



République du Sénégal
Un Peuple- Un But- Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

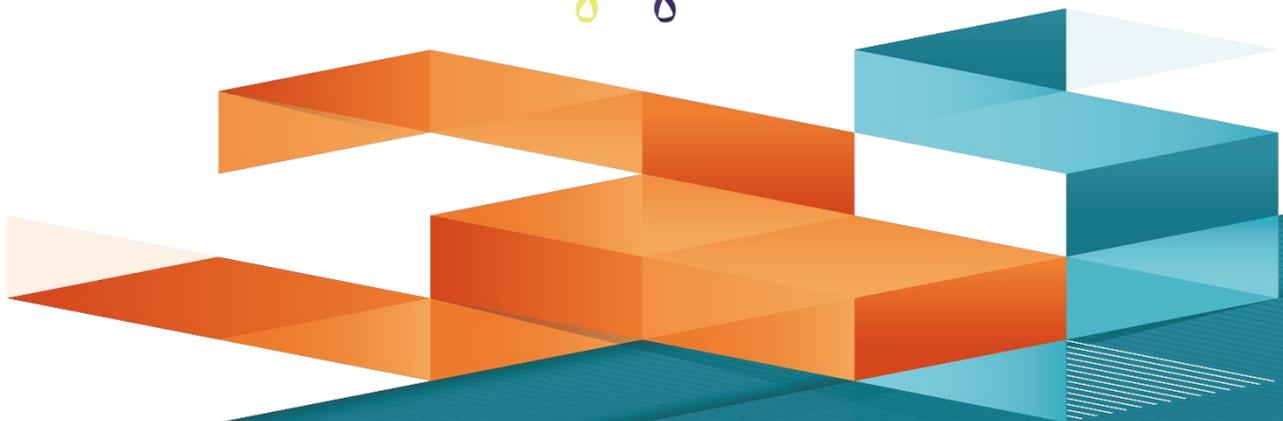
Direction Générale de la Santé

Direction de Lutte contre la Maladie

Division de Lutte contre Les Maladies Non Transmissibles

PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

2025-2029





Direction Générale de la Santé

Direction de Lutte contre la Maladie

Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

**PLAN NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE CANCER
2025-2029**



SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	IV
RÉSUMÉ	V
REMERCIEMENTS	VII
PRÉFACE	XII
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
II. PRESENTATION DU PAYS	3
II.1 Situation géographique et administrative	5
II.2 Situation démographique	6
II.3 Situation socio-économique	7
II.4 Aspects environnementaux	9
II.5 Situation socio-sanitaire	10
III. ANALYSE DE LA SITUATION	21
III.1 Épidémiologie descriptive	21
III.2 Épidémiologie analytique	27
III.3 Politique de lutte contre le cancer	30
III.4 Statut de la lutte.....	31
III.5 Financement de la lutte contre le cancer	38
III.6 Performance	38
III.7 SWOT et défis dans la lutte contre le cancer	41
IV. CADRE STRATEGIQUE	48
IV.1 Vision.....	48
IV.2 Mission	48
IV.3 Principes et valeurs	48
IV.4 Orientations stratégiques.....	49
IV.5 But	49
IV.6 Objectifs	50
IV.7 Description des interventions	51
IV.8 Résultats attendus.....	55
V. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	72
V.1 Administration et gestion du plan stratégique.....	72
V.2 Mécanisme de coordination.....	73
V.3 Mobilisation des ressources	74
VI. CADRE DE SUIVI EVALUATION	74
VI.1 Mécanisme de coordination du suivi évaluation	74
VI.2 Modèle logique du PNLCC	76
VI.3 Cadre de performance	81
VI.4 Système de gestion des données	106
VI.5 Plan d'action budgétisé	107



LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AIE	:	Assistant Infirmier d'Etat
AIEA	:	Agence internationale de l'Energie atomique
ANACIM	:	Agence nationale de l'Aviation civile et de la météorologie
SEN-CSU	:	Agence Sénégalaise de la Couverture sanitaire universelle
ANSD	:	Agence nationale de la statistique et de la démographie
BRH	:	Brigade Régionale d'Hygiène
CGQA	:	Centre de Gestion de la Qualité de l'Air
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CNAO	:	Centre national d'Appareillage et d'Orthopédie
CNTS	:	Centre national de Transfusion sanguine
CPRS	:	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DRAS	:	Direction Régionale de l'Action sociale
EHCVM	:	Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménage
EPS	:	Etablissement Public de Santé
HALD	:	Hôpital Aristide Le Dantec
HOGIP	:	Hôpital Général Idrissa POUYE
HPD	:	Hôpital Principal de Dakar
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IJC	:	Institut Joliot Curie
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
ISED	:	Institut de Santé Et Développement
MSAS	:	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
ODD	:	Objectif de Développement durable
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
PACT	:	Programme d'action pour la thérapie du cancer
PNDSS	:	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLCC	:	Plan National de Lutte Contre le Cancer
PSE	:	Plan Sénégal Emergent
PTF	:	Partenaires techniques et financiers
SAMU	:	Service d'aide médicale urgente
SBH	:	Sous Brigade d'Hygiène
SDAS	:	Service Départemental de l'Action sociale
SEN-PNA	:	SEN-Pharmacie nationale d'Approvisionnement
SFE	:	Sage-femme d'Etat
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SPECT	:	Tomographie par émission monophotonique (Single photon emission tomography)
SSCPP	:	Société Sénégalaise de Colposcopie et de Pathologie liée au Papillomavirus
UOP	:	Unité d'Oncologie Pédiatrique
VPH	:	Virus du Papillome humain



RÉSUMÉ

Face à la lourde charge des Maladies non Transmissibles (MNT), des engagements ont été par les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de plusieurs rencontres aux niveaux mondial et régional. A cet effet, il y a eu la Déclaration de Brazzaville et l'Engagement de Luanda sur les MNT, ainsi que les stratégies adoptées par le Comité régional sur ces pathologies. Pour matérialiser ces engagements, l'OMS a élaboré des politiques et stratégies à l'échelle de la population visant à agir sur les facteurs de risque des MNT et des stratégies individuelles pour la prévention et la prise en charge de ces maladies. Le cancer, deuxième cause de décès dans le monde, est responsable d'environ 10 millions de décès par an. Près de 70% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible et ou intermédiaire.

Au Sénégal, l'incidence et la mortalité liées aux cancers sont en augmentation ; les cancers y sont devenus un véritable problème de santé publique. En effet, selon les estimations du CIRCe n 2022, il est attendu chaque année 11841 nouveaux cas de cancer avec 8134 décès.

Les cinq cancers les plus fréquents durant cette même période sont ceux du col de l'utérus (17,4%), du sein (15,5%), du foie (9,7%), de la prostate (7,7%) et de l'estomac (5,7%).

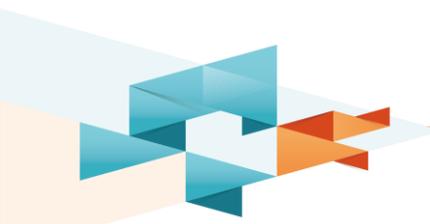
En pédiatrie, 185 nouveaux cas de cancers de l'enfant ont été diagnostiqués en 2023 avec environ 150 enfants suivis régulièrement. Les cancers les plus fréquents chez les enfants sont les leucémies lymphoblastiques aiguës, le néphroblastome, le rétinoblastome, le lymphome de Burkitt et le lymphome de Hodgkin.

Pour faire face à l'ampleur du cancer, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a élaboré ce présent Plan quinquennal de lutte contre le cancer pour la période 2025-2029 d'un montant de **Frs CFA**. Ce plan repose sur cinq axes stratégiques :



1. **Prévention** : sensibilisation, vaccination, dépistage des lésions précancéreuses, réglementation contre les substances toxiques et promotion d'environnements sains.
2. **Diagnostic et traitement** : renforcement des ressources humaines qualifiées, harmonisation des procédures, accès aux médicaments et équipements, et gestion de la qualité.
3. **Soins palliatifs et soutien psychosocial** : garantir un accès équitable grâce à la formation, aux équipements nécessaires et à la disponibilité des médicaments.
4. **Registre du cancer et recherche** : collecte et analyse des données, développement de la recherche pour une médecine fondée sur des preuves.
5. **Gouvernance** : renforcement de la coordination et du financement de la lutte contre le cancer.

Ce plan met l'accent sur une démarche inclusive et multisectorielle pour impacter l'ensemble des cancers tout en priorisant les cancers évitables.





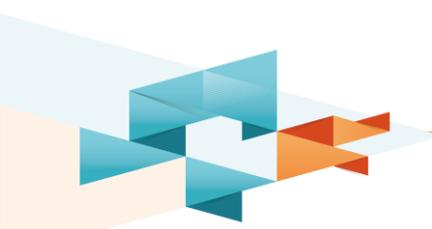
REMERCIEMENTS

La réalisation de ce plan Stratégique est le fruit d'efforts concertés de la part de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de la Lutte contre le cancer. L'élaboration de ce document a suivi une démarche participative et consensuelle à travers plusieurs étapes impliquant les principaux acteurs.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale exprime sa gratitude envers les personnes, organisations et institutions ayant contribué à ce document, qui propose une stratégie nationale pour minimiser l'impact croissant du cancer au Sénégal sur la période 2025-2029. Ce plan incarne une vision commune et une volonté partagée d'agir efficacement contre le fardeau du cancer.

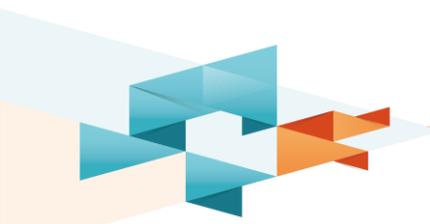
La rédaction de ce plan a été pilotée par la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, sous la supervision du Directeur Général de la Santé Publique. Le Ministère adresse des remerciements particuliers au groupe d'élaboration :

- ◇ Professeur Ousmane CISSE, Directeur Général de la Santé Publique ;
- ◇ Docteur Mamadou Moustapha DIOP, Directeur de la lutte contre la Maladie ;
- ◇ Docteur Babacar GUEYE, Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques ;
- ◇ Docteur Malick ANNE, Chef de la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT) ;
- ◇ Docteur Ndeye Mbombe DIENG, Chef du bureau de lutte contre le cancer de la DLMNT ;
- ◇ Professeur Aida KANOUTÉ, Direction de la Lutte contre la maladie ;
- ◇ Docteur Seynabou MBOW, Chef du bureau de lutte contre les Maladies cardiovasculaires et métaboliques de la DLMNT ;
- ◇ Docteur Khardiatou BARRO, Chef du bureau suivi-évaluation de la DLMNT ;
- ◇ Docteur Seynabou NDIAYE, Chef du bureau Logistique de la DLMNT ;
- ◇ Docteur Teddy DRAMÉ, Spécialiste en Santé publique ;
- ◇ Docteur Ndoumbé SOW, Spécialiste en Santé publique ;
- ◇ Docteur Mame Coumba Madeleine SOW, Responsable du bureau Gestion, Approvisionnement et Stock DLM ;



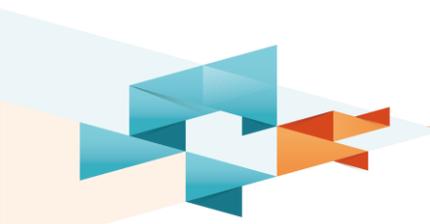


- ◇ Docteur Mariama THIAM, Division Santé Bucco-dentaire ;
- ◇ Monsieur Tidiane BADJI, Chef du bureau communication et partenariat de la DLMNT ;
- ◇ Madame Khady NDAO, Bureau de lutte contre le cancer de la DLMNT ;
- ◇ Madame Diambogne NDOUR, bureau Suivi-évaluation de la DLMNT ;
- ◇ Madame Awa Salla DIOP GNING, bureau de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et métaboliques de la DLMNT ;
- ◇ Madame Yaye Fatou NDIAYE, bureau de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et métaboliques de la DLMNT ;
- ◇ Madame Nogaye SOW, bureau de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et métaboliques de la DLMNT ;
- ◇ Madame Ndeye Fatou SOW KEBE, bureau communication et partenariat de la DLMNT ;
- ◇ Madame Oulimata Louise Marie SENE, bureau communication et partenariat de la DLMNT ;
- ◇ Madame Khadidiatou WONE, bureau de lutte contre le cancer de la DLMNT ;
- ◇ Madame Anta NDIAYE CISSE, Assistante de la DLMNT ;
- ◇ Docteur Khady SECK, Chef Cellule Santé communautaire ;
- ◇ Docteur Ablaye DIAW, Chef Division Planification à la Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques ;
- ◇ Docteur Pape Birane MBODJ, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;
- ◇ Madame Aissatou SALL FALL, Cellule informatique du MSAS ;
- ◇ Docteur Oumar BÂ, Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Tabac ;
- ◇ Docteur Mame Mbayame DIONE, Programme National de Lutte contre le Tabac ;
- ◇ Docteur Lamtoro Mamadou SECK, SEN-Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ;
- ◇ Docteur Pape Laity GNINGUE, SEN-Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ;
- ◇ Docteur Youssouph TINE, Directeur régional de la Santé de Ziguinchor ;
- ◇ Docteur Amadou Yéri CAMARA, Directeur régional de la Santé de Sédhiou
- ◇ Docteur Bayal CISSE, Directeur régional de la Santé de Tambacounda ;
- ◇ Docteur Cheikh Sadibou SENGHOR, Directeur régional de la Santé de Louga ;
- ◇ Professeur Mamadou MBODJ, Chaire de médecine nucléaire ;
- ◇ Professeur Mamadou Moustapha DIENG, Chaire de Radiothérapie ;





- ◇ Professeur Ahmadou DEME, Chaire de Cancérologie ;
- ◇ Professeur Papa Macoumba GAYE, Directeur de l'Institut Africain contre le Cancer ;
- ◇ Professeur Cherif DIAL, Chaire d'anatomo-pathologie ;
- ◇ Professeur Paule Aida NDOYE ROTH, Chaire d'Ophtalmologie ;
- ◇ Professeur Fatou Samba NDIAYE, Hématologie Dalal-Jamm ;
- ◇ Professeur Awa Oumar TOURE, Chaire d'hématologie ;
- ◇ Professeur Omar GASSAMA, Gynécologue, Président de la Société Sénégalaise de Colposcopie et de Pathologie liée au Papillomavirus (SSCPP) ;
- ◇ Professeur Adama FAYE, Institut de Santé Et de Développement (ISED) ;
- ◇ Professeur Ibrahima KÂ, Chirurgien à HOGIP ;
- ◇ Professeur Baye Karim DIALLO, Chaire d'ORL ;
- ◇ Professeur Khady Thiam, Pneumologie Fann ;
- ◇ Professeur Sidi Ka, Président de la Société Sénégalaise de Cancérologie (SOSECAN) ;
- ◇ Professeur Coumba THIANDOUME, Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche de l'Innovation (MESRI)/NLO AIEA ;
- ◇ Professeur Soukeye DIA TINE, MESRI
- ◇ Professeur Cheikh Sadibou TALL, Autorité Sénégalaise de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (ARSN) ;
- ◇ Professeur Linda BENTEFOUET, Chef service Anatomo-pathologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès ;
- ◇ Docteur Ousmane DIENG, Gynécologue, Secrétaire Général de la SSCPP ;
- ◇ Docteur Doudou Diouf, Oncologue médical Institut Joliot-Curie HALD ;
- ◇ Docteur Marième DIAGNE, Oncologue médical Hôpital Principal de DAKAR ;
- ◇ Docteur Fatou Bintou DIAGNE AKONDÉ, Oncopédiatre HALD ;
- ◇ Docteur Mame Ndella Diouf, Oncopédiatre HALD ;
- ◇ Docteur Lamine GUEYE, Gynécologue, Centre Hospitalier Régional de Thiès ;
- ◇ Docteur Serigne NIANG, Personne ressource du Registre du Cancer ;
- ◇ Docteur Aminata Sophie COULBARY, Anesthésiste- réanimateur, Présidente Association Sénégalaise de Soins Palliatifs ;
- ◇ Docteur Coumba GUEYE, Responsable de l'unité de soins palliatifs de l'Institut Joliot-Curie HALD ;





- ◇ Docteur Matar MBAYE, Pharmacien HALD ;
- ◇ Docteur Boubacar SOW, Clinique Madji ;
- ◇ Madame Ndialou BATHILY, Clinique Madji ;
- ◇ Monsieur Saliou TALL, Directeur de l'Hôpital Général Idrissa POUYE (HOGIP) ;
- ◇ Monsieur Moussa Sam DAFF, Directeur de l'hôpital Dalal-Jamm ;
- ◇ Monsieur Abdourahmane TRAORE, Bureau Régional de l'Education et de l'Information Pour la Santé de Saint-Louis ;
- ◇ Madame Mariama LY AW, Coordinatrice de la Santé de la Reproduction de la Direction régionale de la Santé de Dakar ;
- ◇ Docteur Fatma GUENOUNE, Présidente de la Ligue Sénégalaise contre le Cancer (LISCA) ;
- ◇ Monsieur Mansour NIANG, Secrétaire Général de la LISCA ;
- ◇ Docteur Mady BA, Organisation Mondiale de la santé (OMS) ;
- ◇ Docteur Mame Ndioro FAYE LY, OMS ;
- ◇ Docteur Joseph SILVA BARBOZA, Directeur pays de l'ONG INTRAHEALTH ;
- ◇ Docteur Evariste LODI, Conseiller Technique Principal de Luxdev ;
- ◇ Docteur Shinichiro NODA, Conseiller Technique de la coopération japonaise ;
- ◇ Docteur Karim SECK, Consultant Novartis ;
- ◇ Madame Deguene NDIAYE, Assistante technique de la coopération japonaise ;
- ◇ Madame Ida Rose NDIONE, PATH ;
- ◇ Madame Marième DIALLO, Clinton Health Access Initiative (CHAI);
- ◇ Madame Blandine BOURGOIN, CHAI;
- ◇ Madame Kawtar AID, NOVARTIS ;
- ◇ Experts AIEA et OMS
 - ◆ Monsieur Giovanni SAPORITI, AIEA ;
 - ◆ Monsieur Francesco GIAMMARILE, AIEA ;
 - ◆ Monsieur Alfredo POLO, AIEA ;
 - ◆ Professeur Salah Eddine BOUYOUCEF, AIEA ;
 - ◆ Docteur Idrissa TALLA, consultant OMS ;
 - ◆ Docteur Guy NDA, Expert en registre et surveillance du cancer (Cote d'Ivoire) ;
 - ◆ Professeur Namory KEITA, Expert en détection précoce du

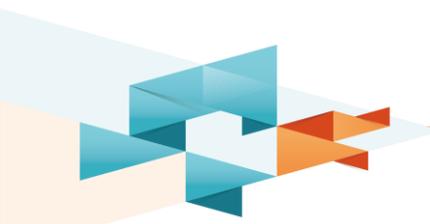




cancer (Guinée) ;

- ◆ Docteur Glenn MBAH, Expert en cancer pédiatrique (Cameroun) ;
- ◆ Docteur Dillé ISMOUHA /IST/OMS/AFRO ;
- ◆ Docteur Andre ILBAWI, OMS Genève ;
- ◆ Docteur Felipe ROITBERG, OMS Genève ;
- ◆ Docteur Roberta ORTIZ SEQUEIRA, OMS Genève ;
- ◆ Madame Francine Ivette KABORE, OMS Genève ;
- ◆ Monsieur Frank Rock Marie SANOU, OMS Genève ;
- ◆ Madame Berthe OUEDRAOGO, OMS Genève.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale adresse également ses sincères remerciements à l'OMS et l'AIEA pour leur soutien technique et financier au processus d'élaboration et de budgétisation de ce plan.





PRÉFACE



La réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer est une priorité pour l'Etat du Sénégal. Le cancer demeure un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale, et notre pays n'échappe pas à cette réalité. Malgré les efforts déployés, l'incidence et la mortalité liées au cancer restent élevées.

Depuis 2015, notre pays a renforcé la lutte contre le cancer à travers la mise en place de stratégies allant de la promotion de la détection précoce au renforcement du plateau technique pour réduire la morbi-mortalité associée à cette pathologie.

Malgré les progrès réalisés, des défis subsistent, ce qui justifie l'élaboration d'un nouveau plan quinquennal pour orienter les actions futures et atteindre les objectifs de lutte contre cette maladie.

Le plan quinquennal 2025-2029, aligné au Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 reflète la volonté de l'Etat à réduire le fardeau du cancer pour ses citoyens.

Ce plan s'appuie sur les acquis du précédent, tout en intégrant les dernières avancées scientifiques, les meilleures pratiques et les contributions des parties prenantes, tant nationales qu'internationales.

L'objectif de ce plan est de réduire la mortalité liée au cancer à travers cinq (5) axes prioritaires que sont : (i) prévention et détection précoce du

cancer ; (ii) diagnostic et traitement ; (iii) soins palliatifs-soutien ; (iv) registre et recherche sur le cancer ; (v) gouvernance de la lutte contre le cancer.

À travers la mise en œuvre de ce plan, nous nous engageons à promouvoir l'équité en santé. L'objectif est d'assurer un accès égal aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer pour tous les Sénégalais, indépendamment de leur origine sociale ou géographique. Les groupes les plus vulnérables ne seront pas laissés pour compte.

Ce plan stratégique est le résultat d'un travail consultatif impliquant tous les acteurs engagés dans la lutte contre les cancers à fort impact économique et social. Conscient de la portée positive de cette stratégie, je remercie sincèrement tous ceux qui ont contribué à sa rédaction.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA), pour leur soutien financier et technique ainsi qu'aux experts nationaux, et internationaux, à la société civile et aux divers organismes dont les efforts ont été déterminants pour l'aboutissement de ce travail.

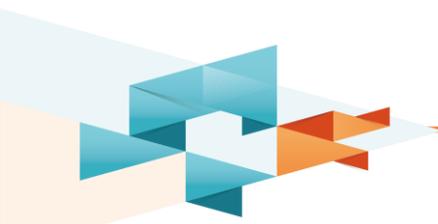
J'encourage tous les acteurs concernés à s'impliquer activement dans la mise en œuvre de ce plan pour diminuer le fardeau contre le cancer.

« Tous contre le cancer »

Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Docteur Ibrahima SY







I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les cancers constituent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur morbidité et de leur mortalité élevées. Selon le rapport GLOBOCAN 2022, environ 20 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués dans le monde, avec près de 10 millions de décès¹. Les cancers les plus fréquents étaient ceux du poumon (2,5 millions), du sein (2,3 millions), colorectal (1,9 million), de la prostate (1,5 million), et de l'estomac (1 million). Parmi eux, le cancer du poumon était la cause de décès la plus fréquente avec 1,8 millions de morts suivi des cancers du colorectum (904 019 décès), du foie (758 725 décès), du sein (666 103 décès), et de l'estomac (660 175 décès). Chez les enfants, les cancers représentent 1 à 2% de tous les cas diagnostiqués chaque année, avec 400 000 enfants âgés de 0 à 19 ans atteints dans le monde.

Situation en Afrique

En Afrique, 1 185 216 cas de cancers ont été diagnostiqués en 2022. Les types de cancers les plus courants étaient ceux du sein (198 553 soit 16,8 %), du col de l'utérus (125 699 soit 10,6%), de la prostate (103 050 soit 8,7%), du foie (73 844 soit 6,2%) et du colorectum (70 428 soit 5,9%). Chez les hommes, le cancer de la prostate prédomine (20,4%), tandis que chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent (29,2%).

En Afrique subsaharienne, environ 15 000 enfants sont diagnostiqués chaque année avec un cancer².

Situation au Sénégal

Au Sénégal, l'incidence et la mortalité liées aux cancers sont en hausse, faisant des cancers un véritable enjeu de santé publique. D'après les estimations du CIRC en 2022, 11 841

¹Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Observatoire mondial du cancer : Le cancer aujourd'hui. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer ; 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>).

²Centre international de recherche sur le cancer ; Cancer : Fiches d'information sur l'Afrique, Globocan 2020 ; <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/903-africa-fact-sheets.pdf>



nouveaux cas de cancer sont attendus chaque, avec une mortalité estimée à environ 70%. Les cinq types de cancer les plus fréquents sont ceux du col de l'utérus (2064 soit 17,4%), du sein (1838 soit 15,5%), du foie (1143 soit 9,7%), de la prostate (913 soit 7.7%) et de l'estomac (680 soit 5.7%). Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus répandu (21,4%), alors que chez les femmes, le cancer du col de l'utérus prédomine (27,3%)³.

L'absence d'un registre fonctionnel, à l'arrêt depuis 2015, limite la collecte de données exhaustives. Toutefois, certaines structures de soins, telle que l'Institut Joliot Curie (IJC) à l'hôpital Aristide Le Dantec, fournissent des données partielles. En 2020, l'IJC a diagnostiqué 1903 cas de cancer, avec une prédominance des cancers du sein et du col de l'utérus, faisant des femmes la population la plus touchée

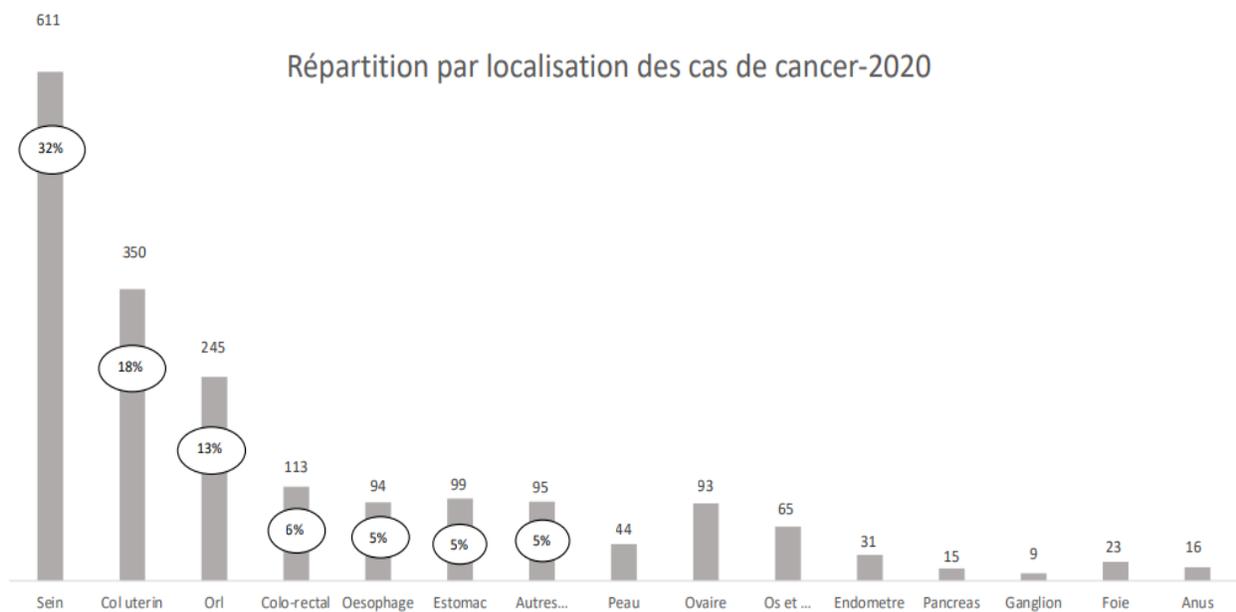


Figure 1 : répartition des cas de cancer selon leur localisation (IJC 2020)

³ Centre international de recherche sur le cancer ; Cancer : Fiches d'information sur le Sénégal, Globocan 2020 ; <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/686-senegal-fact-sheets.pdf>



En pédiatrie, chaque année, 800 à 1200 enfants souffrent de cancer au Sénégal. Cependant, seuls 200 à 250 accèdent à l'unité d'Oncologie Pédiatrique (UOP) de l'hôpital Aristide Le Dantec (actuellement délocalisée à l'hôpital Dalal-Jamm en raison des travaux de rénovation). En 2023, 185 nouveaux cas de cancer, une proportion importante d'enfants serait également touchée. En effet, chaque année, 800 à 1 200 enfants souffrent de cancer au Sénégal et seuls 200 à 250 accèdent à l'Unité d'Oncologie pédiatrique (UOP) de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, qui est actuellement la seule structure de référence pour la prise en charge des cancers de l'enfant (dont l'activité est délocalisée actuellement à l'hôpital Dalal Jamm à cause des travaux de rénovation). En 2021, 185 nouveaux cas de cancers de l'enfant pédiatriques y ont été traités.

Les leucémies lymphoblastiques aiguës, le néphroblastome, le rétinoblastome, ainsi que les lymphomes de Burkitt et de Hodgkin, sont les plus fréquents chez les enfants.

Le recours tardif aux soins et l'accès insuffisant aux soins sont des problèmes majeurs, notamment dans les pays à revenu faible et/ou intermédiaire. Tandis que les traitements sont disponibles dans plus de 90% des pays à revenu élevé, cette proportion tombe à moins de 15% dans les pays à revenu faible.

Facteurs de risque et de prévention

Plusieurs facteurs de risque contribuent à la survenue des cancers, notamment :

- Le tabagisme,
- Une alimentation malsaine,
- Une consommation nocive d'alcool,
- La sédentarité,
- La pollution atmosphérique

Dans les pays en développement, certaines infections chroniques augmentent également le risque de cancer. Près de 23% des cancers diagnostiqués dans ces pays





sont attribuables à des infections cnacérigènes, notamment *Helicobacter pylori*, du virus du papillome humain (VPH), les virus de l'hépatite B et C, et le virus d'Epstein-Barr. Chez les enfants, le VIH, le virus d'Epstein-Barr et le paludisme figurent parmi les principaux facteurs de risque.

La vaccination (contre l'hépatite B, VPH), la détection précoce et le traitement des infections chroniques jouent un rôle essentiel dans la réduction de la charge liée au cancer.⁴

Initiatives internationales et nationales

En 2017, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution "Prévention et lutte contre le cancer" exhortant les gouvernements à intensifier leurs efforts pour atteindre les objectifs du "Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles" et du "Programme de développement durable à l'horizon 2030".

Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), conformément aux directives de l'OMS et à son PNDSS 2019-2028, a fait de la lutte contre le cancer une priorité. Un plan national de lutte contre le cancer (2015-2019) a été élaboré avec l'appui des partenaires techniques et financiers ainsi que de la société civile.

Ce plan a été évalué en 2020 avec le soutien d'experts nationaux et internationaux, de l'AIEA et de l'OMS. L'évaluation a permis d'identifier les défis à relever pour améliorer la lutte contre le cancer. Pour adresser ces défis, un comité technique a été créé par note ministérielle n°000653MSAS/DGSP/DLM/DLMNT du 18 janvier 2022 pour l'élaboration d'un nouveau **plan quinquennal de lutte contre le cancer**.

⁴Organisation mondiale de la santé. Cancer de l'enfant : faits marquants ; <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>, dernière mise à jour le 12 février 2021



II. PRESENTATION DU PAYS

II.1 Situation géographique et administrative

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec un littoral occidental de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Conakry et la Guinée Bissau et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La République de Gambie, enclavée au sein du Sénégal, s'étend sur environ 300 km de long avec une largeur moyenne de 25 km⁵.

Dans le cadre de sa gouvernance, le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative, découpant le pays en 14 régions, 46 départements et 127 arrondissements. Parallèlement, une politique de décentralisation est mise en œuvre dans 601 collectivités territoriales incluant communes et départements.

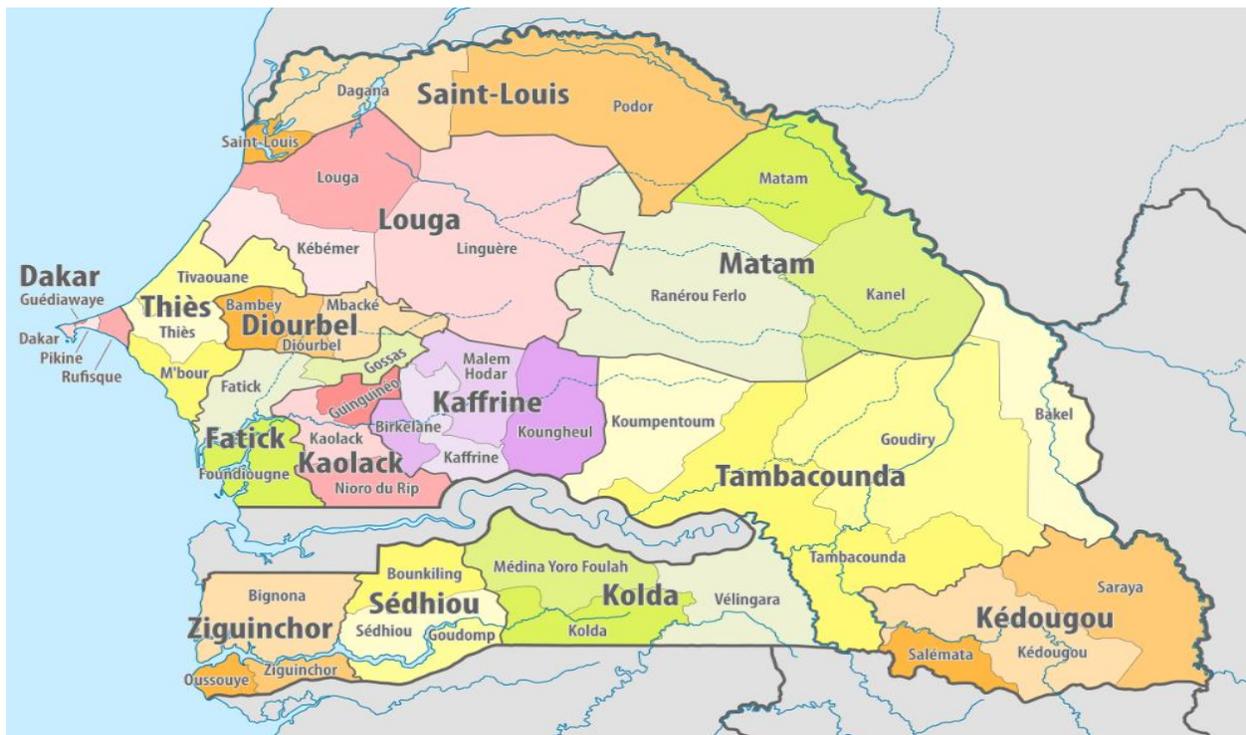


Figure 2 : Régions administratives du Sénégal

⁵ SÉNÉGAL (Afrique de l'Ouest) (continent-africain.com)





Dans cette continuité, la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014 a transformé les collectivités locales en collectivités territoriales. Celles-ci se sont vues attribuer des compétences dans neuf domaines, dont la santé. Chaque collectivité territoriale est administrée par des conseillers élus.

La loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 relative à « l'Acte III de la décentralisation » a instauré la communalisation intégrale remplaçant la région par le département en collectivité locale. Par cette réforme, l'État du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, afin de mettre en place des territoires viables, compétitifs et moteurs de développement durable. A ce titre, ces collectivités locales sont devenues des collectivités territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014. Celles-ci se sont vues attribuer des compétences dans neuf domaines, dont la santé. Chaque collectivité territoriale est administrée par des conseillers élus.

II.2 Situation démographique

Selon l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD)⁶, la population résidente au Sénégal, recensée en 2023 est de **18 032 473 habitants**, dont **8 900 614 femmes (49,4%)** et **9 131 859 hommes (50,6%)**. En 2013, elle était à **13 508 715 habitants**, soit un taux d'accroissement moyen annuel intercensitaire de 2,9%, resté constant entre les deux périodes. Avec une population **de 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988**, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de **2,7 % pour 1976-1988 et 2,5 % 1988-2002**.

- **Une population jeune et inégalement répartie**

Le Sénégal se distingue par une population très jeune : la moitié de la population a moins de 19 ans (18 ans pour les hommes, 20 ans pour les femmes). Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 39,2% de la population totale, avec une proportion

⁶<https://www.ansd.sn/Indicateur/donnees-de-population#:~:text=La%20population%20résidente%20au%20Sénégal.constant%20entre%20les%20deux%20périodes>



légèrement plus élevée chez les garçons (40,6%) que chez les filles (37,6%). En outre, les 65 ans et plus ne constituent que seul 3,8% de la population.

La répartition démographique est inégale à travers le territoire. Les plus fortes concentrations humaines s'observent à l'Ouest, au Centre et au Nord-Ouest, tandis que l'Est et le Nord-Est demeurent faiblement peuplés.

- **Densité et taille des ménages**

La densité de la population est passé de 65 habitants /km² en 2013 à 92 habitants /km² en 2023. La région de Dakar se démarque des autres avec une densité de 7 277 habitants/km², tandis que Kédougou reste la moins peuplée avec seulement une densité de 15 habitants/km².

La taille moyenne des ménages est estimée à 9 individus en 2023. Elle est moins importante à Dakar avec 6 personnes par ménage, alors que dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Matam, Kaolack et Kaffrine, elle atteint 12 individus par ménage.

II.3 Situation socio-économique

- **Une économie diversifiée mais inégalement répartie**

L'économie sénégalaise repose principalement sur l'agriculture, l'industrie, le commerce, l'élevage mais aussi les services et le secteur bancaire, avec d'importantes disparités régionales.

En 2019, l'activité économique a connu un ralentissement avec un taux de croissance de 4,4% contre 6,2% en 2018. Cette baisse est attribuable à un ralentissement de l'activité dans les secteurs: primaire (4,5% puis 8,1% en 2018), secondaire (3,7% contre 6,5% en 2018) et tertiaire (4,6% et 5,4% en 2018)⁷.

⁷Situation économique et sociale du Sénégal 2019





En 2020, selon la Banque mondiale, le produit intérieur brut (PIB) du Sénégal s'élevait à 24,9 milliards de dollars en termes courants, avec un revenu national brut par habitant de 1 430 dollars, classant le pays parmi les pays à revenu intermédiaire inférieur.

- **L'impact de la pandémie de Covid-19**

La crise sanitaire a fortement affecté l'économie sénégalaise, limitant la croissance à 1% en 2021. Les secteurs les plus touchés ont été le tourisme, le transport et l'exportation, alors que de nombreux ménages ont souffert de pertes de revenus, de l'inflation des prix intérieurs et de perturbations dans la fourniture de services essentiels.

Pour faire face à cette situation, l'Etat a mis en place un programme de résilience économique et sociale. Cependant, la pandémie a également retardé les projets pétroliers et gaziers, qui devraient contribuer aux recettes et aux exportations vers 2035⁸.

- **La persistance des inégalités et de la pauvreté**

En 2018-2019, le taux de pauvreté monétaire était estimé à 37,8%⁹ avec de fortes disparités selon les zones géographiques. La pauvreté affecte principalement la population rurale, où plus de la moitié (53,6%) vit sous le seuil de pauvreté, alors qu'en milieu urbain, elle ne concerne que deux personnes sur dix (19,8%). Par ailleurs, 75,4% des pauvres vivent en milieu rural contre 24,6% en milieu urbain¹⁰.

⁸<https://www.worldbank.org>

⁹Rapport de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM 2018/2019)
http://www.ansd.sn/index.php?option=com_rapports&view=rapports&Itemid=411

¹⁰Situation économique et sociale du Sénégal 2019



II.4 Aspects environnementaux

Le Sénégal, situé en Afrique subsaharienne, présente un climat soudano-sahélien, tropical au Sud et semi-désertique au Nord. Le pays est confronté à des problèmes environnementaux tels que l'érosion côtière et les inondations, qui peuvent être accentués par le changement climatique, avec des conséquences économiques, sanitaires et sociales majeures.

- **Dégradations environnementales et pollution**

Le littoral Sénégalais est particulièrement touché par l'érosion côtière, la dégradation des mangroves, la salinisation des terres et des eaux, la pollution chimique et industrielle, la prolifération de plantes aquatiques envahissantes. Par ailleurs, la gestion des déchets constitue un défi majeur, notamment en milieu urbain avec la présence de décharges à ciel ouvert entraîne des risques sanitaires pour la population¹¹.

- **Impact environnemental sur la Santé**

Certains facteurs environnementaux, en lien avec le changement climatique et la pollution atmosphérique peuvent favoriser l'apparition de maladie comme certains cancers. Certains sont dus à des facteurs essentiels tels que la consommation de tabac, la pollution atmosphérique dans les grandes villes et la contamination de l'eau par les pesticides¹².

Des études menées au service de pneumologie de l'hôpital Fann ont mis en évidence plusieurs facteurs déclenchants et aggravants de l'asthme dans l'environnement domestique, souvent évitables. Il s'agit de la poussière domestique, de l'encens, des

¹¹CSE (2020). Rapport du Centre de surveillance écologique

¹²DLMNT (2017). Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles 2017-2020.





insecticides, des désodorisants, de la fumée de cuisine, des animaux domestiques, des moisissures, et de certaines plantes¹³.

- **Surveillance et gestion de la qualité de l'air**

Pour mieux gérer les aspects liés à l'environnement, des organismes comme l'Agence nationale de l'aviation civile et de la météorologie (ANACIM), le Centre de gestion de la Qualité de l'Air (CGQA) et le Centre écologique assurent une surveillance continue de l'atmosphère et des conditions météorologiques.

Ces institutions suivent au quotidien différents paramètres environnementaux, afin de fournir des services adaptés au secteur de la santé et de limiter l'impact des pollutions sur la population.

II.5 Situation socio-sanitaire

Le gouvernement du Sénégal a fait de l'accès équitable à des services de santé de qualité une priorité nationale, comme décrit dans le Plan Sénégal Émergent (PSE) et le PNDSS 2019-2028.

II.5.1 Organisation administrative du système de santé et d'action sociale

Le gouvernement sénégalais a fait de l'accès équitable à des services de santé de qualité une priorité nationale conformément au PNDSS 2019-2028.

- **Organisation administrative du système de santé et de l'action sociale**

Le système de santé sénégalais repose sur une structure pyramidale, adossée à la division administrative du pays comme le montre la figure 3. Elle comprend :

- Un niveau central qui regroupe :
 - Cabinet du ministre,

¹³FPS (2013). Rapport d'études du service de pneumologie de Fann





- Secrétariat général,
- Directions générales et nationales,
- Services centraux rattachés,
- Un niveau intermédiaire avec :
 - Les Directions régionales de la Santé (DRS),
 - Les Brigades régionales d'hygiène (BRH),
 - Les Directions régionales de l'Action sociale (DRAS) ;
- Un niveau périphérique avec :
 - Les Districts sanitaires,
 - les Sous-brigades d'hygiène (SBH),
 - les Services départementaux d'action sociale (SDAS).

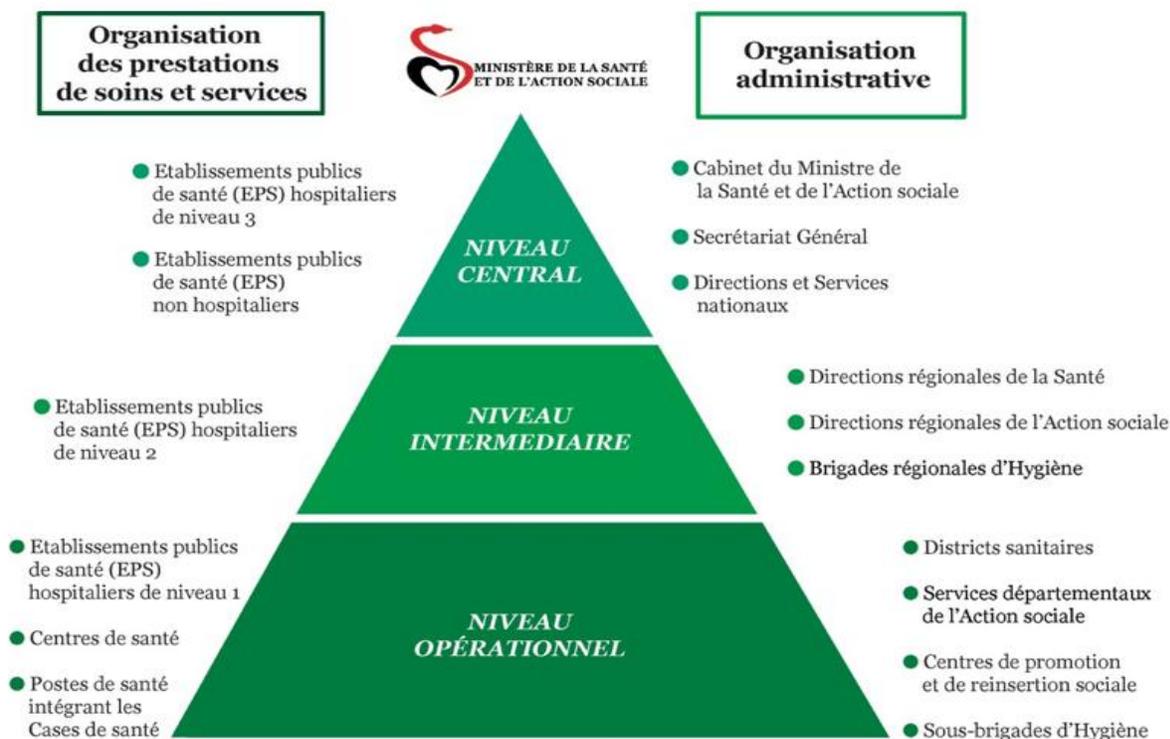


Figure 3 : Organisation du système de santé du Sénégal





II.5.2 Organisation des soins et des services de santé et d'action sociale

Pour la prise en charge des patients au niveau opérationnel, le Sénégal avait en 2021:

- 79 Districts de santé
- 128 centres de santé ;
- 1618 postes de santé ;
- 2676 cases de santé.

La figure 4 montre l'accessibilité à un service d'offre de soins primaires.

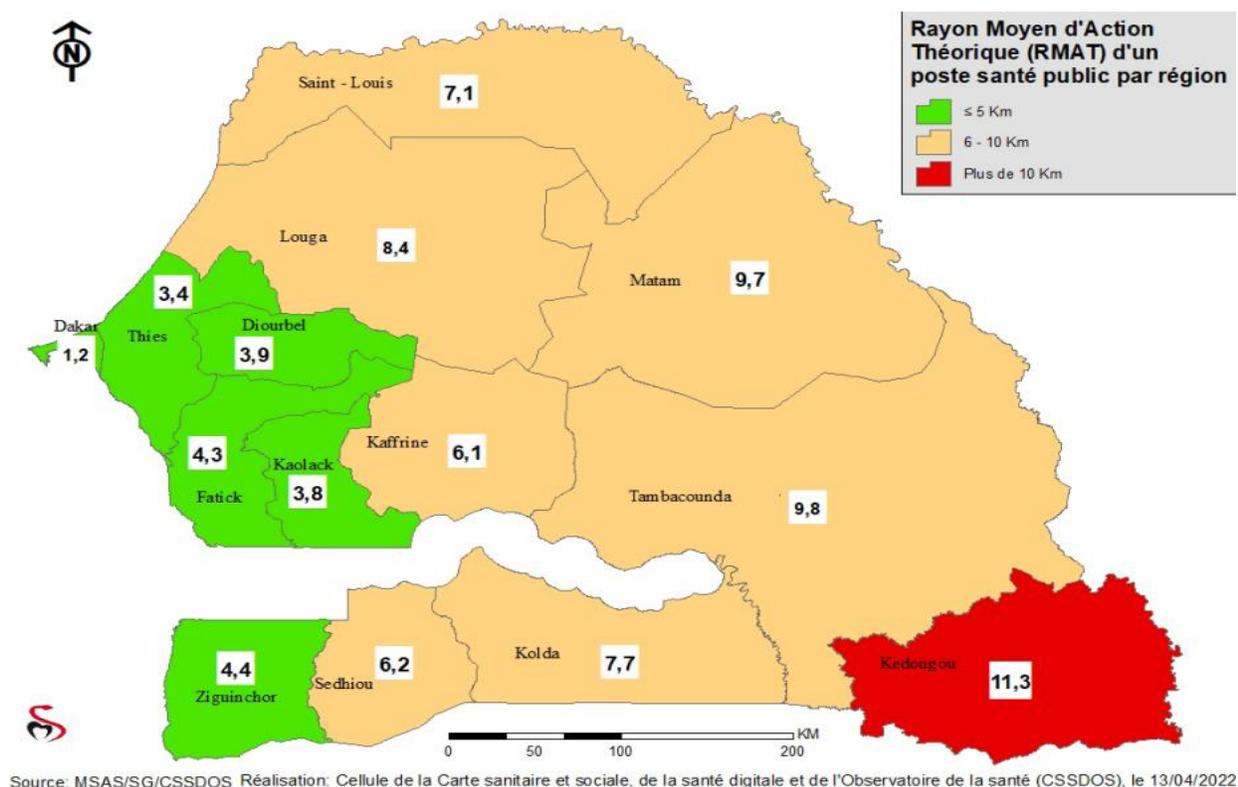


Figure 4 : Rayon d'action théorique moyen d'un poste de sante publique par région (cssdos)

Les structures d'hygiène sontt composées de : 14 BRH, 61 SBH et 12 postes d'hygiène.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, l'offre publique comprend :

- 4 Centres Nationaux de Réinsertion sociale (CNRS),



- 14 DRAS,
- 45 SDAS et
- 49 Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

Le Sénégal compte 40 Etablissements Publics de Santé (EPS), dont 36 sont hospitaliers et 04 non hospitalier.

Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux et répartis comme suit :

- EPS de niveau 1 : 9 établissements
- EPS de niveau 2 : 19 établissements
- EPS de niveau 3 : 12 établissements, présents uniquement dans les régions de Dakar et de Diourbel.

Les EPS non hospitaliers, comprennent les structures spécialisées suivantes :

- le Service d'aide médicale urgente (SAMU),
- le Centre national de transfusion sanguine (CNTS),
- le Centre national d'appareillage et d'orthopédie (CNAO) et
- la SEN-Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (SEN-PNA).

En plus de ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend également un secteur privé bien développé, tel que mis en lumière par « **Cartographie du secteur privé de la santé au Sénégal 2016-2017** ». On dénombre :

- 3 hôpitaux privés fonctionnels,
- 359 cabinets médicaux privés,
- 115 cliniques privées,
- 443 cabinets paramédicaux,
- 132 sociétés de structures et,
- 111 postes de santé privés.





II.5.3 Politique nationale de santé

Le MSAS a une longue tradition en matière de développement et de mise en œuvre d'outils de planification et de gestion axés sur les résultats. Il est important de souligner l'efficacité des cadres de coordination et de suivi du PNDSS, ainsi que l'existence de documents stratégiques qui soutiennent cette politique.

Plusieurs initiatives notables ont également été mises en place, telles que :

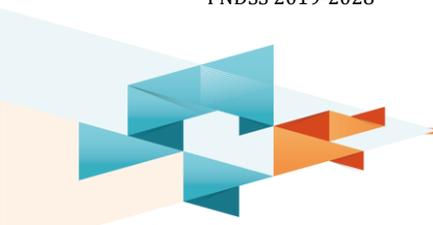
- La réforme des comités de santé et des comités de gestion qui a conduit à la création de comités de développement sanitaire (CDS) ;
- L'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire pour la période 2019-2023 ;
- La rédaction du code de la santé publique ;
- La révision du code d'hygiène ;
- L'adoption de la loi sur la couverture maladie universelle (CMU)¹⁴.

II.5.4 État de santé de la population

L'état de santé de la population sénégalaise est marqué par plusieurs défis, notamment :

- des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et infanto-juvéniles ;
- une persistance de la charge des maladies transmissibles malgré des progrès significatifs réalisés au cours des dernières décennies,
- une augmentation rapide de la charge des maladies non transmissibles, dont la plupart sont des maladies chroniques nécessitant des soins coûteux.

¹⁴PNDSS 2019-2028





II.5.4.1 Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la jeunesse

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents/jeunes une priorité. Le taux de mortalité maternelle au Sénégal est passé de 401 à 392 puis à 236 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes respectivement selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2005, 2010 et EDS-Continue 2017. Cette mortalité maternelle est principalement due aux hémorragies du post-partum (39%)¹⁵.

II.5.4.2 Maladies transmissibles

- **Paludisme**

La charge nationale du paludisme a régressé de plus de 50% entre 2009 et 2017. La prévalence chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 0,9% en microscopie. L'accès au moustiquaires imprégnée s'est considérablement amélioré :

- La proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée est passée de 73% en 2012-2013 à 84% en 2017 ;
- Le nombre moyen de moustiquaires par ménage est passé de 2,8 à 3,9 sur la même période ;
- Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) est passé de 41% à 57% au sein de la population générale.

- **Tuberculose**

L'incidence de la tuberculose, a diminué, passant de 140 cas pour 100 000 habitants jusqu'en 2016, à 122 cas pour 100 000 habitants en 2017 (Rapport OMS 2018). Cette baisse est attribuable à l'amélioration de la détection précoce et à l'orientation des cas grâce aux interventions communautaires.

¹⁵EDS-Continue 2017





- **VIH/SIDA**

La prévalence nationale du VIH/Sida chez les 15-49 ans) est passée de 0,7% en 2010-2011 à 0,5% en 2017 (EDS-C 2017). On observe des différences selon le sexe :

- Chez les femmes, elle est passée de 0,8% à 0,5%
- Chez les hommes, elle est passée de 0,5% à 0,4% .

Cette estimation relativement faible cache des disparités au niveau régional, avec une prévalence significativement plus élevée que la moyenne nationale dans les régions de Ziguinchor (1,5%), Kolda (1,5%) et Kaffrine (0,9%) et élevée chez groupes spécifiques tels que les travailleurs du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- **Hépatite**

Le Sénégal est une zone de forte endémicité pour l'hépatite B et de faible endémicité pour l'hépatite C. Des études récentes ont révélé des taux de prévalence de 8 à 9% et 2% respectivement. Grâce à la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B pratiquée depuis 1999 dans le cadre du Programme National de Lutte contre les Hépatites et l'introduction de cette vaccination dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la séroprévalence globale de l'antigène HBS a diminué de 17% à 9% entre 1999 et 2017.

- **Maladies tropicales négligées (MTN)**

Le Sénégal s'inscrit dans une dynamique de contrôle et d'élimination des maladies tropicales négligées (MTN). A cet effet, deux plans quinquennaux ont été mis en œuvre au cours de la dernière décennie. La mise en œuvre des stratégies recommandées par l'OMS pour lutter contre ces maladies a permis d'obtenir des résultats satisfaisants pour un Sénégal émergent sans MTN.



II.5.4.3 Maladies non transmissibles (MNT)

Les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de 53% des décès au Sénégal¹⁶. Ces pathologies, coûteuses, sous-diagnostiquées, insuffisamment traitées et peu contrôlées, nécessitent un traitement dure à vie.

- **Prévalence et des facteurs de risque**

L'enquête STEPS 2015 menée auprès de la population âgée de 18 à 69 ans met en évidence les tendances suivantes :

- 29,8% des adultes sénégalais sont hypertendus,
- 3,4% sont diabétiques,
- 21,1% sont en surpoids (30,3% de femmes), 6,2% sont obèses, 19% sont sédentaires,
- 67,9% consomment moins de trois (3) fruits et légumes par jour.
- 10,9% des femmes âgées de 30 à 49 ans ont bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus.

- **Prise en charge des pathologies spécifiques**

- Cancers pédiatriques : on estime entre 800 et 1 200 le nombre d'enfants atteints de cancer, mais seulement 25% d'entre eux reçoivent un diagnostic et bénéficient d'un traitement au sein de l'unité de cancérologie pédiatrique de l'hôpital Aristide Le Dantec
- Insuffisance rénale : 1 668 patients sont en attente d'une prise en charge en dialyse.

- **Santé bucco-dentaire**

Les résultats de l'enquête STEPS 2015 révèlent :

- Une prévalence des cartes estimée à 76,3%

¹⁶Rapport de l'OMS, 2021





- Un indice CAO (Carie Absente Obturée) moyen à 5,5 et
- Une proportion de 62,2% de la population sénégalaise qui n'utilisent pas les services de santé buccodentaire.

Concernant la couverture géographique, 11% des 79 districts sanitaires ne disposent toujours pas de cabinets dentaires.

- **Santé mentale**

Le Sénégal a une longue tradition d'hôpitaux psychiatriques de qualité. L'hôpital de Fann est l'un des pionniers en Afrique de l'Ouest dans la formation des psychiatres. Plusieurs stratégies communautaires ont été expérimentées pour la prise en charge des maladies mentales. Parmi ces stratégies, on peut citer les villages psychiatriques, dont Botou à Tambacounda est un exemple.

En réponse aux recommandations de l'OMS, le Sénégal s'est engagé dans un vaste projet de développement de la santé communautaire, intégrant la santé mentale. L'objectif est de renforcer les dispositifs institutionnels et sociaux afin de mieux préserver la santé mentale des populations.

- **Accès aux soins et décentralisation**

Les principaux services de psychiatrie au Sénégal sont situés dans les grandes villes. Mais plusieurs services sociaux périphériques travaillent dans l'assistance aux personnes handicapées physiques et mentales, dans l'accompagnement des usagers de drogues et dans la lutte contre les violences.

Une politique de décentralisation des soins psychiatriques est en cours, avec un renforcement du niveau communautaire pour améliorer l'accès aux soins.

II.5.4.4 Hygiène et assainissement

La situation de l'hygiène, tant individuelle que collective, reste préoccupante dans les villes et villages, malgré les efforts réalisés en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et d'hygiène. Cette précarité contribue à la persistance de maladies telles que la



diarrhée, et la pneumonie, qui, avec qui les complications néonatales figurent parmi les trois (3) principales causes de mortalité infantile dans le monde.

II.5.5 Situation sociale

Les résultats de la première enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) révèlent une amélioration des conditions de vie des populations sénégalaise, portées par les efforts du gouvernement¹⁷. Toujours selon ladite enquête, entre 2011 et 2018/2019, le taux de pauvreté est passé de 42,8% à 37,8, soit une baisse de cinq (5) points de pourcentage. Cette tendance à la baisse du taux de pauvreté dans notre pays a été observée aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, et dans l'ensemble des quatorze (14) régions. Dakar enregistre la plus forte réduction, avec un taux de pauvreté qui est passé de 14,2% en 2011 à 8,7% en 2018/2019, d'où la pertinence du choix de la territorialisation de nos politiques publiques.

Au niveau social, grâce à une politique de lutte contre la pauvreté et des inégalités, plusieurs programmes sociaux ont été mis en place pour favoriser l'équité dans l'accès aux services sociaux de base. On peut citer :

- Le Programme National de Bourse de Sécurité Familiale: depuis 2017, 316 941 ménages bénéficient d'une bourse de sécurité familiale pour un montant de 100 000 FCFA par an et par bénéficiaire;
- La Couverture Maladie Universelle (CMU) qui garantit la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (5) ans, les césariennes et les dialyses, tout en permettant aux populations les plus vulnérables d'accéder à une protection sociale.
- La carte d'égalité des chances qui a permis à plus de 64 000 personnes en situation de handicap d'accéder aux services de protection sociale.

¹⁷ANSD (2021). Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) au Sénégal



II.5.6 Ressources humaines

L'augmentation du recrutement de personnel technique a permis de renforcer la présence des prestataires de santé dans le pays. Toutefois, les ratios de couverture en personnel de santé qualifié restent insuffisants, ce qui constitue un défi majeur pour l'amélioration des services de santé.

Le tableau ci-dessous présente les ratios pour l'année 2016.

Tableau 1 : Taux de couverture en personnel de santé au Sénégal en 2021 (SOURCE 2021 HR HEALTH CARD MONITORING REPORT ANNUAL)

Catégories socioprofessionnelles	Ratio de couverture des normes nationales	Ratio de couverture
Médecin (habitants)	Selon le type de structures	1 pour 8317
IDE (habitants)	1 sur 5 000	1 pour 3185
SFE (FAR)	1 / 1500 à 2000 FAR	1 pour 1266 FAR

La répartition du personnel de santé au Sénégal est caractérisée par une forte concentration dans la région de Dakar et l'Ouest du pays, au détriment des autres régions. Cette inégale distribution se traduit notamment par une forte présence des gynécologues et obstétriciens (88%) dans la région de Dakar. Dakar compte 38% de l'effectif représenté par les médecins compétents en soins obstétricaux d'urgence (SOU), les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes d'État. La région de Thiès arrive loin derrière Dakar avec 10,7% des effectifs¹⁸.

La situation est encore plus préoccupante pour les autres spécialités médicales. La pénurie de cardiologues, néphrologues, neurologues, pneumologues, pédiatres, hématologues, diabétologues, et oncologues constitue un défi majeur pour l'offre de

¹⁸CSDOSS (2019). Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire.





soins dans le pays, limitant l'accès à des traitements spécialisés en dehors de la capitale,

Concernant les soins curatifs de consultation primaire (Assistant Infirmier d'État, Infirmier Diplômé d'État, Infirmier Breveté), Dakar concentre 38,9% du personnel, suivie par Thiès (9,8%), Ziguinchor (8,0%) et Diourbel (6,7%). A l'inverse certaines régions comme Kédougou (1,4%) et Sédhiou (1,8%) souffrent d'un véritable manque de professionnels de santé, accentuant mes inégalités d'accès aux soins de base.

Le secteur privé, demeure insuffisamment intégré dans le maillage sanitaire national. Son apport potentiel en matière de couverture sanitaire est sous-exploité du fait d'une insuffisance dans la coordination avec le secteur public. De plus le manque de contrôle et de suivi des services privés empêche une régulation optimale et une prise en compte exhaustive de leurs contributions dans les indicateurs de santé publique (données et contribution du secteur insuffisamment intégrées dans le calcul et l'analyse des indicateurs).

III. ANALYSE DE LA SITUATION

III.1 Épidémiologie descriptive

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans le monde, étant responsable d'environ 10 millions de décès en 2022, soit un décès sur six¹⁹. Près de 70 % des décès liés au cancer surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

D'après l'OMS, environ un tiers des décès par cancer sont attribuables à cinq principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un indice de masse corporelle élevé, une mauvaise hygiène diététique, la sédentarité, le tabagisme et la consommation d'alcool²⁰.

¹⁹Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Observatoire mondial du cancer : "Le cancer aujourd'hui". Lyon : Centre International de Recherche sur le Cancer, 2022 (<https://gco.iarc.fr/today>)

²⁰ Organisation Mondiale de la Santé. Principaux faits sur le cancer dans le monde, ses causes, ses facteurs de risque, les traitements existants et sur les recommandations de l'OMS.2022 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer> , consulté en juin 2022)



Face à cette situation, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2017 la résolution WHA70.12 sur la « lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée ». Cette résolution invite les Etats membres et l'OMS à intensifier leurs actions pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'action mondial contre les MNT et le Programme de développement durable de l'ONU à l'horizon 2030, visant à réduire la mortalité due au cancer²¹.

Aujourd'hui, 30 à 50 % des cancers pourraient être évités grâce à la prévention et à la réduction des facteurs de risque à travers la mise en place de stratégies de prévention efficaces. Le dépistage précoce et une prise en charge adaptée des patients jouent également un rôle clé dans la lutte contre cette maladie²².

L'OMS recommande une approche globale qui inclut la prévention, le diagnostic précoce, les soins et le soutien aux patients. La prévention demeure la stratégie la plus efficace pour réduire l'impact des MNT, nécessitant un investissement suffisant dans des mesures coordonnées afin de limiter l'exposition de la population aux facteurs de risque et ainsi réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au cancer.

- **Situation au Sénégal**

Au Sénégal, selon les estimations du GLOBOCAN, en 2022, environ **11 841** nouveaux cas de cancer sont attendus chaque année. La **figure 5** illustre la répartition des nouveaux cas et des décès selon la localisation des cancers.

²¹ Organisation Mondiale de la Santé. 70ème Assemblée Mondiale de la Santé, Résolution WHA70.12 : « lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée ». Mai 2017

²² Organisation Mondiale de la Santé. Principaux faits sur le cancer dans le monde, ses causes, ses facteurs de risque, les traitements existants et sur les recommandations de l'OMS.2022 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer> , consulté en juin 2022)

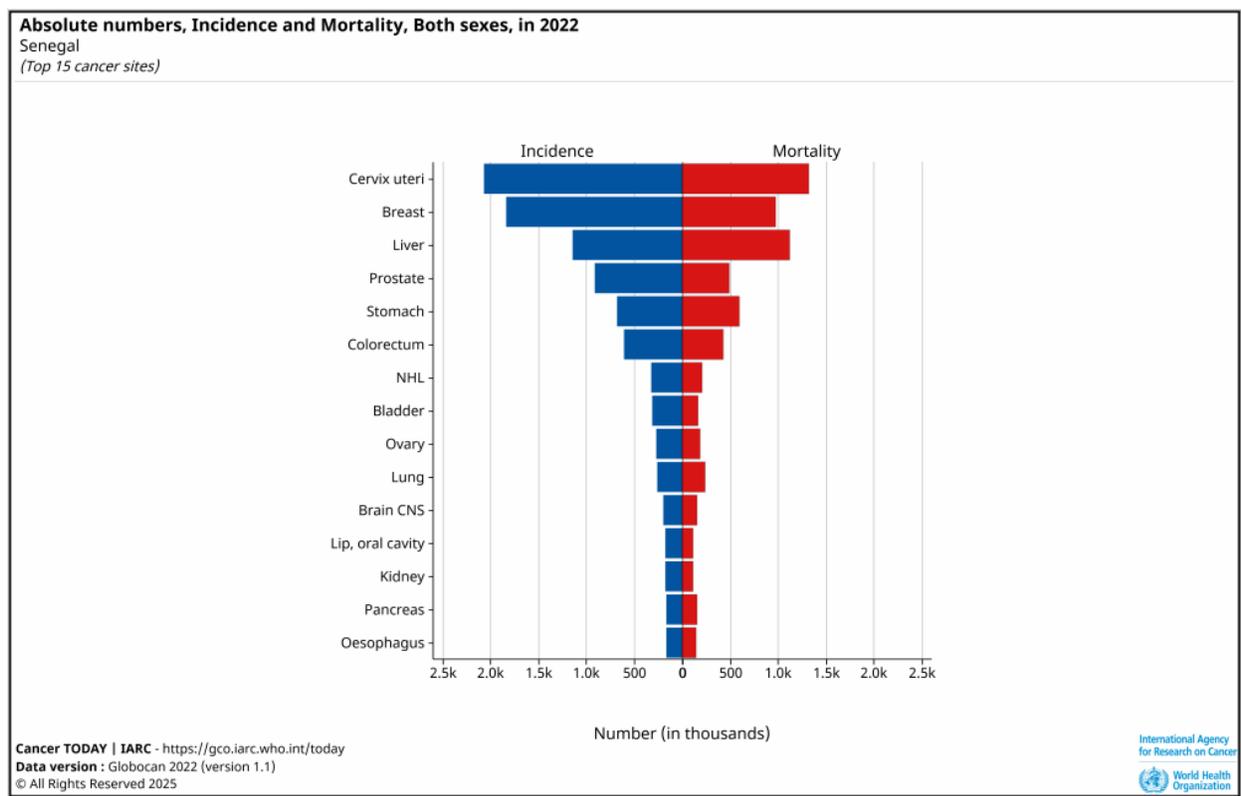


Figure 5 : Incidence et mortalité des cancers par localisation au Sénégal selon les estimations du CIRC en 2022

L'Institut Joliot-Curie (IJC), principal centre de référence pour la prise en charge des cancers dans le pays, a recensé **1 903** cas de cancers en 2020. A l'hôpital Dalal Jamm, **1 000 nouveaux patients** ont été traités en radiothérapie entre 2018 et 2021 et **151** en chimiothérapie en 2021. Par ailleurs, **281** interventions chirurgicales ont été réalisées pour les cancers en 2020 et **108** en 2021.

Au niveau de l'EPS de Saint-Louis, **369 patients** atteints de cancer ont été pris en charge entre 2020 et 2021.

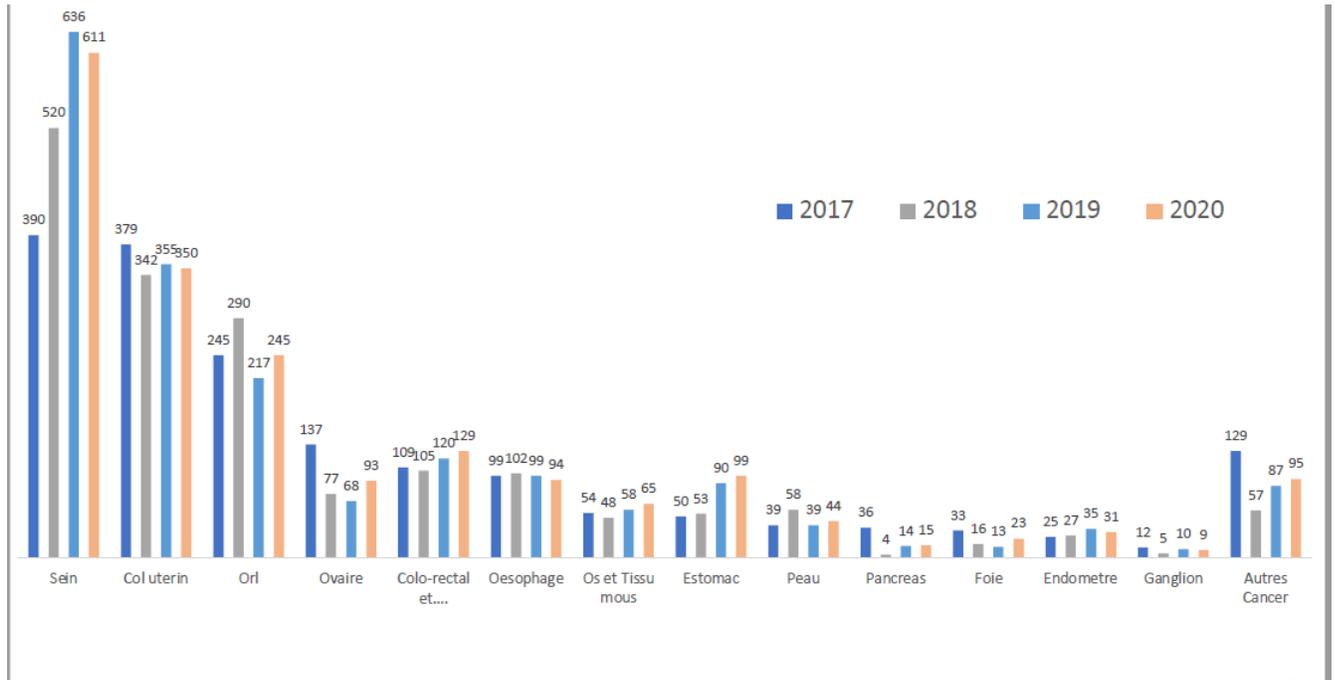
III.1.1 Chez les adultes

D'après les estimations de GLOBOCAN 2022, les cinq (5) cancers les plus fréquents chez l'adulte sont ceux du col de l'utérus, du sein, du foie, de la prostate et de l'estomac.





Les données parcellaires du registre de l'IJC montrent une prédominance du cancer du sein, suivi de ceux du col de l'utérus, des cancers ORL, de l'ovaire et du colorectum. La **Figure 6** illustre l'évolution des cas de cancer diagnostiqués par l'IJC entre 2017 à 2020.



Source : Institut Joliot Curie

Figure 6 : Évolution des cas de cancers diagnostiqués à l'institut joliet curie de 2017 à 2020

Toutefois, les données de l'IJC ne peuvent pas être extrapolées à l'échelle nationale car d'autres structures hospitalières spécialisées prennent également en charge les cancers, notamment en hématologie, pneumologie, gastro-entérologie...

A l'hôpital Dalal Jamm, les cancers les plus fréquemment traités en radiothérapie sont les cancers du col de l'utérus (33%), du sein (19%), des voies ORL (17%), de l'œsophage (10%), et du larynx. Il est à noter que 70% des patients traités par radiothérapie sont diagnostiqués à un stade avancé, ce qui complique la prise en charge.





Entre 2020 et 2021, le CHR de Saint- Louis a principalement traité des adénocarcinomes (54%), des carcinomes épidermoïdes (42%), ainsi que des lymphomes (2%) et des sarcomes (2%).

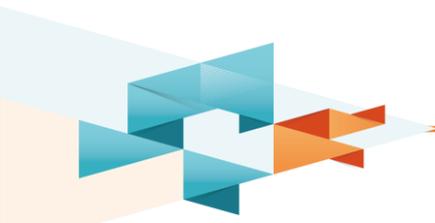
III.1.2 Chez l'enfant

L'oncologie pédiatrique occupe une place essentielle dans les services de pédiatrie. Au Sénégal, le nombre de nouveaux cas de cancer pédiatrique est estimé entre **800 et 1200** par an. Toutefois, seule une partie de ces enfants, soit environ **200** ont accès à l'unité d'oncologie pédiatrique (UOP) de l'HALD.

Créée en 2000 au sein du service de pédiatrie de l'HALD, l'UOP a pour objectif d'organiser et d'améliorer la prise en charge des cancers pédiatriques. Elle est affiliée au Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP), un réseau regroupant des spécialistes de 18 pays du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne. Sa mission principale est de développer et de soutenir des unités de soins dédiées à l'oncologie pédiatrique.

Entre 2000 et 2023, l'UOP a pris en charge un total de **3247 enfants** atteints de cancer. Les pathologies les plus fréquentes incluent les leucémies aiguës, le néphroblastome, le rétinoblastome, ainsi que les lymphomes de Burkitt et de Hodgkin.

La Figure 7 illustre la répartition des cas de cancers diagnostiqués à l'UOP entre 2016 et 2020 selon le type de cancer.



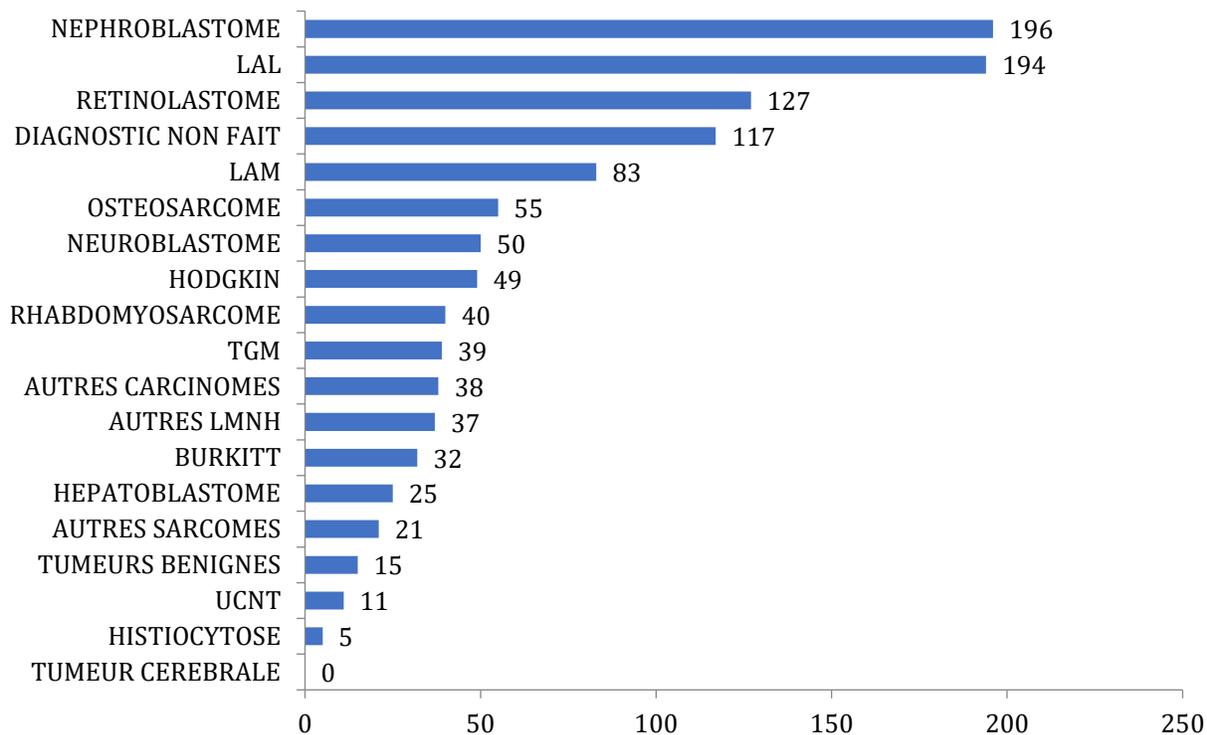


Figure 7 : Répartition des cas de cancers de l'enfant diagnostiqués à l'UOP de l'HALD entre 2016 et 2020 (N=1134)

Depuis l'adhésion du Sénégal au GFAOP en 2000 et la mise en place de la subvention de la chimiothérapie en 2019, l'accès au diagnostic et au traitement des enfants atteints de cancer s'est considérablement amélioré pour de nombreux enfants, entraînant une hausse du taux de survie.

Le **tableau 2** présente la répartition des enfants traités par type de cancer en 2020 et 2021, ainsi que leurs taux de survie.





Tableau 1 : Répartition du nombre d'enfants traités par type de cancer en 2020 et 2021 (Source REDCAP UOP DAKAR)

Type de cancer	2020	2021	Taux de survie	Survie Globale
Néphroblastome	40 (20,2%)	37 (16%)	60%	52%
Leucémies lymphoblastiques aiguës	54 (27,3%)	33 (14,2%)	31%	
Rétinoblastome	26 (13,1%)	31 (13,4%)	31%	
Lymphome de Burkitt	16 (8,1%)	17 (7,3%)	60%	
Le lymphome de Hodgkin	10 (5,1%)	6 (2,6%)	70%	
Gliomes de bas grade				

III.2 Épidémiologie analytique

Le cancer résulte de la transformation progressive d'une cellule normale en une cellule tumorale. Ce processus de transformation se déroule en plusieurs étapes, allant d'une lésion précancéreuse à une tumeur maligne. Bien que les causes exactes du cancer ne soient pas toujours connues, plusieurs facteurs de risque susceptibles de favoriser son apparition ont été identifiés²³. Ces facteurs sont classés en différentes catégories selon leur nature et leur impact sur l'organisme. Les facteurs de risque connus sont :

- **Facteurs liés au mode de vie**

Les comportements et habitudes de vie ont un impact majeur sur le risque de développer un cancer. Parmi les principaux facteurs de risque modifiables²⁴,

²³ Organisation Mondiale de la santé. Cancer : principaux faits. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

²⁴ Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Les facteurs de risque du cancer. <https://www.fondation-arc.org/cancer/facteurs-risque-cancer>. Consulté le 2 juin 2022





- Le tabagisme : il constitue l'un des principaux facteurs de risque évitables. La consommation de tabac est impliquée dans plusieurs types de cancer, notamment ceux du poumon, de la gorge et de la vessie.
- L'alimentation : une consommation excessive d'aliments riches en graisse, en sel ou en sucres, associée à une faible consommation de légumes, peut favoriser l'apparition de certains cancers.
- L'alcool : une consommation excessive d'alcool est un facteur de risque pour les cancers du foie, de l'œsophage et des voies respiratoires supérieures,
- La sédentarité ; le manque d'activité physique est également un facteur aggravant, augmentant le risque de cancers du colon, du sein et d'autres organes.

- **Facteurs environnementaux et professionnels**

L'environnement et les conditions de travail peuvent contribuer à l'apparition de cancers. Parmi les principaux facteurs de risque figurent la pollution atmosphérique, l'exposition aux pesticides et aux produits chimiques, ainsi que le contact professionnel avec des substances cancérigènes telles que l'amiante, le radon, ou la silice...

L'impact de la pollution atmosphérique, chimique et électromagnétique sur la santé et la survenue de cancers reste une préoccupation majeure, car un lien a été scientifiquement établi.

Au Sénégal, malgré le manque de données, des lois existent pour protéger l'environnement²⁵.

²⁵ Loi 2001-01 du 15 janvier 2001 portant code de l'environnement





Toutefois, l'utilisation de pesticides dans l'agriculture, qu'elle soit alimentaire ou non est fortement impliquée dans l'apparition de certains cancers et contribue à la dégradation de l'environnement²⁶

- **Facteurs infectieux**

Certaines infections chroniques jouent un rôle clé dans le développement du cancer, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2018, environ 13% des cancers diagnostiqués étaient attribuables à des infections cancérogènes, notamment celles causées par :

- Helicobacter pylori : associé au cancer gastrique
- Papillomavirus humain (HPV) : responsable du cancer du col de l'utérus et d'autres cancers
- Virus de l'hépatite B et C : impliqué dans le cancer du foie,
- VIH: cette infection multiplie par 6 le risque du cancer du col de l'utérus et favorise d'autres cancers comme le sarcome de Kaposi
- Virus Epstein- Barr : associé à certains cancers, notamment le lymphome de Burkitt.

- **Facteurs biologiques et génétiques**

Le risque de cancer augmente avec l'âge en raison de l'accumulation progressive de mutations génétiques. Environ 5 à 10% des cancers sont liés à une prédisposition génétique. Certaines formes familiales existent pour certains cancers fréquents comme ceux du sein et du côlon.

- **Autres facteurs**

²⁶ <https://www.fondation-arc.org/cancer/facteurs-risque-cancer>



L'amiante est l'un des agents cancérigènes les plus connus, mais d'autres substances et facteurs environnementaux jouent également un rôle significatif. Parmi eux, on retrouve :

- les rayonnements ionisants : ils induisent des mutations génétiques favorisant la transformation des cellules normales en cellules tumorales.
- le radon, la silice, les métaux lourds et les hydrocarbures aromatiques polycycliques : Ces substances augmentent le risque de cancers professionnels.
- Les particules fines de diesel et certains gaz toxiques (dont le dioxyde de carbone) : leur exposition prolongée est incriminée dans le développement de divers cancers.
- Les ondes électromagnétiques : bien que les preuves scientifiques restent limitées, certaines études suggèrent un lien possible avec certains types de cancers.

Chez l'enfant, Les facteurs de risque sont principalement génétiques et infectieux, les expositions environnementales ayant un impact moindre sur le développement du cancer à un jeune âge.

III.3 Politique de lutte contre le cancer

Dans le cadre de son agenda de transformation Sénégal 2050, le pays s'engage activement dans la lutte contre le cancer à travers une série de réformes visant à améliorer son système de santé. Cette ambition se traduit par la ratification de plusieurs textes internationaux, dont la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et les objectifs de Développement Durables (ODD).

En cohérence avec ces engagements, le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028) vise à instaurer un système de santé universel d'ici 2030. Le





Sénégal participe également à plusieurs initiatives internationales, dont :

- la stratégie mondiale de l'OMS pour l'élimination du cancer du col de l'utérus et fait partie des pays sélectionnés pour mettre en œuvre
- l'Initiative mondiale contre le cancer de l'enfant, pour laquelle le pays fait partie des pays sélectionnés pour mettre en œuvre,
- l'initiative "Rays of Hope" de l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA), axée sur le renforcement des infrastructures et de la réglementation en matière de radiothérapie et de médecine nucléaire.

Sur le plan national, le MSAS, à travers la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT), a élaboré un premier plan stratégique contre le cancer (2015-2019), accompagné d'un plan de communication et des plans d'action pour la lutte contre les cancers gynécologiques et infantiles. Cependant, la mise en œuvre de ces actions a été freinée par un financement insuffisant, limitant leur impact.

Pour relever ces défis, un renforcement du financement et des infrastructures reste essentiel pour assurer une lutte efficace et durable contre le cancer au Sénégal.

III.4 Statut de la lutte

En 2020, grâce à la collaboration avec le Programme d'action pour la thérapie du cancer (PACT) de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), l'évaluation du plan cancer 2015-2019 a été réalisée dans les différents domaines du continuum de soins du cancer.

III.4.1 Planification et gouvernance

La DLMNT a piloté l'élaboration du PNLCC 2015-2019, en collaboration avec des experts universitaires, la société civile et l'OMS. Un comité de pilotage a été mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre du PNLCC, mais son mandat n'a pas été formalisé et ses réunions étaient irrégulières. Le PNLCC soit accompagné d'un budget, aucune stratégie de mobilisation des ressources n'a été développée pour en garantir la mise en œuvre.





III.4.2 Enregistrement des cas de cancer

Le registre du Sénégal (RegSen), lancé en 2013 et couvrant 22,9% de la population de Dakar n'était plus opérationnel depuis 2015 en raison de contraintes techniques et budgétaires. Les collectes des données reposaient sur une approche passive, sans suivi des patients atteints de cancer et les décès n'étaient pas enregistrés.

Cependant, le registre est à nouveau opérationnel depuis le dernier trimestre de 2023 et le MSAS a recruté des registraires chargés de collecter les données avec une étroite collaboration avec les médecins référents des structures de santé.

III.4.3 Prévention primaire

Le cancer du col de l'utérus présente le taux d'incidence et de mortalité le plus élevé. Pour renforcer la prévention, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) a été introduite dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) le 31 octobre 2018.

Concernant l'hépatite B, l'intégration du VHB au PEV a débuté en 1999, et a été renforcé en 2016 avec l'introduction de la vaccination à la naissance. Grâce à ces mesures, la séroprévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) a diminué, passant de 17% en 1999 à 9,5% en 2017. En 2021, la couverture vaccinale à la naissance était de 74% contre 94% à la 14^e semaine de vie.

Le Sénégal a ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) en 2005. Toutefois l'application des réglementations adoptées reste insuffisante, en raison de moyens limités. En 2015, 6% des adultes consommaient des produits du tabac, avec une prévalence de 11% chez les hommes contre seulement 1,2% chez les femmes.

III.4.4 Détection précoce

Le dépistage du cancer du col de l'utérus était l'un des objectifs stratégiques du PNLCC (2015-2019). A cet effet, plusieurs projets pilotes ont été mis en œuvre par le ministère de la Santé en collaboration avec la société civile. Les protocoles de dépistage du cancer du col de l'utérus qui ont été adoptés ciblent



les femmes âgées de 30 à 69 ans, qui sont incitées à se faire dépister par le biais de campagnes médiatiques, de visites à domicile et des séances d'information. Cependant, en l'absence d'un système d'invitation individuelle, le dépistage demeure sporadique, reposant essentiellement sur la volonté femmes à s'y soumettre.

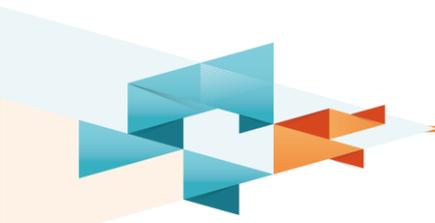
La principale méthode de dépistage est l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), mais le ministère de la santé a mené une étude pilote sur le test ADN-VPH, qui pourrait devenir la méthode de référence. La stratégie adoptée repose sur un dépistage par IVA, suivi d'un traitement sur site. En cas de lésions ne pouvant être prises en charge par thermoablation ou cryothérapie, les patientes sont orientées pour des examens plus approfondis, tels que la colposcopie et la biopsie.

S'agissant du cancer du sein, son dépistage est assuré par des campagnes ponctuelles de dépistage organisées par le Ministère et des organisations non gouvernementales (ONG). Toutefois, il n'existe pas encore de programme structuré à grande échelle.

Les normes et protocoles de détection précoce ont été élaborées et validés en décembre 2018. Le MSAS recommande :

- L'auto-examen et l'examen clinique des seins pour les femmes de 25 à 74 ans.
- La mammographie et/ou l'échographie mammaire pour mes femmes de 40 à 74 ans, ainsi qu'à partir de 35 ans en cas d'antécédents familiaux (deux ou trois cas de cancer du sein dans la famille).

Bien que la mammographie ne soit pas gratuite, elle est subventionnée dans les hôpitaux publics lors des campagnes « Octobre Rose ». En cas de diagnostic confirmé, les patientes sont prises en charge au niveau des services thérapeutiques. Depuis octobre 2019, la chimiothérapie est gratuite. Actuellement, 23 mammographes sont installés dans les principaux établissements de santé.





Par ailleurs, la consommation d'alcool est identifiée comme un facteur de risque pour plusieurs cancers, notamment ceux du côlon, du rectum, du sein, de l'œsophage, du larynx, du foie, de la bouche et de la gorge.

III.4.5 Diagnostic

La majorité des cancers sont diagnostiqués à un stade avancé, en raison d'un accès limité aux infrastructures de diagnostic. Actuellement, tous les établissements de santé offrant des services de diagnostic sont situés à Dakar, à l'exception de l'hôpital régional de Thiès, qui est la seule structure disposant d'un équipement de diagnostic, en dehors de la capitale. Les établissements (HALD, HOGIP, HPD, FANN, Dalal Jamm et CHR Thiès) prenant en charge des patients atteints de cancer évalués lors de l'examen ImPact sont disposent des principaux services de diagnostic du cancer, notamment :

- Laboratoire de biologie,
- Service d'anatomie pathologique et de cytologie
- Radiologie et endoscopie.

A l'échelle nationale, les services de radiologie sont équipés de :

- Appareils de radiologie conventionnelle,
- Appareils de radiographie, et d'échographie,
- 45 scanners,
- 4 appareils d'IRM
- 4 scanners SPECT.

Toutefois, les 12 services d'anatomie pathologique ne sont pas pleinement opérationnels en raison d'un manque d'équipements et de consommables, contraignant les chirurgiens à travailler sans rapport anatomopathologique

Enfin, le pays ne dispose que de deux services de médecine nucléaire situés à l'hôpital général Idrissa Pouye (HOGIP) et à l'hôpital Dalal-Jam.



III.4.6 Traitement

Plusieurs hôpitaux du pays disposent d'un service ou d'une unité d'oncologie pour adultes. Les principaux hôpitaux de Dakar, ainsi que les cliniques privées sont dotés de services de chirurgie.

Concernant la radiothérapie, on recense quatre départements, dont trois publics et un privé. En 2022, la région de Diourbel était la seule en dehors de Dakar, à disposer d'un service de radiothérapie. La même année, la fermeture de l'hôpital Aristide Le Dantec a entraîné l'arrêt de son appareil de radiothérapie.

Le pays dispose également de deux unités de curiethérapie, mais une seule est actuellement opérationnelle. Le personnel spécialisé est composé de 8 radio-oncologues et 11 techniciens en radiothérapie. Le coût de la radiothérapie s'élève à 150.000 francs CFA.

Lors de la pandémie de COVID-19, bien que le nombre de patients sous radiothérapie et chimiothérapie soit resté stable, une baisse a été observée dans les consultations et l'activité chirurgicale.

Le principal défi reste la capacité logistique limitée, notamment en matière d'approvisionnement en médicaments et consommables nécessaires au diagnostic et au traitement. De plus, de nombreux patients rencontrent des difficultés financières pour couvrir les frais de leur prise en charge.

III.4.7 Cancers pédiatriques

Au Sénégal, les cancers pédiatriques sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Leur prise en charge est principalement assurée à l'unité d'oncopédiatrie de l'hôpital Aristide Le Dantec. Actuellement, environ 200 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, alors que 800 à 1200 cas sont attendus, ce qui montre d'un sous-diagnostic significatif des cancers pédiatriques.



Une fois détectés, ces cancers souffrent de retards dans la programmation des consultations et des diagnostics, et le taux d'abandon du traitement est élevé. Ces difficultés sont dues à plusieurs facteurs :

- L'absence d'un système officiel d'orientation des patients,
- Un budget limité pour la prise en charge,
- Un manque de personnel médical et infirmier formé en oncologie pédiatrique.

Cependant, un programme de formation pour les médecins et les infirmières a débuté avec le soutien des partenaires.

Depuis 2019, la subvention sur les anticancéreux a rendu gratuite la chimiothérapie pour les cancers du sein et du col de l'utérus, et a facilité l'accès aux traitements pour les cancers pédiatriques, avec des régimes thérapeutiques couvrant entre 40 à 60% des besoins. Cependant, les ruptures fréquentes de médicaments anticancéreux compliquent la prise en charge. Le GFAOP soutient fortement l'activité de prise en charge des cancers de l'enfant au niveau de l'UOP.

En 2022, en raison de la réhabilitation de l'hôpital Le Dantec, l'unité d'onco-pédiatrie a été transférée à l'hôpital Dalal Jaam au sein du service de pédiatrie. Cette délocalisation a limité la capacité à offrir un service de qualité.

Un nouveau centre d'oncologie pédiatrique est en cours de construction à l'EPS1 de Mbour, afin de renforcer la prise en charge des enfants atteints de cancer en améliorant l'accès aux soins.

III.4.8 Sécurité radiologique

Le gouvernement a établi un cadre juridique pour la sécurité et le contrôle des sources de rayonnement. La législation nucléaire en vigueur a été modifiée, et un nouveau texte complet est en cours d'approbation. Les principes de sécurité, destinés à protéger les travailleurs, les patients et l'environnement contre les risques radiologiques, sont définis dans ce cadre juridique. Toutes les





installations et activités existantes ou prévues sont couvertes par la réglementation en matière de radioprotection.

L'Autorité de radioprotection et de sûreté nucléaire (ARSN), créée en vertu de la loi n° 2009-14, est chargée d'effectuer les inspections, et d'assurer le respect de la réglementation. Actuellement, plusieurs projets visant à renforcer la radioprotection professionnelle sont en cours d'examen et de finalisation.

III.4.9 Les soins palliatifs

Sur la base des données relatives à l'incidence du cancer et aux stades tumoraux, on estime que plus de 75 000 patients nécessitent des soins palliatifs. Compte tenu du nombre élevé de patients présentant un cancer à un stade avancé, le développement des soins palliatifs doit être une priorité. Au Sénégal, ces soins étaient intégrés dans le PNLCC (2015-2019), et l'Office national de lutte contre la drogue a participé à la planification des activités de soins palliatifs. Cependant, à ce jour, il n'existe pas de directives, ni de normes nationales définissant ces services.

Les soins palliatifs sont principalement dispensés à Dakar (notamment à l'Institut Joliot-Curie, à l'Hôpital Principal et à l'HOGIP. Que ce soit dans le secteur public ou privé, ces soins sont dans le cadre hospitalier en ambulatoire et à domicile. En revanche, les structures de santé primaires et communautaires ne les offrent pas. Par ailleurs, l'accessibilité à la morphine reste limitée, en raison de l'absence d'une présentation sous forme de sirop.

III.4.10 Formation théorique et pratique

Le Sénégal dispose d'un système universitaire bien développé, y compris au niveau du troisième cycle. Le pays compte cinq facultés de médecine, situées à Dakar, Thiès, Saint-Louis, Ziguinchor et Bambey. Bien que le nombre de médecins formés soit relativement important, il reste insuffisant pour répondre à la demande croissante de soins dans le pays. Actuellement, des formations spécialisées sont proposées dans 16



disciplines, parmi lesquelles l'oncologie chirurgicale, l'oncologie médicale, la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'anatomie pathologique et l'imagerie médicale.

III.5 Financement de la lutte contre le cancer

Le financement de la santé provient principalement de l'État, des partenaires techniques et financiers, des collectivités locales et des contributions des populations. Actuellement, l'État alloue 9% de son budget à la santé, un taux inférieur à la norme internationale de 15%.

Dans le cadre de la lutte contre le cancer, l'engagement de l'État s'est concrétisé par l'inscription d'une ligne budgétaire de 1,5 (d'un milliard cinq cent mille) de francs CFA destiné à la subvention des médicaments anticancéreux et traitements adjuvants. A terme, l'objectif est d'étendre la subvention totale de la chimiothérapie à l'ensemble des cancers.

Les partenaires techniques et financiers, ainsi que la société civile, jouent également un rôle clé en soutenant la promotion, la prévention, la formation continue des professionnels de santé, la formation de spécialistes, ainsi que la mise à disposition d'infrastructure, d'équipements, d'intrants et de consommables nécessaires à la prise en charge des patients atteints de cancer.

III.6 Performance

Le Plan Intégré de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PILMNT) 2017-2020 n'a pas bénéficié d'un financement dédié pour sa mise en œuvre. Cependant, grâce aux ressources nationales et au soutien des partenaires, des progrès significatifs ont été réalisés. Ainsi, les résultats suivants ont été obtenus :





Domaines d'intervention	Progrès
Prévention primaire	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction dans le PEV de la vaccination contre l'hépatite B à la naissance, le HPV chez les filles de 9 à 14 ans.
Développement des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Octroi de bourses de spécialisation en oncologie chirurgicale, radiothérapie et oncologie médicale. • Recrutement de 5 pathologistes. • Formation d'un chirurgien pédiatrique en oncologie pédiatrique • Formation des "hémato-oncologues pédiatriques • Licence d'infirmière en oncologie pédiatrique (formation de longue durée) • Formation continue pour les infirmières en oncologie pédiatrique • Formation et recrutement de 13 techniciens en radiothérapie • Formation de 3 physiciens. • Formation de 80 agents à la colposcopie.
Détection précoce	<ul style="list-style-type: none"> • Installation de 30 centres de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus • Equipement de 21 structures en appareils de mammographie • Mise en œuvre d'un programme pilote de formation sur le diagnostic précoce des cinq cancers les plus fréquents chez l'enfant dans les districts sanitaires du Sud, de Keur Massar, de Mbour et de Thiès.
Soins diagnostiques et thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> • des spécialistes en radiothérapie de première classe • Disponibilité dans le secteur public de quatre accélérateurs linéaires pour la radiothérapie • Subvention de 75% de la radiothérapie réduisant le coût à 150.000 francs CFA par cure.



Domaines d'intervention	Progrès
	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de 68 appareils de thermoablation pour les unités de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses • Subvention d'un (1) milliard de francs CFA pour la chimiothérapie depuis octobre 2019. • Subvention de 60% de la chimiothérapie pour les autres types de cancers • Décentralisation de la chimiothérapie dans les régions de Thiès et Fatick • Processus de construction d'un centre d'oncologie pédiatrique à Mbour. • Mise en œuvre de l'initiative mondiale contre les cancers de l'enfant : première vague de pays soutenus par l'OMS • Disponibilité et gratuité de la morphine sous toutes ses formes; • Renforcement des capacités de 53 prestataires en matière de soins palliatifs avec le soutien de Mercy Ships • Mise à disposition d'une unité de soins palliatifs à l'Institut Joliot-Curie de l'HALD • Création d'un Centre de référence pour le diagnostic des cancers de l'enfant (CRDCE)
Suivi et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Paramétrage des indicateurs de dépistage dans le DIHS2 et formation des prestataires de services ; • Processus de revitalisation du RegSen sur le financement national • Projet CESTAP 2019-2020
Suivi et évaluation du plan cancer	Le plan a été évalué en 2021 grâce au soutien de l'OMS et de l'AIEA.



III.7 SWOT et défis dans la lutte contre le cancer



III.7.1 Gouvernance

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la division de lutte des maladies non transmissibles depuis 2013 • Expertise en matière de cancer disponible • Existence d'un cadre multisectoriel fonctionnel pour les maladies non transmissibles. • Mise en place d'un réseau de soins en oncologie pédiatrique avec un manuel de procédures organisant les relations entre les différents acteurs. • Volonté politique démontrée par la gratuité des politiques relatives à la lutte contre le cancer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination insuffisante des activités des acteurs de la lutte contre le cancer, en particulier des organisations de la société civile et des structures privées • Non-fonctionnalité des comités de pilotage et de suivi pour la coordination du Plan • Mécanisme de suivi et d'évaluation insuffisant • Faible ancrage des organismes de lutte contre le cancer dans les administrations centrales et hospitalières • Offre insuffisante de soins en oncologie pédiatrique • Mobilisation insuffisante des programmes de responsabilité sociale • Ressources humaines insuffisantes pour la lutte contre le cancer au niveau stratégique et décentralisé • Absence d'un cadre de concertation au niveau décentralisé • Déconcentration insuffisante des soins contre le cancer • Insuffisance de la démarche qualité dans le cadre de la PEC du cancer • Insuffisance des ressources financières et humaines pour la lutte contre le cancer
DEFIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les instances nationales et régionales de coordination et de pilotage de la lutte contre le cancer. • Renforcer le financement de la lutte contre le cancer • Renforcer les ressources humaines pour la lutte contre le cancer • Renforcer le mécanisme de suivi et d'évaluation de la lutte contre le cancer 	





III.7.2 Prévention et détection précoce

FORCES

- Implication des acteurs communautaires dans les activités de sensibilisation et de recherche active des personnes perdues de vue.
- Partenariat du MSAS avec des organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le cancer
- Plate-forme technique favorable au traitement des cancers
- Réalisation d'actions de sensibilisation aux facteurs de risque dans le cadre du PNLN (2015-2019).
- Création du comité national de lutte contre le tabagisme (CNLT) le 17 mars 2015.
- Intégration de la vaccination HPV dans le PEV en 2018
- Existence d'un plan stratégique de lutte contre les hépatites virales (2019-2023).
- Existence d'un projet sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus : Care4Africa, HPV avec CHAI, Rotary, CHAIN, etc.
- Disponibilité des documents relatifs aux normes et protocoles de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein depuis décembre 2018.
- Mise à disposition d'un manuel de formation pour les acteurs de la santé communautaire sur la prévention des cancers gynécologiques.
- Offre d'un diplôme inter universitaire de formation en colposcopie et pathologie cervico-vaginale depuis 2017
- Développement d'un programme de formation sur le diagnostic précoce des cinq cancers de l'enfant les plus fréquents au niveau des districts sanitaires.

FAIBLESSES

- Absence de carte sanitaire pour la prévention et le dépistage
- Formation insuffisante des prestataires de services en matière de prévention, de détection précoce, de diagnostic et de traitement des cancers.
- Faible financement des activités de communication
- Formation insuffisante des acteurs communautaires
- Insuffisance des campagnes antitabac
- Faible couverture vaccinale contre le VPH
- Pénurie fréquente d'intrants pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Insuffisance des activités de dépistage du cancer au niveau des structures
- Formation insuffisante des acteurs communautaires à la prévention du cancer



-
- Début de l'intégration du dépistage du cancer du sein dans les soins de santé primaires

DEFIS

- Accélérer la mise en œuvre d'initiatives visant à mobiliser les communautés pour qu'elles participent à la lutte contre le cancer.
 - Renforcer la stratégie de vaccination contre le VPH en intégrant les objectifs du plan mondial d'élimination du cancer du col de l'utérus.
 - Sensibiliser aux facteurs de risque des cancers liés à l'hépatite virale
 - Renforcer les mesures visant à prévenir l'accès précoce au tabac chez les adolescents et les jeunes.
 - Créer au sein des hôpitaux de niveau II et III, une consultation spécialisée pour le sevrage tabagique et alcoolique dans le service des urgences et une unité d'addictologie dans les services de médecine interne.
 - Développer la formation de base et la formation continue pour la détection des cancers
 - Développer la recherche dans le domaine de la prévention du cancer
 - Améliorer la détection précoce des cancers chez les adultes et les enfants
 - Systématiser le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les structures.
-



III.7.3 Diagnostic et traitement

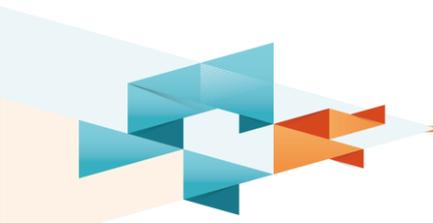


FORCES

- Le pays compte 12 laboratoires d'anatomie pathologique (sept publics et cinq privés).
- Les EPS2 et 3 ont un département de biologie et de biochimie.
- Les EPS2 et 3 disposent d'un service de radiologie et d'échographie.
- La biopsie est disponible dans certaines structures de référence
- Le Sénégal compte plus de trente radiologues
- Existence de DES en radiologie
- 21 unités de mammographie décentralisées disponibles dans les établissements publics et 5 CT scanners
- Existence d'une étude sur les possibilités de télédiagnostic au Sénégal
- Existence d'un service de médecine nucléaire (HOGIP) et en vue pour l'hôpital Dalal Jamm
- DES en médecine nucléaire disponible
- Existence de 6 médecins nucléaires dans le pays
- Dix ans d'expérience en oncologie médicale
- Début du processus de décentralisation des services d'oncologie au niveau régional (effectif à Thiès et Fatick)
- Subvention pour la chimiothérapie et la radiothérapie

FAIBLESSES

- Les analyses d'échantillons et de spécimens sont envoyées à l'étranger (Cerba France) dans certains cas.
- Le coût des examens est à la charge des patients (examens immunohistochimiques).
- Faiblesse de la chaîne d'approvisionnement
- Pénurie de pathologistes et de biologistes
- Manque de ressources dans les laboratoires
- Déficit de la décentralisation des soins
- Manque de référence national s
- Faible accessibilité de l'imagerie médicale au niveau régional
- Pénurie de machines IRM (4 publiques, 1 privée)
- Faible maintenance des équipements
- Faible disponibilité de radiologie interventionnelle
- Non disponibilité du PETscanning et de la scintigraphie au MIBG (diagnostic du neuroblastome).
- Manque de générateur de technétium (absence de production nationale)

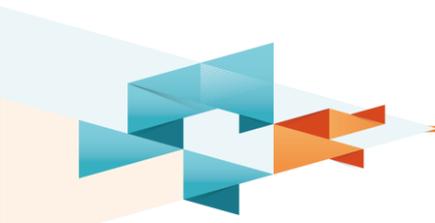




-
- Le Sénégal ne compte qu'un seul service de chirurgie oncologique, mais la plupart des hôpitaux de Dakar l'ont intégré dans leur activité.
 - Disponibilité d'équipements de cryothérapie et de thermoablation au niveau des structures.
 - Disponibilité de 5 accélérateurs linéaires (4 publics et 1 privé)
 - Disponibilité d'un DES régional en radiothérapie
 - Existence d'une unité d'oncologie pédiatrique (26 lits) (Hôpital Le Dantec) ; 2ème unité en cours à Mbour
 - Disponibilité de matériel de formation sur les cancers de l'enfant
 - Existence d'une licence lowerI antécédents en oncologie pédiatrique
 - Soutien en équipement du service d'hématologie et de chirurgie pour la PEC des cancers
 - Coût examens et délais d'attente trop longs
 - Pénurie d'anesthésistes en pédiatrie
 - Absence de mécanisme de spécialisation dans la chirurgie du cancer
 - Manque de services d'orientation pour chaque cancer
 - Absence de salles de préparation des solutions de chimiothérapie dans le service d'oncologie pédiatrique (absence de hottes aspirantes).
 - Non disponibilité de la radiothérapie avant l'âge de 4 ans (absence d'anesthésiste dédié et d'équipement de contention et de dosimétrie)

DEFIS

-
- Augmenter le personnel qualifié (radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie, oncologie et chirurgie pédiatrique) pour les soins du cancer
 - Doter les structures des infrastructures et des équipements nécessaires au traitement des cancers
 - Accélérer l'adoption de procédures de contrôle de la qualité en biochimie, pathologie et imagerie médicale
 - Renforcer le système de maintenance des équipements des hôpitaux publics
-





III.7.4 Registre et suivi



FORCES

- L'enregistrement du cancer est une priorité pour le pays (inscrit dans le plan national contre le cancer 2015-2019).
- Disponibilité du registre pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses
- Disponibilité des formulaires MNT dans le DHIS2
- Existence d'un registre hospitalier des cancers à l'Institut Curie
- L'existence d'un registre hospitalier des cancers pédiatriques
- Contributions importantes sur le cancer à travers de nombreuses publications scientifiques

FAIBLESSES

- Le registre n'est plus opérationnel depuis 2015
- Collecte insuffisante de données sur le dépistage du cancer
- Absence de cadre législatif et institutionnel pour l'enregistrement des cancers
- Absence d'adaptation du registre pédiatrique au registre national
- Les données du registre pédiatrique sont hébergées à l'extérieur du pays.
- Absence de données réelles et complètes sur l'incidence et la mortalité.
- Absence d'accords formels avec les centres de collecte de données
- Absence de lien entre la plateforme DHIS2 et le registre du cancer
- Manque de financement de la recherche

DEFIS

- Disposer de données sur la charge réelle du cancer au Sénégal (incidence et mortalité)
- Établir un cadre législatif et institutionnel pour l'enregistrement des cancers.
- Augmenter le financement du registre
- Intégrer le registre du cancer pédiatrique dans le registre national du cancer
- Rendre le registre du cancer fonctionnel
- Mettre en place une plateforme nationale de collaboration pour la recherche sur les cancers du sein.





III.7.5 Soins palliatifs et soutien

FORCES

- Environnement culturel propice au soutien des patients (conception solide des liens sociaux, famille encore nombreuse) ;
- Cadre mondial pour la promotion et la reconnaissance des soins palliatifs de soutien (guide, directives de l'OMS) ;
- Existence d'ONG et d'associations offrant des services de soutien ;
- Existence d'une forte dynamique médico-sociale pour la réponse aux besoins en soins palliatifs.
- Existence de prestataires de soins palliatifs formés
- Partenariat avec d'autres institutions internationales pour le développement des soins palliatifs
- Existence d'associations de soins palliatifs (Mercy Ships, ASSOPA)
- Système pyramidal propice à la décentralisation des soins palliatifs et de l'accompagnement des patients.

FAIBLESSES

- Offre limitée de services de soins palliatifs
- Expertise insuffisante en matière de soins palliatifs
 - Pénurie de personnel formé aux soins et à l'accompagnement palliatifs
 - Faible plaidoyer sur les soins palliatifs et le soutien aux patients
- Mauvaise connaissance des textes régissant l'utilisation des opiacés par les prestataires
- Manque de normalisation des protocoles et outils de gestion des opioïdes
- Équipement insuffisant pour le conditionnement des opiacés

DEFIS

- Développer l'offre de soins palliatifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Création de services de soins palliatifs pédiatriques
 - Promouvoir la création de services de soins palliatifs au niveau national.
- Renforcer la liste et la disponibilité des médicaments essentiels pour les soins palliatifs
- Renforcer les ressources humaines dédiées à la gestion des soins palliatifs



III.7.6 Défis

Les principaux défis pour la période 2025-2029 sont :

- Gestion et mobilisation des ressources pour la lutte contre le cancer ;
- Données et recherches de qualité ;
- Prévention et détection précoce des cancers ;
- Déconcentration l'offre de soins ;
- Disponibilité des produits et médicaments essentiels pour le traitement des cancers ;
- Entretien et contrôle de la qualité des équipements de diagnostic et de traitement.

IV. CADRE STRATEGIQUE

IV.1 Vision

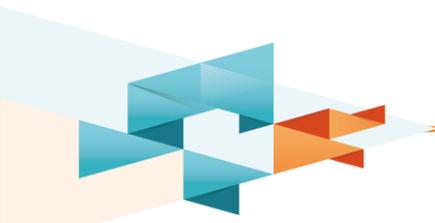
Faire du Sénégal un pays où chaque citoyen bénéficie d'un accès équitable à des services de prévention, de détection précoce et de prise en charge adaptée du cancer, garantissant des soins accessibles et soutenables pour tous.

IV.2 Mission

Élaborer un programme de santé publique visant à réduire l'incidence et la mortalité du cancer et à améliorer la qualité de vie des patients. Ce programme s'appuiera sur des stratégies fondées sur des données probantes, appliquées de manière systématique et équitable dans tous les domaines de la lutte contre le cancer.

IV.3 Principes et valeurs

- Approche holistique dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer ;
- Équité dans l'offre de services de lutte contre le cancer ;
- Adoption de l'approche multisectorielle pour une lutte efficace contre le cancer;
- Respect de l'approche fondée sur l'égalité des genres et les droits humains dans toutes les interventions;





- Gestion axée sur les résultats, avec un suivi rigoureux des impacts et des performances.

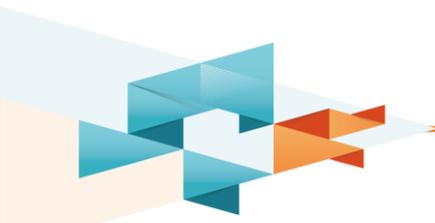
IV.4 Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques du PNLCC s'articulent autour des axes suivants :

- Promotion de la santé et participation communautaire dans la lutte contre le cancer;
- Dépistage des lésions précancéreuses et détection précoce et opportune, pour des soins de qualité, complets et adaptés aux ressources disponibles;
- Renforcement du système d'information sanitaire, avec une collecte et une analyse des données pour un processus décisionnel fondé sur l'évidence scientifique;
- Développement de la multisectorialité, de l'intrasectorialité et participation active du secteur privé;
- Renforcement du système de santé pour une prise en charge plus efficace;
- Renforcement de la décentralisation et de la déconcentration afin d'assurer un accès équitable à l'offre de soins contre le cancer en tenant compte du genre;
- Augmentation de la protection financière en facilitant l'accès à des traitements abordables;
- Promotion et partenariat pour la mobilisation des ressources pour le financement des interventions prioritaires de lutte contre le cancer;
- Promotion de la recherche opérationnelle et des innovations pour améliorer la prise en charge et les stratégies de lutte contre le cancer;
- Coordination efficace de la gestion de la lutte contre le cancer, en assurant une synergie entre les acteurs impliqués.

IV.5 But

Ce plan vise à **réduire la charge du cancer au Sénégal** en améliorant la prévention, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique, tout en garantissant un accès équitable aux soins.





IV.6 Objectifs

IV.6.1 Objectif Général :

Réduire la mortalité liée au cancer d'au moins 25% d'ici 2029

IV.6.2 Objectifs spécifiques (OS) :

IV.6.2.1 Prévention, dépistage et détection précoce du cancer (1)

- **OS 1** : Amener 60 % de la population à être informée sur le cancer ;
- **OS2** : Assurer un taux de détection précoce d'au moins 70% des cancers ;
- **OS3** : Dépister les lésions précancéreuses d'au moins 50% des personnes éligibles.

IV.6.2.2 Diagnostic et traitement du cancer

- **OS 1** : Assurer le diagnostic d'au moins 50% des cancers ;
- **OS 2** : Assurer la disponibilité d'au moins 95% des anticancéreux ;
- **OS 3** : Assurer le traitement selon les normes de 100% des cancers diagnostiqués ;

IV.6.2.3 Soins et soutien palliatifs et soutien psychosocial

- **OS 1** : Assurer l'accès aux soins palliatifs/accompagnement à au moins 50% des patients atteints de cancer ;
- **OS 2** : Assurer la disponibilité des médicaments et produits essentiels d'au moins 95% pour les soins palliatifs

IV.6.2.4 Registre et recherche sur le cancer

- **OS 1** : Assurer la collecte et la compilation des données du cancer à 100% des structures sanitaires cibles ;
- **OS 2** : Accroître de 20% le nombre de protocole soumis au comité éthique





IV.6.2.5 Gouvernance de la lutte contre le cancer

- **OS 1** : Élever le niveau d’ancrage institutionnel de la division en charge de la lutte contre le cancer
- **OS 2** : Assurer la tenue de 100% des instances de coordination nationale et régionale
- **OS 3** : Augmenter d’au moins 25% par an le budget alloué à la lutte contre le cancer
- **OS 4** : Assurer la tenue de 100% des activités de suivi et d’évaluation du Plan

IV.7 Description des interventions

Les différents domaines d’intervention du plan stratégique sont les suivants :

- Prévention et détection précoce du cancer
- Diagnostic et traitement du cancer
- Soins palliatifs-accompagnement (soutien psychosocial)
- Registre et recherche sur le cancer
- Gouvernance

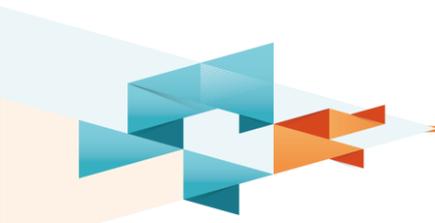
IV.7.1 Prévention et détection précoce du cancer

La prévention du cancer repose sur deux volets essentiels :

- **Prévention primaire**

Elle vise à réduire les facteurs de risque du cancer par le renforcement de la communication afin d’assurer :

- Une meilleure connaissance des facteurs de risque et de leurs impacts sur la santé ;
- Une adhésion à la vaccination contre certains cancers spécifiques ;
- Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.





- **Prévention secondaire**

Elle consiste à renforcer la détection précoce de certains cancers, notamment ceux du sein et pédiatriques. Une politique de détection précoce sera déployée au sein des structures de santé pour des cibles précises et bien définies. La détection devra être active et précoce. Elle pourra être intégrée dans les services de routine avant de passer à l'échelle.

Enfin, la prévention sera appliquée à l'ensemble de la pyramide sanitaire, du niveau communautaire au niveau le plus élevé. Le niveau communautaire a un rôle important à jouer en tant qu'interface entre la communauté et les praticiens.

Les interventions identifiées sont :

- **Intervention 1.1** : Législation et réglementation relatives aux facteurs de risque ;
- **Intervention 1.2** : Promotion d'environnements sains et de la nutrition ;
- **Intervention 1.3** : Promotion de la santé (communication, sensibilisation, plaidoyer) ;
- **Intervention 1.4** : Dépistage, détection et prise en charge des cancers

IV.7.2 Diagnostic et traitement

Un diagnostic précoce et précis du cancer est essentiel pour assurer un traitement adéquat. En ce sens, il est prévu de :

- Renforcer les moyens de diagnostic tout au long de la chaîne du continuum de prise en charge du cancer en augmentant les capacités des structures existantes mais aussi en créant des pôles régionaux pour assurer la déconcentration, et la décentralisation de l'offre de soins en cancérologie.
- Mettre en place une politique de disponibilité des médicaments, produits et des technologies essentielles pour le traitement du cancer.



Les interventions seront les suivantes :

- **Intervention 2.1** : Disponibilité de ressources humaines et Renforcement de compétence ;
- **Intervention 2.2** : Amélioration des Infrastructures, équipements et maintenance ;
- **Intervention 2.3** : Management de la qualité par la mise en place de procédures et normes ;
- **Intervention 2.4** : Approche multi et interdisciplinaire ;
- **Intervention 2.5** : Disponibilité de médicaments et produits et technologies essentielles.

IV.7.3 Soins palliatifs - Accompagnement

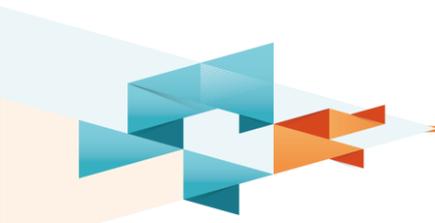
Les soins palliatifs font partie intégrante de la prise en charge holistique du cancer. Ils seront renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les interventions prioritaires sont :

- **Interventions 3.1** : Développement des soins palliatifs
- **Interventions 3.2** : Disponibilité des produits et médicaments essentiels pour les soins palliatifs

IV.7.4 Registre et recherche sur le cancer

Les données sont essentielles et aident à une prise de décision éclairée, d'où l'importance d'un registre de tumeurs fiable, reposant sur un système maîtrisé, des ressources humaines adéquates formés aux outils informatiques. De plus la digitalisation et le partage des données en temps opportun sont des éléments essentiels pour optimiser leur utilisation.

La recherche, pilier important pour avoir des évidences est incontournable pour la documentation scientifique et l'amélioration des stratégies de lutte contre le cancer.





Les interventions ciblées sont :

- **Intervention 4.1** : Amélioration de la gestion et de l'archivage des données,
- **Intervention 4.2** : Digitalisation des données relatives au cancer,
- **Intervention 4.3** : Analyse et suivi des données,
- **Intervention 4.4** : Promotion de la recherche et de l'innovation.

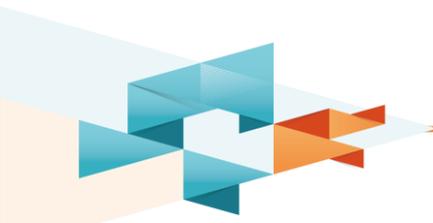
IV.7.5 Gouvernance

L'amélioration de la gouvernance est un levier clé pour optimiser la mise en œuvre des interventions. Elle repose sur meilleure coordination, une décentralisation efficace, et un renforcement des ressources humaines au niveau déconcentré

La gestion du programme rencontre des défis majeurs à relever afin d'accroître notablement sa performance. Une gouvernance efficace exige des actions concrètes en matière de coordination, de décentralisation, ainsi que d'amélioration du fonctionnement des partenariats et des instances de coordination. Il est également essentiel de renforcer les compétences au niveau de l'unité de coordination et de plaider pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Les interventions retenues pour une meilleure gestion de la lutte contre le cancer à tous les niveaux sont les suivantes :

- **Intervention 5.1** : Coordination nationale et régionale pour le pilotage de la lutte contre le cancer ;
- **Intervention 5.2** : Augmentation du financement alloué à la lutte contre le cancer ;
- **Intervention 5.3** : Approche multisectorielle pour une action concertée ;
- **Intervention 5.4** : Déconcentration / Décentralisation de la lutte contre le cancer ;
- **Intervention 5.5** : Pilotage du Plan.





IV.8 Résultats attendus

IV.8.1 Prévention et détection précoce du cancer

Dans le cadre de la prévention primaire, l'objectif principal est de renforcer la communication pour :

- Améliorer la connaissance des facteurs de risque et de leurs impacts sur la santé ;
- Encourager l'adhésion à la vaccination pour certains cancers spécifiques ;
- Promouvoir le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses.

Concernant la prévention secondaire, l'accent sera mis sur l'intensification de la détection précoce de certains cancers notamment ceux pédiatriques. Une politique de détection devra être déroulée au niveau des structures pour des cibles particulières bien définies. Cette détection devra être précoce et passive, en s'intégrant dans les services formels avant le passage à l'échelle.

Enfin la prévention devra s'intégrer à l'échelle de la pyramide sanitaire du niveau communautaire à l'échelon le plus élevé. Le niveau communautaire joue un rôle essentiel en tant qu'interface entre la communauté et les praticiens.

Les interventions identifiées sont :

- **Intervention 1.1** : Législation et réglementation relatives aux facteurs de risque
- **Intervention 1.2** : Promotion d'environnements sains et de la nutrition
- **Intervention 1.3** : Promotion de la santé (communication, sensibilisation, plaidoyer)
- **Intervention 1.4** : Dépistage, détection et prise en charge des cancers

**OS 1 : Amener 60 % de la population à être informée sur le cancer****• Intervention 1.1 : Législation et réglementation autour des facteurs de risque**

Des dispositions législatives et institutionnelles ont été adoptées pour lutter efficacement contre la consommation de tabac allant de l'interdiction de fumer dans certains lieux, à l'augmentation. Cependant, leur application et le suivi restent des défis majeurs. Pour renforcer ces actions, un plaidoyer doit être mené :

- Au près des autorités compétentes pour assurer la disponibilité et l'accès des médicaments et substituts nicotiques ;
- Pour le renforcement du cadre législatif et réglementaire encadrant les substances à risque de cancer ;
- Pour la création de centres d'addictologie et le développement des compétences des professionnels de santé sur la gestion des personnes admises pour usage abusif d'alcool en vue de faciliter leur prise en charge ultérieure ;
- Au près du parlement et des secteurs ministériels concernés afin de renforcer la législation concernant les produits toxiques et la protection des travailleurs exposés (Orpailleurs, peintres...).

• Intervention 1.2 : Environnement et nutrition saines

La sensibilisation de la population aux effets néfastes de la pollution sur la santé et à l'importance d'une alimentation saine, équilibrée et variée à travers la mise en œuvre d'activités de communication contribuera à améliorer les connaissances et les pratiques favorisant une meilleure santé.

Ainsi, des activités médias et de proximité seront réalisées par les acteurs communautaires qui seront orientés sur la prévention des facteurs de risque communs aux MNT. En termes clairs, les lignes directrices des actions porteront essentiellement sur:



- Le renforcement des capacités des prestataires et des acteurs de prévention sur les effets de la pollution sur la santé;
 - L'élaboration des normes alimentaires saines pour les cantines et restaurants des établissements scolaires et les établissements publics et privés;
 - L'accompagnement des associations de consommateurs dans la lutte contre les aliments et produits néfastes pour la santé.
- **Intervention 1.3 : Promotion de la santé (communication, sensibilisation, plaidoyer)**

Cette intervention stratégique vise à mobiliser la communauté, l'État, les partenaires et tous les acteurs dans la prévention et la lutte contre le cancer. La réussite de cette intervention repose sur la mise en œuvre d'une stratégie multimédia, le renforcement de capacités des prestataires et l'orientation des acteurs communautaires avec des supports de communication. Les actions clés incluent :

- L'élaboration, la duplication et la diffusion de supports de communication audiovisuels et promotionnels sur le cancer,
- L'organisation de formations pour les formateurs et d'orientations des acteurs communautaires sur la prévention et la détection précoce des cancers prioritaires (pédiatriques, col de l'utérus, sein et de la prostate)
- L'organisation de campagnes de sensibilisation, d'affichage et d'activités communautaires (randonnées pédestres, caravanes...) axées sur la prévention des facteurs de risque des cancers et la vaccination contre le HPV.

OS 2 : Assurer un taux de détection précoce d'au moins 70% des cancers

OS 3 : Dépister au moins 50% des lésions précancéreuses

- **Intervention 1.4 : Dépistage, Détection et prise en charge**

Plusieurs stratégies seront menées pour le dépistage, la détection





et le traitement des cancers. Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus sera offert en routine dans tous les points de prestations. La stratégie inclut:

- La mise en place d'unités de dépistage par la formation des acteurs et l'identification d'un circuit d'approvisionnement en intrants.
- Le dépistage ciblera les femmes âgées de 25 à 69 ans via diverses méthodes: le dépistage par IVA, le frottis et le test HPV. Le pays compte s'appuyer sur les tests HPV et le mettre à l'échelle.
- L'utilisation de diagnostics numériques faisant impliquer l'intelligence artificielle pour la détection des lésions précancéreuses du col de l'utérus,
- L'utilisation de la thermoablation pour le traitement dans les sites de prise en charge.

Dans la stratégie, les postes de santé et assimilés sont des unités de dépistage et les centres de santé et hôpitaux les unités de traitement. Les appareils de thermoablation sont retenus pour le traitement et seront mis en place au niveau des sites de prise en charge. Il serait possible de mettre le dépistage et le traitement dans certains grands postes de santé qui sont très fréquentés avec des ressources humaines bien formées.

La détection précoce des cancers joue un rôle important dans l'amélioration du taux de survie. Elle doit donc être systématique pour les groupes à risque, pour les cancers de l'enfant, du sein et de la prostate. Dans ce cadre, une approche passive sera adoptée, permettant à toutes les personnes à risque de bénéficier de cette détection. Par ailleurs, une stratégie active impliquera les Organisations formelles à savoir les entreprises et les associations, afin de leur offrir un accès à la détection précoce du cancer. Les journées de mobilisation telles que les campagnes du mois d'octobre, viendront renforcer l'offre de dépistage et sensibiliser davantage la population.

Le dépistage, la détection et le traitement des cancers nécessitent:

- L'élaboration et/ou la mise à jour de documents de politiques, normes et protocoles relatifs au dépistage et à la détection des cancers;



- La formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour assurer la détection précoce efficace;
- L'orientation des acteurs communautaires afin de renforcer la sensibilisation et l'orientation des patients vers les services appropriés;
- L'intégration du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les curricula de formation des sages-femmes;
- La mise à disposition des intrants nécessaires au dépistage et au traitement pour assurer une prise en charge optimale.

Concernant la détection précoce du cancer du sein, la mammographie devra être accessible dans tous les hôpitaux et centres de santé à grand volume.

IV.8.2 Diagnostic et traitement du cancer

Le diagnostic du cancer est primordial pour assurer un traitement adéquat. L'objectif est de renforcer les capacités diagnostiques à toutes les étapes du continuum de soins du cancer en consolidant les structures existantes et en mettant en place, au niveau des pôles régionaux, les mêmes ressources pour assurer la déconcentration, décentralisation de l'offre de prise en charge du cancer. En outre le traitement aussi suivra le même principe avec une politique de disponibilité des médicaments, produits et technologies essentielles. Les interventions seront les suivantes :

- **Intervention 2.1** : Disponibilité de ressources humaines et Renforcement des compétences ;
- **Intervention 2.2** : Infrastructures, équipements et maintenance ;
- **Intervention 2.3** : Management de la qualité par la mise en place de procédures et normes ;
- **Intervention 2.4** : Approche multi et interdisciplinaires
- **Intervention 2.5** : Disponibilité des médicaments et produits et technologies essentielles



OS 1 : Assurer le diagnostic d'au moins 50% des cancers

- **Intervention 2.1 : Formation et ressources humaines de qualité**

Le Sénégal dispose d'un répertoire des ressources humaines disponibles, mais des lacunes importantes subsistent, notamment en spécialistes des services de diagnostic et de traitement du cancer.

Les besoins en formation concernent les spécialités suivantes : anatomo-pathologistes, oncologues pédiatriques, oncologues médicaux, oncologues chirurgicaux, radiologues, radiothérapeutes, médecins nucléaires, biologistes, physiciens médicaux, ainsi que le personnel de soutien (infirmiers, ingénieurs biomédicaux, nutritionnistes, addictologues, techniciens supérieurs...). L'État devra accorder une priorité à ces filières dans l'octroi de bourses et dans le recrutement.

Chaque année, au moins 05 professionnel par spécialité bénéficieront d'une bourse nationale ou internationale. Aussi, des bourses de perfectionnement seront accordées aux médecins oncologues.

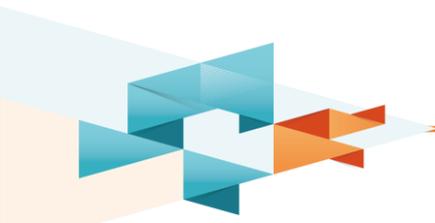
- **Intervention 2.2 : Infrastructures, Équipements et Maintenance**

Il est prévu de renforcer Dakar comme pôle de référence dans la prise en charge du cancer et de développer des pôles régionaux multidisciplinaires à Touba, Ziguinchor et Saint Louis.

Les hôpitaux ayant débuté une activité en oncologie seront renforcés (Thiès, Fatick, Ziguinchor...).

Tous les centres de référence seront renforcés en équipements, infrastructures et en ressources humaines adaptés.

La maintenance préventive sera systématisée avec l'affectation d'ingénieurs biomédicaux au niveau des hôpitaux pour assurer la maintenance en collaboration





avec la DIEM. Aussi, il est envisagé la formation des techniciens de maintenance et utilisateurs sur la maintenance préventive des appareils.

Le budget alloué à la maintenance sera également revu à la hausse.

OS 2 : Assurer le traitement selon les normes de 100% des cancers diagnostiqués

• **Intervention 2.3 : Management de la qualité par la mise en place de procédures et normes**

Afin d'assurer le management de la qualité, il faudra :

- Elaborer un algorithme de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer au Sénégal destiné aux structures de prise en charge, pour évaluer les délais diagnostiques et thérapeutiques ;
- Définir de procédures harmonisées à travers un manuel de prise en charge,
- Standardiser des protocoles thérapeutiques à l'échelle nationale,
- Elaborer des normes et procédures couvrant toutes les étapes de la prise en charge : accueil, première consultation oncologique, le diagnostic, l'annonce du diagnostic, le traitement et le suivi.
- Mettre en place de service de qualité dans les centres spécialisés,
- Organiser des supervisions trimestrielles qui seront conduites par une équipe conjointe du ministère et des experts.

• **Intervention 2.4 : Multi et interdisciplinarité**

Le comité technique regroupant les acteurs de la lutte contre le cancer veillera à l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Ces réunions seront organisées selon la périodicité ci-après :

- Services de prise en charge : hebdomadaire
- Hôpitaux : mensuel
- Pôles de référence et de prise en charge : trimestriel





- National : semestriel

Le comité se chargera d'élaborer 10 référentiels et arbres décisionnels pour le diagnostic et le traitement des cancers les plus fréquents chez l'adulte et chez l'enfant (05 pour l'adulte et 05 pour l'enfant). Ces référentiels serviront de support aux professionnels de santé impliqués.

Dans le domaine multisectoriel, l'organisation de réunion trimestrielle permettra de faire un suivi continu des actions multisectorielles de lutte contre le cancer.

OS 3 : Assurer la disponibilité d'au moins 95% des anticancéreux

- **Intervention 2.5 : Médicaments et produits essentiels**

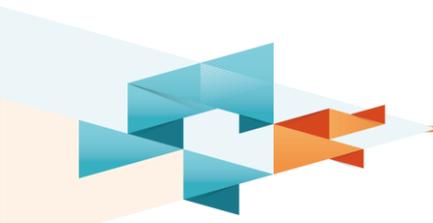
La révision qualitative et quantitative de la liste des médicaments essentiels sera assurée par l'Agence sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique pour couvrir les besoins de prise en charge des cancers. L'accessibilité géographique et financière des médicaments anticancéreux et adjuvants devra être garantie.

Dans le cadre de l'initiative de gratuité au Sénégal, il urge d'intensifier progressivement ce programme pour couvrir l'ensemble des besoins d'ici 2029, avec un objectif de 100% de gratuité des médicaments anticancéreux.

L'objectif recherché à travers ce plan est d'obtenir la disponibilité permanente des médicaments anticancéreux, des adjuvants et des produits sanguins de qualité dans les sites de prise en charge.

Pour une gestion optimisée des stocks, il sera essentiel d'équiper les sites et de disposer du personnel nécessaire à la préparation des chimiothérapies.

Enfin, un accent particulier sera accordé à la pharmacovigilance, l'hémovigilance et la gestion des déchets. A ce titre, au moins 80% des effets indésirables feront l'objet d'une notification et 100% des déchets convenablement éliminés.





IV.8.3 Soins palliatifs – accompagnement (soutien psychosocial)

Les soins palliatifs font partie intégrante de la prise en charge holistique du cancer et doivent être renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les interventions prioritaires sont :

- **Interventions 3.1** : Développement des soins palliatifs
- **Interventions 3.2** : Produits et médicaments essentiels pour les soins palliatifs

OS 1 : Assurer l'accès aux soins palliatifs/accompagnement à au moins 50% des patients atteints de cancer

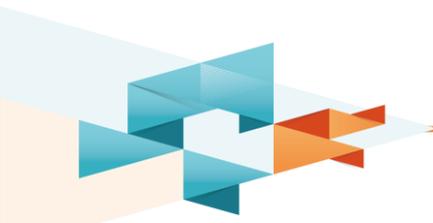
- **Intervention 3.1 : Développement des soins palliatifs (approche holistique sans oublier le soutien psychosocial)**

Le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en cancérologie repose sur la mise en place de points de prestation de services (PPS) publics et privés qui offrent une prise en charge adaptée, ainsi que sur la formation des acteurs impliqués.

Une analyse situationnelle globale sera réalisée au niveau national pour évaluer l'état actuel de la prise en charge de la douleur, des autres symptômes et du soutien psychosocial. Cette analyse permettra de :

- Faire la cartographie des PPS existants,
- De définir un paquet de soins à dispenser selon le niveau de prestation,
- Identifier les gaps à combler.

A cet effet, un protocole de recherche sera élaboré, testé et validé pour administrer une fiche d'enquête permettant de recueillir et d'analyser les données. Sur cette base, des PPS pilotes seront proposés en fonction de critères prédéfinies (ressources humaines, infrastructures, accessibilité, ...) afin d'assurer une intégration efficace des SPA.





Par ailleurs, l'élaboration de politiques, normes et protocoles (PNP) sur les SPA en oncologie, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, est essentielle pour harmoniser leur intégration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Concernant la formation, une évaluation préalable des besoins sera menée au niveau national. Cette démarche aboutira à l'élaboration et à la validation de documents pédagogiques, notamment un guide du formateur, un manuel du prestataire et un cahier de l'acteur communautaire.

En sus, il faudra concevoir et dérouler un plan de formation standardisé, en commençant par les PPS pilotes avant de passer à l'échelle nationale.

OS 2 : Assurer la disponibilité des médicaments et produits essentiels d'au moins 95% pour les soins palliatifs

- **Intervention 3.2 : Produits et médicaments essentiels de qualité pour les soins palliatifs et accompagnement**

La mise à disposition des médicaments et produits essentiels de qualité pour les SPA se fera à travers:

- L'identification et la validation de la liste des médicaments et produits essentiels de qualité pour les SPA. Ensuite, il sera nécessaire de procéder à la vérification de leur statut sur la liste des médicaments essentiels en vigueur et procéder au cas échéant à leur intégration,
- La mise en place d'un modèle éprouvé de quantification exacte permettant d'évaluer avec précision les besoins en morphiniques et autres produits essentiels,
- Un plaidoyer auprès de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) pour l'augmentation du quota annuel de morphiniques alloués au Sénégal,





- La disponibilité d'un plan d'approvisionnement cohérent avec un dispositif de surveillance régulière pour garantir la disponibilité des médicaments et produits essentiels à tous les niveaux. Tout écart ou rupture enregistré devra faire l'objet d'une imputabilité et d'une élaboration d'un plan d'amélioration,
- La mise en place d'un plan de distribution simple, adapté à notre système et sécurisée, appuyé par un manuel de procédure et des outils de reporting pour permettre une bonne traçabilité,
- La mise en place d'un dispositif particulier pour la préparation et la distribution de sirop de morphine de qualité pour garantir l'accès aux patients en besoin.

Cette mise à disposition de médicaments et produits essentiels de SPA de qualité doit reposer sur un mécanisme de financement souverain, pour assurer une autonomie et une durabilité dans l'approvisionnement.

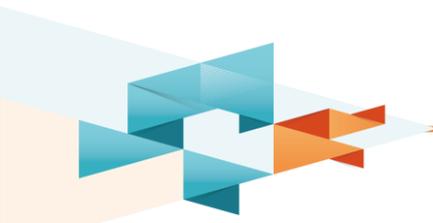
IV.8.4 Registre du cancer et la recherche

OS 1 : Assurer la collecte et la compilation des données du cancer à 100% des structures sanitaires cibles

- **Intervention 4.1 : Gestion et archivage des données**

Pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des informations médicales (dossiers médicaux, registre...) des patients atteints de cancer, les actions suivantes seront menées :

- Recrutement et formation des archivistes pour assurer l'archivage des dossiers médicaux;
- Formation des prestataires de santé à l'enregistrement et à l'archivage des dossiers;
- Equipement des hôpitaux (EPS3 et EPS2) et des structures privées de prise en charge avec un système numérique d'enregistrement des cancers;





- Réactivation du Registre du Cancer existant dans les EPS3 et EPS2 de prise en charge du cancer ;
- Extension du Registre du Cancer dans les EPS3 et EPS2 et les structures privées de prise en charge du cancer ;
- Mise en place d'une équipe de registraires formés pour une meilleure gestion du Registre d'ici 2025 :
 - ✓ Recrutement de personnels du registre au niveau central dont un responsable des registraires,
 - ✓ Affectation des registraires dans les EPS3 et EPS2 selon la taille et la capacité ;
 - ✓ Désignation des registraires dans les structures privées ;
 - ✓ Organisation de formations spécifiques pour les registraires ;
- Un cadre institutionnel pour l'enregistrement des cancers dans le pays est établi
 - ✓ Établissement et adoption d'un arrêté ministériel instituant la mise en place du registre des tumeurs au Sénégal ;
 - ✓ Élaboration d'une note ministérielle pour la fonctionnalité du registre des tumeurs dans les structures de prise en charge ;

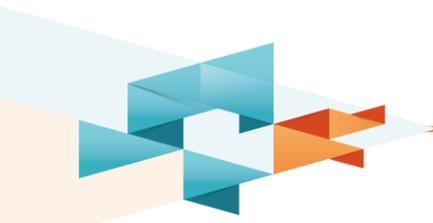
- **Intervention 4.2 : Digitalisation des données du cancer**

La collecte des données est réalisée dans les établissements cibles :

- Équipement des structures en matériels informatiques ;
- Démarrage de la collecte dans les établissements cibles.

L'enregistrement des données est réalisé avec le logiciel Regsen

- Enregistrement effectif des données avec le logiciel Regsen
- Réalisation du contrôle qualité des données





Un budget suffisant pour le financement du registre est attribué :

- Définition du budget nécessaire à l'équipement et au fonctionnement du registre
- Plaidoyer auprès du MSAS et des PTF pour un budget suffisant pour le fonctionnement et l'équipement du registre
- **Intervention 4.3 : Analyse et suivi des données**

Le personnel de registre est formé aux techniques d'analyse et suivi des données

- Organisation des sessions de formation pour les registraires sur l'analyse et le suivi des données ;
- Adoption du logiciel CanReg5 pour la gestion et l'analyse des données par la sollicitation d'un consultant pour une assistance à l'utilisation du Canreg5 en perspective en fonction de l'évaluation du RegSen.

Les données réelles sur l'incidence et de mortalité du cancer au Sénégal seront disponibles lors des revues semestrielles des données du cancer. Ces revues, organisées avec la participation du Ministre de la Santé et de l'Action sociale ainsi que de l'ensemble des départements intra et intersectoriels concernés, permettent une :

- Analyse des données semestrielles,
- Interprétation des données statistiques,
- Élaboration de rapports semestriels
- Organisation de revues régulières afin d'améliorer le suivi et la prise de décision en matière de lutte contre le cancer

OS 2 : Accroître de 20% le nombre de protocole soumis au comité éthique

- **Intervention 4.4 : Recherche et innovation**

Une plateforme nationale de collaboration pour la recherche sur les cancers est établie à travers la :





- Création d'un institut national de Recherche sur le cancer ;
- Constitution d'équipes de recherche multidisciplinaires impliquant les différentes structures de prise en charge ;
- Création d'un fond de financement dédié pour les équipes de recherche et innovation (subventions, bourses, salaires, frais de voyage d'étude et de publication, équipements) ;
- Réalisation d'études pour identifier les facteurs de risque spécifiques au Sénégal (cancer primitif du foie et exposition à l'aflatoxine B, cancer primitif du foie et Hépatite B, C etc...) ;
- Rapportage du nombre de publication effectué chaque année.

Mise en place d'équipes de recherche :

- Recrutement et formation d'assistants de recherche (sur la rédaction des projets de recherche, sur la recherche de financement...) ;
- Organisation d'activités scientifiques (ateliers, congrès, forum, webinaire ...).

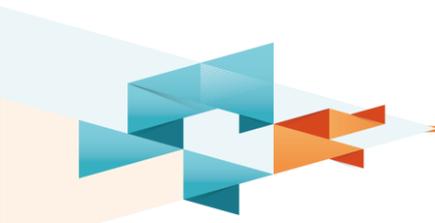
IV.8.5 Gouvernance

OS 1 : Élever le niveau d'ancrage institutionnel de la division en charge de la lutte contre le cancer

- **Intervention 5.1 : Coordination nationale et régionale de la lutte contre le cancer**

La lutte contre le cancer est portée par une Direction au leadership renforcé sur le plan institutionnel.

L'entité chargée de la lutte contre les Maladies Non Transmissibles dispose de l'ensemble des ressources humaines, équipements et infrastructures requis pour assurer un fonctionnement optimal dans la lutte contre le cancer.





Dans ce cadre, le Bureau Cancer, qui est une entité de la DLMNT, sera renforcé en RH comme suit :

- 2 médecins
- 1 biostatisticien
- 1 pharmacien
- 1 socio-anthropologue
- 4 techniciens (infirmiers, sage femmes)
- 1 financier
- 2 informaticiens

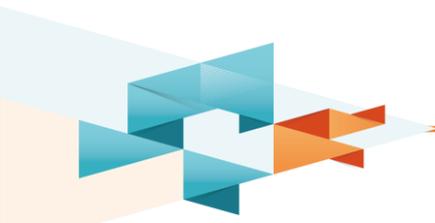
Le Bureau Cancer a pour mission de coordonner la lutte contre le cancer à l'échelle nationale, en assurant la prévention, la prise en charge et le suivi de la maladie. Le bureau cancer aura le rôle de :

- Consolider les statistiques sur le cancer au niveau national en lien avec le Registre du Cancer du Sénégal ;
- Développer des plans de formations et recrutement des RH en concertation avec les autres ministères et directions concernées ;
- Organiser des initiatives de prévention et détection précoce ;
- Assurer la coordination avec les prestataires de santé à travers le Pays et faciliter l'évaluation de la qualité des soins ;
- Rédiger des rapports annuels de suivi et évaluation de l'état de la mise en œuvre de la lutte contre le cancer dans le pays.

Pour assurer un bon fonctionnement, il est indispensable que le Bureau Cancer de pouvoir dispose de locaux dédiés et d'équipements appropriés.

OS 2 : Augmenter d'au moins 25% par an le budget alloué à la lutte contre le cancer

- **Intervention 5.2 : Amélioration du financement de la lutte contre les cancers**





Le budget d'État alloué à la lutte contre le cancer connaît une augmentation régulière d'au moins de 25% par année pour renforcer les actions de prévention, de prise en charge et de suivi.

Parallèlement, le Bureau Cancer, en coordination avec les autres ministères et directions en charge de la coopération internationale et de partenariat public-privé, développe d'autres mécanismes et stratégies de financement, notamment :

- L'identification d'autres sources de financements innovants ;
- Le développement de partenariat public-privé dans la lutte contre le cancer et une contribution du secteur privé à travers la Responsabilité Sociétale d'Entreprise (RSE).

L'augmentation de financement doit servir à assurer une offre de service adaptée et accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour répondre aux besoins des communautés.

Il faudra aussi renforcer la gratuité de la chimiothérapie et des traitements adjuvants, avec une extension progressive à d'autres cancers, notamment les cancers pédiatriques et ceux à forte incidence et mortalité. Pour ce faire, le Bureau Cancer devra préparer une évaluation des besoins financiers et une projection des coûts annuels à mobiliser.

Enfin, l'accessibilité financière des populations aux soins préventifs et curatifs de qualité sera améliorée en collaboration avec l'Agence Sénégalaise de la couverture sanitaire universelle (SEN-CSU) qui permettra d'identifier et d'accompagner ces malades.

OS 3 : Assurer la tenue de 100% des activités de suivi et d'évaluation du Plan

OS 4 : Assurer la tenue de 100% des instances de coordination nationale et régionale

- **Intervention 5.3 : Renforcement de la multisectorialité**





La lutte contre le cancer requiert une approche multisectorielle. A cet effet, le comité multisectoriel organise des réunions semestrielles afin de formuler et d'adopter des recommandations pour améliorer la lutte contre le cancer. Le bureau cancer sera chargé d'informer le comité multisectoriel de l'état d'avancement de la lutte contre les cancers, ainsi que des besoins et priorités à prendre en compte pour son renforcement.

- **Intervention 5.4 : Déconcentration / Décentralisation de la lutte contre le cancer**

La stratégie de déconcentration et de décentralisation vise à garantir une offre de soins de qualité et équitable sur l'ensemble du territoire.

Les normes édictées en matière de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures et d'équipements adaptés sont respectées à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

L'équité territoriale dans l'offre de soins du cancer est assurée par l'extension progressive de la prise en charge du cancer à l'intérieur du pays. Des points focaux « cancer » sont formés et intégrés dans chaque Direction régionale de la Santé pour appuyer le bureau cancer dans ses tâches.

Sous l'autorité des directeurs régionaux de la santé, Les points focaux régionaux superviseront et coordonneront la mise en place au niveau intermédiaire de comités locaux de lutte contre le cancer, présidés par les autorités administratives et réunissant tous les acteurs territoriaux, aussi bien les secteurs civils et techniques.

Les comités locaux fonctionneront comme un organe consultatif pour appuyer le bureau cancer et aussi faciliteront la communication et la sensibilisation communautaire à travers la diffusion des guides et supports adaptés.

Par ailleurs, des ressources financières supplémentaires seront mobilisées depuis le niveau central pour permettre la mise en œuvre d'activités de dépistage et de détection précoce des cancers les plus fréquents au niveau des districts sanitaires.



Les conseils municipaux soutiennent la lutte contre le cancer par le renforcement des budgets pour l'achat de médicaments anticancéreux et le financement du recrutement de personnel.

- **Intervention 5.5 : Pilotage du Plan Nationale de Lutte contre le Cancer**

Le bureau cancer facilite l'élaboration des termes de référence et la mise en place d'un comité de pilotage multisectoriel ainsi que d'un comité scientifique.

Le comité de pilotage élabore une feuille de route pour coordonner efficacement les interventions, convoquer des réunions et présente les rapports de suivi semestriel du plan.

Enfin, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du plan seront conduites par une entité externe indépendante.

V. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

V.1 Administration et gestion du plan stratégique

La Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles à travers les bureaux Contrôle et Prévention du Cancer et Suivi – Évaluation, assure la coordination et la gestion de la lutte contre le cancer au Sénégal de la conception des interventions jusqu'à leur évaluation, sous la supervision du Chef de Division.

En interne, l'élaboration de rapports trimestriels d'exécution permettra d'assurer un suivi rigoureux de la mise en œuvre des activités prévues dans le PTA tant sur le plan programmatique que financier. A la fin de chaque année, un rapport annuel présentera les performances enregistrées dans le cadre de la mise en œuvre du PNLCC.

La mise en œuvre des interventions de ce plan stratégique se conformera aux procédures administratives et de gestion établies par le MSAS. Cela concerne aussi





bien les crédits alloués par l'État à la lutte contre le cancer que les financements des partenaires techniques et financiers, lesquels suivront les procédures pays.

Pour sa mise en œuvre, les activités prévues dans le Plan stratégique seront déclinées annuellement dans le PTA qui lui-même sera intégré dans le Plan de travail annuel global de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Un cadre de performance sera associé et servira à alimenter le projet annuel de performance (PAP).

Également, les activités éligibles mises en œuvre au niveau des hôpitaux et des districts sanitaires seront inscrites dans leurs PTA respectifs et feront l'objet d'un suivi de performance.

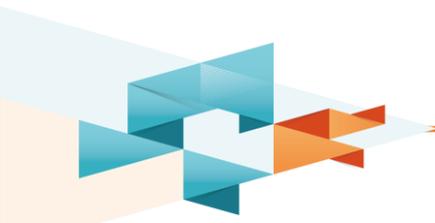
V.2 Mécanisme de coordination

La coordination du plan stratégique 2025-2029 repose sur des mécanismes de coordination établis à deux niveaux : central et régional.

Au niveau interne, des réunions hebdomadaires réunissant les chefs de bureau et les responsables de projets spécifiques, sont organisées. Ces rencontres permettent d'assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre des activités planifiées.

Au niveau central, la DLMNT à travers la DLM, s'intègre dans le dispositif de coordination mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Ce dispositif comprend :

- La revue annuelle conjointe, axée sur l'examen du rapport de performance issu du DPPD, est conduite par les ministères concernés, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers.
- Le comité interne de suivi et d'évaluation basé au niveau central
- La revue annuelle du niveau régional,





Enfin, les réunions de coordination organisées par les DRS serviront de plateforme stratégique pour la coordination des activités de Prévention et de Contrôle du Cancer. Ces réunions incluent les districts sanitaires, les structures régionales de la santé, notamment les hôpitaux et les PRA. Des instances de coordination élargies à tous les secteurs de développement tels que les comités régionaux, départementaux et locaux de développement (CRD, CDD et CLD) seront également impliquées.

V.3 Mobilisation des ressources

L'atteinte des objectifs du plan stratégique nécessite une mobilisation efficace des ressources, dont l'évaluation détaillée sera faite dans le plan d'action budgétisé. Le MSAS mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources indispensables permettant à la DLMNT et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions prévues, en conformité avec les principes et mécanismes définis dans le Document de Planification Pluriannuel des Dépenses (DPPD) et le Plan d'Investissement Sectoriel (PIS).

Afin de renforcer les efforts de prévention et de contrôle du cancer, un plaidoyer soutenu devra être mené auprès des institutions nationales et internationales, en vue de consolider l'engagement et le soutien à tous les niveaux de la lutte contre le cancer.

A long terme, l'objectif ultime sera de garantir la mobilisation durable des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre effective du plan stratégique.

VI. CADRE DE SUIVI EVALUATION

VI.1 Mécanisme de coordination du suivi évaluation

Le cadre de suivi et d'évaluation du plan stratégique s'articule autour de trois composantes essentielles : un cadre de performance, un système de gestion des données et des mécanismes de coordination du suivi et d'évaluation.



Le suivi-évaluation est un volet important dans la mise en œuvre efficace de ce plan. Il permet de garantir la réalisation des activités prévues, d'améliorer la coordination entre les différents niveaux, d'assurer un suivi régulier des interventions au niveau central, régional, district et communautaire, d'apprécier leurs effets et de favoriser le partage des informations entre les parties prenantes.

Ce dispositif permet aux différents acteurs impliqués d'identifier de manière proactive les problèmes rencontrés et de proposer des mesures correctrices en temps opportun.

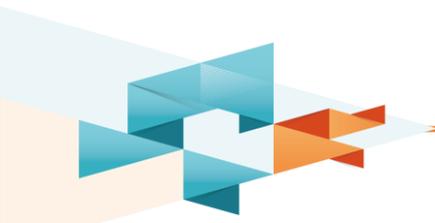
Le suivi de la mise en œuvre du plan s'inscrira dans un processus continu de collecte, d'analyse et d'utilisation des données, dans le but de suivre progrès réalisés dans l'exécution des activités à tous les niveaux et de faire, le cas échéant, des ajustements nécessaires.

Deux évaluations sont prévues :

- Une évaluation à mi-parcours en 2027, pour mesurer l'état d'avancement et proposer les ajustements stratégiques nécessaires,
- Une évaluation finale à la fin du plan, en 2029, axée sur les résultats atteints par rapport aux objectifs initiaux du plan.

Il est décrit ci-dessous ;

- Le cadre de suivi-évaluation ;
- L'organisation globale du système de suivi-évaluation ;
- Les indicateurs de résultat et de performance ;
- Les principes de base et procédures opérationnelles.





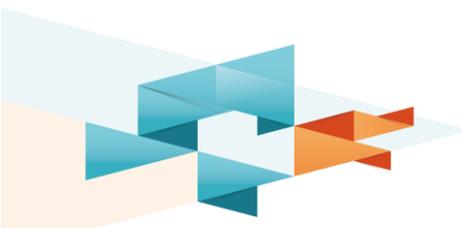
VI.2 Modèle logique du PNLCC

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
Ressources humaines, financières et logistiques	Former des registraires pour la gestion du registre	Registre du cancer fonctionnel	Disponibilité de données probantes sur le cancer à l'échelle nationale	Au moins 25% de la mortalité liée aux cancers est réduite
Anti-cancéreux	Mettre en place des outils de gestion du registre			
Morphine	Organiser le suivi trimestriel du registre			
Intrants de dépistage des lésions précancéreuses	Organiser la collecte rétroactive des données du cancer			
Consommables	Mettre en place le financement du registre	Population sensibilisée sur le cancer	Au moins 60 % de la population est informée sur le cancer ;	
Outils gestion	Former les acteurs communautaires pour la mise en œuvre d'activités de communication			
	Organiser des activités de plaidoyer			
	Sensibiliser sur les facteurs de risque du cancer			



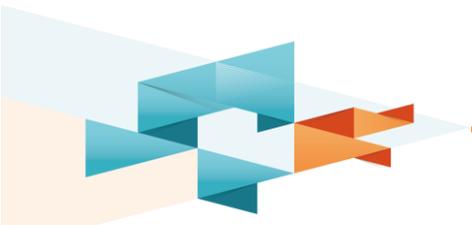


dépliants	Sensibiliser sur l'importance des vaccins pour la prévention des cancers	
Affiches		
Serveur	Célébrer les journées mondiales de lutte contre les cancers	
Ordinateurs	Enrôler les patients dans les mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaire enrôlé
tablettes	Systematiser le dépistage des lésions précancéreuses dans les structures sanitaires	Assurer un taux de détection précoce d'au moins 70% des cancers ;
	Organiser les séances de dépistage des lésions précancéreuses lors des journées de mobilisation	au moins 50% des lésions précancéreuses sont dépistées





Former les prestataires sur la détection précoce des cancers	Nombre de	au moins 70%	des
Doter les structures en intrants nécessaires pour le dépistage précoce des cancers	cancers détectés précocement	cancers sont détectés précocement	
Élaborer des documents de normes et protocoles	Documents de Normes et Protocoles élaborés		
Former les médecins sur la prise en charge des cancers	Nombre de personnes formées	100%	des cancers diagnostiqués sont traités selon les normes
Former les prestataires sur les soins palliatifs			
Effectuer le contrôle qualité des médicaments	Démarche qualité assurée		
Assurer l'accréditation des centres de PEC du cancer			





Mettre en place des pôles de PEC du cancer dans le cadre de la déconcentration	Nombre de cancer pris en charge
Organiser des réseaux de soins du cancer	
Organiser des supervisions sur la prise en charge du cancer au niveau des structures	
Équiper les laboratoires d'exploration médicale (biologique, anatomopathologique, radiologique...)	
Etendre la subvention de la chimiothérapie	
Rendre disponible la morphine	
Mettre en place des unités de soins palliatifs	
Rendre disponible la radiothérapie dans les structures	





	Doter les structures en intrants pour la prise en charge des cancers		
	Assurer la maintenance préventive et curative des appareils		
	Effectuer des recherches sur les cancers	Nombre d'articles publiés	
	Faire le point sur les cancers lors des réunions de coordination	Un point sur les cancers est fait lors des réunions de coordination	100% des activités de suivi et d'évaluation du plan sont réalisées
	Organiser la revue semestrielle de performance des activités de lutte contre le cancer	Au moins 80% des activités de suivi	
	Faire une évaluation à mi-parcours et finale du plan	réalisées	





VI.3 Cadre de performance

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Indicateurs d'impact										
Nouveau cas	11317 Globocan 2020	15000	16000	14000	13385	12000	Registre du cancer	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de décès cancer	7893 Globocan 2020	7498	7103	6709	6314	5919	Registre du cancer	Routine	Annuelle	DLMNT
Nouveaux cas cancers pédiatriques	151	225	300	375	420	600	Registre du cancer	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de décès cancers pédiatriques	124	168	225	150	100	93	Registre du cancer	Routine	Annuelle	DLMNT
Indicateurs d'effets et de résultats										
Prévention et Détection Précoce du Cancer										
Intervention 1.1 : Législation et réglementation autour des facteurs de risques										
Nombre de lois et règlement adoptés en faveur de la lutte contre le cancer	0		1	1	1		Rapport d'activités	Routine	Trimestrielle	Bureau Législation
Intervention 1.2 : Environnements et Nutritions saines										
Nombre de manuels élaborés en faveurs environnement et nutritions saines			1	1			Rapport d'activités	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Intervention 1.3 : Promotion de la santé (communication, sensibilisation, plaidoyer)										
Proportion de personnes sensibilisées sur les cancers	ND	15%	30%	40%	50%	60%	Rapport d'activités	Routine	Trimestrielle	Bureau Partenariat Promotion
Intervention 4 : Dépistage, Détection et traitement										
Nombre d'ACS orientés sur la prévention des cancers et leurs facteurs de risque	1000	1500	3000	4500	6000	7500	Rapport d'orientation	Routine	Trimestrielle	Bureau Cancer
Proportion de structures offrant le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus	20%	40%	50%	70%	80%	90%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	Bureau Cancer
Proportion de femmes ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus	11% STEPS 2015	20%	25%	35%	40%	50%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	Bureau Cancer
Proportion de femmes de présentant des lésions précancéreuses	5%	7%	10%	12%	13%	15%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	Bureau Cancer
Proportion de femmes ayant bénéficiés d'un traitement de lésions précancéreuses par thermoablation	ND	70%	75%	80%	90%	95%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Proportion de femmes ayant bénéficiés d'un traitement de lésions précancéreuses toutes méthodes confondues	ND	60%	65%	70%	80%	90%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de structures offrant la mammographie	17	20	25	35	40	45	Rapport de mise en service	Routine	Trimestrielle	Bureau cancer
Proportion de femmes ayant bénéficié de détection précoce du cancer du sein	ND	20%	25%	35%	40%	50%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion d'hommes ayant bénéficié d'une PSA	ND	20%	25%	35%	40%	50%	DHIS2	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de prestataires formés sur la détection précoce des cancers de l'enfant	100	150	300	500	700	1000	Rapport de formation	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de prestataires des IME formés sur la détection précoce des cancers de l'enfant	0	0	25	50	75	100	Rapport de formation	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de médecins des entreprises orientés dans la détection précoce des cancers	0	25	50	100	150	200	Rapport de formation	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de prestataires de santé vaccinés contre l'hépatite	0	500	1500	3000	4000	5000	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Diagnostic et traitement des cancers										
Intervention 1 : Formation et Ressources humaines de qualité										
Nombre de radiologues compétents au diagnostic et le traitement des cancers	-	5	10	15	20		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH
Nombre de médecins et chirurgiens généralistes compétents en oncologie	-	07	14	21	28		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH
Nombre de chirurgiens oncologues (chirurgie digestive, ophtalmologie, ORL, thoracique, neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orthopédique, chirurgie pédiatrique)	-	10	20	30	40		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH
Nombre d'oncologues médicaux (pneumo digestif, hémato, ORL, médical, neuro, ...)	-	10	20	30	40		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH



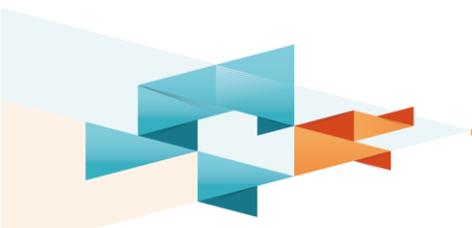


Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de radiothérapeutes	-	5	10	15	20	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre d'anatomopathologistes	-	5	10	15	20	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre d'oncologues pédiatres	2	-	4	6	8	10	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH
Nombre de médecins nucléaires	-	4	6	8	10	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre de biologistes (hémato, immuno, biologie moléculaire, cytogénétique)	-	10	20	30	40	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre de médecins médicaux	-	4	6	8	10	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre médecins endoscopistes	-	6	12	18	24	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	
Nombre de spécialistes en cancérologie (chirurgiens oncologues, oncologue médicaux, radiothérapeutes...)	-	57	104	161	218	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DRH	



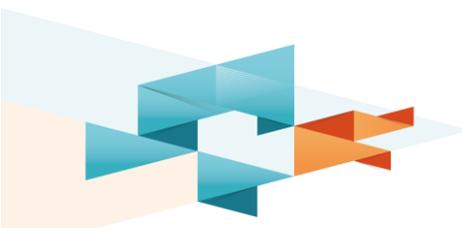


Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de personnel de soutien formé sur le diagnostic des cancers (nutritionnistes, techniciens supérieurs, infirmiers oncologues, techniciens manipulateurs, addictologues)	-	30	60	90	120		Routine	Trimestrielle	DRH	
Intervention 2 : Infrastructures, Équipements et Maintenance										
Nombre de Pôles régionaux de PEC du cancer mis en place	01 (CNO)	01 (Touba)	01 (Sédhio u/Zig)		01 (St Louis		Routine	Trimestrielle	DIEM	
Nombre de services d'endoscopie multidisciplinaires	-	-	01 (Fann)	-	-		Routine	Trimestrielle	DIEM	
Nombre de services d'oncologie médicale	-	-		02 (Thiès et Touba)			Routine	Trimestrielle	DIEM	





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Construction d'un centre d'oncologie	-	1	Mbou r				Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DIEM
Nombre de PET -SCAN	01 (Dalal Jamm	-	01	-	-		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DIEM
Nombre d'accélérateurs linéaires				01(Sé dhiou /Zig	02 (St Louis et Touba)	01(HAL D)	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DIEM
Nombre d'IRM	-	03 (HOGI P, HALD et Touba)	01 (Sédh iou/Zi g)	01 (St Louis)			Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DIEM





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre d'unités de Radiologie interventionnelle	-	01 (HOGI Prenfercement)	01 (HAL D)	-	01 (Dalal jamm)		Routine Rapport MSAS	Trimestrielle	DIEM	
Gamma Caméra	01 (Dalal Jamm)	01 (HOGI P)	01 (Touba)	-	-		Routine Rapport MSAS	Trimestrielle	DIEM	
Nombre d'appareils d'imagerie échographique		-01 (HAL D)					Routine Rapport MSAS	Trimestrielle	DIEM	
Nombre de plateforme de biologie moléculaire		01 (Touba)	01 (Zigui nchor)	01 (St Louis)	-		Routine Rapport MSAS	Trimestrielle	DIEM	
Nombre d'automates d'immunohistochimie		01 (Thiès)	01 (Touba)	01 (Zigui a)			Routine Rapport MSAS	Trimestrielle	DIEM	





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Proportion de centres de prise en charge des cancers disposant des équipements et matériels protégés (onduleurs, groupes électrogènes et ventilation)	25%	50%	75%	100%			Routine	Trimestrielle	DIEM	
							Rapport MSAS			
Nombre d'ingénieurs et techniciens formés sur la maintenance préventive des équipements	03	03	03	03	03		Routine	Trimestrielle	DIEM	
							Rapport MSAS			
Délais de réparation des équipements en panne		1 se	3 jrs	24 h	24 h		Routine	Trimestrielle	DIEM	
							Rapport MSAS			
Pourcentage de sites de prise en charge installés dans le cadre du RéNOPS							Routine	Trimestrielle	DLMNT	
							Rapport MSAS			
Nombre de laboratoire de cryoconservation d'ovules et de spermatozoïdes	-	-	01	-	-		Routine	Trimestrielle	DIEM	
			(CNO)				Rapport MSAS			

Intervention 3 : Management de la qualité : Normes et Procédures





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de manuels de procédures qualités des soins du cancers		02	04	06	08		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de manuels de procédures continuum soins du cancer		02	04	06	08		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre d'audits qualité externe	-	-	01	-	02		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Intervention 4 : Multi-Interdisciplinarité										
Nombre de réunions de concertations pluridisciplinaires hospitalier		12	12	12	12		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	Point Focaux
Nombre de patients discutés lors des réunions de concertations pluridisciplinaires hospitalier							Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	Point Focaux
Nombre de patients discutés lors des réunions de concertations pluridisciplinaires par pôle de référence		04	04	04	04		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	Point Focaux
Nombre de patients discutés lors des réunions de concertations pluridisciplinaires au niveau national		02	02	02	02		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	Point Focaux



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de référentiels élaborés	02	02	02	02	02	02	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	Point Focaux
Intervention 5 : Médicaments et produits essentiels										
Proportion de médicaments anticancéreux et adjuvants disponibles	90,6% (sous réserve	93%	95%	96%	98%	100%	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion de séances de radiothérapie gratuites	-	-	100%	100%	100%		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion de médicaments pour l'immunothérapie disponibles	-	25%	50%	75%	100%		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion de médicaments pour l'immunothérapie gratuits	0%	-	-	-	-	100%	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion de médicaments anticancéreux et adjuvants gratuits	53%	85%	95%	100%	100%	100%	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Proportion d'effets secondaires pharmaceutiques et post-transfusionnels notifiés	10%	25%	45%	60%	80%		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Liste des médicaments essentiels révisée			1			1	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Soins Palliatifs et Accompagnement										
Interventions 1 : Développement des soins palliatifs										
Rapport d'évaluation des besoins en SPA disponible	0	0	1	0	0	0	Rapport MSAS	Enquête	annuelle	DLMNT
Nombre d'unités de SP/A (les adultes) disponible dans les PPS pilotes	0	0	2	4	6	8	Rapport d'ouverture/note d'érection	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre d'unités mobiles de SPA mis en place dans les PPS pilotes	0	0	1	0	2	3	Rapport de mise en place	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre de lits dédiés aux SPA pour adulte dans les EPS	5	0	25	50	75	100	Rapport d'ouverture	Routine	annuelle	DLMNT
Un centre national de référence en SPA est créé	0	0	0	1	0	0	Rapport d'ouverture	Routine	annuelle	MSAS



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre d'unité de SPA pédiatrique disponible et fonctionnel	0	0	1	0	2		Rapport d'ouverture/Note d'érection	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre de lits dédiés aux SPA pédiatriques dans les EPS	0	0	15	30	40	50	Rapport d'ouverture/Note d'érection	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre d'unité des soins palliatifs gériatrique disponible	0	0	1	2	3		Rapport d'ouverture/Note d'érection	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre de lits de gériatrie dédiés aux SPA	0	0	10	20	30	40	Rapport d'ouverture/Note d'érection	Routine	annuelle	DLMNT
Le document de Politiques normes et protocoles est disponible dans les PPS	0	0	1	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Bi-annuelle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Rapport d'évaluation des besoins de formation en SP/A disponible	0	0	1	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de formateurs formés en SPA	0	0	30	0	0	0	Rapport de formation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de médecins formés en SPA	0	0	50	50	25	25	Rapport de formation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de d'infirmiers formés en SPA	0	0	100	100	50	50	Rapport de formation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de pharmaciens formés en SPA	0	0	20	10	10	10	Rapport de formation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de travailleurs sociaux formés en SPA	0	0	30	25	25	20	Rapport de formation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de leaders spirituels orientés en SPA	0	0	100	50	50	50	Rapport d'orientation	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de tradipraticiens orientés en SPA	0	0	50	25	25	25	Rapport d'orientation	Routine	Annuelle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsa ble
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de relais communautaires orientés	0	0	200	100	100	100	Rapport d'orientation	Routine	Annuelle	DLMNT
Le document de plaidoyer pour l'intégration des SP/A dans les curricula médicaux et paramédicaux est disponible	0	0	0	0	1	0	Document de plaidoyer	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de bourses disponibles pour la recherche en SP/A	0	0	1	1	1	2	Bourse de recherche	Routine	Annuelle	MSAS/Parte naires internation nauxd
Nombre de bourses disponible pour la spécialisation en SP/A	0	0	1	1	1	1	Bourse de spécialisation	Routine	Annuelle	MSAS
Nombre de supports de communication disponibles	0	0	X	X	X	X	Supports de communication	Routine	Annuelle	Bureau communicat ion /DLMNT
Nombre de personnes sensibilisés dans la population générale	0	0	X	X	X	X	Rapport d'activités de sensibilisation	Routine	Annuelle	Bureau communicat ion /DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Document de plaidoyer, sur l'utilité des soins palliatifs et leur nécessité pour une couverture sanitaire universelle, est disponible	0	0	0	1	0	0	Document de plaidoyer	Routine	Annuelle	DLMNT
Le bureau SP/A est ouvert au niveau de la DLMNT	0	0	1	0	0	0	Bureau SPA est ouvert	Routine	Annuelle	DLMNT
Interventions 2 : Produits et médicaments essentiels pour les soins palliatifs										
Rapport d'évaluation des besoins, en morphine et autres médicaments essentiels basée sur les modèles recommandés par l'OMS, est disponible	0	0	1	0	0	0	Rapport d'évaluation des besoins	Routine	Annuelle	DLMNT
Un document de plaidoyer pour la révision de la législation sur les opiacés est disponible	0	0	1	0	0	0	Document de plaidoyer	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de PPS disposant de sirop de morphine	3	0	8	15	20	25	Rapport de stock	Routine	Annuelle	PNA/DLMN T/MSAS
Nombre de PPS disposant de comprimés opiacés	8	0	10	10	10	6	Rapport de stock	Routine	Annuelle	PNA/DLMN T/MSAS
Nombre de PPS disposant de morphine injectable	44	0	0	0	0	0	Rapport de consommation	Routine	Annuelle	PNA/DLMN T/MSAS
Un document de plaidoyer est disponible sur la subvention des médicaments essentiels en soins palliatifs et la nécessité d'avoir un approvisionnement suffisant en opiacés et autres médicaments essentiels en soins palliatifs	0	0	1	0	0	0	Document de plaidoyer	Routine	Annuelle	PNA/DLMN T/MSAS
Nombre de prestataires sensibilisés à l'utilisation des opiacés	0	0	200	150	100	100	Rapport d'activité de sensibilisation	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de pharmaciens ayant bénéficié de renforcement de capacité	0	0	20	20	10	10	Rapport de formation		Trimestrielle	DLMNT
Dispositif de gestion élaborés	1	2							Trimestrielle	DLMNT
Registre du Cancer et Recherche										
Intervention 1 : Gestion et archivage des données										
Nombre d'archiviste recruté		5	5	5	5	5	DRH /MSAS	Routine	annuelle	DLMNT
Intervention 2 : Digitalisation des données du cancer										
Proportion d'hôpitaux avec un archivage fonctionnel			20%	50%	75%	100%	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Nombre de prestataires de santé formés à l'enregistrement et des dossiers							Rapport MSAS	Routine	semestrielle	DLMNT
Proportion d'hôpitaux ayant un dossier patient numérique			20%	50%	75%	100%	Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre d'hôpitaux publics et privés équipés pour l'enregistrement des cancers							Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Le registre national des tumeurs est disponible et fonctionnel			1				Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de registraires formés	20	24	47				Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Intervention 3 : Analyse et suivi des données										
Un arrêté ministériel instituant le registre des tumeurs du Sénégal	0		1				Journal officiel du Sénégal	Routine	annuelle	DLMNT
Nombre de revues tenues sur les indicateurs du cancer	0	2	2	2	2		Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
Intervention 4 : Recherche et innovation										
Nombre d'articles sur les cancers publiés dans des revues scientifiques							Rapport MSAS	Routine	Trimestrielle	DLMNT
L'institut national de recherche sur le cancer est créé	0		1				MSAS / MESRI (Ministère de	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Responsable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
							l'enseignement Supérieur de la recherche et de l'innovation)			
Nombre d'assistants de recherche recruté		10	20	30	40		Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DRH
Gouvernance de la lutte contre le cancer										
Intervention 1 : Coordination nationale et régionale de la lutte contre le cancer										
Nombre d'arrêté ministériel portant organisation de la DLMNT avec présence du bureau cancer	0	0	1	0	0	0	Arrêté ministériel	Routine	Annuelle	DLMNT
Taux d'exécution des activités prévues dans le PNLCC	0%	25%	25%	25%	25%	25%	Rapport de performance	Routine	Annuelle	DLMNT
Taux d'exécution de activités prévues dans le PTA du bureau cancer	0%	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport de performance	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de personnels recrutés au sein du bureau cancer	3 pp	3pp	3pp	2pp	0	0	Contrat	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de plan de formation et de recrutement rédigé	0	0	1	1	1	1	Plans	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre d'atelier de suivi du plan de formation et de recrutement	0	0	2	2	2	2	Rapport de performance	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de bureaux aménagés mis à disposition du bureau cancer	1	3	1	0	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre d'ordinateurs portables disponibles	1	5	3	2	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de téléphones disponibles	0	6	3	2	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de connexion haut débit active	0	2	0	0	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre d'imprimante et projecteur	0	2	0	0	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de voiture de liaison	0	1	0	0	0	0	PV de réception	Routine	Annuelle	DLMNT

Intervention 2 : Amélioration du financement de la lutte contre les cancers





Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Taux d'accroissement de la subvention de l'Etat pour la lutte contre les cancers	0	25%	25%	25%	25%	25%	Budget alloué et voté	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de Stratégie de mobilisation de ressources développés avec les PTF	0	0	1	0	1	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Fonds mobilisés (Euro) auprès des PTF pour la mise en œuvre du PNLCC	0	200.00 0 euros	200.00 0 euros	200.00 0 euros	200.00 0 euros	200.000 euros	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de réunion avec les PTF et les Bailleurs de fonds organise	0	1	1	1	1	1	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Taux d'exécution du budget prévu dans le PNLCC	0%	25%	25%	25%	25%	25%	Rapport de performance	Routine	Annuelle	DLMNT
Taux d'exécution financier du budget prévue dans le PTA du bureau cancer	0%	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de document bancable développer avec l'appui de la CT	0	0	1	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Intervention 3 : Renforcement de la multisectorialité										
Nombre de réunion du Comité multisectoriel portant sur la lutte contre le cancer	0	2	2	2	2	2	Rapport MSAS	Routine	Semestrielle	DLMNT
Intervention 4 : Déconcentration / Décentralisation de la lutte contre le cancer										
Nombre de PF cancer nommé au sein de chaque région médical	0	0	14	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de note de service rédigé par les MCR	0	0	14	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre d'atelier d'orientation réalisés pour les PF régionaux	0	14	14	14	14	14	Rapport d'activité des RM	Routine	Annuelle	MCR
Nombres de PTA régionaux intégrant des activités sur le cancer	0	14	14	14	14	14	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de mission de coordination et suivi réalisés au niveau régional avec les acteurs de lutte contre le cancer	0	2	2	2	2	2	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre d'atelier d'orientation des acteurs communautaires et OSC	0	79	79	79	79	79	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Intervention 5 : Pilotage du Plan Nationale de Lutte contre le Cancer										
Nombre de comites créés pour la coordination, le suivi et l'évaluation du PNLCC	0	2	0	0	0	0	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de réunion du Comité de pilotage	0	2	2	2	2	2	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT
Nombre de réunions du Comité scientifique tenues	0	2	2	2	2	2	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT



Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence collecte	Respon sable
	Baseline	2025	2026	2027	2028	2029				
Nombre de rapport de suivi validés par le Comité de pilotage et scientifique	0	2	2	2	2	2	Rapport MSAS	Routine	Annuelle	DLMNT



VI.4 Système de gestion des données

La gestion des données constitue un pilier essentiel pour le suivi efficace de la mise en œuvre du plan stratégique.

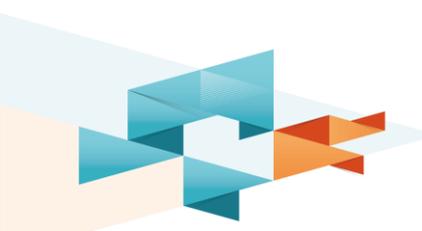
Les données de routine relatives à la prévention seront collectées via la plateforme nationale des données DHIS2 utilisée comme outil principal de rapportage dans le système national d'information sanitaire.

Les données de la morbi-mortalité liée au cancer seront consignées dans le registre national du cancer, qui constitue une source essentielle pour la surveillance épidémiologique.

Au Sénégal, le système de suivi évaluation et le système de surveillance sanitaire utilisent tous les deux la plateforme du système d'information sanitaire DHIS2 comme moyen de rapportage de routine. Ces données seront exploitées pour assurer le suivi des indicateurs de performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La DLMNT, en collaboration avec la Division du Système d'information Sanitaire et Sociale (DSISS), est chargée de garantir la qualité, la complétude et la promptitude des données issues du registre du cancer et de la plateforme DHIS2. Ce suivi se fera selon une périodicité mensuelle, trimestrielle et annuelle. Ce même travail se fera au niveau des régions médicales avec des revues périodiques.

Par ailleurs, le système ErpX3, dédié à la gestion logistique, permet une maîtrise et un suivi rigoureux des stocks de médicaments anticancéreux au niveau central.





VI.5 Plan d'action budgétisé

PROCESSUS	Coût de l'activité	Coût total dans les 5ans	Frequence
Former des registraires pour la gestion du registre	8 159 800 CFA	8 159 800 CFA	1
Organiser le suivi trimestriel du registre	4 498 150 CFA	53 977 800 CFA	12
Organiser la collecte rétroactive des données du cancer	18 491 250 CFA	18 491 250 CFA	1
Mettre en place le financement du registre	9 219 990 CFA	9 219 990 CFA	1
Former les acteurs communautaires pour la mise en œuvre d'activités de communication	2 236 000 CFA	364 468 000 CFA	163
Organiser des activités de plaidoyer	7 710 000 CFA	30 840 000 CFA	4
Sensibiliser sur les facteurs de risque du cancer	642 750 000 CFA	3 213 750 000 CFA	5
Sensibiliser sur l'importance des vaccins pour la prévention des cancers			
Célébrer les journées mondiales de lutte contre les cancers	642 750 000 CFA	3 213 750 000 CFA	5
Plan a 5-day review workshop and a three-day technical validation workshop in Thiès with about 30 participants (10 from the regions of Fatick, Louga, Ziguinchor, Tambacounda, 02 from Thiès; rest from Dakar).	9 720 000 CFA	48 600 000 CFA	5
Enrôler les patients dans les mutuelles de santé	5 140 000 CFA	5 140 000 CFA	1
Systématiser le dépistage des lésions précancéreuses dans les structures sanitaires	392 868 896 CFA	1 964 344 481 CFA	5



Organiser les séances de dépistage des lésions précancéreuses lors des journées de mobilisation	3 968 373 CFA	19 841 863 CFA	5
Former les prestataires sur la détection précoce des cancers	3 682 000 CFA	36 820 000 CFA	10
Doter les structures en intrants nécessaires pour le dépistage précoce des cancers dans les 90 CS secondaires (gants, speculum, lugol AA, lampes frontales)			
Élaborer des documents de normes et protocoles	12 480 400 CFA	12 480 400 CFA	1
Former les médecins sur la prise en charge des cancers			
Former les prestataires sur les soins palliatifs	20 360 000 CFA	101 800 000 CFA	5
Effectuer le contrôle qualité des médicaments (ARP / Agence de regul pharmaceutique)	10 000 000 CFA	50 000 000 CFA	5
Assurer l'accréditation des centres de PEC du cancer	50 000 000 CFA	250 000 000 CFA	5
Mettre en place de 2 pôles de PEC du cancer dans le cadre de la déconcentration	1 958 400 000 CFA	3 916 800 000 CFA	2
Organiser des réseaux de soins du cancer	8 595 900 CFA	8 595 900 CFA	1
Organiser des supervisions sur la prise en charge du cancer au niveau des structures	3 415 500 CFA	17 077 500 CFA	5
Équiper les laboratoires d'exploration médicale	1 080 324 000 CFA	1 080 324 000 CFA	1
Etendre la subvention de la chimiothérapie	12 310 546 875 CFA	12 310 546 875 CFA	1



Rendre disponible la morphine	35 960 400 CFA	179 802 000 CFA	5
Mettre en place des unités de soins palliatifs	30 615 000 CFA	153 075 000 CFA	5
Rendre disponible la radiothérapie dans les structures			
Doter les structures en intrants pour la prise en charge des cancers			
Assurer la maintenance préventive et curative des appareils		510 000 000 CFA	
Effectuer des recherches sur les cancers	30 000 000 CFA	150 000 000 CFA	5
Faire le point sur les cancers lors des réunions de coordination	6 293 140 CFA	125 862 800 CFA	20
Organiser la revue semestrielle de performance des activités de lutte contre le cancer	1 290 000 CFA	12 900 000 CFA	10
Faire une évaluation à mi-parcours et finale du plan	3 041 200 CFA	3 041 200 CFA	1
TOTAL		27 359 708 859 CFA	



SPECIFIC CLINICAL SERVICES COSTS

Sub-activity	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Total
Total programme costs	1 504 862 183 CFA	1 709 213 524 CFA	1 874 391 316 CFA	2 068 504 924 CFA	2 173 338 573 CFA	9 330 310 521
NCCP campaign & outreach activities (estimated)	556 799 008 CFA	632 409 004 CFA	693 524 787 CFA	765 346 822 CFA	804 135 272 CFA	3 452 214 893
Training	120 388 975 CFA	102 552 811 CFA	121 835 436 CFA	165 480 394 CFA	173 867 086 CFA	684 124 701
Monitoring & evaluation	52 670 176 CFA	51 276 406 CFA	56 231 739 CFA	62 055 148 CFA	65 200 157 CFA	287 433 627
General programme management	157 830 218 CFA	178 265 352 CFA	194 783 132 CFA	214 194 492 CFA	224 677 857 CFA	969 751 052
Other (shared infrastructure costs) & maintenance	617 173 806 CFA	744 709 950 CFA	808 016 222 CFA	861 428 068 CFA	905 458 201 CFA	3 936 786 248
HR Programme costs for NCCP implementation (excluded from "General Programme Management")						
NCCP staff	7 344 000 CFA	36 720 000 CFA				



SPECIFIC CLINICAL SERVICES COSTS						
Sub-activity	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Total
Early detection clinical services						
Cervical cancer screening programme (NCCP activities 3.1, 3.2)	305 819 681 CFA	353 289 692 CFA	400 341 749 CFA	441 612 760 CFA	483 122 463 CFA	1 984 186 345 CFA
Adult cancer clinical services						
Breast Cancer	2 740 055 479 CFA	2 874 980 329 CFA	3 022 604 574 CFA	3 125 090 074 CFA	3 236 870 396 CFA	14 999 600 852 CFA
Cervical Cancer	1 120 933 491 CFA	1 236 963 112 CFA	1 332 337 040 CFA	1 387 011 283 CFA	1 448 832 540 CFA	6 526 077 466 CFA
Colorectal Cancer	371 037 978 CFA	377 592 462 CFA	384 219 718 CFA	388 731 802 CFA	406 918 483 CFA	1 928 500 443 CFA
Prostate Cancer	509 322 609 CFA	579 167 075 CFA	649 363 715 CFA	689 059 978 CFA	731 048 035 CFA	3 157 961 412 CFA
Gastric Cancer	124 559 731 CFA	135 476 619 CFA	148 338 002 CFA	154 066 812 CFA	163 267 025 CFA	725 708 190 CFA
Liver Cancer	132 841 200 CFA	129 115 570 CFA	143 179 203 CFA	142 861 208 CFA	149 736 193 CFA	697 733 374 CFA
Childhood cancer services						
Acute Lymphoblastic Leukemia	299 934 295 CFA	274 270 508 CFA	299 829 799 CFA	293 866 363 CFA	304 619 398 CFA	1 472 520 363 CFA
Hodgkin's Lymphoma	78 363 149 CFA	76 598 670 CFA	79 899 800 CFA	82 024 287 CFA	83 439 062 CFA	400 324 967 CFA
Burkitt's Lymphoma	82 142 940 CFA	65 808 333 CFA	78 256 254 CFA	72 604 561 CFA	77 849 381 CFA	376 661 469 CFA
Retinoblastoma	80 805 729 CFA	68 824 643 CFA	83 184 014 CFA	76 300 392 CFA	82 451 454 CFA	391 566 233 CFA
Wilms' Tumor	97 881 002 CFA	78 622 620 CFA	93 868 187 CFA	86 684 976 CFA	93 231 721 CFA	450 288 505 CFA
Low Grade Glioma	29 786 491 CFA	31 551 598 CFA	32 929 840 CFA	33 533 849 CFA	34 468 892 CFA	162 270 670 CFA
Other childhood cancers	200 674 082 CFA	178 702 911 CFA	200 390 368 CFA	193 504 329 CFA	202 817 973 CFA	976 089 662 CFA





TOTAL CLINICAL SERVICE COSTS	6 174 157 856	6 460 964 142	6 948 742 261	7 166 952 675	7 498 673 015	
Population access (1.5% scale-up)	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Total
Number of patients treated per year						
Breast cancer	1308	1418	1529	1638	1749	7642
Total cancer (6 adults + childhood cancers)	3512	3826	4140	4454	4768	20700
Number of deaths averted						
Breast cancer	61	91	123	159	201	635
Cervical cancer	42	69	98	125	148	482



Additional infrastructure TBC							
Technologies	Total devices over 5 yrs	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Total
Ultrasound	6		28 000 000	28 000 000	28 000 000		84 000 000
Linear accelerators	6 (2)		3 916 800 000	3 916 800 000	3 916 800 000		11 750 400 000
Establish interventional radiology services	3		1 205 400 000	1 205 400 000	1 205 400 000		3 616 200 000
Acquire PT-CET in 1 national hospital	1			610 000 000			610 000 000
Gamma camera with SPECT CT and accessories	3		397 800 000	397 800 000	397 800 000		1 193 400 000
CT scan	4		367 200 000	183 600 000	183 600 000		734 400 000
Establish immunohistochemical, flow cytometry	3		58 800 000	58 800 000	58 800 000		176 400 000
Establish pathology laboratory infrastructure	3		360 108 000	360 108 000	360 108 000		1 080 324 000
MRI	4		378 200 000	189 100 000	189 100 000		756 400 000
Laminar hood	15		4 944 000	4 326 000			9 270 000





SPECIFIC CLINICAL SERVICES COSTS						
Sub-activity	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Total
Total programme costs	7 679 020 039 CFA	14 887 429 666 CFA	15 777 067 577 CFA	15 575 065 599 CFA	9 672 011 589 CFA	63 590 594 470 CFA
NCCP campaign & outreach activities (estimated)	556 799 008 CFA	632 409 004 CFA	693 524 787 CFA	765 346 822 CFA	804 135 272 CFA	3 452 214 893
Training	120 388 975 CFA	102 552 811 CFA	121 835 436 CFA	165 480 394 CFA	173 867 086 CFA	684 124 701
Monitoring & evaluation	52 670 176 CFA	51 276 406 CFA	56 231 739 CFA	62 055 148 CFA	65 200 157 CFA	287 433 627
General programme management	157 830 218 CFA	178 265 352 CFA	194 783 132 CFA	214 194 492 CFA	224 677 857 CFA	969 751 052
Other (shared infrastructure costs) & maintenance	617 173 806 CFA	744 709 950 CFA	808 016 222 CFA	861 428 068 CFA	905 458 201 CFA	3 936 786 248
Clinical services						
Cervical cancer screening programme (NCCP activities 3.1, 3.2)	305 819 681 CFA	353 289 692 CFA	400 341 749 CFA	441 612 760 CFA	483 122 463 CFA	1 984 186 345 CFA
Adult cancer clinical services						
Breast Cancer	2 740 055 479 CFA	2 874 980 329 CFA	3 022 604 574 CFA	3 125 090 074 CFA	3 236 870 396 CFA	14 999 600 852 CFA
Cervical Cancer	1 120 933 491 CFA	1 236 963 112 CFA	1 332 337 040 CFA	1 387 011 283 CFA	1 448 832 540 CFA	6 526 077 466 CFA
Colorectal Cancer	371 037 978 CFA	377 592 462 CFA	384 219 718 CFA	388 731 802 CFA	406 918 483 CFA	1 928 500 443 CFA
Prostate Cancer	509 322 609 CFA	579 167 075 CFA	649 363 715 CFA	689 059 978 CFA	731 048 035 CFA	3 157 961 412 CFA
Gastric Cancer	124 559 731 CFA	135 476 619 CFA	148 338 002 CFA	154 066 812 CFA	163 267 025 CFA	725 708 190 CFA
Liver Cancer	132 841 200 CFA	129 115 570 CFA	143 179 203 CFA	142 861 208 CFA	149 736 193 CFA	697 733 374 CFA
Childhood cancer services						





Acute Lymphoblastic Leukemia	299 934 295 CFA	274 270 508 CFA	299 829 799 CFA	293 866 363 CFA	304 619 398 CFA	1 472 520 363 CFA
Hodgkin's Lymphoma	78 363 149 CFA	76 598 670 CFA	79 899 800 CFA	82 024 287 CFA	83 439 062 CFA	400 324 967 CFA
Burkitt's Lymphoma	82 142 940 CFA	65 808 333 CFA	78 256 254 CFA	72 604 561 CFA	77 849 381 CFA	376 661 469 CFA
Retinoblastoma	80 805 729 CFA	68 824 643 CFA	83 184 014 CFA	76 300 392 CFA	82 451 454 CFA	391 566 233 CFA
Wilms' Tumor	97 881 002 CFA	78 622 620 CFA	93 868 187 CFA	86 684 976 CFA	93 231 721 CFA	450 288 505 CFA
Low Grade Glioma	29 786 491 CFA	31 551 598 CFA	32 929 840 CFA	33 533 849 CFA	34 468 892 CFA	162 270 670 CFA
Other childhood cancers	200 674 082 CFA	178 702 911 CFA	200 390 368 CFA	193 504 329 CFA	202 817 973 CFA	976 089 662 CFA
Technologies						
Ultrasound		28 000 000 CFA	28 000 000 CFA	28 000 000 CFA		84 000 000 CFA
Linear accelerators		3 916 800 000 CFA	3 916 800 000 CFA	3 916 800 000 CFA		11 750 400 000 CFA
Establish interventional radiology services		1 205 400 000 CFA	1 205 400 000 CFA	1 205 400 000 CFA		3 616 200 000 CFA
Acquire PT-CET in 1 national hospital			610 000 000 CFA			610 000 000 CFA
Gamma camera with SPECT CT and accessories		397 800 000 CFA	397 800 000 CFA	397 800 000 CFA		1 193 400 000 CFA
CT scan		367 200 000 CFA	183 600 000 CFA	183 600 000 CFA		734 400 000 CFA
Establish immunohistochemical, flow cytometry		58 800 000 CFA	58 800 000 CFA	58 800 000 CFA		176 400 000 CFA
Establish pathology laboratory infrastructure		360 108 000 CFA	360 108 000 CFA	360 108 000 CFA		1 080 324 000 CFA
MRI		378 200 000 CFA	189 100 000 CFA	189 100 000 CFA		756 400 000 CFA
Laminar hood		4 944 000 CFA	4 326 000 CFA			9 270 000 CFA



