithérapeutes, ouvriers,...)
- Plaidoyer auprès de l'administration pour cet effet.

**Priorité 5: veiller à la sécurisation de l'ensemble du circuit des chimiothérapies à l'hôpital et dans les officines**

draft soumis à concertation

## Soutien et de réadaptation

L'impact du cancer sur les malades dépasse le côté physique ; la maladie a également des conséquences psychologiques, sociales, économiques, sexuelles et spirituelles. Faire face à la maladie et son traitement implique une série de questions, qui ont un impact sur ceux qui ont le cancer, ainsi que leurs familles.

Les soins de soutien et de réadaptation est défini comme: la fourniture des services nécessaires, tel que déterminé par les personnes vivant avec ou affectées par le cancer, pour répondre à leurs besoins physiques, sociaux, émotionnels, nutritionnels, d'information, besoins psychologiques, sexuelles, spirituelles et pratiques. Il s'agit d'une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux problèmes associés à la maladie mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance par le biais de l'identification précoce et l'évaluation irréprochable et traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels »(OMS 2002).

Sur le plan international, il est admis que les soins de soutien et de réadaptation sont souhaitables à chaque étape le long du continuum de soins.

Les mesures à entreprendre consistent à :

### **Priorité I: Améliorer l'accès aux patients aux soins palliatifs et de support**

- Créer des unités de soins palliatifs dans les centres anticancéreux, CHU, et hôpitaux périphériques
- Renforcer les ressources humaines requises pour ce type de prestations de soins: psychologues, assistantes sociales etc.
- Développer les soins à domicile
- Organiser en réseaux ce type de soins

### **Priorité 2: Améliorer la connaissance des patients et leurs familles sur l'intérêt des soins palliatifs et de support**

- Renforcer les ONGs spécialisés dans le domaine du cancer pour jouer ce rôle ;
- Former le personnel soignant en matière de qualité de vie et comment communiquer avec les patients.

## Cancer de l'enfant

Les principales mesures pour promouvoir la prise en charge des enfants atteints de cancer sont les suivantes :

- Créer un registre national des cancers de l'enfant.
- Sensibiliser et former les médecins de 1ère ligne et les pédiatres au diagnostic précoce du cancer de l'enfant.
- Améliorer la prise en charge : Enseignement dans les facultés de médecine, formation des thérapeutes, structures de prise en charge, référentiels nationaux, accréditation, formation des paramédicaux, soins de support, recherche clinique et formation continue.
- Amélioration du suivi par le dépistage à temps des complications et des séquelles du cancer.

draft soumis à concertation

## **Enregistrement des cancers et suivi et évaluation**

La surveillance de la lutte contre le cancer implique la collecte systématique et continue d'informations sur l'incidence, la mortalité, les méthodes de diagnostic, la distribution des stades de l'incidence et la survie des personnes atteintes de cancer et les aspects des soins reçus. La surveillance est un élément fondamental de la stratégie de lutte contre le cancer en Tunisie. La collecte des données nécessaires à la surveillance exige la collaboration des prestataires de services. Les registres du cancer constituent la pierre angulaire de la surveillance lutte contre le cancer.

### **Priorité 1 : définir un tableau de bord des informations nécessaires au pilotage du plan cancer**

Il s'agit d'identifier les indicateurs de suivi (indicateurs permettant de chiffrer le volume des activités accomplies) et d'évaluation (indicateurs mesurant le degré d'atteinte des résultats attendus).

### **Priorité 2 : Harmoniser entre les trois registres les périodes concernées par les bulletins, des logiciels de saisie des données, du contenu des bulletins.**

### **Priorité 3 : améliorer le système de surveillance des causes de décès.**

### **Priorité 4 : mettre en place un système d'information hospitalière.**

### **Priorité 5 : renforcer les équipes des registres en ressources humaines et assurer et pérenniser le financement du registre**

- Le financement des registres du cancer doit être garanti par l'Etat. Les ressources financières nécessaires doivent être inscrites dans le processus budgétaire régulier de façon pérenne.
- Renforcer les équipes et les ressources financières (budget stable, vacataires.....)
- Réactiver les comités des registres régionaux

## **Recherche sur le cancer**

La recherche sur la lutte contre le cancer vise à identifier et évaluer les moyens de réduire la morbidité et la mortalité par cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant.

Les grandes catégories de recherche sont:

- La recherche fondamentale : par exemple, les mécanismes biologiques du cancer sous-jacent.
- La recherche épidémiologique : facteurs comportementaux ou environnementaux humaines.
- La recherche clinique : essais cliniques, facteurs pronostiques.
- La recherche psychosociale et comportementale : par exemple, les facteurs ayant une incidence sur la prévention, l'adhésion au dépistage, et l'impact du diagnostic et du traitement.
- La recherche sur les systèmes de santé et les politiques de santé (par exemple, comment les services peuvent être appliqués au mieux et organisé).

**Les principales mesures à entreprendre consistent à :**

- Généraliser les projets de recherche ( CIC)
- Renforcer les équipes des registres du cancer pour développer la recherche épidémiologique, clinique et d'évaluation.
- Développer la coopération internationale en matière de recherche
- Mettre en place d'essais tunisiens pour des spécificités tunisiennes.