

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

STRATEGIE NATIONALE D'ELIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS AU CAMEROUN A L'HORIZON 2030



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	4
SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES	6
PREFACE.....	11
REMERCIEMENTS	12
RESUME EXECUTIF	13
DEFINITIONS OPERATIONNELLES.....	17
INTRODUCTION	18
CHAPITRE 1 : NOTE METHODOLOGIQUE	20
CHAPITRE 2 : DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN.....	23
2.1.Contexte général.....	23
2.1.1 Contexte géographique	23
2.1.2.Contexte administratif.....	23
2.1.3.Contexte économique	23
2.1.4.Contexte sociodémographique et culturel	24
2.1.5.Contexte humanitaire et sécuritaire.....	24
2.1.6.Organisation du système sanitaire	25
2.1.7.Organisation des soins	26
2.2.Cadres régionaux et internationaux	27
2.3.Cadres nationaux.....	28
CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC DE LA LUTTE CONTRE LE CCU AU CAMEROUN.....	30
3.1. Données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus au Cameroun	30
3.2. Présentation de la réponse institutionnelle.....	31
3.2.1. Promotion de la Santé dans la lutte contre le CCU	31
3.2.2. Prévention de la maladie	32
3.2.3. Prise en charge des cas.....	38
3.2.4. Renforcement du système de santé en faveur de la lutte contre le CCU	41
3.2.5. Gouvernance et pilotage stratégique de la lutte contre le cancer.....	47
3.3.Diagnostic de la lutte contre le CCU	49
3.3.1. Diagnostic participatif	49
3.3.2. Enjeux et défis.....	65
CHAPITRE 4 : CADRE STRATEGIQUE.....	67
4.1 Orientations majeures fixées par les cadres stratégiques de référence.....	67
4.1.1 Orientations Internationales	67
4.1.2. Orientations nationales en matière de lutte contre le CCU.....	70
4.2 Vision et objectifs	71
4.2.1 Vision.....	71
4.2.2. Objectif Général	71
4.2.3. Objectifs spécifiques	71
4.3. Principes directeurs.....	72
4.4.. Déclinaison des axes stratégiques.....	72
4.4.1. Axe stratégique 1 : Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations	73
4.4.2. Axe stratégique 2 : Prévention du CCU.....	74
4.4.3. Axe stratégique 3 : Optimisation de la prise en charge des cas de CCU	75
4.4.4. Axe stratégique 4 : Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU.....	76

4.5. Chaine des résultats	78
4.6. Cadre logique d'interventions.....	80
4.7. Théorie du changement	89
CHAPITRE 5 : CADRE OPERATIONNEL	92
5.1. Dispositif institutionnel et organisationnel de mise en œuvre	92
5.1.1. Leadership du Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA).....	92
5.1.2. Rôle des parties prenantes.....	92
5.2. Plan d'action prioritaire.....	97
CHAPITRE 6 : COUT GLOBAL DE LA MISE EN ŒUVRE ET STRATEGIE DE FINANCEMENT DU PLAN	145
6.1. Méthode d'estimation des coûts du plan	145
6.2. Synthèse des coûts.....	146
6.2.1. Evolution annuelle du budget.....	146
6.2.2. Budget par intervention	147
6.2.3 Budget par axe stratégique	150
CHAPITRE 7 : DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION.....	152
7.1. Conditions de succès	152
7.2. Analyse des risques	152
7.3. Phase de mise en œuvre	153
7.4. Cadre institutionnel et organisationnel du pilotage et de la coordination	153
7.4.1.Niveau central	154
7.4.2.Niveau intermédiaire	155
7.4.3.Niveau périphérique	155
7.5. Cadre de suivi et d'évaluation	156
7.5.1.Cadre de performance	156
7.5.2.Système de gestion des données	172
7.5.3.Mécanisme de suivi/évaluation.....	172
BIBLIOGRAPHIE	175
ANNEXES	178
Annexe 1 : Liste des structures/ personnes interviewées.....	178
Annexe 2 : Liste des structures enquêtées dans l'analyse quantitative de l'état des lieux de la lutte contre le CCU ...	179
Annexe 3 : Connaissance sur le cancer du col de l'utérus	181
Annexe 4 : Distribution des connaissances sur le CCU chez les femmes sexuellement actives	182
Annexe 5 : Association entre les caractéristiques des femmes sexuellement actives et la faible participation du dépistage du CCU Analyse multivariée (partie 1).....	183
Annexe 6 : Association entre les caractéristiques des femmes sexuellement actives et la faible participation du dépistage du CCU Analyse multivariée (Partie 2)	184
Annexe 7 : Nombre de cas de lésions précancéreuses traitées dans les structures enquêtées en 2024 par région...	185
Annexe 8 : Source de financement des MNT en 2018 et 2019	186
Annexe 9 : liste des recherches effectuées sur le CCU.....	187

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Organisation du système de santé.....	25
Tableau II : Répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2025	26
Tableau III : Analyse FFOM de l'état des lieux de la lutte contre le CCU	49
Tableau IV : Cibles de l'ODD n°3 prises en compte par la stratégie nationale d'élimination du CCU	67
Tableau V : Cibles pour 2030 en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus	69
Tableau VI : Approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus.....	69
Tableau VII: Cibles du PNDS prises en compte par la stratégie nationale d'élimination du CCU.....	70
Tableau VIII : Chaine des résultats	78
Tableau IX : Cadre logique d'intervention	80
Tableau X : Rôle des parties prenantes.....	93
Tableau XI : Planning opérationnel des activités	98
Tableau XII : Budget par intervention.....	148
Tableau XIII : Répartition du budget par axe stratégique.....	150
Tableau XIV : Mesures préventives et d'atténuation des risques.....	152
Tableau XV : Cadre de rendement	157

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des cas de CCU suspectés, diagnostiqués, traités et référés de 2020 à 2024.....	31
Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales contre les HPV de 2012 à 2024.....	34
Figure 3 : Évolution annuelle du budget du plan (en pourcentage)	146
Figure 4 : Répartition du budget par axe stratégique	150

SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

ADN :	Acide DésoxyriboNucléique
CBCHS :	Cameroon Baptist Convention Health Services
CBMT :	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CD :	Cervicographie numérique
CHAI :	Clinton Health Access Initiative
CNLCa :	Comité National de Lutte contre le Cancer
CIRC :	Centre International de Recherche sur le Cancer
COC :	Centre d'Oncologie du Cameroun
COGE :	Comité de Gestion de l'Aire de Santé
COGEDI :	Comité de Gestion du District
COSA :	Comité de Santé de l'Aire de Santé
COSADI :	Comité de Santé du District
CCU :	Cancer du Col de l'Utérus
CIC :	Cancer Invasif du Col
CSI :	Centre de Santé Intégrée
CTD :	Collectivités Territoriales Décentralisées
DCS :	Dépenses Courantes en Santé
DRSP :	Délégation Régionale de Santé Publique
DS :	District de Santé
DSCE :	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
ECAM 5 :	Cinquième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
FvVIH :	Femmes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
FRPS :	Fonds Régionaux par la Promotion de la Santé
IGRT :	Radiothérapie guidée par l'image
IMRT :	Radiothérapie par modulation d'intensité
INCa :	Institut National de Cancérologie
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité

IVA/IVL :	Inspection Visuelle à l'Acide Acétique/ Inspection Visuelle au Lugol
HGY :	Hôpital Général de Yaoundé
HGD :	Hôpital Général de Douala
HPV :	Human Papilloma Virus
HTA :	Hypertension artérielle
LEEP :	Loop Electrosurgical Excision Procedure
MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique
ODD :	Objectifs de Développement Durable
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PDI :	Personnes Déplacées Internes
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PSN-SRMNIA-	Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale,
NUT :	Infanto-Juvénile, de l'Adolescent et de la Nutritio
PSNPLCa :	Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer
RCA :	République Centrafricaine
RCP :	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RMA :	Rapport mensuel d'activités
SND 30 :	Stratégie Nationale de Développement pour la décennie 2030
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SBC :	Changement Social et Comportemental
SSS :	Stratégie Sectorielle de Santé
3D RCT :	Radiothérapie conformationnelle 3D
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VMAT :	ArcThérapie Volumétrique à Modulation d'Intensité

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Supervision générale

Dr. MANAOUDA Malachie, Ministre de la Santé Publique

Coordination générale

Pr. NJOCK Louis Richard, Secrétaire Général/MINSANTE

Supervision technique

Dr. ZEH KAKANOU Florence, Conseiller Technique N° 3/MINSANTE

Coordination technique

Pr NKEGOUM Blaise, Secrétaire Permanent CNLCA

Equipe de rédaction

Dr HAOUA Farida, CSMM/DLMEP

Dr ESSONO Justine, SPA CNLCA

M. ETOUNDI DOUGSA Roger, SSS

Dr KAMDEM Aurélien, SSS

Mme NGAH Marguerite, SSS

Dr MOUAYE Vanessa, Cadre CNLCA

Mme ONANA Michèle, Cadre CNLCA

M. BAYAOLA FANGO, DEP

Dr EVINA OLINGA A., MINEPAT

M. VOUNDI ELANGA Vincent, MINEPAT

Dr ESSON MAPOKO Berthe, Consultant ICI-SANTE

Dr OUEDRAOGO Olivia, Consultant ICI-SANTE

M. KABORE Nestor, Consultant ICI-SANTE

LISTE DES CONTRIBUTEURS

1. Dr ZEH KAKANOU Florence, CT3
2. Pr SOBNGWI Eugène, DOSTS
3. Dr EBONGO Zacheus, DSF
4. M. MASSOM Eithel, CIS
5. Dr DEMA Fidèle, S/DOSTS
6. Dr HAOUA Farida, CSMM/DLMEP
7. Pr NKEGOUM Blaise, SP/CNLCA
8. Dr FOKAM Joseph, SP/CNLS
9. Dr ESSONO Justine, SPA/CNLCA
10. Dr OMONA Edwige, Cadre DSF
11. Dr KAMDEM Aurélien, Cadre SSS
12. Dr AMBOMO Olivia, Cadre CNLS
13. Dr MOUAYE Vanessa, Cadre CNLCA
14. Dr NGO NOUGA Yvette, Cadre CNLCA
15. Mme PENLAP Yvette, Cadre CNLCA
16. Mme EKOSSO Charlotte, Cadre CNLCA
17. M. SAIDOU Alim, Cadre CNLCA
18. Mme ONANA Michèle, CNLCA
19. Mme KAMGAIN Gisèle, Cadre CNLCA
20. Dr MINKANDI Axel, Cadre PLMNI
21. Dr ABDOUL WAHAB H., Cadre PEV
22. M. BAYAOLA FANGO, Cadre DEP
23. Dr EVINA OLINGA A., Cadre MINEPAT
24. M. VOUNDI ELANGA Vincent, Cadre MINEPAT
25. Mme NSOMO Marie, Cadre MINFI
26. Dr IKOULA Elise, Cadre CIS
27. Dr DOUANLA Pélagie, HGOPY
28. Dr CIAFFI Laura, Coordonnatrice Projet VIHEILLIR
29. Dr SOBNGWI Joëlle, Directeur Exécutif RSD Institute
30. Dr DUFOURCQ Jean-Baptiste, Conseiller Régional de l'Ambassade de France au Cameroun
31. Dr REGENT Sabrina, Chargée de Projet Expertise France
32. Dr ESSON MAPOKO, Consultant ICI-SANTE

33. Dr OUEDRAOGO Olivia, Consultant ICI-SANTE

34. M. KABORE Nestor, Consultant ICI-SANTE

PREFACE

Au Cameroun, les maladies non transmissibles (MNT) représentent une menace croissante pour la santé des populations, en particulier chez les femmes. Parmi elles, le cancer du col de l'utérus constitue l'un des principaux fardeaux sanitaires pesant sur les femmes camerounaises. Il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et de la première cause de mortalité liée au cancer féminin dans le pays avec 2 525 nouveaux cas et 1 837 décès selon le Globocan 2022. Au-delà des conséquences sanitaires, le cancer du col de l'utérus a un impact socio-économique lourd, notamment pour les familles à faibles revenus. Les coûts liés aux soins prodigués le plus souvent de manière tardive, ainsi que les pertes de revenus subies par les patientes rendues en incapacité de travailler, fragilisent davantage les ménages et accentuent les inégalités sociales, en particulier dans les zones rurales et défavorisées.

Conscient de l'urgence de lutter efficacement contre cette pathologie, le Gouvernement camerounais a décidé de créer en 1990 ; le Comité National de Lutte contre le Cancer, réorganisé en 2002, et dont l'objectif principal est de réduire la mortalité et la morbidité associées à cette maladie. La mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020-2024 a permis d'atteindre des résultats assez significatifs et probants par la mise en place d'une subvention de la prise en charge des cas, la réalisation de la phase pilote de prise en charge des cas de cancer par l'approche 3T et de recherches. Afin de renforcer les acquis et relever les défis majeurs, en conformité avec l'initiative mondiale de l'OMS visant à éliminer ce cancer en tant que problème de santé publique, le Cameroun a élaboré une Stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus à l'horizon 2030. Cette stratégie s'articule autour de quatre axes majeurs que sont : le renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations, la prévention, l'optimisation de la prise en charge des cas et le renforcement du système de santé en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Cette Stratégie, porteuse d'innovations ambitieuses, est le fruit d'une volonté politique certaine en la matière, qui s'est illustrée à travers d'une démarche de conception collaborative, participative et inclusive de l'ensemble des parties prenantes au rang desquelles : les autorités sanitaires, les professionnels de santé, les chercheurs, les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile et les communautés locales. L'élaboration de cette stratégie a été possible grâce à la collaboration avec le Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de la Santé (ST/SS) et le soutien d'Expertise France.

Ce plan stratégique constitue désormais un cadre de référence national pour orienter nos choix, structurer nos interventions et atteindre les objectifs fixés en matière d'élimination du cancer du col de l'utérus.

J'en appelle à l'engagement de tous les acteurs du secteur de la santé, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, afin qu'ils s'approprient pleinement cet outil et contribuent activement à sa mise en œuvre efficace sur le terrain.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr MANAOUDA Malachie

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique adresse ses sincères remerciements à toutes les parties prenantes qui ont contribué de près ou de loin aux travaux d'élaboration de cette stratégie d'élimination du Cancer du Col de l'Utérus.

L'élaboration de cette présente stratégie d'élimination du cancer du col de l'utérus a été réalisée par le Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCa) sous la supervision du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique.

Nous tenons particulièrement à remercier Expertise France, qui a appuyé technique et financièrement l'élaboration de cette présente stratégie d'élimination.

Ont également apporté leur appui technique à l'élaboration de cette stratégie nationale, les personnels des structures suivantes :

- Le Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle Santé (ST/SSS) ;
- la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP) ;
- La Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS) ;
- La Direction de la Promotion de la Santé (DPS) ;
- La Division de la Coopération (DCOOP) ;
- Les Ministères ou Administrations partenaires (MINEPAT, MINFI, MINAS, MINPROFF)

RESUME EXECUTIF

Le cancer du col de l'utérus (CCU) représente un fardeau sanitaire majeur au Cameroun, occupant la deuxième place parmi les cancers les plus fréquents chez la femme et représentant la première cause de mortalité féminine par cancer. En 2022, le pays a enregistré 2 525 nouveaux cas et 1 837 décès (Globocan), des chiffres qui soulignent l'ampleur de la crise. Au-delà des statistiques, le CCU engendre des conséquences socio-économiques dévastatrices, en particulier pour les ménages à faibles revenus, souvent exacerbées par des diagnostics et traitements tardifs, et une incapacité de travail qui fragilise davantage les familles.

Face à cette urgence de santé publique, et en étroite conformité avec l'initiative mondiale de l'OMS visant à éradiquer le CCU, le Cameroun a élaboré sa **Stratégie Nationale d'Élimination du Cancer du Col de l'Utérus à l'horizon 2030**. Cette nouvelle stratégie s'appuie d'une part sur les succès du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020-2024, qui a notamment permis d'instaurer une subvention pour la prise en charge des cas et de mettre en œuvre une phase pilote de l'approche 3T. D'autre part, le Gouvernement camerounais, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) et de son Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA), a initié, avec le soutien financier d'Expertise France, une analyse situationnelle approfondie. Cette démarche visait à établir un diagnostic précis de la lutte actuelle contre le CCU et à jeter les bases d'une stratégie nationale d'élimination ambitieuse et ciblée. L'élaboration de cette stratégie s'est distinguée par une démarche collaborative, participative et inclusive, impliquant activement un large éventail de parties prenantes : autorités sanitaires, professionnels de la santé, chercheurs, partenaires techniques et financiers, organisations de la société civile et communautés locales.

L'analyse situationnelle a mis en lumière une réalité complexe, caractérisée par une forte prévalence et mortalité du CCU. La réponse institutionnelle actuelle déploie des efforts en promotion de la santé, en prévention (incluant la vaccination contre le VPH et le dépistage), et en prise en charge des cas. Cependant, l'analyse situationnelle a révélé des défis majeurs persistants. Parmi ceux-ci, on note l'accès limité aux services de dépistage et de traitement, une couverture vaccinale jugée insuffisante, un manque criant de personnel qualifié, des ruptures fréquentes dans l'approvisionnement en intrants essentiels, ainsi que des lacunes en matière de coordination et de financement. Ce diagnostic qui s'est voulu participatif a été crucial pour identifier ces goulots d'étranglement et définir collectivement les priorités d'actions.

Face à ce contexte, la Stratégie Nationale d'Élimination du Cancer du Col de l'Utérus à l'horizon 2030 ainsi élaborée, propose une feuille de route claire et ambitieuse, qui s'inscrit résolument dans les orientations majeures des cadres internationaux et nationaux pour la lutte contre le cancer et s'articule autour d'une vision forte : **Éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique au Cameroun à l'horizon 2030**. L'objectif général est de **réduire de manière significative l'incidence et la mortalité associées au cancer du col de l'utérus au Cameroun d'ici 2030**. De l'objectif principal sont déclinés quatre (4) objectifs spécifiques, à savoir :

1. **Renforcer la promotion de la santé et la mobilisation communautaire** afin d'assurer une adhésion accrue des populations aux mesures de prévention et de dépistage.
2. **Accroître la couverture de la prévention** en priorisant la vaccination contre le Virus du Papillome Humain (VPH) chez les jeunes filles et en intensifiant le dépistage précoce des lésions précancéreuses, avec un accès simplifié aux traitements.
3. **Optimiser la prise en charge des cas avérés de CCU**, ce qui englobe l'amélioration du diagnostic précoce, des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et des soins palliatifs.
4. **Renforcer le système de santé** dans son ensemble pour soutenir efficacement l'élimination du CCU, en agissant sur la gouvernance, le financement, les ressources humaines, les infrastructures et la recherche.

Quatre (4) axes stratégiques fondamentaux majeurs sont définis pour atteindre ces objectifs, chacun étant conçu pour une action ciblée et impactante :

1. **Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations** : Cet axe vise à déployer des campagnes de sensibilisation et d'éducation de grande envergure, engageant activement les communautés, en particulier les femmes et les jeunes filles, pour favoriser l'adoption des comportements protecteurs, l'accès à l'information et la participation aux programmes de prévention et de dépistage du CCU.
2. **Prévention du CCU** : L'ambition est d'élargir massivement la couverture vaccinale anti-VPH chez les jeunes filles et garçons éligibles et d'intensifier le dépistage des lésions précancéreuses. Cela implique la mise à disposition de tests de dépistage fiables, l'amélioration de l'accessibilité aux services et l'instauration de parcours de soins fluides pour le traitement rapide des lésions détectées.
3. **Optimisation de la prise en charge des cas de CCU** : Cet axe est dédié à l'amélioration qualitative et quantitative des services de soins. Cela inclut le renforcement des capacités

diagnostiques, l'accès équitable aux traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et le développement des soins de support et palliatifs pour les femmes atteintes de CCU, garantissant une meilleure qualité de vie.

4. **Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU** : Ce pilier transversal est essentiel pour assurer la durabilité des actions. Il englobe le développement des compétences du personnel de santé, l'amélioration et l'équipement des infrastructures sanitaires, la garantie d'un approvisionnement constant en médicaments et intrants essentiels, le soutien à la recherche sur le CCU et l'amélioration de la gouvernance pour une coordination efficace des efforts.

La mise en œuvre de cette stratégie exige un investissement financier substantiel. Le coût global a été méticuleusement estimé et détaillé, ventilé par intervention et par axe stratégique. Pour garantir la pérennité et l'atteinte des objectifs, une stratégie de financement diversifiée sera élaborée. Celle-ci s'appuiera sur une mobilisation accrue des ressources nationales, complétée par un engagement fort et continu des partenaires techniques et financiers, essentiels pour combler les déficits et soutenir les actions à long terme.

Pour assurer l'efficacité et l'efficience de la stratégie, un dispositif robuste de suivi-évaluation a été conçu. Ce dispositif comprend :

- Des **conditions de succès** clairement établies, servant de repères pour mesurer les progrès.
- Une **analyse des risques** proactive, permettant d'identifier les obstacles potentiels et de mettre en place des mesures d'atténuation.
- Un **cadre institutionnel et organisationnel** précis, définissant les rôles et responsabilités pour le pilotage et la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire, périphérique).
- Un **cadre de performance** détaillé, intégrant des indicateurs clés pour le suivi des réalisations et des impacts.
- Un **système de gestion des données** fiable, garantissant la collecte, l'analyse et la diffusion transparente des informations.

La Stratégie Nationale d'Élimination du Cancer du Col de l'Utérus à l'horizon 2030 est bien plus qu'un document ; c'est un **engagement solennel du Cameroun** pour préserver la santé et le bien-être de ses femmes. La réussite de cette initiative ambitieuse dépendra d'une mobilisation sans faille de toutes les parties prenantes, depuis les décideurs politiques jusqu'aux communautés locales. Un engagement

politique soutenu, des investissements conséquents et une coordination efficace seront les piliers sur lesquels reposera l'atteinte de notre vision.

DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Cancer : encore appelé tumeur maligne, est une multiplication anormale et incontrôlée des cellules de l'organisme avec le pouvoir d'envahir les organes de voisinage et les organes à distance. (source OMS)

Cancer du col de l'utérus : est une tumeur maligne localisée au niveau du col de l'utérus. Cette affection dans 99% des cas, liée à une exposition prolongée au papillomavirus humain (HPV). (source OMS)

Lésions précancéreuses du col de l'utérus : aussi appelées dysplasies, sont des anomalies cellulaires qui se développent sur la muqueuse du col de l'utérus, généralement à la suite d'une infection persistante par certains types de papillomavirus humains (HPV) susceptibles de se transformer en cancer. (Source : OMS)

Prévention primaire : désigne l'ensemble des actes (communication pour le changement de comportement, vaccination) destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé avec pour conséquence de réduire l'apparition des nouveaux cas de ladite maladie dans une population saine. (Source : OMS)

Prévention secondaire : est l'ensemble des actes destinés à la détection précoce et l'intervention en cas de signes précliniques de la maladie. Dans le cadre du cancer, cette prévention consistera au dépistage des lésions précancéreuses et leur prise en charge précoce. (Source : OMS)

Prévention tertiaire : est un ensemble de mesures destinées à interrompre l'évolution de la maladie en cours afin de diminuer la prévalence des récidives et de réduire les complications et séquelles éventuelles. Il s'agira ici de faire un diagnostic précoce et un traitement ciblé des cancers (Source : OMS)

Soins palliatifs : sont une approche holistique visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies graves et incurables. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes connexes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel (Source : OMS)

Réunion de concertation pluridisciplinaire : est un temps formalisé d'échanges des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour rendre un avis éclairé sur le cas de chaque patient atteint de cancer afin d'obtenir une décision thérapeutique spécifique à chaque patient. (Source : Onco Paca-Corse dispositif spécifique régional du cancer)

INTRODUCTION

Le cancer représente l'une des principales causes de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale, avec près de 20 millions de nouveaux cas et 9,7 millions de décès chaque année. Environ une personne sur cinq sera diagnostiquée avec un cancer au cours de sa vie, et en 2022, environ une femme sur douze est décédée de cette maladie. Les prévisions indiquent qu'en 2050, plus de 35 millions de nouveaux cas de cancer pourraient être enregistrés, ce qui représente une augmentation de 77 %[1].

En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus (CCU), il représente le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, avec 660 000 nouveaux cas signalés en 2022[2]. Plus de 94 % des 350 000 décès liés à ce cancer ont eu lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, avec des prévisions s'établissant à 400 000 décès d'ici 2030. Par ailleurs, plus de 85 % des femmes touchées sont jeunes, peu éduquées et résident dans les pays les plus pauvres[3]. En outre, les femmes vivant avec le VIH ont six fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus par rapport à la population générale, et on estime que 5 % des cas de cancer du col de l'utérus sont liés au VIH.[4]. Selon les données du Globocan 2022, le Cameroun a enregistré 2 525 nouveaux cas et 1 837 décès de CCU. Les taux d'incidence et de mortalité de CCU durant la même année étaient respectivement de 33,1 et 25,7 pour 100 000 habitants [5]

Les facteurs de risque du CCU regroupent essentiellement l'infection au HPV, des co-facteurs exogènes (la co-infection par le VIH, la précocité de l'activité sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la multiplicité d'accouchements par voie basse, l'utilisation de contraceptifs oraux Diéthylstilbestrol) et des co-facteurs endogènes que sont les états d'immunodéficience dus à des greffes ou à des traitements immunosuppresseurs accélérant le processus pathogène[6,7]

Face à la problématique du CCU, l'OMS a lancé en mai 2018 un appel à l'élimination du CCU en proposant une stratégie centrée sur l'atteinte des objectifs de cette stratégie 2030 qui incluent la vaccination de 90 % des filles contre le HPV avant l'âge de 15 ans, le dépistage de 70 % des femmes éligibles et le traitement de 90 % des cas de CCU.

La gestion des cas au Cameroun reste marquée par une insuffisance dans la mise en œuvre des activités promotionnelles et de vaccination en faveur de la lutte contre le CCU dans les différents sectoriels, une faible disponibilité des intrants, des équipements et des infrastructures de dépistage et de prise en charge

des cas, une faible accessibilité géographique et financière des populations aux services de prise en charge des cas. Il est donc urgent de mettre en place des stratégies innovantes afin d'améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des cas et des mécanismes de subvention de la prise en charge afin de garantir un accès équitable.

Ce document stratégique vise à planifier et à mettre en œuvre la politique de lutte contre le cancer du col de l'utérus, d'une part en contribuant ainsi à la réduction significative de la forte létalité due au diagnostic tardif par le renforcement des activités de mobilisation et d'engagement communautaire et de prévention, et d'autre part, en renforçant les politiques de subvention et de réduction des coûts de la prise en charge dans un système de santé résilient et mieux préparé à une approche multisectorielle et coordonnée au Cameroun. Il s'articule autour de six chapitres :

- Les données générales sur le Cameroun ;
- L'état des lieux et diagnostic de la lutte contre le CCU ;
- Le cadre stratégique ;
- Le cadre opérationnel ;
- Le coût global de la mise en œuvre et stratégie de financement ;
- Le dispositif de suivi-évaluation.

CHAPITRE 1 : NOTE METHODOLOGIQUE

Le Ministère de la Santé publique à travers le Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA) a entrepris l'élaboration d'une stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus (CCU) dans un contexte d'expiration du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre les Cancers (PSNPLCa) 2020-2024. Cette élaboration a été possible grâce à l'accompagnement technique et financier d'Expertise France et de l'appui de consultants nationaux et internationaux.

A cet effet, un comité de pilotage composé de dix (10) membres a été mis en place pour l'élaboration de la stratégie nationale d'élimination du CCU. Ce comité avait pour rôle de valider toutes les étapes de l'élaboration de la stratégie nationale d'élimination du CCU par la validation des différents livrables en interaction avec le CNLCA et l'ensemble des parties prenantes. Il comprenait les responsables de la Direction de la Santé Familiale, de la Direction de la Lutte contre les Maladies, les Epidémies et les Pandémies, de la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de la Santé, de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, des Organisations de la Société Civile et des PTF.

Les principaux documents de référence utilisés étaient les suivants :

- le Guide Méthodologique de Planification Stratégique au Cameroun (édition 2012) ;
- la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30) ;
- la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 ;
- le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 ;
- la stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique ;
- le plan d'action mondial de lutte contre les Maladies Non Transmissibles ;
- le guide de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA 2024 ;
- le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2024-2030 ;
- le Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020-2024 ;
- le Plan Stratégique National de Lutte contre le Cancer du Col de l'utérus 2016-2020 ;
- les ODD à l'horizon 2030 ;
- le rapport final état des lieux de la radiothérapie au Cameroun avril 2019 ;

- l'analyse situationnelle des maladies non transmissibles et des traumatismes au Cameroun, troisième réunion de la Task force 2022 ;
- l'analyse situationnelle des ressources disponibles pour la lutte contre le CCU ;
- les plans de travaux annuels, les rapports d'activités et de supervision du CNLCA ;
- les cadres de dépenses à moyens termes des différents ministères partenaires ;
- les rapports des projets sur le CCU ;
- les textes réglementaires sur la création et l'organisation du CNLCA ;
- la documentation sur la disponibilité des ressources humaines, des équipements, des infrastructures et matériels nécessaires pour la lutte contre le CCU.

❖ Principales étapes du processus d'élaboration de la stratégie nationale d'élimination du Cancer du col de l'utérus

Quatre phases ont marqué le processus d'élaboration de cette présente stratégie d'élimination du CCU : i) la phase d'élaboration et de validation de l'analyse situationnelle, ii) la phase d'élaboration et de consolidation de la stratégie, iii) la phase de finalisation de la stratégie et iv) une phase de validation de la stratégie nationale d'élimination du Cancer du col de l'utérus.

i) La phase d'élaboration et de validation de l'analyse situationnelle,

Le protocole de l'élaboration de l'analyse situationnelle a été validé lors d'une réunion tenue le 27 décembre 2024 par le comité de pilotage, le personnel du Comité National de Lutte contre le Cancer, les PTF et les Experts invités. Après une collecte des données sur le terrain et diverses réunions de consolidation, le document de l'analyse situationnelle, livrable de cette phase a été validé le 11 avril 2025.

ii) La phase préparatoire et de consolidation de la stratégie

Cette étape a été marquée par l'élaboration d'un draft zéro par l'équipe des consultants et la mise en place d'un noyau, bâti autour des parties prenantes à qui il allait incomber la tâche de poursuivre le processus d'élaboration de la présente stratégie d'élimination du CCU. Ensuite, un atelier d'élaboration et de consolidation a réuni des représentants des différents ministères, des partenaires techniques et financiers, des organisations de la société du 28 au 29 mai 2025 à Soa. Cet atelier a permis :

- la réalisation des choix stratégiques (la vision, les objectifs et les stratégies) ;

- la déclinaison des actions prioritaires ;
- l'élaboration d'un cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

Enfin pour cette phase, se sont tenues des réunions de consolidation qui ont permis de réaliser des amendements de la stratégie d'élimination du CCU.

iii) Phase de finalisation de la stratégie nationale d'élimination du CCU

Réunie pendant trois jours, une équipe composée des cadres du Secrétariat général, du SP/CNLCA, du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé, de la DEP, de la DLMEP, et des administrations partenaires ont finalisé le document de la stratégie. Des amendements du document ont été proposés et la budgétisation de la stratégie a été réalisée à travers l'appui d'un consultant en budgétisation.

iv) Phase de validation de la stratégie nationale d'élimination du CCU

Le présent document élaboré est le fruit d'un processus de concertation mené à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ayant abouti à un large consensus entre les décideurs du secteur. Cette dynamique participative a permis sa validation technique et son adoption en tant que cadre de référence national pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus au Cameroun. Sa traduction en langue anglaise, suivie de sa production et de sa diffusion, constitueront l'ultime étape qui va aboutir à sa vulgarisation auprès de l'ensemble des parties prenantes.

CHAPITRE 2 : DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN

2.1. Contexte général

2.1.1. Contexte géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé dans le Golfe de Guinée, entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est. Limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord-Est par le Tchad, il s'étend sur une superficie de 475 650 km², dont 466 050 km² de superficie continentale et 9 600 km² de superficie maritime.

Le relief est assez varié, et comprend les hautes terres, les plateaux et les plaines. Il bénéficie également d'un climat varié. Le pays peut être subdivisé en trois grandes zones aux caractéristiques plus ou moins influencées par les effets des changements climatiques à savoir : la zone équatoriale (partie méridionale), la zone soudano-sahélienne (partie septentrionale) et la zone des hauts plateaux de l'Ouest[8].

2.1.2. Contexte administratif

Le Cameroun compte 10 Régions, 58 Départements, 14 Communautés urbaines et 360 Communes. Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) sont régies par la Loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées [9].

2.1.3. Contexte économique

Le fardeau économique du CCU est considérable au Cameroun. Cette maladie affecte majoritairement les femmes en âge de procréer (FAP) et en pleine activité économique. Les dépenses liées au diagnostic tardif et les soins spécialisés sont hors de portée pour la femme camerounaise moyenne.

Selon l'Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM 5), près de 40% des ménages camerounais vivent dans la pauvreté. Plus précisément, en 2022, environ 10 millions de Camerounais étaient considérés comme pauvres, avec un seuil de pauvreté fixé à 813 FCFA par jour et par personne, selon l'Institut National de la Statistique du Cameroun. Les inégalités de consommation restent élevées, avec les 20% des ménages les plus riches ayant une consommation 10 fois supérieure à celle des 20% les plus pauvres. Le taux de pauvreté des ménages dirigés par des hommes est de 39,0 %, contre 33,5 % chez les ménages dirigés par des femmes, soit un écart de 5,5 points de pourcentage. Plusieurs facteurs peuvent

expliquer ce résultat, notamment le fait que les ménages dirigés par des femmes sont généralement plus circonscrits. Au niveau régional, les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est présentent des niveaux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale. Les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Nord se distinguent par les taux de pauvreté les plus élevés, avec plus de trois personnes pauvres sur cinq. En revanche, les niveaux les plus faibles sont enregistrés à Douala (8,3 %), Yaoundé (10,8 %) et dans le Sud (14,9 %)[10].

2.1.4. Contexte sociodémographique et culturel

La population totale du Cameroun est estimée environ à 29 442 327 habitants en 2025 selon les projections démographiques avec une densité moyenne de 58 habitants au kilomètre carré [11]. Les deux principales villes du pays (Douala et Yaoundé, respectivement dans les Régions du Littoral et du Centre) abritent plus de 20 % de la population totale.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018, la population camerounaise est composée de 49% d'hommes et de 51% de femmes. La population est majoritairement jeune (15-49 ans), avec 24% des femmes et 25% des hommes qui ont entre 15 et 19 ans. De plus, 18% des femmes et 19% des hommes ont entre 20 et 24 ans. L'indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,8 enfants par femme [12]. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est estimé à 2,8 % pour un taux brut de natalité de 39,6‰ et un taux de mortalité de 10,8‰[13].

Le Cameroun compte plus de 240 langues nationales et deux langues officielles que sont le Français et l'Anglais. En matière religieuse, la laïcité est consacrée par la constitution du Cameroun, ce qui favorise une coexistence pacifique des différents groupes religieux.

2.1.5. Contexte humanitaire et sécuritaire

Le pays connaît depuis 2016, un afflux important de réfugiés dû aux différentes crises que connaissent les pays frontaliers notamment, le Nigéria, la RCA, et le TCHAD. L'on relève aussi des déplacés internes du fait de la menace terroriste de la secte islamiste Boko-Haram et de la crise socio-politique dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Environ 3,4 millions de personnes vivant au Cameroun ont besoin d'aide humanitaire et de protection en raison des effets des différents conflits, des chocs climatiques et des épidémies. On compte près d'un

million de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI). Le pays accueille également près d'un demi-million de réfugiés et de demandeurs d'asile [14].

2.1.6. Organisation du système sanitaire

Le secteur de la santé est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et comprend trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public ; (ii) un sous-secteur privé (à but non lucratif et lucratif) ; et (iii) un sous-secteur traditionnel. Chaque niveau de la pyramide dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue (voir tableau I).

Tableau I : Organisation du système de santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins et services de santé	Structures de dialogue
Central	- Cabinet du Ministre, - Secrétariat Général, - SESP - Directions techniques assimilées	- Elaboration des politiques - Coordination - Régulation Supervision	- Hôpitaux généraux, Centres hospitaliers universitaires, - Hôpitaux centraux et assimilés (CENAME, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP, LNSP)	- Conseil National de la Santé, de l'hygiène et des affaires sociales
Intermédiaire	- 10 délégations régionales	- Appui technique aux Districts de Santé Coordination régionale Régulation Supervision	- Hôpitaux régionaux et assimilés	- Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	- 205 Districts sanitaires	- Offre de soins - Coordination du District Régulation Supervision	- Hôpitaux de District Cliniques - CMA - CSI, - Cabinet de soins	- COSADI, COGEDI, COSA, COGE

Source : PNDS 2021-2025

2.1.7. Organisation des soins

Les formations sanitaires sont classées en sept (7) Catégories sur les trois niveaux de la pyramide sanitaire comme suit :

- Catégorie 1 : Hôpitaux Généraux ;
- Catégorie 2 : Hôpitaux Centraux, Centres Hospitaliers Régionaux ;
- Catégorie 3 : Hôpitaux Régionaux et assimilés ;
- Catégorie 4 : Hôpitaux de Districts et assimilés ;
- Catégorie 5 : Centres Médicaux d'Arrondissements et assimilés ;
- Catégorie 6 : Centres de Santé Intégrés et assimilés ;
- Catégorie 7 : Centres de santé ambulatoires.

Le tableau suivant fait le point de la répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2025.

Tableau II : Répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2025

N°	RÉGIONS	DISTRICTS DE SANTE	AIRES DE SANTE	FORMATIONS SANITAIRES						TOTAL
				HR	HC/CHR	HR/H RA	HD	CMA	CSI	
1	Adamaoua	11	88	0	1	4	4	17	166	192
2	Centre	33	287	4	3	2	32	60	390	491
3	Est	15	167	0	1	2	14	23	161	202
4	Extrême-Nord	32	301	0	1	4	25	37	367	434
5	Littoral	24	190	2	1	2	22	24	81	132
6	Nord	15	147	1	1	2	12	14	238	268
7	Nord-Ouest	21	234	0	1	2	21	35	193	252
8	Ouest	20	235	0	1	3	18	40	366	428

9	Sud	13	104	0	2	2	12	19	180	215
10	Sud-Ouest	21	116	0	1	3	14	27	193	238
TOTAL		205	1869	7	13	26	174	296	2335	2851

Source : tableau actualisé des formations sanitaires publiques MINSANTE (DOSTS, 2025)

2.2. Cadres régionaux et internationaux

Le Cameroun à l'instar de nombreux pays a ratifié de nombreux engagements en lien avec les maladies non transmissibles plus spécifiquement le cancer du col de l'utérus. Ces engagements ont été ratifiés à la faveur entre autres :

- **De l'Assemblée mondiale de la Santé**, qui s'est tenue en 2013, selon la résolution A/RES/70/1 a désigné le cancer du col de l'utérus au nombre des interventions prioritaires du Plan d'action 2013-2020 destiné à prévenir et combattre les maladies non transmissibles, lequel a été approuvé par les États Membres (dont le Cameroun) et les engage à inclure le cancer du col et d'autres interventions relatives aux maladies non transmissibles dans leurs plans nationaux de santé.
- **Des ODD** adoptés le 25 septembre 2015. 193 pays parmi lesquels le Cameroun ont adopté à l'Organisation des Nations Unies (ONU), un nouveau programme de développement articulé autour de 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) pour mettre fin à la pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice, protéger la planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité, d'ici à 2030. Ce nouveau programme de développement à l'horizon 2030 s'appuie sur les succès des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), tout en y intégrant de nouvelles préoccupations telles que les changements climatiques, la paix et la justice, entre autres priorités. Le troisième objectif de l'ODD 3.4 stipule que d'ici à 2030, il faut réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématuée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
- **De l'appel à l'action mondial** lancé par le Directeur Général de l'OMS en mai 2018, à l'effet d'éliminer le cancer du col de l'utérus, soulignant une volonté politique renouvelée de faire de son élimination une réalité et appelant toutes les parties prenantes à s'unir autour de cet objectif commun.

- De la 73^{ème} Assemblée mondiale de la Santé tenue en août 2020, et qui a adopté une résolution WHA73.2 appelant à l'élimination du cancer du col de l'utérus et a adopté une stratégie pour y parvenir. Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) marque cette annonce historique en lançant officiellement la stratégie d'élimination. La stratégie fixe des objectifs pour que tous les pays atteignent 90% de couverture vaccinale contre le HPV, 70% de couverture de dépistage et 90% d'accès au traitement d'ici 2030. Chaque pays devra atteindre les cibles 90-70-90 d'ici à 2030 pour être sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours du siècle prochain.

2.3. Cadres nationaux

➤ La loi cadre dans le domaine de la santé

La loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé stipule en son article 2 que « la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé ».

➤ La Vision Cameroun 2035

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035, notamment « *Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité* ». Dans cette vision, le pays s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ».

La réalisation de cet objectif, nécessitera dans le domaine de la santé, d'améliorer l'offre de soins et de services et de garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité. Ceci permettra de relever l'enjeu du développement du capital humain qui consiste à doter la population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle. Par ailleurs, la vision 2035 dans sa deuxième phase (2020-2030) prévoit sur le plan social, les objectifs suivants : (i) la densification des infrastructures sociales ; (ii) l'élargissement du système de sécurité sociale ; et (iii) le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale.

➤ **La Stratégie Nationale de Développement du Cameroun (SND30)**

La Stratégie nationale de développement (2020-2030), vise entre autres à améliorer le développement du capital humain et du bien-être dans son pilier 2 dont les principes fondamentaux en matière de la santé sont : i) l'amélioration de la gouvernance du système de santé ; ii) le renforcement du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence ; et iii) la valorisation du potentiel thérapeutique local.

➤ **La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030**

La Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé prend son ancrage dans la SND30. Elle donne des orientations de lutte contre le CCU dans tous ses axes stratégiques.

CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC DE LA LUTTE CONTRE LE CCU AU CAMEROUN

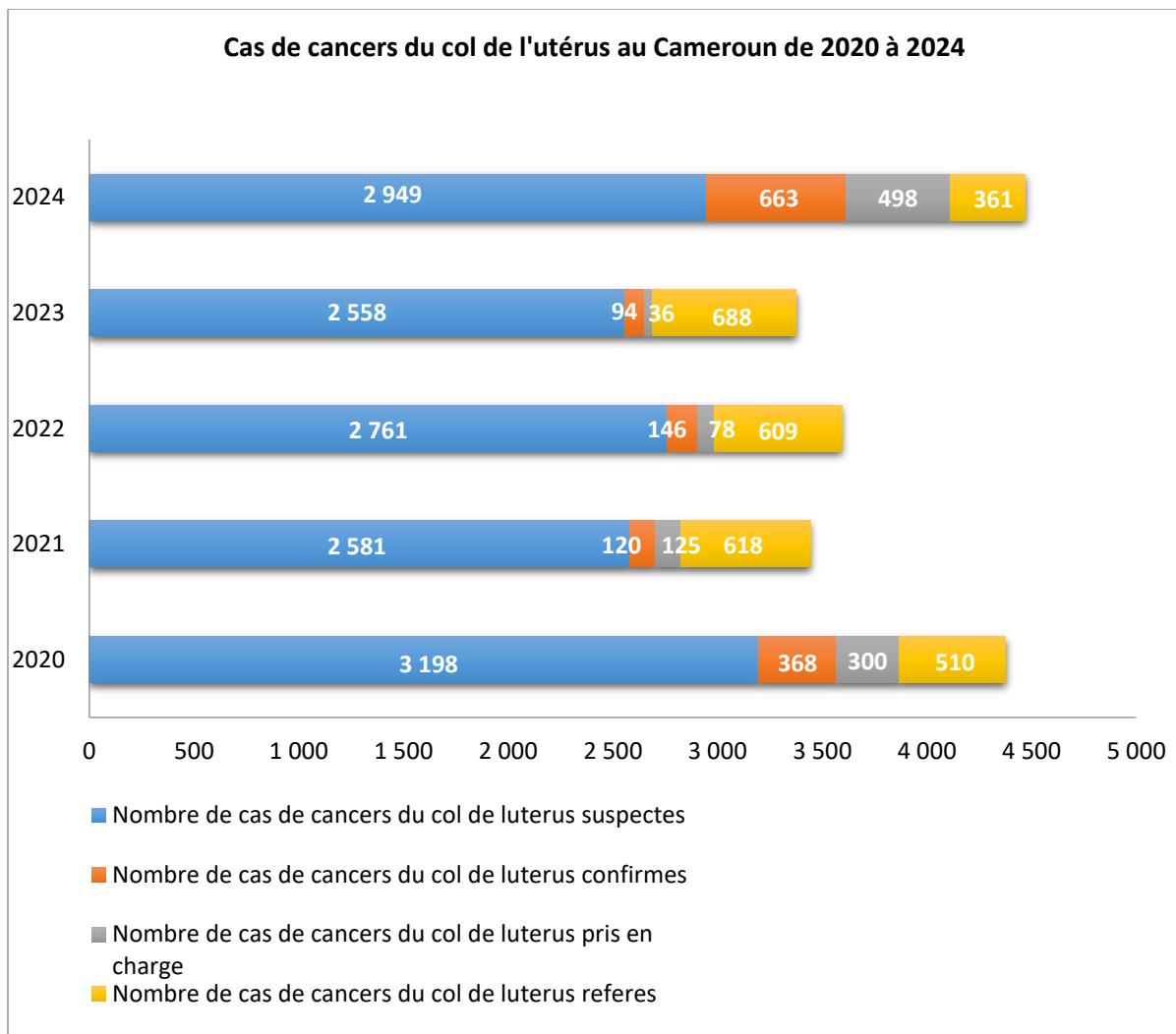
3.1. Données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus au Cameroun

D'après les statistiques mondiales sur le cancer (GLOBOCAN), le Cameroun a enregistré 19 564 nouveaux cas de cancer en 2022, dont 12,9% étaient des cas de cancer du col de l'utérus (CCU), soit 2 525 cas. De plus, sur 12 798 cas de décès liés aux cancers, 1 837 sont attribués au CCU, soit 14,4%. Le taux d'incidence standardisé du CCU en 2022 est de 33,1 pour 100 000 femmes, tandis que le taux de mortalité standardisé est de 25,7 pour 100 000 femmes [15].

Plusieurs recherches sur le CCU ont été menées entre 2017 et 2024. Une revue systématique sur la prévalence des génotypes de HPV 16 et 18 a révélé que le VPH était détecté dans 27,5 % des cas de CCU chez les femmes camerounaises, avec une prévalence élevée chez celles de plus de 25 ans, allant de 43,6% à 43,8% [16].

De plus, une étude menée en 2024 auprès de 599 travailleuses du sexe âgées de plus de 30 ans a souligné l'importance de cibler les groupes vulnérables pour la prévention du CCU, afin de soutenir la stratégie mondiale de l'OMS visant à éliminer cette maladie d'ici 2030. En effet, la prévalence de l'infection par le HPV parmi les travailleuses du sexe au Cameroun est supérieure à celle observée à l'échelle mondiale, avec 62,1 % d'entre elles testées positives pour un ou plusieurs types de HPV. Parmi les 15 types de HPV identifiés, le type 51 a montré la prévalence la plus élevée à 14 %, suivi par le type 53 à 12,4 % et le type 52 à 12,2 %. En revanche, le type 18 a présenté la prévalence la plus faible à 2,8 %, tandis que le type 16 a été observé à 5,2 %[17].

En plus de ces données, les informations recueillies sur les cas de CCU dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) fournissent un aperçu des cas de CCU suspectés, confirmés, traités et référés entre 2020 et 2024. Le nombre de cas suspectés de CCU a diminué, passant de 3198 à 2949. En revanche, les cas confirmés de CCU ont connu une augmentation irrégulière, passant de 368 à 663. De même, le nombre de cas traités a également augmenté, passant de 300 à 498. En revanche, le nombre de cas référés a diminué, passant de 510 à 361 (figure 1).



Source : Données DHIS2 sur le CCU de 2020 à 2024.

Figure 1 : Evolution des cas de CCU suspectés, diagnostiqués, traités et référés de 2020 à 2024.

3.2. Présentation de la réponse institutionnelle

3.2.1. Promotion de la Santé dans la lutte contre le CCU

❖ Communication et sensibilisation sur le CCU

Bien que la journée mondiale de sensibilisation du CCU doit être menée en Janvier de chaque année, les interventions en faveur de la lutte contre le CCU sont intensifiées au mois d'Octobre et associées à la lutte contre le cancer du sein. L'analyse situationnelle sur le CCU réalisée en 2025 par le CNLCA a révélé que :

- les interventions de sensibilisation sur les cancers sont intensifiées pendant le mois de lutte contre les cancers féminins à travers les campagnes de dépistage. Les thématiques échangées sont la prévention du CCU et du cancer du sein ;
- les organisations de la société civile qui militent pour la lutte contre les cancers se focalisent prioritairement sur les cancers du col de l'utérus et du sein. Quatorze (14) ONG/OSC ont été identifiées auprès du CNLCA comme des associations qui accompagnent le Gouvernement dans la lutte contre le CCU.

❖ Niveau de connaissances du CCU auprès des communautés

Une recherche effectuée en 2021 sur la compréhension et les facteurs de risque du CCU dans les villes du Département du Fako, Région du Sud-Ouest du Cameroun, par Tassang et al., a révélé que parmi 250 participantes, 82,8 % ne parvenaient pas à établir un lien entre le CCU et l'infection par le HPV. Seulement 29,9 % croyaient en la possibilité de prévenir ce cancer, et 54,8 % ignoraient que le traitement des lésions précancéreuses pouvait prévenir l'apparition du CCU. De plus, seulement 28 % étaient informées de l'existence d'un test HPV et 59,6 % de l'existence du vaccin contre le HPV. En ce qui concerne la vaccination, seulement 1,6 % ont été vaccinées contre le HPV [18].

Une autre étude réalisée en septembre 2023 auprès de femmes sexuellement actives âgées de 24 à 59 ans dans le District de santé de Biyem-Assi, Région du Centre du Cameroun, a montré que sur 250 femmes, 84 % (210) connaissaient le CCU, tandis que 58 % (146) ignoraient les méthodes de dépistage et 46 % (115) n'étaient pas au courant des facteurs de risque. Pour ce qui est des moyens de prévention, 55 % (113) ne les connaissaient pas. En ce qui concerne la prise en charge médicale du CCU, 55 % ignoraient que les traitements étaient disponibles, et 68 % (126) n'étaient pas informées des complications liées au CCU [19].

3.2.2. Prévention de la maladie

❖ Vaccination contre le Virus du Papillome Humain (HPV)

Le premier pilier de la Stratégie de l'OMS pour accélérer l'élimination du CCU vise à vacciner 90 % des filles contre le HPV d'ici l'âge de 15 ans. Ce vaccin, qui protège contre les infections à HPV, est administré aux jeunes filles entre 9 et 14 ans en principe avant leur premier rapport sexuel.

Dans l'enquête de l'analyse situationnelle de la lutte contre le CCU, la proportion des formations sanitaires disposant des services de vaccination contre le HPV est de 59, 68 % (37/62). Elle a aussi révélé que plusieurs études ont été menées sur la prévention primaire du CCU.

- Projet pilote (2010–2012) : La Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS) a vacciné 800 filles (9 à 14 ans) avec un taux de complétude de 85 % à partir de 19 200 doses de Gardasil® quadrivalent [20].
- Projet de démonstration (2014–2016) : Mené dans les districts de santé de Foumban et Edéa. Les résultats ont permis de noter une bonne acceptation du vaccin HPV par les bénéficiaires et le personnel médical, et la capacité du système de santé à l'intégrer dans le programme national.
- Lancement national du vaccin contre le HPV : a débuté le 1^{er} Octobre 2020 avec pour objectif de vacciner 400 filles âgées de 9 ans avec un schéma à 2 doses. La couverture vaccinale entre 2021 et 2022 était en moyenne de 19%. La phase d'extension qui a pris en plus les garçons, a débuté en janvier 2023 et intégré au Programme Élargi de Vaccination (PEV) avec un schéma à une dose. Cette dernière, a permis de vacciner 56,8 % de filles et 26,1 % de garçons en 2023. Cependant en 2024, la couverture vaccinale était de 30 % pour les deux sexes, suite à une rupture de vaccins. Spécifiquement pour la région du Nord, l'objectif a été atteint, soit 60 % pour les filles.

La figure suivante fait l'évolution des couvertures vaccinales par HPV chez les filles et les garçons de 2020 à 2024.

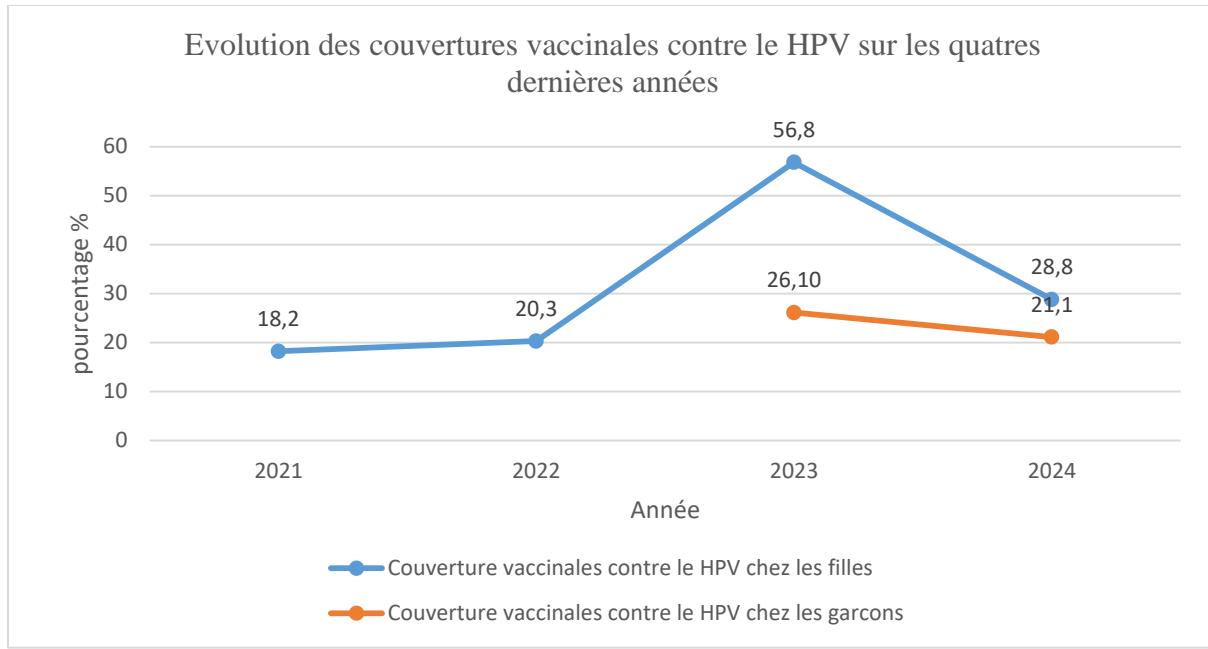


Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales contre les HPV de 2012 à 2024.

- Toutefois, il existe de nombreux obstacles dans l'atteinte des objectifs des couvertures vaccinales en HPV. En effet, une étude réalisée dans le Nord-Ouest du Cameroun a montré que l'efficacité du vaccin (31,8 %) et les effets secondaires dont la sécurité (18,4 %) étaient les principaux obstacles qui empêchaient les parents de vacciner leurs filles. L'analyse bivariée a également révélé que le niveau d'éducation, le niveau de revenu et les risques perçus sont des facteurs supplémentaires influençant la décision des parents de vacciner les filles [21].
- En outre, une étude réalisée en 2022 sur la perception de la vaccination anti HPV auprès des vaccinateurs du District de Santé de Sa'a au Cameroun a montré que les réticents à la vaccination estimaient que les fabricants n'avaient pas donné suffisamment de preuves de la sécurité du vaccin et manquaient de confiance dans l'évaluation de la situation épidémiologique par le gouvernement. La pandémie de COVID-19, la peur de l'infertilité et l'influence négative des médias sociaux étaient perçues comme les principales raisons de l'hésitation de la communauté à la vaccination contre le HPV. Des mesures visant à accroître l'acceptation de la vaccination contre le HPV et l'appropriation de l'activité par les vaccinateurs doivent être mises en place afin d'atteindre les couvertures vaccinales escomptées [22].

❖ Dépistage du CCU

▪ Perception du dépistage

Une étude menée en 2023 sur *la perception du dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) auprès des femmes du District de Santé de Biyem-Assi*, dans la Région du Centre Cameroun, a démontré que certaines femmes considéraient le CCU comme une maladie avec divers stades de gravité, tandis que d'autres le percevaient comme un mythe.

Pour ce qui est des causes du CCU, les femmes l'attribuaient soit à des complications gynécologiques, à des infections sexuellement transmissibles, à des forces maléfiques ou à des croyances mystiques. Elles considéraient que cette maladie touchait principalement les jeunes femmes, et que les traitements variaient selon le stade. Parmi les complications du CCU, elles ont cité prioritairement l'infertilité.

En ce qui concerne l'importance du dépistage du CCU, les femmes affirmaient qu'il permettait de détecter la maladie, d'éviter des stades avancés et des situations irréversibles. Cependant, un groupe de répondantes considérait le dépistage comme non essentiel, le percevant comme une fatalité inévitable et une volonté divine.

Quant à la perception du processus de dépistage du CCU, certaines femmes le voyaient comme "*une initiative louable*", tandis que d'autres estimaient que "*la sensibilisation et la vulgarisation étaient insuffisantes, et que le coût du dépistage était élevé par rapport à leur niveau de vie*". En outre, certaines femmes ont jugé "*le processus de dépistage inefficace, car la maladie continuait d'évoluer*".

Les principales raisons de la faible participation au dépistage sont : les difficultés financières, les priorités telles que la nutrition, les considérations religieuses, les occupations variées, un manque de fiabilité des résultats et la peur [19].

▪ Méthodes de dépistage du CCU

Au Cameroun, d'après le Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer 2020-2024 et le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvénile, de l'Adolescent et de la Nutrition (PSN-SRMNIA-NUT) 2024-2030, le dépistage du CCU repose premièrement sur l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA/IVL) et secondairement sur l'examen cytologique,

également connu sous le nom de test de Papanicolaou ou frottis cervico-utérin. Aussi, il recommande le dépistage du CCU chez les femmes de 25 à 65 ans.

L'OMS a constaté que la mise en œuvre des programmes basés sur la cytologie a rencontré des difficultés liées à la faible couverture du dépistage et que la méthode IVA/IVL est largement adoptée dans les pays à ressources limitées en raison de son coût réduit, ce qui incite les décideurs à soutenir des programmes nationaux de dépistage du CCU basés sur le IVA/IVL. A cet effet, l'OMS recommande que le dépistage du CCU soit fait par : (i) la méthode IVA/IVL (tous les 3 à 5 ans) couplée à la cervicographie numérique (CD) ou colposcopie pour prendre des images du col de l'utérus après l'IVA avant tout traitement, (ii) la détection de l'ADN du HPV (tous les 5 à 10 ans), (iii) le frottis cervico-utérin (tous les 1 à 3 ans) [23]. Cependant, la qualité de ces méthodes dépend fortement des compétences du prestataire, et leur sensibilité peut varier.

L'OMS recommande d'intégrer pleinement le dépistage primaire du CCU et le traitement des lésions précancéreuses. Il est aussi indiqué de dispenser ces deux services dans la même journée afin d'optimiser leur efficacité et d'éviter les perdus de vue[24]. Le traitement des lésions précancéreuses peut se faire par thermoablation, cryothérapie ou excision électro-chirurgicale par l'anse diathermique (LEEP ou ERAD).

- **Etudes menées sur le dépistage du CCU**

Une recherche effectuée à Yaoundé en 2015 sur le dépistage du CCU par IVA/IVL a mis en évidence les limites de cette méthode. En effet, dans cette étude, les participantes avaient bénéficié à la fois d'une IVA et d'un frottis cervico-vaginal, démontrant que sur 101 femmes ayant obtenu un résultat négatif, 10% présentaient des anomalies au FCV, et 4% représentaient des lésions intra épithéliales de haut grade[25]. C'est pourquoi l'OMS a établi comme objectif de s'assurer qu'au moins 70 % des femmes dans le monde soient dépistées avec un test à haute performance (tel que le test HPV) avant l'âge de 35 ans, puis à nouveau avant 45 ans d'ici 2030[6].

Une étude réalisant le dépistage opportuniste des lésions cervicales pré-invasives et du CCU chez la femme enceinte camerounaise a montré que 6,3% (16/252) des frottis ont mis en évidence des dysplasies du col utérin, 4% d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US) et 2,4% de lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL). Aucune lésion de haut grade ni de cancer n'a

été observée. Ces résultats suscitent l'intégration du dépistage par frottis pendant le bilan de grossesse et le post-partum afin d'offrir des opportunités d'optimisation de la prévention du CCU au Cameroun[26].

En outre, l'évaluation des capacités de dépistage du CCU dans les 62 formations sanitaires selon les résultats de l'analyse situationnelle de la lutte contre le CCU réalisée en 2022, montre que 52 % (32/62) des structures disposent d'un plateau technique leur permettant de réaliser au moins une méthode de dépistage du CCU ; 39 % (24/62) des structures réalisent l'IVA/IVL et le frottis cervical et 20,97% (13/62) des structures réalisent le test HPV.

Au sein des établissements équipés pour le dépistage du CCU, 8723 femmes ont été dépistées pour cette maladie durant l'année 2024. Ces résultats sont deux fois supérieurs à ceux enregistrés dans le DHIS 2. Ce qui nécessite donc d'améliorer la collecte et la saisie des données sur le DHIS2.

❖ **Traitemen**t des lésions précancéreuses

Le PSNPLCa a adopté trois méthodes [(la cryothérapie, la thermoablation et l'électro-résection à l'anse diathermique (LEEP ou ERAD)] pour le traitement des lésions précancéreuses.

L'analyse situationnelle a montré que 69 formations sanitaires disposent de thermoablateurs. Cette disponibilité a été améliorée grâce à la dotation au CNLCA de 52 appareils de thermoablation à travers l'ONG Clinton Health Access Initiative (CHAI). Il ressort aussi de cette analyse que 76,47% (13/17) des sites enquêtés ont été capacités à l'utilisation des thermoablateurs. Ceci démontre une insuffisance des ressources humaines aptes à cette procédure. Les structures confessionnelles de CBCHS réalisent le traitement des lésions précancéreuses par thermoablation depuis plus de 2 décennies.

L'état des lieux dans le cadre de cette analyse situationnelle a révélé que 3661 cas de lésions précancéreuses ont été traités en 2024 dont 75,11% et 22,31% se retrouvent respectivement dans les Régions du Centre et du Littoral (tableau IV) confer annexe.

❖ **Projets de recherche**

En outre, de nombreuses initiatives ont été mises en place en termes de prise en charge des lésions précancéreuses du CCU. En effet, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun en partenariat avec les

Hôpitaux Universitaires de Genève, mettent en œuvre depuis septembre 2018, un programme pilote basé sur « l'Approche 3T » (Test, Triage et Traitement) de l'OMS à l'Hôpital de District de Dschang, dans l'Ouest du Cameroun. Les femmes âgées de 30 à 49 ans représentent la cible dudit projet. Ce programme intègre l'autotest rapide HPV par les femmes après sensibilisation par les agents de santé communautaire et les éducateurs sociaux.

Les femmes testées HPV négatives étaient rassurées et il leur était conseillé de faire le prochain dépistage 5 ans plus tard. Par contre, les femmes testées HPV positives bénéficiaient d'un triage après les résultats de l'IVA/IVL et un traitement par LEEP si indiqué ou un suivi. Des photographies numériques sur Smartphone (cervicogrammes) après IVA/IVL sont également obtenues pour le contrôle qualité. La cytologie, l'histologie et la biopsie sont également réalisées pour l'évaluation du programme. Les résultats de ce programme ont montré que 90% des femmes ont bénéficié de l'approche 3T en une visite et 90 % des femmes ayant un test IVA/IVL positif ont bénéficié d'un traitement[27].

3.2.3. Prise en charge des cas

❖ Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Le PSNPLCa a établi les RCP comme condition préalable à la prise de décision thérapeutique pour les patients atteints de cancer. Malgré l'institutionnalisation des RCP par le Ministère de la Santé publique, elles ne sont pas systématiquement réalisées. En effet, les résultats de l'enquête sur l'analyse situationnelle de lutte contre le CCU révèlent que 86,67 % (13/15) des formations sanitaires offrant des services de chimiothérapie réalisent des RCP. L'analyse révèle en outre une non harmonisation des outils utilisés lors des RCP et une non transmission des synthèses au CNLCA. Il a également été observé que les RCP ne se trouvent que dans les FOSA ayant un oncologue, ce qui complique l'évaluation des cas complexes et des références.

❖ La chimiothérapie

La chimiothérapie anticancéreuse est l'un des traitements indiqués dans la prise en charge des cancers en général et du CCU en particulier, selon le PSNPLCa. On note une absence de protocoles thérapeutiques de chimiothérapie du CCU validés. L'enquête sur l'analyse situationnelle a permis de dénombrer quinze

(15) formations sanitaires réalisant la chimiothérapie. Il ressort que la ville de Douala est la plus fournie en termes de sites de chimiothérapie mais aussi d'oncologues, suivie de celle de Yaoundé.

Dans l'enquête sur l'analyse situationnelle, il a été constaté que 6125 patients ont pu bénéficier d'une cure de chimiothérapie en 2024 dans les FOSA enquêtées. Le nombre moyen de cures de chimiothérapie à visée curative variait entre 3 et 10 cures avec une moyenne de 6 cures. La proportion des formations sanitaires réalisant la chimiothérapie est de 24,19 % (15/62). Cependant, cette enquête a aussi révélé l'absence de la spécificité du type de traitement dans les fiches de rapport mensuel d'activités (RMA) des données de patients ayant bénéficié de chimiothérapie.

❖ **La radiothérapie**

La radiothérapie est un traitement localisé des cancers invasifs du col de l'utérus qui repose sur deux techniques : la radiothérapie externe et la curiethérapie (radiothérapie interne).

Au Cameroun, seule la radiothérapie externe est fonctionnelle, à l'Hôpital Général de Douala et au Centre d'oncologie du Cameroun (COC). Le service de radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé est en arrêt depuis 2012 pour des raisons d'épuisement de la source radioactive (Cobalt 60).

Le coût de la radiothérapie est de 3 000 000 FCFA en moyenne, à raison de 100.000 FCFA la séance. Ces coûts de prise en charge de la radiothérapie restent largement supérieurs au SMIG qui est de 43.969 FCFA. A cet effet, le Gouvernement a instruit une première subvention à 180 000 FCFA laquelle a été réduite depuis 2018 à un forfait de 50 000 FCFA pour toutes les séances. D'après l'analyse, le complément du coût est supporté par l'Etat à travers l'acquisition des équipements et de leur installation. Cependant, le coût de 50 000 FCFA reste inaccessible pour certaines couches de la population. Aussi, cette enquête a révélé le besoin en matériel de pointe pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et réduire la file d'attente. Il s'agit notamment de l'accélérateur linéaire pour radiothérapie 3D, la Radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT), l'ArcThérapie Volumétrique à Modulation d'Intensité (VMAT) et la curiethérapie à haut débit de dose. En 2024, 830 patientes ont bénéficié des séances de radiothérapie pour le CCU.

❖ La chirurgie

L'offre de chirurgie carcinologique est assurée par les chirurgiens oncologues, les chirurgiens d'organe et les gynécologues. Selon l'analyse situationnelle, 35,48 % (22/62) des structures de soins pouvaient réaliser la chirurgie du CCU. Parmi ces structures, 72,72 % (16/22) disposaient de personnels dédiés. L'analyse a révélé la présence de 4 chirurgiens oncologues, 5 chirurgiens d'organes et 15 gynécologues capables de réaliser la chirurgie du CCU.

La chirurgie du CCU reste onéreuse et coûte au minimum 500 000 FCFA, restant hors de portée des patientes. Les principales raisons évoquées pour l'absence de ce service de chirurgie étaient notamment : (i) absence de personnels formés (oncologues, gynécologues, médecins généralistes formés) ; (ii) absence de plateau technique (boîte d'hystérectomie et boîte de conisation, pinces défectueuses, table chirurgicale ...) ; (iii) absence de services (service de gynécologie, service d'oncologie).

❖ Les soins palliatifs

Les soins palliatifs constituent des éléments essentiels d'une approche globale de la prise en charge des malades ayant un CCU afin d'améliorer leur qualité de vie. Le PSNPLCa met en exergue l'importance des soins palliatifs dans la prise en charge des patients ayant un CCU. Afin de promouvoir les soins palliatifs, le Ministre de la Santé Publique a adressé une correspondance aux directeurs des hôpitaux de deuxième catégorie en juillet 2024, pour l'ouverture d'unités de soins palliatifs et de traitement de la douleur. L'analyse a montré une faible application de ladite circulaire par les FOSA du fait de l'absence d'un cahier de charge formalisé et validé. En ce qui concerne la gestion de la douleur, l'Hôpital Général de Douala a été choisi prioritairement pour la production de la solution orale de morphine. La décision n° 3743/D/MINSANTE/SG/DU 14 OCT 2024 consacre un Groupe Technique de Pilotage de la Morphine qui jusqu'à avril 2025 n'a pas tenu de séance de travail.

En outre, la société civile et des ONG sont fortement engagés dans la redynamisation des soins palliatifs au Cameroun. Les données de l'analyse situationnelle montrent que 33,87 % (21/62) des FOSA réalisent des soins palliatifs dont la majorité se retrouvait dans les Régions du Centre et du Littoral.

Sur les 21 FOSA réalisant les soins palliatifs, seuls 38,09 % (8/21) disposent de normes et protocoles pour les soins palliatifs élaborés par leurs structures. Toutefois, il est à noter qu'il existe une insuffisance de personnel formé en soins palliatifs. En 2023, le Cameroun a établi un partenariat avec l'American Cancer

Society en vue d'améliorer l'accès à la solution orale de morphine auprès des patients souffrant de douleur.

3.2.4. Renforcement du système de santé en faveur de la lutte contre le CCU

❖ Infrastructures et équipements

Sur le plan de la chimiothérapie, l'analyse révèle qu'elle est pratiquée au niveau des FOSA de la première à la quatrième catégorie. Toutefois, on note une insuffisance des unités de préparation des cytotoxiques répondant aux normes, ce qui entraîne un risque d'exposition des personnels et des produits manipulés.

En ce qui concerne la radiothérapie, il existe trois structures de radiothérapie au Cameroun dont deux publiques et une privée (Hôpital Général de Douala, l'Hôpital Général de Yaoundé et le Centre d'Oncologie de Douala). Pour ce qui est des structures publiques, le service de radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé est non fonctionnel depuis 2012 après une évaluation de l'équipe conjointe de l'Agence Nationale de Radioprotection et de l'Agence Internationale de l'Energie Atomique. Quant à l'Hôpital Général de Douala, une partie de son service de radiothérapie est dépassée et ne respecte pas les normes selon l'Agence Internationale de l'Energie Atomique. En plus, il est constaté une surcharge de travail et une longue file d'attente des patients. Seule la structure privée de radiothérapie (située à Bekoko dans la périphérie de Douala) offre un service qui se rapproche des normes.

Par ailleurs, toutes les FOSA mettant en œuvre la chimiothérapie ou la radiothérapie n'ont pas un plan de maintenance des équipements ou d'optimisation de ces services.

Pour ce qui est de la médecine nucléaire et d'examens d'extension du CCU (scintigraphie osseuse à la recherche de métastases), seul l'Hôpital Général de Yaoundé offrait ces prestations jusqu'en 2019. A date, ce service n'est plus disponible et les patients ne sont pas pris en charge dans le pays.

Par ailleurs, les radiographies et scannographies sont offertes de façon alternative aux patients dans le cadre des bilans d'extension à la recherche de métastases osseuses.

❖ Accessibilité des médicaments

La liste nationale des médicaments et autres produits pharmaceutiques essentiels comprennent les médicaments pour la chimiothérapie et les soins palliatifs.

Les résultats de l'analyse du terrain montrent que les anticancéreux existent dans les pharmacies de 7 FOSA, soit 46,6% de ces FOSA. Parmi ces structures, quelques-unes bénéficient de dotation de partenaires. En outre, il a été constaté une faible disponibilité de médicaments pour la prise en charge continue des patients. Par ailleurs, ces médicaments sont disponibles dans les officines privées.

Les médicaments anticancéreux sont très sensibles et nécessitent une conservation rigoureuse à travers le respect de la chaîne de froid. A cet effet, seules 2 FOSA (Hôpital Général de Douala et Mbingo Baptist Hospital) ont des équipements de chaîne de froid spécifiquement pour les anticancéreux.

❖ Système d'Information Sanitaire

DHIS-2 : Le Ministère de la Santé Publique dispose d'un logiciel d'information sanitaire nommé Data Health Information System - 2 (DHIS-2) qui permet de fournir les données de routine à travers un système de collecte des données issues des registres et reporting dans le logiciel. Cette plateforme contient aussi des trackers qui peuvent permettre d'obtenir des informations en temps réel pendant les campagnes de santé. D'après l'analyse sur le terrain, les variables du CCU existent effectivement dans le rapport mensuel d'activités, en termes de nombre de cas de CCU suspectés, confirmés, pris en charge et référés. Aussi, le DHIS-2 collecte également le nombre de filles et de garçons de 9-13 ans ayant reçu le vaccin contre le HPV. Toutefois, ces variables ne peuvent pas permettre au CNLCA d'évaluer les performances de la prise en charge globale du CCU selon la cascade de l'OMS (90-70-90). Le RMA qui prend en compte les variables de CCU correspond au RMA des FOSA de 1^{ère} à la 3^{ème} catégorie.

Registre du cancer : Depuis 2004, le Cameroun est membre du Centre International de Recherche sur le Cancer. Cette institution a pour mission d'accompagner les pays dans la mise en place des registres de cancer pour l'analyse et la prise de décision. Le Cameroun par décision N°2235/D/MINSANTE/CAB du 6 octobre 2020 portant fixation des modalités de notification et d'enregistrements des cas de cancers a opté d'améliorer la collecte des données par une notification obligatoire des cas de cancers. Aussi, la décision N°3016/D/MINSANTE/CAB du 14 décembre 2020, a désigné les responsables des registres des cancers de Yaoundé et de Douala. Cette réactualisation a été opérée du fait de la non fonctionnalité de l'unique registre du cancer de Yaoundé depuis 2011.

Cependant, après analyse de la fonctionnalité desdits registres, il a été noté qu'ils ne sont pas renseignés en continu, et que le contrôle qualité des données est quasi inexistant. En plus, des problèmes

organisationnels et d'insuffisance du financement pour la mise à jour en temps réel des registres cancer ont été relevés. En dehors des villes de Yaoundé au Centre et Douala dans le Littoral, les autres parties du pays ne possèdent pas de registres cancer, d'où la sous-notification des cas de CCU.

❖ Ressources humaines

En 2024, l'analyse de terrain a montré qu'il existe seulement 7 radiothérapeutes, 4 chirurgiens oncologues, un médecin nucléaire, un médecin physicien médical et 25 oncologues médicaux au Cameroun. Cependant d'autres profils de ressources humaines sont nécessaires (les psychologues cliniciens, les éducateurs thérapeutes, les kinésithérapeutes, les nutritionnistes, les experts en soins palliatifs, etc.). L'absence des documents de développement de normes des ressources humaines en cancérologie et d'un plan de travail annuel consolidé des besoins du Cameroun pour le CCU sont des faiblesses qui ne favorisent pas l'élimination du CCU. Les ressources humaines spécialisées pour la lutte contre le cancer restent insuffisantes.

L'analyse situationnelle a permis de déterminer les ressources humaines formées à la sensibilisation et à la vaccination contre le HPV et le CCU par région sanitaire. En plus du personnel des FOSA, le pays dispose des ASC, des ONG et OSC qui contribuent à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le CCU.

❖ Recherche sur le CCU

Plusieurs études ont été effectuées au Cameroun dans le cadre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. La revue de la littérature a révélé qu'environ six recherches ont été réalisées sur le profil des cancers gynécologiques, y compris le CCU. Ces études ont mis en lumière les caractéristiques des patientes atteintes de CCU selon diverses approches, telles que l'IVA/IVL et l'histologie.

De plus, certaines recherches ont souligné l'importance du dépistage précoce du CCU chez les femmes. En ce qui concerne les facteurs de risque associés au CCU, plusieurs études ont également été conduites, notamment sur les raisons de la faible participation des femmes sexuellement actives au dépistage du cancer du col de l'utérus et sur l'évaluation de leur niveau de connaissance pour mieux prévenir le CCU.

En outre, des recherches ont été menées sur les génotypes de HPV responsables des lésions précancéreuses chez les femmes camerounaises, avec une prévalence notable des génotypes 16 et 18[16].

L'analyse situationnelle a révélé l'existence de plusieurs initiatives en cours concernant le CCU, que sont :

- le projet OPTITRI dans les Districts de santé de Dschang et de la Mifi, qui vise à optimiser les stratégies de dépistage du CCU à l'aide du test HPV pour les femmes vivant avec le VIH en communauté et dans les FOSA ;
- le projet C3UC3 (Combattre le CCU en clinique et en communauté au Cameroun) dirigé par un consortium de la société civile et le Centre International de Recherche d'Enseignement et de Soins (Cires) dans l'Hôpital de District de la Cité Verte et l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, ayant pour but d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage du CCU par auto-prélèvement HPV + IVA/IVL (si HPV+) chez les femmes âgées de 25 à 50 ans (30 ans si HIV négatif) ;
- le projet VIHEILLIR (Bien vieillir avec le VIH) qui promeut un vieillissement en santé avec le VIH est mené par un consortium (Institut Buisson Bertrand, CNLS et l'OSC Positive génération) dans les Régions du Centre et du Sud, et spécifiquement à l'Hôpital Militaire de Yaoundé et l'Hôpital de District de Bafia. Il vise le dépistage et la gestion des comorbidités (hépatite B, C, hypertension artérielle (HTA), diabète, CCU) chez les personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH.

Aussi, l'analyse a mis en évidence l'absence d'un registre consolidé regroupant tous les projets et les recherches en cours sur le cancer et en particulier le CCU au CNLCA.

❖ Financement de la lutte contre le CCU

L'analyse situationnelle de la lutte contre le CCU a permis de recueillir des données sur le coût de la prise en charge du CCU, depuis le dépistage jusqu'au traitement.

- Coût du dépistage du CCU

Une revue du coût du dépistage du CCU menée en 2025 dans plusieurs FOSA du Cameroun, a montré qu'il variait de 2000 FCFA à 15000 FCFA en fonction de la méthode de dépistage (IVA/IVL, FCV, HPV) utilisée. Cependant, l'algorithme de dépistage pour confirmation d'un CCU par l'OMS, demande l'utilisation d'au moins 2 tests.

- Coût du traitement des lésions précancéreuses

Selon le rapport de l'analyse situationnelle menée en 2025, le coût du traitement des lésions précancéreuses varie d'une FOSA à une autre, d'une région à une autre et d'une méthode de traitement à une autre. Il a relevé une disparité des coûts du traitement du CCU allant de 12000 FCFA à 100 000 FCFA.

- Coût de l'examen de confirmation du CCU

L'examen de confirmation du CCU prend en compte le prélèvement biopsique et l'examen anatomopathologique proprement dit. Selon les résultats de l'analyse situationnelle, le coût de l'examen de confirmation du CCU varie de 47 500 FCFA à 95 000 FCFA en fonction des sites et des méthodes utilisées.

- Coût des examens préthérapeutiques pour la PEC du CCU

Les examens préthérapeutiques comprennent : la NFS, la fonction rénale (Urée, Créatininémie), la fonction hépatique (SGOT, SGPT, GGT), la recherche des comorbidités (VIH, hépatite B, hépatite C, Glycémie à jeun, échographie cardiaque et ECG), et le bilan d'extension à la recherche de métastases (scanner thoraco-abdominal, IRM pelvienne).

Selon l'analyse situationnelle, le coût des examens préthérapeutiques varie d'une FOSA à une autre. Il va de 260 000 FCFA à 540 000 FCFA en fonction de la disponibilité du type de tests dans leurs sites. Aussi, il a été constaté que certaines patientes sont mises sous traitement en l'absence de réalisation de tous les tests du bilan préthérapeutique requis. Ceci a des conséquences dans la qualité du suivi du traitement.

- Coût du traitement du CCU

Conformément aux protocoles approuvés par la RCP, certaines patientes atteintes de CCU doivent recevoir soit : une intervention chirurgicale oncologique seule, soit une intervention chirurgicale oncologique combinée à la radio-chimiothérapie, soit une radio-chimiothérapie seule, ou encore une chimiothérapie seule.

- Coût de la chimiothérapie

Le coût de la chimiothérapie varie selon le protocole validé en RCP et le stade de la maladie. En moyenne, le coût de la chimiothérapie si non associée à la radiothérapie et la chirurgie, varie entre 1 200 000 FCFA et 1 800 000 FCFA pour six (06) cures. Et ce montant est payé avant le début du traitement.

Il est à noter que le Gouvernement subventionne la cure de chimiothérapie à travers l'achat du traitement de la cure dans les Hôpitaux Généraux de Yaoundé et Douala. Cette subvention avoisine près de 50% du traitement dont 75 000 FCFA par cure. On note ainsi, une réduction de 200 000 la cure à 125 000 FCFA la cure.

- Coût de la radiothérapie

Lorsque la radiothérapie est associée au traitement du CCU, il faut en moyenne 33 séances à raison de 100.000 FCFA la séance, soit 3 300 000 FCFA pour le traitement global par radiothérapie. Après analyse, on note que le coût de la séance est supérieur au SMIG (43.969 FCFA) pratiqué au Cameroun.

A cet effet, le Gouvernement a instruit une première subvention du traitement global par radiothérapie à 180 000 FCFA, qui depuis 2018 a été réduite à 50 000 FCFA, soit 1,5% du coût total de la radiothérapie. D'après l'analyse, le complément du coût est supporté par l'Etat à travers l'acquisition des équipements, leur installation, et une subvention annuelle de la radiothérapie. Cependant, le coût de 50 000 FCFA reste inaccessible pour certaines couches de la population.

- Coût de la chirurgie

L'analyse situationnelle a montré que la chirurgie carcinologique du CCU reste onéreuse et coûte au minimum 500 000 FCFA.

- Coût des soins palliatifs

Le coût des soins palliatifs d'une patiente dépend de son état général et des comorbidités associées.

❖ Financement de la lutte contre le cancer y compris le CCU

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SND30, le secteur santé a pour objectif de réduire d'au moins 30% la prévalence et la mortalité des principales maladies transmissibles et non transmissibles y compris le CCU.

- Dépenses totales de santé par habitant

Selon les comptes nationaux de santé de 2018-2019, les dépenses de santé ont augmenté de 2018 à 2019, passant de 821,040 milliards de FCFA à 874,419 milliards de FCFA[28].

- Les dépenses des ménages

Selon les comptes nationaux de santé de 2018-2019, les ménages sont le principal contributeur au financement de la santé, avec une part importante consacrée aux produits pharmaceutiques. Les dépenses des ménages représentaient 62% des dépenses totales de santé en 2018 et 2019, en particulier pour les produits pharmaceutiques et les biens non sanitaires comme le transport.

- Dépenses courantes pour les MNT

Les dépenses spécifiques ont été beaucoup plus orientées vers les Maladies infectieuses et parasitaires (41% en 2018 et 45% en 2019) et les autres maladies/affections non spécifiées (41% en 2018 et 39% en 2019). En 2018 et 2019, les ménages ont consacré respectivement 10% et 8% de leurs dépenses courantes en santé aux MNT (annexe 7 : Source de financement des MNT en 2018 et 2019).

3.2.5. Gouvernance et pilotage stratégique de la lutte contre le cancer

Coordination de la lutte contre le cancer

Le Ministère de la Santé Publique a créé en 1990, le CNLCA pour assurer la coordination de la prise en charge holistique du cancer au Cameroun. Ce comité a été réorganisé par arrêté N° 017 PM du 06 mars 2020 et a pour mission de définir la politique et stratégie de lutte contre les cancers, de fédérer les acteurs de la lutte contre le cancer, d'assurer la prise en charge de qualité du cancer, d'assurer la collecte harmonieuse des données sur les cancers[29].

Pour assurer le suivi des actions menées par le CNLCA, en dehors des réunions statutaires annuelles présidées par le Ministre de la Santé Publique, il existe d'autres plateformes d'échanges et de suivi des interventions de lutte contre le cancer.

Il a été constaté d'après l'analyse situationnelle, que les Equipes Cadres des Délégations Régionales et du District qui devaient porter les responsabilités des unités opérationnelles régionales de lutte contre le cancer n'ont jamais bénéficié de renforcement des compétences. Ces dernières devraient faire le suivi des

activités de lutte contre le cancer au niveau opérationnel, compiler et analyser les données et les transmettre au CNLCa.

3.3. Diagnostic de la lutte contre le CCU

3.3.1. Diagnostic participatif

3.3.1.1. Analyse FFOM

Tableau III : Analyse FFOM de l'état des lieux de la lutte contre le CCU

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Promotion de la santé	Mobilisation Sociale et engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> * Engagement des médias, des leaders communautaires et des établissements scolaires pour renforcer la sensibilisation à l'importance de la vaccination contre le HPV au sein de la population 	<ul style="list-style-type: none"> * Manque de clarté dans la communication sur l'importance du vaccin anti HPV (crainches concernant l'infertilité et les effets secondaires, méfiance envers les autorités et les fabricants) ainsi que sur l'organisation de la vaccination contre le HPV * Non contrôle de la qualité des informations sur la vaccination contre le HPV à travers les réseaux sociaux. * Faible adhésion de la population aux campagnes de vaccination anti HPV (période COVID-19) 	<ul style="list-style-type: none"> * Direction de la Santé communautaire * Engagement de la société civile, des structures sanitaires privées, des sociétés savantes et des ONG aux questions de CCU * Possibilité de mobilisation communautaire et sociale accrue ; 	<ul style="list-style-type: none"> * Réticence socioculturelle * Manque de financement pérenne * Crises sécuritaires dans certaines régions du pays et au niveau international * Retrait de certains partenaires * Mauvaises représentations sociales des populations sur la maladie et sa prise en charge qui favorisent des réticences

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
					socioculturelles
Prévention de la maladie	Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> * Expériences pilotes menées sur la vaccination contre le HPV entre 2010 et 2024 * Acceptation du vaccin contre le HPV par les bénéficiaires (35,3 %) et le personnel médical (58,3 %) * Intégration du vaccin contre le HPV (vHPV) dans le PEV 	<ul style="list-style-type: none"> * Baisse de la couverture vaccinale (30 %) en 2024 * Rupture de vaccins contre le HPV en 2024 * Baisse de la demande des vaccins contre le HPV suite à la méfiance de la population face à la sécurité dudit vaccin * Faible acceptation du vHPV par certains vaccinateurs due à certaines raisons notamment l'absence de preuve sur la sécurité des vaccins 	<ul style="list-style-type: none"> * Attente des résultats des études en cours sur le vaccin anti-HPV * Engagement les PTF à la vaccination anti-HPV 	<ul style="list-style-type: none"> * Mauvaises représentations sociales des populations sur la maladie et sa prise en charge qui favorisent des réticences socioculturelles
Prévention	Dépistage des lésions précancéreuses	<ul style="list-style-type: none"> * Diversité des méthodes disponibles (test HPV, frottis, IVA/IVL). * Engagement d'acteurs comme CBCHS, CHAI, Expertise France. * Résultats encourageants de l'approche 3T. * Dépistage possible en une visite avec test rapide HPV et 	<ul style="list-style-type: none"> * La Région de l'Est ne dispose pas d'un anatomopathologiste pour la réalisation des FCV * Couverture insuffisante à l'échelle nationale. * Sensibilité variable de l'IVA/IVL et dépendance à l'opérateur. * Coût élevé des tests HPV. 	<ul style="list-style-type: none"> * Intégration du dépistage dans les bilans de grossesse/post-partum * Partenaires pouvant contribuer au dépistage du CCU auprès de leurs cibles 	<ul style="list-style-type: none"> * Réticence socioculturelle * Manque de financement pérenne. * Inégalité territoriale d'accès aux services. * Faible fiabilité

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> * triage immédiat. * Le PSN Cancer et SRMNIA mettent en exergue les méthodes, tranches d'âge et périodicité pour le dépistage du CCU * Dépistages du CCU dans les 10 régions du Cameroun dans les FOSA en stratégie fixe ou pendant les campagnes. * Utilisation de la cytologie pendant les campagnes permet de mieux spécifier le type de dysplasie (6,3 % de frottis positifs à des dysplasies) * 53,23 % des formations sanitaires disposent d'au moins un moyen de dépistage du CCU * Inclusion des femmes enceintes dans les stratégies de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible sensibilisation, défi culturel et religieux. * Absence de politiques nationales harmonisées * Insuffisance dans la sensibilisation des réfractaires au dépistage * Absence de directives et modules de formation standardisés sur le dépistage du CCU * Non harmonisation et non transmission des données issues des campagnes de dépistage du CCU par les OSC, FOSA, etc 	<ul style="list-style-type: none"> spécifiques (femmes VIH pour le Fonds Mondial ; Mères des enfants nouveau-nés pour GAVI ; UNICEF pour les adolescents ; UNFPA et ONU Femmes pour les femmes) * Directives OMS claires et ambitieuses (70 % de femmes dépistées avec test performant avant 35 ans). * Technologies accessibles (auto prélèvement, tests rapides). * Intégration du dépistage dans les bilans de grossesse/post-partum. * Possibilité de mobilisation 	<p>perçue par la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sensibilité variable de l'IVA/IVL et dépendance à l'opérateur

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
				communautaire et sociale accrue.	
Prévention	Traitement des lésions précancéreuses	<ul style="list-style-type: none"> * Appui logistique et technique (CHAI, CNLCA). * Disponibilité croissante de dispositifs (thermoablation). * Structures confessionnelles engagées (CBCHS). * Résultats probants de l'approche intégrée 3T * Programme pilote sur l'approche 3T en cours de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible nombre de structures offrant le traitement (moins d'un tiers). * Manque de personnel formé à la thermoablation, cryothérapie et LEEP. * Inégalités géographiques importantes. * Perte de suivi si traitement non proposé immédiatement. * Absence d'information sur le traitement des lésions précancéreuses de 4 régions * Insuffisance des ressources humaines capacités à l'utilisation des thermoablateurs * Absence d'algorithmes, de protocoles standards et directives validés pour le traitement des lésions précancéreuses * Non visibilité des cas ayant 	<ul style="list-style-type: none"> * Intégration du traitement dans des programmes de santé de la reproduction. * Utilisation des approches "test-traitement en une visite" pour limiter les abandons. * Possibilité de collaboration avec des partenaires techniques pour la formation continue. * Intégration du traitement dans les services de prise en charge des femmes * Institutionnalisation de l'approche "3T" pour accélérer l'élimination du CCU 	<ul style="list-style-type: none"> * Rupture de dispositifs ou absence d'entretien du matériel. * Risque de surcharge dans les structures déjà actives. * Faible confiance des femmes dans la qualité de la prise en charge. * Problème de financement

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			<p>bénéficié d'un traitement des lésions précancéreuses par types de méthodes</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inégalités géographiques importantes sur la disponibilité et technicité sur le traitement des lésions précancéreuses * Insuffisance des sites de traitements des lésions précancéreuses, qui devraient être réalisés à minima dans les hôpitaux de district (suivant les normes OMS) * Coût élevé du traitement des lésions précancéreuses du CCU * Non pratique systématique du dépistage couplé au traitement des lésions précancéreuses * Non harmonisation et non transmission des données issues du traitement des lésions précancéreuses du 		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			CCU par les FOSA		
Prise en charge des cas	RCP	<ul style="list-style-type: none"> * Institutionnalisation des RCP dans les FOSA de prise en charge de cancer * Présence d'au moins un oncologue dans 80% des régions * 86,67 % des centres de chimiothérapie réalisent des RCP 	<ul style="list-style-type: none"> * Non systématisation des RCP malgré leur institutionnalisation (le protocole de traitement de certains patients ne passe pas toujours par la RCP) * Absence d'outils harmonisés pour le compte-rendu des RCP * Non transmission des données de synthèse des procès-verbaux de RCP au CNLCA * Absence de RCP dans les FOSA où il n'existe pas d'oncologues d'où difficulté de mieux référer les cas suspects * Absence de directives pour l'organisation des RCP 	<ul style="list-style-type: none"> * Utilisation de la télémédecine * Lobbying auprès des partenaires au développement * Partenariats publics-privés (Centre d'oncologie du Cameroun) pour la mise en place des technologies modernes (IMRT, IGRT, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> * Financement * Absence de stratégies pour réduire les dépenses de ménages en santé pour la prise en charge du CCU
Prise en charge des cas	Chimiothérapie et radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> * Existence de FOSA offrant la chimiothérapie et la radiothérapie du CCU * Réduction du coût de la chimiothérapie et la radiothérapie grâce à la 	<ul style="list-style-type: none"> * Rupture fréquente des antimitotiques dans les FOSA publiques * Augmentation de coûts des antimitotiques subventionnés dans 		<ul style="list-style-type: none"> * Absence de stratégies pour réduire les dépenses de ménages en santé pour la

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> * subvention de l'Etat * Fonctionnalité du service de radiothérapie à l'Hôpital Général de Douala * Accompagnement technique des partenaires pour la chimiothérapie et radiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> * certaines FOSA * Absence de hotte pour les préparations cytotoxiques de plusieurs FOSA pratiquant la chimiothérapie * FOSA présentent des services de chimiothérapie qui ne respectent pas les standards * Absence de protocoles thérapeutiques validés pour le CCU * Absence de certaines variables clés sur le CCU dans les fiches RMA des FOSA de 1ère à la 4e catégorie * Surcharge du travail et longue file d'attente des patients dues à la non fonctionnalité optimale du service de radiothérapie de l'Hôpital Général de Douala * Non fonctionnalité du service de radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé depuis 2012 		prise en charge du CCU

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Prise en charge des cas	Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> * Chirurgie du CCU offerte dans au moins 22 FOSA et répartis dans 08 régions * Disponibilité de chirurgiens/gynécologues formés dans 72,72 % de ces centres 	<ul style="list-style-type: none"> * Absence de curiethérapie * Insuffisance du nombre de chirurgiens oncologues * Maîtrise insuffisante des techniques innovantes en chirurgie carcinologique * Absence de matériels chirurgicaux spécialisés * Absence de blocs opératoires spécifiques à la chirurgie carcinologique * Coût de la chirurgie carcinologique élevé (\geq 500 000 FCFA). 		
Prise en charge des cas	Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> * Institutionnalisation des soins palliatifs à travers la circulaire * Engagement de la société civile et des ONG * Initiative de production de morphine orale 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible application de la circulaire ministérielle * Absence de cahiers de charges, protocoles nationaux et Procédures opérationnelles standards sur les soins palliatifs * Insuffisance de personnels formés sur les soins palliatifs * Absence d'un programme d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des 		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			<ul style="list-style-type: none"> * patients ayant le cancer * Absence des unités spécifiques de soins palliatifs respectant les normes infrastructurelles et en équipement dans les FOSA * Faible disponibilité de la morphine 		
Renforcement du système de santé	Infrastructures de diagnostic et de traitement et équipements, intrants	<ul style="list-style-type: none"> * Disponibilité des sites de diagnostic la majorité des régions (7/10) * Bilan d'extension disponible dans toutes les régions. * Chirurgie du CCU disponible dans 9 régions * -Disponibilité de scanners dans toutes les régions * Disponibilité des services de radiographie et d'échographie dans toutes les régions. * Disponibilité des services de vaccination dans plus de la moitié des FOSA du pays * Disponibilité des services de dépistage dans plus de la moitié des FOSA. 	<ul style="list-style-type: none"> * Répartition inéquitable des centres de chimiothérapie dans le territoire * Faible disponibilité des sites de traitements des lésions précancéreuses, du fait de l'insuffisance du matériel de thermoablation dans les FOSA * Faible disponibilité des services de radiothérapie (deux dans la région du littoral) * Répartition inéquitable des IRM et scanners disponibles sur tout le territoire national * Faiblesse dans la gestion des stocks d'intrants de 	<ul style="list-style-type: none"> * Engagement des PTF (l'Agence Internationale de l'Energie Atomique) * Partenariats publics-privés (Centre d'oncologie du Cameroun) pour la mise en place des technologies modernes (IMRT, IGRT, etc.) ; * Existence d'une plateforme de gestion des données de laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisance de financement

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> * Existence de FOSA offrant la chimiothérapie du CCU * Chirurgie du CCU offerte dans au moins 22 FOSA et répartis dans 08 régions * Disponibilité de chirurgiens/gynécologues formés dans les FOSA * Disponibilité des appareils de GenXpert 	<ul style="list-style-type: none"> * diagnostic et de prise en charge * Forte dépendance des partenaires pour l'approvisionnement en intrant de diagnostic et de prise en charge * Faible disponibilité de l'offre de service de dépistage du CCU dans les FOSA * Vétusté du matériel de diagnostic et de prise en charge * Nombre limité de structures de prise en charge. * Fortes disparités dans la répartition géographique de l'offre des soins et service * Faible disponibilité des sites de traitements des lésions précancéreuses, du fait de l'insuffisance du matériel de thermoablation dans les FOSA * Faible capacité de maintenance préventive et 	<ul style="list-style-type: none"> * anatomopathologique ; * Existence d'un Réseau National des Laboratoires (RENALAB) 	

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			<p>curative des équipements de diagnostic et de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans la gestion des infrastructures et équipements * Absence de hotte pour les préparations cytotoxiques de plusieurs FOSA pratiquant la chimiothérapie * La majorité des services de diagnostic et de prise en charge sont dotés d'un plateau technique non conforme aux normes * Insuffisance des unités de soins palliatifs 		
Renforcement du système de santé	Imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> * 27 scanners pour 24,8 millions d'habitants, avec forte concentration dans le Centre (8) et Littoral (6). * 6 IRM sur tout le territoire : rareté préoccupante. * 87 services de radiographie et 141 d'échographie, avec distribution inégale. 	<ul style="list-style-type: none"> * L'Extrême-Nord (la région la plus peuplée) est sous-dotée : seulement 1 scanner et 0 IRM pour plus de 5 millions d'habitants. 	<ul style="list-style-type: none"> * Capacité du système à recourir à la télémédecine ; 	
Renforcement du système de	Services de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> * Vaccination : assurée par 59,68 % des FOSA. 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible intégration de la vaccination dans les 		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
santé	HPV et dépistage du CCU	* Dépistage : effectué par 52 % des FOSA	services de prévention		
Renforcement du système de santé	Disponibilité des médicaments anticancéreux	<ul style="list-style-type: none"> * Existence d'une centrale d'approvisionnement (CENAME), FRPS, fournisseurs privés ; * L'intégration de certains anticancéreux dans la liste des médicaments essentiels génériques ; * Disponibilités des laboratoires capables de réaliser les examens cytologiques * Initiative de production de morphine orale en cours de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> * Faible disponibilité des intrants et médicaments * Forte dépendance des partenaires pour l'approvisionnement en intrant de diagnostic et de prise en charge * Faiblesse dans la gestion des stocks d'intrants de diagnostic et de prise en charge dans les FOSA publiques * Faible capacité du pays à produire les antalgiques de pallier deux et trois 		
Renforcement du système de santé	Système d'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> * Existence des données dans le DHIS-2 * Existence de données factuelles issues de la recherche permettant la prise de décision * Le SIS collecte quelques données sur le CCU mais 	<ul style="list-style-type: none"> * Non harmonisation et non transmission des données issues des campagnes de dépistage du CCU par les OSC et FOSA * Présence de registres du cancer à Yaoundé et à Douala non fonctionnels 		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<p>reste très limité, notamment sur les modalités de diagnostic et traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Absence d'un registre national fonctionnel freine la planification stratégique et le suivi épidémiologique. 	<p>malgré des relances réglementaires (décisions ministérielles de 2020) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> * Non complétude des données du CCU dans le DHIS-2 ; * Absence de registres dans toutes les régions ; * Faible exhaustivité des informations sur le CCU dans les fiches de RMA des FOSA ; * Absence de données désagrégées selon les différents indicateurs attendus ; * Discordance des données sur le nombre de cas suspectés provenant du DHIS-2 et le nombre de cas ayant bénéficié du traitement des lésions précancéreuses provenant des FOSA ; * Non harmonisation et non transmission des données issues du traitement des lésions précancéreuses du 		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			CCU par les FOSA ; * Absence d'outils harmonisés pour le compte-rendu des RCP * Non transmission des données de synthèse des procès-verbaux de RCP au CNLCA		
Renforcement du système de santé	Ressources humaines	* Présence d'au moins un oncologue dans 80% des régions	* Absence d'équité dans la répartition de la RH formée * Faible disponibilité des ressources humaines formées à l'utilisation des thermoablateurs, de la cryothérapie et LEEP * Absence d'un mécanisme de formation continue des RH sur le dépistage, le diagnostic et la PEC du CCU * Insuffisance de personnels formés sur les soins palliatifs * Faible disponibilité des spécialistes		
Renforcement du système	Financement de la santé	* Réduction du coût de la chimiothérapie et la radiothérapie grâce à la	* Coût élevé des tests HPV * Coût élevé du traitement des lésions		

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		subvention de l'Etat	<ul style="list-style-type: none"> * précancéreuses du CCU * Coût de la chirurgie carcinologique élevé (\geq 500 000 FCFA). * Augmentation de coûts des antimitotiques dans certaines FOSA 		
Gouvernance	Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> * Existence d'une sous-direction de la lutte contre les maladies non transmissibles ; * Existence d'un Comité national de lutte contre le Cancer ; * Présence d'une Agence Nationale de Radioprotection du Cameroun ; * Existence d'un Groupe Technique de Pilotage du projet morphine ; * Existence d'un groupe technique en charge des médicaments anticancéreux ; * Politique partenariale en place qui favorise l'implication des partenaires, du privé, de la société civile et des sociétés savantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> * Absence de nomination des différents chefs de sections et d'unités du CNLCA ; * Insuffisance de coordination des acteurs intervenants dans la lutte contre le cancer ; * Les unités régionales de lutte contre le cancer ne sont pas opérationnelles ; * Absence d'une plateforme de concertation et de dialogue entre les acteurs de lutte; * Faible fonctionnalité du groupe technique en charge des médicaments anticancéreux * Tenues irrégulières des 	<ul style="list-style-type: none"> * Fort engagement des partenaires techniques et financiers 	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisance de financement du plan

Composantes	Sous-Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> * Institutionnalisation des soins palliatifs à travers une circulaire. * Existence d'un comité national en charge de la lutte contre VIH fonctionnel ; * Existence programme élargi de vaccination ; 	<ul style="list-style-type: none"> réunions statutaires du CNLCA * Faible collaboration entre les administrations en charge de lutte contre les cancers * Absence d'une politique nationale de lutte contre les cancers * Faible application de la circulaire ministérielle sur les soins palliatifs 		

3.3.2. Enjeux et défis

ENJEUX	DEFIS
Améliorer les connaissances des populations en vue de leur adhérence aux interventions de lutte contre le CCU	Réduction des barrières socio-culturelles Renforcement de la communication pour l'adhésion des populations aux stratégies en vue de l'élimination du CCU Mobilisation des financements en faveur des interventions de lutte contre le CCU
Améliorer les connaissances épidémiologiques du CCU	Renforcement du système d'information sanitaire en assurant une meilleure prise en compte des données du CCU Intégration des variables relatives aux questions de cancer dans les grandes enquêtes nationales de santé Disponibilité des informations stratégiques pour une prise de décision basée sur les évidences
Améliorer du taux de survie des patientes ayant le CCU Réduire des nouveaux cas et de la morbi-mortalité	Innovation dans les stratégies de dépistage précoce du CCU Renforcement des plateaux techniques pour un diagnostic optimal du CCU Renforcement des mécanismes de diagnostic et de prise en charge des patientes Développement d'un mécanisme d'assurance qualité des soins et services pour la prise en charge du CCU
Réduire les paiements directs des ménages pour la PEC du CCU	Développement d'un mécanisme pour réduire les coûts de prise en charge existants Développement d'un mécanisme de soutenabilité financière en vue de réduire les coûts des prestations de CCU
Renforcer les RH pour la prise en charge du CCU	Mettre en place un plan de développement des ressources humaines financé sur

ENJEUX	DEFIS
	le CCU Adéquation de la carte sanitaire avec la demande de soins
Améliorer de la lutte contre le cancer en général	Amélioration du leadership et la gouvernance en faveur de l'élimination du CCU
Améliorer la qualité de soins et l'accessibilité des populations aux soins y compris la protection des personnes vulnérables	Mise en place d'un réseau fonctionnel du diagnostic et de prise en charge Mise en place de la démarche qualité pour améliorer l'accès aux services de dépistage, diagnostic et prise en charge de qualité à toutes les couches de la population
Renforcer le partenariat pour l'élimination du CCU	Mise en place d'un système de redevabilité de chaque partenaire (sectoriels, ONG/OSC, etc...) Renforcement des capacités des CTD en vue de la prise en compte des interventions du CCU dans les plans régionaux et communaux dans le cadre de la décentralisation en faveur de l'élimination contre le CCU
Assurer une disponibilité pérenne des intrants, médicaments et consommables pour la prise en charge globale du CCU	Augmentation des financements pour l'acquisition des équipements, intrants, médicaments et consommables pour la PEC globales du CCU

CHAPITRE 4 : CADRE STRATEGIQUE

4.1 Orientations majeures fixées par les cadres stratégiques de référence

4.1.1 Orientations Internationales

4.1.1.1 Objectifs de Développement Durable (ODD)

Adoptés en septembre 2015 par 193 pays lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies, les Objectifs de Développement Durable (ODD) visent à transformer nos sociétés en éradiquant la pauvreté et en garantissant une transition équitable vers un développement durable d'ici 2030.

La lutte contre le CCU joue un rôle clé dans l'atteinte **de l'ODD n°3, qui consiste à permettre à chacun de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tous les âges**. À cet égard, la mise en œuvre de la stratégie d'élimination du CCU contribuera à améliorer le taux de survie des patientes atteintes de CCU et à réduire la mortalité parmi ces patientes, passant de 33,1 à 17 pour 100 000 femmes.

Cet ODD n°3 comprend trois (03) cibles qui ont permis à ce plan stratégique de s'ancrer solidement. Ces cibles 3.4, 3.7 et 3.8 sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Cibles de l'ODD n°3 prises en compte par la stratégie nationale d'élimination du CCU

Objectif	Thématique	Indicateurs
Objectif 3 :	Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.	-Taux de survie des femmes ayant le CCU amélioré
	Objectif 3, cible 3.4 : D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.	3.4.1 Taux de mortalité attribuable au cancer du col de l'utérus
	Objectif 3, cible 3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.	3.7.1. 90 % des femmes chez qui une maladie du col de l'utérus a été diagnostiquée reçoivent un traitement (90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge)

Objectif	Thématique	Indicateurs
	Objectif 3, cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.	3.8.1. Intégration du vaccin contre le HPV dans le panier de soins de la CSU 3.8.2. 90% de filles de 9 à 13 ans ont reçu le vaccin contre le HPV 3.8.3. 90 % de garçons de 9 à 13 ans ont reçu le vaccin contre le HPV 3.8.4. Le nombre de femmes ayant bénéficié d'une subvention pour la PEC du CCU (dépistage lors des campagnes, radiothérapie, chimiothérapie et chirurgie)

Source : *stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*

En effet, la lutte contre le CCU joue un rôle crucial dans la diminution de la prévalence des maladies non transmissibles, en particulier celles liées au cancer du col de l'utérus. Cela se fait en mettant l'accent sur le renforcement de la couverture vaccinale contre le papillomavirus et en améliorant l'accès aux services de santé essentiels pour le dépistage et la prise en charge. L'engagement des femmes, la formation du personnel et le développement de la recherche basée sur des données probantes sont également des éléments clés. Pour améliorer les indicateurs relatifs à ces cibles vulnérables, il est impératif d'adopter une approche multisectorielle où la contribution de tous les secteurs est indispensable.

4.1.1.2 Orientations de l'OMS en matière de lutte contre la CCU

Dans le but d'éliminer le CCU en tant que problème de santé publique, diverses recommandations ont été proposées pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique dans la région africaine de l'OMS. Ces recommandations sont formulées dans les tableaux suivants.

Tableau V : Cibles pour 2030 en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus

La réalisation des cibles 90-70-90 suivantes d'ici 2030 mettra tous les pays sur la voie de l'élimination
90% des filles sont entièrement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans
70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et à nouveau à 45 ans
90 % des femmes chez qui une maladie du col de l'utérus a été diagnostiquée reçoivent un traitement (90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge.

Source : OMS, *stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*

Tableau VI : Approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Prévention Primaire	Prévention secondaire	Prévention Tertiaire
<p>Filles de 9 à 14 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccination contre le HPV <p>Filles et garçons s'il y a lieu</p> <ul style="list-style-type: none"> Information sanitaires et messages de prévention sur l'usage du tabac Education sexuelle adaptée à l'âge et à la culture Promotion de l'utilisation du préservatif et distribution chez les personnes sexuellement actives Circoncision masculine 	<p>Femmes de plus de 30 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage à l'aide d'un test de haute performance, équivalent ou meilleur que le test de dépistage HPV Suivi immédiatement ou aussi rapidement que possible d'un traitement des lésions précancéreuses 	<p>Toutes les femmes ayant besoin</p> <p>Traitement du cancer invasif à tout âge</p> <ul style="list-style-type: none"> Ablation chirurgicale Radiothérapie Chimiothérapie Soins palliatifs

Source : OMS, *stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*

4.1.2. Orientations nationales en matière de lutte contre le CCU

Selon le PNDS 2021-2025, les interventions prioritaires concernent d'une part l'amélioration de la couverture vaccinale en HPV chez les filles et les garçons, et d'autre part le renforcement du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses.

Tableau VII: Cibles du PNDS prises en compte par la stratégie nationale d'élimination du CCU

AXE STRATEGIQUE	SOUS AXE	STRATÉGIE DE MISE EN OEUVRE	INTERVENTION
Promotion de la santé et nutrition	1.1. Capacités institutionnelles des populations à adopter des comportements favorables en vue de résoudre leurs problèmes de santé	1.1.5. Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions de promotion de la santé et de nutrition	1.1.5.1. Elaborer et mettre en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un plan pluriannuel et multisectoriel de promotion de la santé et de nutrition
Prévention de la maladie	2.4. Prévention des maladies non transmissibles	2.4.9. Renforcement de la prévention du cancer	2.4.9.1. Assurer la mise en œuvre de campagnes de prévention et de dépistage du cancer
Prise en charge des cas	3.1. Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	3.1.5. Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de maladies non transmissibles	3.1.5.2. Organiser des activités de diagnostic des maladies chroniques non transmissibles en communauté
		3.1.6. Amélioration de la prise en charge globale (holistique) des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3.1.6.1 Renforcer les capacités des personnels à l'utilisation des guides et des protocoles simplifiés pour la prise en charge globale des maladies 3.1.6.4. Elaborer et mettre en œuvre les protocoles de soins palliatifs
Renforcement du système de santé	4.2. Offre de soins et de services	4.2.1. Renforcement des capacités institutionnelles des FOSA pour une meilleure prise en charge des cas à tous les niveaux	4.2.1.5. Renforcer les plateaux techniques des structures hospitalières de référence

		du système de santé	
4.4. Ressources humaines en santé (RHS)	4.4.2. Amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines	4.4.2.2. Renforcer les mécanismes d'évaluation continue, de supervision, de monitoring et de coaching des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	

Au vu de tous les enjeux et résultats des ODD à atteindre en 2030 et des orientations de l'OMS, le Cameroun opte pour :

- La mise en place d'un système qui permet de réduire les coûts d'accès au dépistage et à la prise en charge du CCU ;
- L'adoption de la stratégie 3T de l'OMS en vue de l'élimination du CCU ;
- La mise en œuvre des innovations pour l'élimination du CCU ;
- Le renforcement des ressources humaines, matérielles et financières en vue d'assurer une qualité optimale tout le long du parcours de soins.

4.2 Vision et objectifs

4.2.1 Vision

La vision de la stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus au Cameroun découle du document *Cameroun vision 2035* et est formulée de la manière suivante :

« Le Cameroun est un pays où le cancer du col de l'utérus est éliminé comme problème de santé publique à l'horizon 2030 ».

4.2.2. Objectif Général

Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus de 33,1 pour 100000 femmes à 17 pour 100000 femmes d'ici à 2030.

4.2.3. Objectifs spécifiques

- Atteindre une couverture vaccinale anti VPH de 90% dans la population cible d'ici 2030 ;
- Dépister 70% de femmes de la population cible d'ici 2030 ;
- Traiter 90% de femmes ayant des lésions précancéreuses d'ici 2030 ;

- Traiter 90% de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus d'ici 2030 ;
- Disposer d'un système de santé capable d'éliminer le CCU d'ici 2035.

4.3. Principes directeurs

L'élaboration de cette stratégie d'élimination a été faite suivant les principes directeurs suivants :

- **Équité** : Garantir un accès équitable aux services pour toutes les couches sociales, en tenant compte des besoins spécifiques des différents groupes de population, dans une logique de couverture sanitaire universelle.
- **Multisectorialité et intégration** : Mobiliser l'ensemble des composantes du système de santé et intégrer les services de prévention et de soins dans les structures existantes, notamment celles dédiées à la santé sexuelle et reproductive.
- **Collaboration et partenariat** : Promouvoir la mise en œuvre conjointe des interventions à travers la mutualisation des ressources, le renforcement des synergies et le partage d'expériences entre les parties prenantes.
- **Engagement communautaire et participation** : Encourager l'implication active des communautés, renforcer leur pouvoir d'action (autonomisation) et favoriser leur responsabilité dans la gestion de leur propre santé.
- **Bonne gouvernance et redevabilité** : Assurer une communication transparente avec toutes les parties prenantes, garantir leur implication à tous les niveaux et promouvoir la redevabilité des acteurs impliqués.
- **Efficience et durabilité** : Sélectionner des interventions adaptées aux ressources disponibles, assurant un impact optimal et une pérennité des résultats à long terme.
- **Fondement sur des données probantes** : Mettre en œuvre des interventions validées scientifiquement, démontrées comme efficaces, afin de générer des changements mesurables et durables.

4.4.. Déclinaison des axes stratégiques

L'élimination du CCU repose sur quatre axes principaux. Ces axes sont : (i) le renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour encourager l'adhésion des populations, (ii) la

prévention du CCU, (iii) l'optimisation de la prise en charge des cas de CCU, et (iv) le renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU. Chaque axe se décline en interventions et en activités, avec pour objectif de garantir l'atteinte de chaque objectif spécifique.

4.4.1. Axe stratégique 1 : Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations

Résumé du diagnostic : Les activités de promotion de la lutte contre le CCU restent marquées par la réalisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage des cancers féminins durant le mois d'octobre à l'occasion d'« Octobre rose » par le CNLCA et les ONG/OSC qui militent pour la lutte contre le CCU.

Cependant, ces activités promotionnelles restent irrégulières et peu coordonnées du fait d'une absence de stratégies de communication et de sensibilisation sur le CCU au niveau central (CNLCA), d'une non intégration de la sensibilisation de routine contre le CCU au niveau des FOSA et d'absence de banque de messages validés / spots de communication sur le CCU. Cela a pour conséquence une faible connaissance des femmes sur le CCU et donc une faible adhésion aux services de promotion et de prise en charge du CCU.

Afin d'inverser ces tendances, les interventions qui vont être proposées dans cet axe vont permettre de renforcer les connaissances des populations sur le CCU et les moyens de lutte par des stratégies holistiques de communication.

Objectif de l'axe : Renforcer l'adhésion des populations aux services de prévention et de traitement du CCU en vue de leur utilisation optimale par la sensibilisation et la mobilisation sociale d'ici 2030.

Stratégie de mise en œuvre : La stratégie consistera à renforcer la mobilisation sociale et l'intégration des activités de lutte contre le CCU dans les différents secteurs et programmes. Il sera principalement question d'amener les populations à s'approprier la lutte contre le CCU et de développer les connaissances et les aptitudes nécessaires à l'élimination de cette maladie. Pour ce faire, l'accent sera mis sur le renforcement de la participation des communautés au travers d'approches innovantes. Ces efforts devraient contribuer à améliorer la fréquentation des services de dépistage du CCU et la couverture vaccinale. Afin d'assurer une représentativité inclusive et enrichie dans la mise en œuvre de la stratégie, il est recommandé d'institutionnaliser la participation active des personnes ayant une expérience vécue du cancer du col de l'utérus (survivantes, patientes et proches aidants) à tous les niveaux la pyramide sanitaire. Ainsi, des

comités consultatifs devraient être mis en place au niveau national, régional et local, incluant ces acteurs pour nourrir l'élaboration des politiques, le suivi de la qualité des soins et les actions de sensibilisation. Un programme de renforcement de capacités de ces personnes et des prestataires de santé sera envisagé afin de favoriser leur contribution effective dans une démarche de soins centrée sur le vécu des bénéficiaires.

Intervention 1.1. : Renforcement des interventions multisectorielles intégrant les activités en faveur de la lutte contre le CCU.

Intervention 1.2. : Fédération des interventions communautaires des différents programmes.

Intervention 1.3. : Développement des partenariats dans la communauté.

Intervention 1.4 : Renforcement de l'accès équitable et inclusif à une information de qualité pour les populations.

4.4.2. Axe stratégique 2 : Prévention du CCU

Résumé du diagnostic : La vaccination prophylactique contre le HPV, de même que le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, constituent des stratégies efficaces pour prévenir le CCU selon l'OMS. Cependant, malgré la gratuité de la vaccination, la couverture vaccinale chez les filles contre le HPV reste en deçà des objectifs mondiaux de l'OMS. Les principales raisons étant l'insuffisance de campagnes de sensibilisation, le non contrôle de la qualité des informations sur les réseaux sociaux et la réticence des populations à accepter la stratégie vaccinale contre le HPV dans les établissements scolaires.

En outre, il n'existe pas de programme de dépistage formel au Cameroun et très peu de prestataires de santé sont capables de diagnostiquer et de traiter précocelement les lésions précancéreuses. On note également une faible décentralisation et des difficultés d'accès aux équipements et intrants essentiels pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du CCU. Cela a pour conséquences un nombre élevé de cas diagnostiqués à des stades avancés. A cela s'ajoute le problème de la déperdition des cas dépistés.

Objectifs de l'axe :

- Vacciner 90 % des filles et des garçons de 9 à 14 ans d'ici 2030 ;

- Dépister 70% de femmes de la population cible d'ici 2030 ;
- Traiter 90% de femmes ayant des lésions précancéreuses d'ici 2030.

Stratégie de mise en œuvre : La réalisation de l'objectif de cet axe passera par l'intensification des campagnes de communication et de vaccination à l'endroit de la population cible, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, l'intégration progressive du dépistage et de la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les services de santé primaire. Cette approche sera accompagnée par la promotion de l'approche "dépister et traiter le même jour" dans les formations sanitaires du niveau opérationnel. Cela permettra de réduire les pertes de vue et améliorer la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Intervention 2.1. : Renforcement des activités de vaccination contre le HPV

Intervention 2.2. : Intégration du dépistage et de la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les services de santé primaire

Intervention 2.3. : Renforcement des services de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses.

4.4.3. Axe stratégique 3 : Optimisation de la prise en charge des cas de CCU

Résumé du diagnostic : Les capacités de prise en charge des cas sont faibles principalement à cause de nombreuses insuffisances relevées au niveau de la disponibilité des services de diagnostic, de l'organisation des soins, et de l'itinéraire thérapeutique des patients. La prise en charge du CCU exige l'implication d'experts de plusieurs disciplines nécessitant un cadre de concertation formel entre ces derniers. Cependant l'organisation actuelle laisse peu de place à cette approche multidisciplinaire.

Objectif de l'axe : Traiter 90% de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus d'ici 2030.

Intervention 3.1.: Amélioration du diagnostic du CCU

Intervention 3.2. : Amélioration de la prise en charge globale du CCU

Intervention 3.3. : Amélioration de la qualité des soins.

4.4.4. Axe stratégique 4 : Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU

Résumé du diagnostic : De nombreuses lacunes ont été identifiées au niveau de chaque pilier du système de santé.

Gouvernance : Le cadre institutionnel actuel présente des limites opérationnelles qui entravent la mise en œuvre efficace des interventions de lutte contre le CCU. On note précisément une insuffisance de la coordination et du suivi-évaluation à tous les niveaux. A cela s'ajoute une faible opérationnalisation des instances de gouvernance du CNLCA au niveau déconcentré de la pyramide sanitaire.

Système d'information sanitaire et recherche opérationnelle : Le pays ne génère pas suffisamment d'évidences pour orienter la prise de décision. Très peu d'initiatives de recherche sont soutenues, et le système de routine ne capte pas assez de données sur le cancer et les interventions relatives à sa lutte.

Financement de la santé : Les ressources allouées par l'Etat pour la lutte contre le CCU sont très insuffisantes. Cela se répercute dans la faible capacité du pays à mettre en œuvre les interventions nécessaires pour éliminer le CCU. Plusieurs ménages s'exposent aux dépenses catastrophiques du fait des coûts élevés du diagnostic et de la prise en charge, et de la faible disponibilité de mécanismes de protection contre le risque maladie. A cela on peut ajouter les dépenses indirectes supportées par les ménages à cause de l'inéquitable répartition des sites de diagnostic et de prise en charge.

Offre de soins et des services : Les infrastructures et les équipements, nécessaires pour le diagnostic et la prise en charge des cancers sont très peu disponibles et sont pour la plupart vétustes. Le peu qui existe est fortement concentré dans les deux grandes métropoles (Yaoundé et Douala).

Approvisionnement et logistique : Plusieurs acteurs de mise en œuvre ont des lacunes dans la gestion des stocks. Cela amplifie le problème de la rareté des intrants de diagnostic et de prise en charge qui sont pour la plupart coûteux lorsqu'ils sont disponibles. Par ailleurs, le système d'approvisionnement se trouve fortement dépendant de l'aide étrangère à cause de la faible production locale des intrants.

Ressources Humaines : Les ressources humaines spécialisées dans la lutte contre les cancers en général et le CCU en particulier sont très peu disponibles. Le peu d'experts qu'on retrouve est fortement concentré dans les grandes métropoles du pays (Douala et Yaoundé). A cela s'ajoute l'irrégularité des formations continues du personnel de santé.

Objectif de l'axe : Disposer d'un système de santé capable d'éliminer le CCU d'ici 2030.

Stratégie de mise en œuvre : La stratégie consistera à renforcer durablement le système de santé à travers des mécanismes adaptés pour soutenir la lutte contre le CCU. Des interventions seront mises en œuvre pour renforcer chaque pilier du système de santé.

Intervention 4.1. : Mobilisation des ressources financières en faveur de la lutte contre le CCU

Intervention 4.2. : Développement d'un mécanisme de coordination multisectorielle des interventions de lutte contre le CCU

Intervention 4.3. : Renforcement de la coopération en faveur de la lutte contre le CCU

Intervention 4.4. : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de lutte contre le CCU

Intervention 4.5. : Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de logistique

Intervention 4.6. : Renforcement de la recherche et des mécanismes de production des évidences sur le CCU

Intervention 4.7. : Renforcement de la disponibilité des infrastructures et des équipements de lutte contre le CCU.

4.5. Chaine des résultats

Tableau VIII : Chaine des résultats

Axes stratégiques	Produits ou extrants	Effets	Impact
Axe 1 : Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations	Produit 1.1 : Les interventions de promotion sociale en faveur de la lutte contre le CCU sont renforcées auprès de tous les sectoriels et programmes concernés	Effet 1 : les populations adoptent des attitudes favorables à la vaccination et au service de dépistage et participent de façon accrue aux services grâce à une mobilisation sociale luttant contre la stigmatisation et les pesanteurs socioculturelles à l'horizon 2030	La réduction de l'incidence annuelle du col de l'utérus comme problème de santé publique au Cameroun d'ici 2035 à 4 cas pour 100 000 femmes.
	Produit 1.2 : Les connaissances des populations sur le CCU sont améliorées		
Axe 2 : Prévention du CCU	Produit 2.1 : La prévention primaire du CCU par la vaccination anti-VPH est renforcée	Effet 2 : L'utilisation des services de prévention, de détection précoce, de diagnostic, et de prise en charge des cas est améliorée	
	Produit 2.2 : La prévention secondaire par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses est renforcée		
Axe 3 : Optimisation de la prise en charge du CCU	Produit 3.1 : L'offre de soins et de services pour le diagnostic et la prise en charge du CCU est disponible et renforcée	Effet 3 : Les populations ont accès à des soins de qualité répondant aux normes en faveur de la lutte contre le CCU	
	Produit 3.2 : La qualité de la prise en charge globale des cas de CCU est améliorée		
Axe 4 : Renforcement du système de	Produit 4.1 : La mobilisation et la disponibilité des ressources financières pour la lutte contre le CCU sont renforcées	Effet 4 : La gouvernance, le leadership et la redevabilité de la lutte contre le CCU sont assurés d'ici 2030 grâce à	

santé en vue de l'élimination du CCU	Produit 4.2 : La coordination et la gestion des interventions multisectorielles de lutte contre le CCU sont renforcées	des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et bien réparties à tous les niveaux du système de santé	
	Produit 4.3 : La coopération entre les différents sectoriels (du gouvernement, du secteur privé), la société civile, les médias et les communautés est effective dans le cadre de la lutte contre le CCU		
	Produit 4.4 : Les ressources humaines sont mobilisées et capacitées pour la lutte contre le CCU		
	Produit 4.5 : La chaîne d'approvisionnement des produits de santé et de la technologie sanitaire destinés au diagnostic et à la prise en charge des cas est renforcée		
	Produit 4.6 : La recherche et les mécanismes de production des évidences sur le CCU pour la prise de décision sont renforcés		
	Produits 4.7 : Les infrastructures, l'équipement et les intrants pour la prise en charge des cas de CCU sont renforcés		

4.6. Cadre logique d'interventions

Tableau IX : Cadre logique d'intervention

	Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Valeur de base	Cible 2030	Sources de vérification	Hypothèses
IMPACT	Réduire l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique au Cameroun d'ici 2035 à 4 cas pour 100 000 femmes et assurer la prise en charge optimale de toutes les patientes.	Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus	33,1 pour 100 000 habitants	4 cas pour 100000 femmes	Globocan Enquêtes Registres cancers Annuaires statistiques	Engagement de l'Etat ; Cohésion sociale ; Accompagnement des partenaires ; Engagement des parties prenantes ; Engagement des acteurs de terrain ; Financement de la stratégie nationale d'élimination
		Taux de mortalité lié du Cancer du col de l'utérus	25, 7 pour 100 000 habitants	≤10%	Enquêtes populationnelles Registres cancer	
		Taux de létalité du cancer du col de l'utérus	ND	≤10%	Registres cancer Enquêtes Statistiques hospitalières	
OBJECTIFS SPECIFIQUES	Renforcer l'adhésion des femmes aux services de prévention et de traitement du CCU en vue de leur utilisation optimale par la sensibilisation et la mobilisation sociale d'ici 2030.	Nombre de femmes ayant des connaissances sur la lutte contre le CCU	ND	85%	Enquêtes	
	Atteindre une couverture vaccinale anti VPH de 90% dans la population cible d'ici 2035	Taux de vaccination contre le HPV chez les filles de 9 ans à 14 ans	28,8%	90%	Rapports PEV	

		Taux de vaccination contre le HPV chez les garçons de 9 ans à 14 ans	21,1%	90%	Rapports PEV	
	Traiter 90% de femmes ayant des lésions précancéreuses d'ici 2035	Proportion de femmes ayant des lésions précancéreuses traitées	ND	90%	Rapports RMA	
	Traiter 90% de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus d'ici 2035	Proportion de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus traitées par chimiothérapie	ND	90%	Enquêtes Registres	
		Proportion de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus traitées par radiothérapie	ND	90%	Enquêtes Registres	
	Disposer d'un système de santé capable d'éliminer le CCU d'ici 2035	Proportion de structures de PEC du CCU ayant bénéficié d'une subvention pour la prise en charge de la radio-chimiothérapie	ND	80%	Enquêtes Registres Rapports	
RESULTATS	Effet 1 : Les populations adoptent des attitudes favorables à la vaccination et au service de dépistage et participent de façon accrue aux services grâce à une mobilisation sociale luttant contre la stigmatisation et les pesanteurs socioculturelles à l'horizon 2030	Taux de sensibilisation des femmes au CCU	ND	75%	Enquêtes DHIS2 Registres dépistage Enquêtes populationnelles	de
	Effet 2 : L'utilisation des services de prévention, de détection précoce, de diagnostic, et de prise en charge des cas est améliorée	Proportion de femmes bénéficiant de traitement des lésions précancéreuses	ND	85%	Enquêtes DHIS2 Registres dépistage	

				Enquêtes populationnelles	
Effet 3 : Les populations ont accès à des soins de qualité répondant aux normes en faveur de la lutte contre le CCU	Proportion de femmes ayant bénéficié de la radiothérapie	ND	90%	Enquêtes DHIS2 Registres de dépistage Enquêtes populationnelles	
Effet 4 : La gouvernance, le leadership et la redevabilité de la lutte contre le CCU sont assurés d'ici 2030 grâce à des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et bien réparties à tous les niveaux du système de santé	Taux de performance de la lutte contre le CCU	ND	90%	Rapports d'évaluation	
	% de cadres de concertation multisectorielle de la lutte contre le CCU	ND	100%	Rapports d'activités	
	Existence d'un cadre de concertation des PTF du CCU	ND	1	Rapports de réunions	
	Pourcentage de supervisions réalisées	ND	100%	Rapports de supervisions	
Produit 1.1 : Les interventions de promotion sociale sur la lutte contre le CCU sont renforcées à tous les sectoriels et programmes concernés	% de cadres de collaboration avec les autres sectoriels sur la lutte contre le CCU mis en place	ND	80%	Rapports de supervisions	
	Existence de directives sur le changement social et comportemental (SBC) sur le CCU	0	1	Rapports de supervisions	
	% d'acteurs sociaux formés sur la SBC sur le CCU	ND	100%	Rapports de supervisions	
	Existence de mécanismes de motivation des parties prenantes sur le CCU	ND	NA	Rapport de supervisions	
Produit 1.2 : Les connaissances des populations sur le CCU sont améliorées	Taux de connaissance des populations sur le CCU et les moyens de prévention	ND	95%	Rapports de supervisions	

	% de FOSA disposant de personnels soignants de première ligne à la communication sur le CCU	ND	95%	CNLCa	
	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées lors des journées commémoratives et autres événements socioculturels	ND		Rapports d'activités CNLCa	
Produit 2.1 : La prévention primaire du CCU par la vaccination anti-VPH est renforcée	Taux de vaccination contre le HPV chez les filles de 9 ans à 14 ans	28,8%	90%	Rapports PEV	
	Taux de vaccination contre le HPV chez les garçons de 9 ans à 14 ans	21,1%	85%	Rapports PEV	
	% de structures répondant aux normes en matière de chaîne de froid et d'équipements	ND	95%	CNLCa/PEV	
	% de structures de PEC n'ayant pas de ruptures en vaccins anti HPV	ND	95%	CNLCa/PEV	
Produit 2.2 : La prévention secondaire par le dépistage des lésions précancéreuses est renforcée	% de structures de PEC disposant de tests HPV	ND	85%	Enquêtes	
	% de structures de PEC n'ayant pas connu de rupture en tests IVA/IVL	ND	65%	Enquêtes	
	% de structures ayant au moins un prestataire formé sur le dépistage du CCU	ND	65%	Enquêtes Rapport d'activités	
	% de laboratoires disposant d'un personnel formé sur la réalisation et l'interprétation des tests de dépistage du HPV	ND	65%	Enquêtes Rapports d'activités	
	Existence de formulaires d'examens	0	1	DHIS2	

	intégrant les indicateurs en faveur du dépistage du CCU			Rapports d'activités	
	% de campagnes de dépistage du CCU réalisées	ND	65%	Rapports d'activités	
	Existence de directives/Guides pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses	0	1	Rapports d'activités	
Produit 3.1 : L'offre de soins et de services pour le diagnostic et la prise en charge du CCU est disponible et renforcée	Existence d'un document d'orientation sur l'accès au diagnostic histologique du CCU	0	1	CNLCa/DPML	
	Intégration du système de transport des biopsies dans le système de transport national des échantillons biologiques	0	1	CNLCa/ DPML	
	% d'acquisition d'appareils de laboratoire à l'intention de 5 régions	ND	60%		
	% de prestataires formés aux bonnes pratiques de prélèvements de biopsie	ND	70%	Rapports d'enquêtes	
	Mise en place de la télé pathologie	0	1	Rapports d'activités	
	Mise en place d'une plateforme de télé radiologie	0	1	Rapports	
	Existence de protocoles de traitement des échantillons et rendu des résultats dans les délais	0	1	Rapports	
	Proportion de structures disposant d'un radiologue formé sur l'interprétation du bilan d'extension et d'évaluation du CCU	ND	75%	Rapports d'enquêtes	
	Produit 3.2 : La qualité de la prise en charge globale des cas de CCU est	Existence de modules de formation pratique des accompagnateurs	0	1	CNLCa

améliorée	psychosociaux/tuteurs/parents aux soins palliatifs				
	% de FOSA disposant de prestataires formés sur l'accompagnement des patients	ND	65%	CNLCa	
	Mise en place d'une démarche qualité dans les services de dépistage et de PEC du CCU	0	1	CNLCa	
	Existence de directives pour la référence et contre-référence des patientes ayant le CCU entre les FOSA de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie, en intégrant notamment les modèles hub-care and shared-care et de téléconsultation.	0	1	CNLCa	
	Existence de protocoles thérapeutiques harmonisés pour les soins palliatifs des patientes atteintes de CCU	0	1	CNLCa	
	% de FOSA disposant des équipements, intrants, consommables et médicaments pour les soins palliatifs du CCU répondant aux normes	ND	95%	CNLCa	
	% de structures disposant de prestataires formés sur les soins palliatifs	0	1	CNLCa	
	Existence d'un document de stratégie pour l'intégration des soins	0	1	CNLCa	

		palliatifs dans les services de santé existants				
		Existence d'une politique de distribution et de dispensation de la solution orale de morphine	0	1	CNLCa	
Produit 4.1 : La mobilisation et la disponibilité des ressources financières pour la lutte contre le CCU sont renforcées		Taux de mobilisation financière	ND	95%	Rapports financiers	
		Taux d'allocation financière	ND	95%	Rapports d'activités	
		Taux d'exécution financière	ND	100%	Rapports d'activités	
		Taux d'exécution physique	ND	100%	Rapports d'activités	
		% de patients bénéficiant d'une réduction/exonération pour la prise en charge du CCU	ND	95%	Enquêtes de satisfaction	
Produit 4.2 : La coordination et la gestion des interventions multisectorielles de lutte contre le CCU sont renforcées		% de cadres de concertation intégrant le CCU fonctionnels	ND	100%	Rapports d'activités	
Produit 4.3 : La coopération entre les différents sectoriels (du gouvernement, du secteur privé), la société civile, les médias et les communautés est effective dans le cadre de la lutte contre le CCU		% de partenariats mis en place avec les autres sectoriels, ASC, OSC, secteur privé	ND	95%	Rapports d'activités	
Produit 4.4 : Les ressources humaines sont mobilisées et capacitées pour la lutte contre le CCU		Existence d'un plan de formation des RH pour l'élimination du CCU	0	1	CNLCa/DRH	
		Proportion de FOSA disposant d'un personnel des services de santé capacités sur la chimiothérapie et radiothérapie	ND	75%	Rapports d'activités Enquêtes	
		Existence d'un télé-mentorat pour accompagner le personnel clinique existant et appuyer le transfert de tâches dans les zones à faible couverture en personnel de santé	0	1	CNLCa /SIS	

		Nombre d'acteurs communautaires formés sur la sensibilisation, la communication autour de la vaccination	ND	75%	Rapports d'activités Enquêtes	
Produit 4.5 : La chaîne d'approvisionnement des produits de santé et de la technologie sanitaire destinés au diagnostic et à la prise en charge des cas est renforcée		Création d'un système de gestion des stocks des intrants consommables et médicaments et vaccins (tracker) pour la pris en charge du CCU	0	1	CNLCa	
Produit 4.6 : La recherche et les mécanismes de production des évidences sur le CCU pour la prise de décision sont renforcés		% de registres cancers fonctionnels	1/2	2/2	CNLCa	
		Existence d'un bulletin épidémiologique sur les cancers	100%	100%	CNLCa, SIS	
Produits 4.7 : Les infrastructures, l'équipement et les intrants pour la prise en charge des cas de CCU sont renforcés		% des produits de santé et des instants disponibles	ND	85%	CNLCa/DOSTS	
		Proportion de structures disposant de thermoablateurs	69%	100%	CNLCa/DOSTS	
		Proportion de FOSA de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie n'ayant pas connu de ruptures en intrants pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU	ND	95%	Rapports de supervision SIS	
		Proportion de FOSA de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie n'ayant pas connu de ruptures de médicaments pour la chimiothérapie	ND	95%	Rapports d'activités Fiches de gestion des stocks Rapports d'inventaire	
		Proportion de FOSA de de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie n'ayant pas connu de rupture de vaccins anti HPV	ND	85%	Rapports d'activités Fiches de gestion des stocks Rapports	

			d'inventaire	
	INTERVENTIONS	COÛT	MOYENS	
	Axe 1 : Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations Intervention 1.1. : Renforcement de la mobilisation sociale à travers la mise en œuvre des interventions multisectorielles intégrant les activités en faveur de la lutte contre le CCU Intervention 1.2. : Fédération des interventions communautaires des différents programmes Intervention 1.3. : Développement des partenariats dans la communauté Intervention 1.4 : Renforcement de l'accès équitable et inclusif à une information de qualité pour les populations		Matériel Financier Humain	
	Axe 2 : Prévention du CCU Intervention 2.1. : Renforcement des activités de vaccination contre le HPV Intervention 2.2. : Intégration du dépistage et de la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les services de santé primaire		Matériel Financier Humain	
	Axe 3 : Optimisation de la prise en charge des cas de CCU Intervention 3.1.: Amélioration du diagnostic du CCU Intervention 3.2. : Amélioration de la prise en charge globale du CCU Intervention 3.3. : Amélioration de la qualité des soins		Matériel Financier Humain	
	Axe 4 : Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU Intervention 4.1.: Mobilisation des ressources financières en faveur de la lutte contre le CCU Intervention 4.2. : Développement d'un mécanisme de coordination multisectorielle des interventions de lutte contre le CCU Intervention 4.3. : Renforcement de la coopération en faveur de la lutte contre le CCU Intervention 4.4. : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de lutte contre le CCU Intervention 4.5. : Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de logistique Intervention 4.6. : Renforcement de la recherche et des mécanismes de production des évidences sur le CCU Intervention 4.7. : Renforcement de la disponibilité des infrastructures et des équipements de lutte contre le CCU		Matériel Financier Humain	

4.7. Théorie du changement

La stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus au Cameroun repose sur une théorie du changement articulée autour de l'objectif ultime fixé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à savoir : l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique d'ici 2030, définie comme une incidence inférieure à 4 cas pour 100 000 femmes.

La théorie du changement relative à la Stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus offre un cadre conceptuel pour aider toutes les parties prenantes à définir et à mettre en œuvre des activités en faveur de la santé des populations qui soient porteuses de transformation durable. Elle repose sur l'hypothèse qu'en combinant prévention primaire, dépistage précoce, et traitement adéquat, de manière équitable et durable, il est possible de renverser la tendance actuelle marquée par une incidence et une mortalité élevées.

Ces changements cumulatifs contribueront à une baisse substantielle de l'incidence et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus. À l'horizon 2030, le Cameroun vise à atteindre les cibles « 90-70-90 » fixées par l'OMS et à franchir le seuil d'élimination de la maladie comme problème de santé publique.

Ces interventions sont soutenues par des actions transversales : renforcement des capacités des parties prenantes, sensibilisation communautaire, systèmes de suivi-évaluation, mobilisation communautaire et engagement des leaders locaux...

L'implémentation des activités ci-dessus entraînera progressivement des changements de comportements au sein des communautés et du personnel de santé notamment l'amélioration de l'acceptation de la vaccination, le recours régulier au dépistage, l'adhésion au traitement.

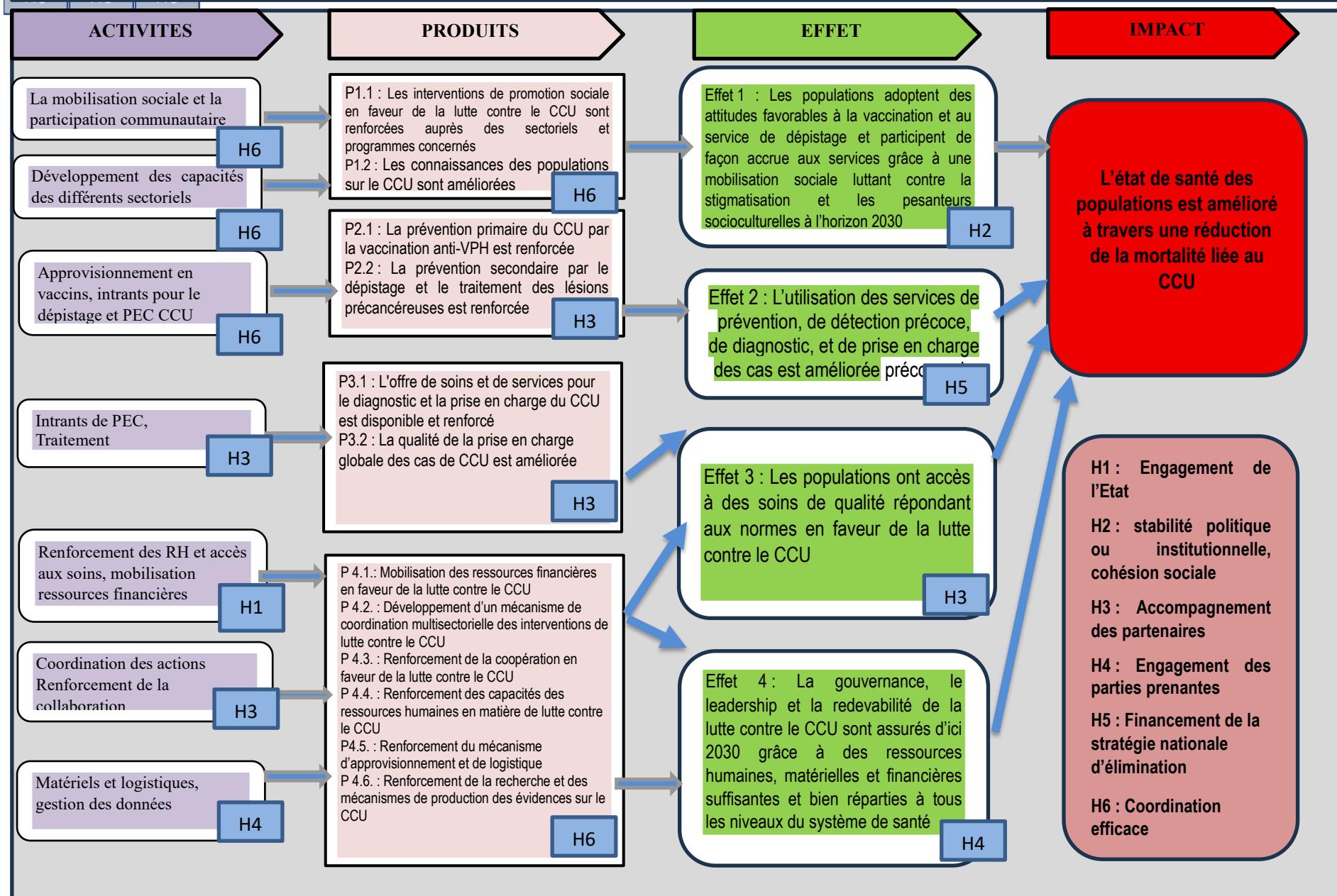
À moyen terme, on s'attend à une augmentation significative de la couverture vaccinale et du dépistage, à une réduction du nombre de cas avancés, et à une amélioration de la qualité de la prise en charge.

La finalité à long terme (impact escompté) est : « l'état de santé des populations est amélioré à travers la réduction de l'incidence du CCU et la participation active des communautés ».

Les facteurs de réussite sont : la stabilité politique et institutionnelle, la disponibilité continue de ressources (vaccins, tests, traitements, ressources humaines, matérielles et financières), l'adhésion communautaire, notamment en milieu rural, la coordination efficace entre les secteurs santé, éducation, société civile, et les partenaires techniques et financiers.

Figure 3 : Schéma de la théorie du changement sous-tendant la stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus.

« Un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population par la mise en œuvre des interventions de santé visant à réduire l'incidence liée au cancer du col de l'utérus à travers la couverture sanitaire universelle ».



CHAPITRE 5 : CADRE OPERATIONNEL

5.1. Dispositif institutionnel et organisationnel de mise en œuvre

5.1.1. Leadership du Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA)

Après une première structuration en 2002, une nouvelle organisation du Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA) a été formalisée par un arrêté N° 017 PM du 06 mars 2020 portant organisation et fonctionnement du CNLCA. Ce comité est placé sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique et a pour mission de coordonner les interventions et fédérer les acteurs de la lutte contre le cancer. A ce titre, il est notamment chargé de : i) définir les orientations stratégiques de la lutte contre le cancer, ii) veiller à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer, iii) valider les rapports d'activités du Secrétariat Permanent et iv) évaluer les activités menées par le Secrétaire Permanent.

Il s'agit d'un comité multisectoriel présidé par le Ministre en charge de la Santé Publique, et composé de plusieurs secteurs ministériels, des représentants de la société civile, qui se réunit deux fois par an. Les différents secteurs ministériels sont composés des Ministères en charge des finances, de la défense, de l'économie, de l'éducation de base, des enseignements secondaires, de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique, des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille, de la communication, de l'environnement et de l'agriculture. Pour l'accomplissement de ses missions, le comité dispose d'un Secrétariat Permanent. Ce dernier est placé sous la coordination d'un Secrétaire Permanent assisté d'un adjoint, qui sont chargés de coordonner les activités de lutte contre le cancer et d'assurer la mise en œuvre de la présente stratégie nationale d'élimination du CCU.

5.1.2. Rôle des parties prenantes

Le présent cadre opérationnel sera composé de plusieurs plans opérationnels qui seront en mis en œuvre par différents secteurs ministériels sous le leadership et la coordination du CNLCA. Ces différentes parties prenantes devront s'assurer de leur alignement stratégique sur les orientations de ce plan conformément au tableau ci-dessous.

Tableau X : Rôle des parties prenantes

STRUCTURES	RÔLES
MINSANTE	<p>Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encadrer le processus de planification - Appuyer techniquement les travaux d'élaboration, et les rapports de suivi - Evaluer la mise en œuvre du plan <p>Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre du plan - Assurer le suivi de la prise en compte des mesures sanitaires et réglementaires de prévention contre le CCU <p>Direction de la Promotion de la Santé (DPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les interventions relatives à la promotion de la santé - Mener les actions de communication dans le cadre de la lutte contre le CCU <p>Direction de la Santé Familiale (DSF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre la mise en œuvre des activités relatives avec la PEC du CCU - Assurer le suivi et la coordination des activités de vaccination en lien avec le HPV avec les organismes et partenaires concernés. <p>Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre des activités relatives à l'engagement des communautés - Doter les FOSA en infrastructures et équipements - Organiser la prise en charge des femmes atteintes du CCU <p>Direction des Ressources Humaines (DRH)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer le plaidoyer pour la disponibilité des ressources humaines (RH) dans les structures sanitaires <p>Division des Etudes et des projets (DEP)</p>

- Construire et réhabiliter les FOSA
- Assurer la conformité des marchés publics
- Planifier la programmation des activités et des investissements du Ministère ;
- Définir des normes techniques et élaborer des plans types pour la construction (Institut du Cancer).

**Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML)/
Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
IGSPL/ Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments
Essentiels (CENAME)**

- Elaborer et suivre la mise en œuvre de la politique nationale d'approvisionnement afin d'assurer la disponibilité des médicaments pour la PEC du CCU
- Autoriser la mise sur le marché et certifier les intrants médicaux
- Rechercher et constater les infractions à la législation sur l'exercice de la pharmacie

Division de la Coopération (DCOOP)

- Assurer la coopération entre le MINSANTE, les PTF et les OSC

Les programmes de santé prioritaires (PEV, CNLS)

- L'action du PEV va contribuer à assurer la prévention primaire du CCU
- L'action du CNLS va consister à intégrer la PEC du CCU chez les PvVIH et assurer ainsi un continuum de soins

Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)

- Encadrer les activités de laboratoire et permet d'assurer des diagnostics de qualité.

Délégation Régionale de la Santé Publique

- Appuyer la coordination et la supervision des activités de prévention et de lutte contre le CCU dans les Districts de Santé
- Appuyer la collecte, l'analyse et l'exploitation des informations sanitaires provenant des Services de Santé de District
- Assurer la production des rapports périodiques d'activités en lien avec le

	CCU
SECTORIELS	<p>MINISTÈRE DE L'EDUCATION DE BASE (MINEDUB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer et sensibiliser la communauté éducative dans les établissements maternels et primaires <p>MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES (MINESEC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer et sensibiliser la communauté éducative dans les établissements secondaires <p>MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR (MINESUP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer et sensibiliser les étudiants - Enrichir les curricula de formation sur le CCU <p>MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE (MINPROFF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer, sensibiliser et dépister les jeunes femmes dans les infirmeries des Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF) <p>MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (MINAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les familles des personnes socialement vulnérables - Accompagner les patients et les familles sur le plan psycho-social <p>MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DE L'EDUCATION CIVIQUE (MINJEC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer et sensibiliser les jeunes adolescents, filles et garçons y compris ceux ayant des besoins spécifiques <p>MINISTÈRE DES MINES, DE L'INDUSTRIE ET DU DEVELOPPEMENT (MINMIDT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la production locale des médicaments <p>MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION (MINCOM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la sensibilisation, communiquer, diffuser des messages sur le CCU <p>MINISTÈRE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION (MINRESI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la production et à la vulgarisation des données factuelles

	sur le CCU
PTF	Apporter un appui technique et financier dans la lutte contre CCU
SOCIÉTÉS SAVANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la rédaction de protocoles harmonisés et guidelines sur la prévention et la prise en charge du CCU - Assurer la diffusion des évidences scientifiques en lien avec le CCU
SOCIÉTÉ CIVILE (ASSOCIATIONS DES MALADES ET DES PERSONNELS DE SANTÉ)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les communautés et partager les expériences avec les personnes atteintes de CCU - Mobiliser les communautés en faveur des stratégies sanitaires
COMMUNAUTÉS LEADERS TRADITIONNELS, RELIGIEUX ET LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	Sensibiliser les communautés sur le CCU, les moyens de prévention et de prise en charge

5.2. Plan d'action prioritaire

Ce plan sera mis en œuvre par plusieurs acteurs qui ont déjà identifié les axes et les interventions qui cadrent avec leurs attributions. Une budgétisation sur les cinq années a été effectuée pour chacun des axes et chacune des interventions. Le tableau ci-après présente le plan opérationnel des activités, présentant l'intervention, l'activité, la tâche, les responsables et les échéances.

Tableau XI : Planning opérationnel des activités

INTERVENTIONS	ACTIVITES	TACHES	RESPONSABLE	AUTRES CONCERNES	20 26	20 27	20 28	20 29	20 30
Intervention 1.1 : Renforcement des interventions multisectorielles d'intégration des activités en faveur de la lutte contre le CCU	Activité 1.1.1 : Intégration des activités de sensibilisation contre le CCU dans les plans sectoriels concernés	Identifier les structures sectorielles présentes au niveau local (éducation, affaires sociales, jeunesse, femmes, culture, chefferies...) et leurs plans communautaires	CNLCa	DCOOP, DPS, DOSTS, Sectoriels, DRSP, DS	X				
		Organiser un atelier de concertation multisectorielle sur l'intégration des activités de sensibilisation sur le CCU dans chaque région afin d'élaborer une feuille de route	CNLCa	DCOOP, DPS, DOSTS, MINREX, MINEPAT, Sectoriels, DRSP, DS	X				
		Organiser un atelier d'identification des points d'entrée pour l'intégration des activités en faveur de la lutte contre le CCU (journées d'activisme, clubs scolaires, visites à domicile...).	CNLCa	DCOOP, DPS, DOSTS, MINFI, MINEPAT, Sectoriels, DRSP, DS	X				
		Élaborer une note d'orientation sur la pertinence de la sensibilisation CCU dans les actions multisectorielles.	CNLCa	DCOOP, DPS, DOSTS, MINFI, MINEPAT, Sectoriels, DRSP, DS					
		Lancer des interventions de lutte contre le CCU avec les sectoriels	CNLCa	SECTORIELS	X	X	X	X	X
	Activité 1.1.2 : Développement des outils d'intégration des	Organiser des ateliers d'élaboration du guide pratique, dépliants, posters ... et des fiches d'activités sectorielles d'intégration des messages CCU dans les plans communautaires multisectoriels	CNLCa	DCOOP, DPS, EXPERTS, SECTORIELS	x				

	activités et de mise en œuvre harmonisée	Reproduire le guide, dépliants, posters et les fiches d'activités sectorielles types (éducation : club scolaire, affaires sociales : causeries mères...) ...	CNLCa		X	X	X	X	X
		Organiser en cascade la formation des formateurs, la formation des acteurs centraux et régionaux des agents communautaires non santé (enseignants, éducateurs sociaux, animateurs de jeunesse) sur les bases du CCU.	CNLCa	MINSANTE, SECTORIELS, EXPERTS	x		X		
		Organiser des séances d'imprégnation des différents acteurs sur la communication et la sensibilisation sur le CCU	CNLCa, DRSP, DS		X	X	X	X	X
		Activité 1.1.3 : Renforcement du suivi et du soutien de la mise en œuvre des activités intégrées sur le terrain	Appuyer les sectoriels et autres entités dans l'élaboration de leurs micros plans intégrés.	SECTORIELS	CNLCa	X	X	X	X
Intervention 1.2 : Fédération des interventions communautaires des différents programmes	Activité 1.2.1: Renforcement des interventions communautaires existantes dans les programmes en faveur de la lutte contre le CCU	Organiser des missions conjointes de supervision des activités de sensibilisation intégrant la lutte contre le CCU dans les 10 régions	CNLCa	SECTORIELS	X	X	X	X	X
		Organiser un atelier national de capitalisation des activités de sensibilisation sur la lutte contre le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
	Activité 1.2.2 : Mise en place d'une plateforme de coordination communautaire inter-programmes	Cartographier des interventions communautaires existantes dans les programmes en faveur de la lutte contre le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Organiser un atelier inter-programmes pour valider et compléter l'inventaire et l'élaboration d'un tableau de bord pour la collecte et le suivi des données	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Nommer pour chaque programme un point focal communautaire.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Organiser des réunions d'élaboration et de validation d'une décision portant organisation et fonctionnement de la plateforme (fréquence de réunion, modalités de décision, outils de travail)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				

		Tenir des réunions de coordination mensuelles (en présentiel ou visioconférence).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Mettre en place un canal de communication instantanée (groupe WhatsApp/Teams) et un espace de stockage partagé (drive, intranet)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Élaborer et diffuser un calendrier intégré des actions communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
Activité 1.2.3. Organisation des sessions de formation et d'échange inter-programmes		Elaborer et valider des modules pour l' « Approche intégrée de la santé communautaire » couvrant CCU, VIH, MNT, Mère-Enfant.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Sélectionner et former des formateurs multithématisques (master-trainers).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Tenir des ateliers régionaux de formation mixte pour ASC, OSC et pairs éducateurs.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
Activité 1.2.4 : Mise en œuvre des interventions conjointes pilotes d'intégration des activités de sensibilisation du CCU dans les plans communautaires des autres programmes		Elaborer des projets pilotes sur l'intégration des activités de sensibilisation du CCU dans les plans communautaires des autres programmes	CNLCa	Toutes les parties prenantes		X	X		
		Organiser des activités de sensibilisation sur le CCU lors des campagnes, journées commémoratives ou foires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
Activité 1.2.5 : Suivi, évaluation et capitalisation de l'expérience des projets pilotes sur		Organiser une réunion de bilan tous les 3 mois pour ajuster les stratégies.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Elaborer un rapport de capitalisation avec recommandations en vue d'une échelle nationale.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X

	l'intégration des activités de sensibilisation du CCU dans les plans communautaires des autres programmes							
Intervention 1.3 : développement des partenariats dans la communauté	Activité 1.3.1 : Cartographie des parties prenantes communautaires existantes	Réaliser une cartographie de listes d'OSC, d'ASC, de leaders religieux/traditionnels et de structures de santé de chaque district.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Organiser des réunions de validation de la cartographie des parties prenantes communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
	Activité 1.3.2 : Organisation des ateliers ou rencontres de concertation multi-acteurs communautaires	Organiser semestriellement une rencontre de concertation multi acteurs communautaires d'un jour dans chaque région	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Activité 1.3.3 : Mise en place des accords de collaboration ou protocoles de partenariat local	Elaborer et valider les modèles de modèle de protocole-type (objectifs, responsabilités, durée).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Elaborer et valider de la décision du comité local de coordination communautaire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Signer des accords de collaboration de partenariat local	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Tenir annuellement les réunions statutaires du comité local de coordination communautaire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Activité 1.3.4 : Renforcement des capacités des	Organiser un atelier de développement d'un module de formation couvrant : CCU, SBC, plaidoyer et coordination.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X

	partenaires communautaires sur le CCU, la communication, la mobilisation sociale et la coordination	Former des formateurs locaux régionaux sur la sensibilisation sur le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Réaliser les sessions de formation des partenaires communautaires sur le CCU, la communication, la mobilisation sociale et la coordination	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X			
	Activité 1.3.5 : Valorisation les partenariats actifs à travers des supports de communication	Collecter des témoignages et success stories de chaque partenaire.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser un atelier d'élaboration et de production des articles, portraits, infographies et courtes vidéos.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Diffuser ces contenus sur les canaux locaux (radios, affichage, réseaux sociaux).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser un bulletin électronique trimestriel « Partenaires CCU ».	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Mettre à jour un « mur des partenaires » lors des événements locaux.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Intégrer un suivi de cette visibilité dans la stratégie de communication globale du programme	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
	Activité 1.3.6 : Renforcement du suivi des activités en faveur de la lutte contre le CCU	Organiser des missions de supervision semestrielles de la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur le CCU dans les 10 régions	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser des rencontres de suivi et d'échange entre partenaires locaux	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
	Activité 1.3.7 : Mise en place des outils de coordination et de suivi local partagé	Organiser des réunions d'élaboration des outils de coordination et de suivi local des activités de sensibilisation sur le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Organiser des ateliers de formation en cascades (formation des formateurs régionaux, formation des	CNLCa	Toutes les parties	X				

		responsables locaux à la saisie et à l'analyse des données.		prenantes				
		Actualiser les données et partager les rapports périodiques.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Activité 1.3.8 : Renforcement la redevabilité auprès des communautés	Organiser des forums de redevabilité communautaire une fois par an sur la lutte contre le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Elaborer le canevas de rapports simplifiés pour la restitution des activités réalisées par les parties prenantes au niveau du CNLCA,	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Elaborer et diffuser des bulletins d'information régional sur les activités de lutte contre le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
Intervention 1.4 : Renforcement de l'accès équitable et inclusif à une information de qualité pour les populations	Activité 1.4.1 : Renforcement des capacités des acteurs communautaire (leaders communautaires, OSC, ASC, pairs éducateurs...) sur le CCU	Identifier et cartographier les acteurs communautaires existants et actifs par région ou district (OSC locales, ASC, leaders religieux, chefferies, enseignants, associations de femmes...)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Élaborer un référentiel de compétences nécessaires pour ces acteurs (connaissances, communication, gestion des rumeurs, etc.)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Elaborer et produire les supports de formation (présentations, fiches pratiques, boîtes à images, jeux pédagogiques, vidéos)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Former les formateurs (équipe de facilitateurs régionaux)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Organiser les sessions de formation des acteurs communautaires (par vague, par type d'acteur, selon la zone)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Concevoir et produire les kits de sensibilisation ou guides pratiques aux participants	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	X
		Mettre en place un système de suivi post-formation (coaching, supervision formative,)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X

		Créer ou renforcer un réseau de relais communautaires (groupes WhatsApp, réunions d'échange trimestrielles)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Organiser des sessions de recyclage annuelles	CNLCa	Toutes les parties prenantes		X		X
Activité 1.4.2 : Conception, production et diffusion des outils de communication adaptés sur le CCU en continu		Elaborer et valider officiellement les supports/ outils de communication sur le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Traduire les supports clés dans les langues locales les plus parlées (fulfuldé, ewondo, pidgin, etc.)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Produire les outils en quantité suffisante selon les zones d'intervention (tirages papier, versions numériques)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Distribuer les outils selon les canaux appropriés	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Former les utilisateurs des outils (prestataires, relais communautaires, enseignants...) à leur bon usage	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Prévoir une mise à jour des outils tous les 2-3 ans ou selon l'évolution des recommandations (ex. : vaccination, dépistage)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
Activité 1.4.3 : Diffusion des informations en continu sur le CCU via divers canaux (radio/tv communautaire, presse, sms, réseaux sociaux...)		Élaborer un calendrier éditorial trimestriel	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Produire et diffuser les contenus adaptés à chaque canal (spot radio, infographie, messages, articles de presse ...)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Signer des conventions avec les médias communautaires ciblés (définir fréquence, coût, contreparties)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Traduire les messages dans les langues locales selon les zones d'intervention	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	

		Former les personnes relais ou community managers sur les contenus, la modération, la gestion des commentaires en ligne, etc.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Lancer et alimenter des campagnes digitales thématiques régulières	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Superviser la diffusion effective (suivi des diffusions radio/TV, statistiques des réseaux sociaux, nombre de SMS envoyés)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Évaluer périodiquement l'impact de la stratégie de diffusion	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
Activité 1.4.4: Elaboration des documents opérationnels pour la communication sociale (SBC) sur le CCU (plan de communication, plan de formation, guide, messages...)		Réaliser un inventaire des documents existants	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Organiser une réunion technique avec les parties prenantes pour définir les priorités documentaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Recruter ou mobiliser une équipe technique (consultants ou groupe de travail SBC) pour la rédaction	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Élaborer et valider le contenu des documents sélectionnés	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Traduire les documents essentiels dans les langues locales si nécessaire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Diffuser les documents aux équipes nationales, régionales et communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Mettre à jour les documents tous les 2 à 3 ans en fonction des retours du terrain et des nouvelles données	CNLCa	Toutes les parties prenantes			X		
Activité 1.4.5 : Mise en œuvre des activités de	Identifier et mobiliser les acteurs communautaires actifs dans chaque zone	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X					

	sensibilisation communautaire portées par les acteurs communautaires (dialogue communautaire, sensibilisation communautaire ciblée...)	Former ou recycler ces acteurs sur les messages clés et techniques d'animation	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Définir les cibles prioritaires pour la sensibilisation communautaire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Réaliser des séances de sensibilisation, des théâtres fora, des rencontres de plaidoyer avec les leaders communautaires sur la lutte contre le CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Adapter les supports d'information au public et au contexte local	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Déployer les activités sur le terrain selon un calendrier hebdomadaire/mensuel	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Superviser les activités et soutenir les acteurs communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Documenter les retours, questions, résistances ou rumeurs recueillies pendant les activités	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Réaliser des rapports synthétiques d'activités communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser des réunions d'échanges entre les acteurs communautaires pour capitaliser les bonnes pratiques	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
	Activité 1.4.6 : Mise en place d'un système d'écoute et de rétroaction communautaire.	Définir les objectifs et les modalités du système d'écoute	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Cartographier les canaux de communication communautaires existants	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Choisir les outils et formats de collecte de rétroaction	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				

		Former les acteurs communautaires et prestataires à la collecte et gestion des retours	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Mettre en place un système simple de collecte, synthèse et remontée des retours communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Analyser périodiquement les retours pour identifier les tendances, besoins émergents et signaux d'alerte	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Mettre en place un mécanisme de réponse aux préoccupations ou questions communautaires	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Assurer la documentation et le partage des retours avec les partenaires et décideurs	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Evaluer régulièrement la performance du système	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
	Activité 1.4.7: Organisation des campagnes de sensibilisation lors des journées commémoratives et autres événements socioculturels	Elaborer un calendrier annuel des campagnes de sensibilisation	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Élaborer et produire les messages clés adaptés à chaque événement (octobre rose, journée mondiale de lutte contre le cancer)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Mobiliser les acteurs communautaires (ASC, leaders, OSC, pairs éducateurs)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Planifier la logistique (lieux, matériel, autorisations, animation)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Former les équipes d'animation sur le contenu et la démarche de sensibilisation	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Organiser la couverture médiatique (presse locale, radios communautaires, réseaux sociaux)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X

		Mettre en œuvre les activités le jour de l'événement (stands d'information, causeries éducatives, mini-conférences, dépistage, etc.)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Recueillir les retours du public et des partenaires (questionnaires, discussions informelles)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Rédiger un rapport de chaque campagne et capitaliser les bonnes pratiques	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Intégrer les retours dans les campagnes futures	CNLCa	Toutes les parties prenantes		X	X	X	X
Activité 1.4.8 : Renforcement de l'adhésion communautaire à la vaccination anti-VPH		Répondre aux préoccupations, fausses rumeurs et résistances communautaires.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Élaborer des messages clés adaptés (parents, filles, leaders, enseignants).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Produire et diffuser des supports de communication (affiches, dépliants, spots, SMS, capsules).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser des causeries éducatives, dialogues communautaires et sensibilisations dans les écoles.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Mobiliser les leaders religieux, traditionnels et d'opinion.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
Intervention 2.1 : Renforcement des activités de	Activité 2.1.1: Réalisation d'une analyse	Rédiger un protocole, élaborer les outils de collecte	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				

vaccination contre le HPV	situationnelle sur la vaccination contre le HPV et ses déterminants	Traduire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Produire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Former les enquêteurs	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Collecter des données sur le terrain	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Analyser les données	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Valider les résultats de l'analyse situationnelle	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Diffuser les résultats/rapports	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
Activité 2.1.2: Révision de la stratégie vaccinale anti HPV		Réorganiser les points fixes pour intégrer la vaccination HPV dans les services de routine.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Optimiser les stratégies avancées et mobiles (écoles, marchés, centres sociaux).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Mettre à jour la planification vaccinale nationale	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Mettre à jour la micro planification vaccinale dans tous les districts de santé en intégrant des journées spéciales de rattrapage vaccinal.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
Activité 2.1.3 : Mise en place d'un dispositif de		Rédiger un texte réglementaire relatif à l'organisation du dispositif de supervision	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			

	supervision conjointe	Créer une plateforme de coordination et de communication	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Elaborer une feuille de route annuelle	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser des réunions mensuelles de coordination multiprogramme/multisectorielle (santé, éducation, affaires sociales).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Organiser une réunion annuelle de revue/bilan	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
	Activité 2.1.4 : Renforcement des capacités des prestataires et relais communautaires sur la vaccination anti-VP	Identifier les prestataires et ASC impliqués dans la vaccination.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Concevoir les modules et outils pour la formation sur la vaccination HPV.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
		Produire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
		Former les formateurs régionaux	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
		Former les agents communautaires hors santé	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
		Former les prestataires de soins en cascade	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X	
		Organiser des sessions de mise à jour ou de recyclage tous les deux ans.	CNLCa	Toutes les parties prenantes		X			X
	Activité 2.1.5 : Amélioration de la qualité de l'offre	Mettre à jour des directives et guides sur la vaccination HPV	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		

	de vaccination	Traduire les documents	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Produire les documents	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
		Diffuser et vulgariser les documents	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X	
	Activité 2.1.6 : Mise en place un système de suivi-évaluation et de redevabilité de la vaccination anti-VPH	Organiser des réunions de revue mensuelle de performance avec les districts.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
		Produire des bulletins d'information sur les performances mensuelle et leçons apprises.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
Intervention 2.2 : Intégration des activités de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses dans les soins de santé primaire	Activité 2.2.1: Réalisation d'une analyse situationnelle sur les capacités du système de soins de santé primaire	Rédiger un protocole, élaborer les outils de collecte	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Traduire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Produire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Former les enquêteurs	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Collecter de données sur le terrain	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Analyser des données	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			

		Valider les résultats de l'analyse situationnelle	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Diffuser les résultats/rapports	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
	Activité 2.2.2 : Liaison entre le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses	Rédiger un texte réglementaire relatif à l'organisation du binôme dépistage traitement lésions précancéreuses en une visite	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X		
	Activités 2.2.3 : Intégration dans les outils et routines de gestion sanitaire	Actualiser les outils de gestion de routine	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Traduire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Produire les outils	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
	Activité 2.2.4 : Vulgarisation de l'intégration du dépistage du CCU au sein des services de soins de santé primaire	Diffuser des outils de communication sur les différentes plateformes	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Organiser des activités de Sensibilisation des prestataires de soins sur le dépistage du CCU	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
Intervention 2.3 : Renforcement des services de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses	Activité 2.3.1 : Optimisation de la qualité des services de dépistage	Élaborer des directives, protocoles et outils intégrés pour le dépistage du CCU (guide de dépistage intégré, check-lists, fiches de suivi patient).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			X
		Organiser des réunions pour définir et valider la constitution des kits pour le dépistage (spéculum, acide acétique, matériel de traitement, EPI).	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
		Définir des normes de qualité pour le dépistage et la prise en charge.	CNLCa	Toutes les parties	X			

			prenantes				
Activité 2.3.2 : Documentation et production des données de routine sur le dépistage du CCU	Elaborer un référentiel et outils pour la gestion des données sur le dépistage	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
	Mettre en place un registre électronique de suivi et gestion des données interopérable avec le DHIS2	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X			
	Former les prestataires à l'utilisation du registre électronique	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X		
	Réaliser des supervisions formatives sur le terrain	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Organiser des réunions de revue mensuelle de performance avec les districts.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Produire et diffuser des rapports trimestriels sur la couverture, les cas détectés, les cas traités.	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
Activité 2.3.3 : Organisation d'une campagne de dépistage national annuel du CCU	Elaborer la note conceptuelle	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Planifier la mise en œuvre dans les régions (quantifier les besoins)	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Budgétiser et mobiliser les ressources	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Acquérir des kits de dépistage	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X
	Distribution des kits dans les régions	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X

		Sensibiliser les communautés	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Caravane de dépistage	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Superviser la campagne	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Collecte, stockage et analyse de données de la campagne	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Produire un rapport par région, consolider et produire un rapport national	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
		Revue et évaluation annuel de la campagne	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X
Activité 2.3.4 : Formation des bénéficiaires à la technique d'auto-dépistage du CCU		Élaborer du guide/note d'information sur l'auto dépistage et l'utilisation des kits	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Traduire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Produire	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Concevoir un module et outils de formation sur l'auto dépistage	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X				
		Former les prestataires de premières lignes	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X		X		
		Intégrer les activités de sensibilisation des femmes à l'auto-prélèvement	CNLCa	Toutes les parties prenantes	X	X	X	X	X

Intervention 3.1.: Amélioration du diagnostic du CCU	Activité 3.1.1: Développement des lignes directives, protocoles, SOP, algorithmes relatifs au diagnostic du CCU	Tenir des ateliers d'élaboration des lignes directrices sur le diagnostic, bilans d'extension et pré thérapeutiques du CCU	CNLCa	DLMEP, DPML, SOGOC, SOCACAP, SCON, etc.	X		X
	Activité 3.1.2 : Développement d'un protocole de traitement des échantillons et rendu des résultats dans les délais	Tenir des ateliers d'élaboration d'un algorithme de gestion des échantillons du CCU et rendu des résultats	CNLCa	DLMEP, LNSP, DOSTS, DPML, SOGOC, SOCACAP, SCON, etc.	X		
	Activité 3.1.3: Développement d'un protocole de traitement des échantillons et rendu des résultats dans les délais	Tenir des ateliers de standardisation des protocoles de prélèvements et traitement des biopsies, y compris les échantillons des lésions précancéreuses, des bulletins d'exams, et du compte rendu anatomopathologique pour le diagnostic du CCU	CNLCa	DLMEP, LNSP, DPML, SOCACAP, SOGOC, SCON, etc	X		x
	Activité 3.1.4: Développement d'un protocole de traitement des échantillons et rendu des résultats dans les	Produire et mettre à disposition des bulletins d'examen et du compte rendu anatomopathologique standardisés à double feuillet dans les FOSA et les laboratoires d'anatomie pathologique	CNLCa		X	X	X X X

	délais							
Intervention 3.2.: Amélioration de la prise en charge globale du CCU	Activité 3.2.1 : Mise en réseau de la télémédecine, télé pathologie, télé radiologie	Tenir des réunions de Concertation sur la mise en place d'une plateforme sécurisée pour les échanges relatifs à la télémédecine	CNLCa	DOSTS, CI, CIS, SOGOC, SOCACAP, SCON, MDT etc.	X	X		
	Activité 3.2.2 : Mise en réseau de la télémédecine, télé pathologie, télé radiologie	Développer une plateforme sécurisée pour les échanges relatifs à la télémédecine	CNLCa	DOSTS, CI, DLMEP	X	X		
	Activité 3.2.3: Développement des lignes directives, protocoles, SOP, algorithme relatifs à la prise en charge du CCU	Tenir des ateliers d'élaboration des directives et protocoles thérapeutiques et algorithmes de prise en charge du CCU	CNLCa	DLMEP, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC etc.	X	X		x
	Activité 3.2.4 : Développement des directives pour la référence et contre référence des patientes ayant le CCU entre les FOSA de la 1ère à la 4e catégorie, en intégrant notamment les modèles hub care-and-shared care et de téléconsultation.	Tenir des ateliers d'élaboration du document de délégation des tâches de prise en charge globale du CCU	CNLCa	Autres Directions MINSANTE, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC etc.	X	X		x

	Activité 3.2.5 : Développement des directives pour la référence et contre référence des patientes ayant le CCU entre les FOSA de la 1ère à la 4e catégorie, en intégrant notamment les modèles hub care-and-shared care et de téléconsultation.	Identifier et cartographier des expertises locales et internationales pour la lutte contre le CCU	CNLCa		X	X	x	
	Activité 3.2.6 : Renforcement de l'intégration des services de soins palliatifs dans les systèmes de santé existants, y compris les programmes de soins communautaires et à domicile.	Tenir des ateliers d'élaboration et de validation des protocoles de soins palliatifs hospitaliers et en communauté	CNLCa	DLMEP, DPML, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC etc.	X	X		x
	Activité 3.2.7 : Renforcement de l'intégration des services de soins palliatifs dans les systèmes de santé existants, y compris les	Tenir des ateliers d'élaboration et de validation des outils de navigation et de collecte des données dans le cadre de l'administration des soins palliatifs	CNLCa	DLMEP, CIS, SOGOC, SOCACAP, SCON, etc.	X	X		

	programmes de soins communautaires et à domicile.						
	Activité 3.2.8 : Développement de l'éducation thérapeutique dans le suivi des patientes atteintes de CCU	Tenir des ateliers d'élaboration et de validation du document d'éducation thérapeutique sur la prise en charge globale du CCU	CNLCa	DLMEP, DPS, DPML, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC etc.	X	X	
	Activité 3.2.9 : Développement de l'éducation thérapeutique dans le suivi des patientes atteintes de CCU	Tenir des ateliers d'élaboration et de validation des curricula et modules de formation sur l'éducation thérapeutique sur la prise en charge globale du CCU	CNLCa	DLMEP, DRH, SOGOC, SOCACAP, SCON, MINESUP etc.	X	X	
	Activité 3.2.10 : Développement d'un document de parcours de soins de la prise en charge globale	Tenir des ateliers d'élaboration du document du parcours de soins du patient depuis le prélèvement jusqu'à la prise en charge	CNLCa	DLMEP, SOGOC, SOCACAP, SCON, etc.	X	X	
Intervention 3.3.: Amélioration de la qualité des soins	Activité 3.3.1 : Développement du référentiel de fonctionnement des services de diagnostic et PEC du CCU	Tenir des ateliers d'élaboration des SOP sur l'organisation et le fonctionnement d'un service d'oncologie, d'un centre de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, etc.	X	X	
	Activité 3.3.2 : Mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des	Mettre en place un comité pour l'évaluation et l'accréditation des centres de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du CCU	CNLCa	DOSTS, DAJC, DLMEP, Inspections	X	X	X X X

	prestations de dépistage et de prise en charge du CCU en vue de leur accréditation						
	Activité 3.3.3 : Mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des prestations de dépistage et de prise en charge du CCU en vue de leur accréditation	Tenir des ateliers d'élaboration et de validation des documents et outils d'évaluation en vue de l'accréditation des centres de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du CCU	CNLCa	CIS, DOSTS, Experts	X	X	
	Activité 3.3.4 : Mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des prestations de dépistage et de prise en charge du CCU en vue de leur accréditation	Organiser des missions d'évaluation des hôpitaux de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie dans les 10 régions en vue de leur accréditation	CNLCa	DOSTS, SCON/SOGO C/SOCACAP, Inspections, Experts	X	X	X X X
	Activité 3.3.5 : Mise en réseau de la télémédecine, télé pathologie, télé radiologie	Organiser des réunions d'élaboration et validation de la décision portant organisation et fonctionnement de la télémédecine entre les FOSA pour la PEC du CCU	CNLCa	DAJC, DOSTS, CI, CIS, DLMEP, SCON, SOCACAP, SOGOC, Experts	X	X	
	Activité 3.3.6 : Renforcement de l'intégration des services de soins	Tenir des ateliers d'élaboration des directives pour le fonctionnement des unités de soins palliatifs	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	

	palliatifs dans les systèmes de santé existants, y compris les programmes de soins communautaires et à domicile.			SCON, OSC, Experts, etc.				
Intervention 4.1.: Mobilisation des ressources financières en faveur de la lutte contre le CCU	Activité 4.1.1.: Mise en place d'une revue annuelle du budget dédié à l'élimination du cancer du col de l'utérus ;	Organiser les missions de collecte et d'analyse des données financières relatives aux activités de lutte contre le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Elaborer un rapport de revue de données financières sur le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Tenir des réunions de validation du Rapport de la revue	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Diffuser le rapport de revue	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			

	Activité 4.1.2. : Plaidoyer pour l'allocation des lignes budgétaires dédiées à l'élimination du cancer du col de l'utérus au sein du budget du Ministère de la Santé et des sectoriels	Identifier les sources de financements potentielles	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		
		Rédiger des notes de plaidoyer	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc	X	X		
		Tenir des réunions avec les parties prenantes (en interne, avec les sectoriels)	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Suivre de la mise en œuvre des résolutions des réunions	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Activité 4.1.3. : Renforcement la participation active du Cameroun aux rencontres locales, régionales et internationales pour l'élimination mondiale du cancer du col de	Identifier les différentes rencontres locales, régionales, et internationales relatives à l'élimination du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.		X		
		Elaborer les cahiers de charge des personnes désignées pour les différentes rencontres	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.		X		

	l'utérus	Mobiliser les ressources financières pour la participation aux rencontres	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
Activité 4.1.4. : Elaboration d'une stratégie de mobilisation des financements innovants/subven tions innovantes afin d'accroître les ressources.		Elaborer les TDR de recrutement d'un consultant	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Recruter un consultant pour l'élaboration de la stratégie de mobilisation des financements innovants	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Tenir un atelier de validation de l'état des lieux et du diagnostic fait par le consultant	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Tenir un atelier de validation des documents de stratégie élaborés	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Identifier les sources de financements potentielles	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			

		Rédiger des notes de plaidoyer	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Tenir des réunions avec les parties prenantes	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Suivre la mise en œuvre des résolutions des réunions	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Activité 4.1.5 : Plaidoyer pour la réduction des coûts pour la chimiothérapie et la radiothérapie du CCU	Identifier les sources de financements potentielles	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Rédiger des notes de plaidoyer	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Tenir des réunions avec les parties prenantes	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				

		Suivre la mise en œuvre des résolutions des réunions	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
Intervention 4.2. Développement d'un mécanisme de coordination multisectorielle des interventions de lutte contre le CCU	Activité 4.2.1. : Révision/actualisation du cadre législatif et réglementaire existant ;	Elaborer les TDR de révision du cadre réglementaire et législatif existant	DAJC/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Mettre en place des groupes de travail en vue de la révision du cadre législatif et réglementaire	DAJC/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Tenir un atelier de relecture et validation du cadre législatif et réglementaire	DAJC/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Organiser des réunions trimestrielles de coordination multisectorielles de la mise en œuvre du plan d'élimination du cancer du col	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
		Développer une plateforme multisectorielle de partage d'information	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				

		Organiser des missions conjointes de supervision de la mise en œuvre du plan d'élimination du CCU à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
Activités 4.2.2. : Mise en œuvre des stratégies de suivi et évaluation des activités de lutte contre le CCU		Mettre en place des structures affiliées au CNLCa au niveau des régions et des districts de santé	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Organiser des activités de suivi au niveau district	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
		Concevoir des outils de suivi et d'évaluation des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Former le personnel sur l'utilisation des outils de suivi et d'évaluation	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Faire des descentes sur sites pour la collecte et l'analyse des données	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X

		Elaborer et diffuser les rapports de suivi et d'évaluation des résultats obtenus	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
Activité 4.2.3: Plaidoyer en faveur de la lutte contre le CCU auprès des sectoriels, CTD, leaders politiques, traditionnels et religieux		Elaborer la cartographie des parties prenantes de la lutte contre le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Elaborer un document de plaidoyer	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X				
		Tenir des réunions de plaidoyer auprès des parties prenantes du secteur de l'éducation (MINESEC, MINEDUB) en faveur de la lutte contre le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.		X			
		Tenir des réunions de plaidoyer auprès du ministère en charge de l'enseignement supérieur en faveur de la lutte contre le CCU et son intégration dans les curricula de formation des professionnels de santé	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.		X			
		Tenir des réunions de plaidoyer pour le renforcement des capacités des enseignants du primaire et secondaire, et des infirmiers scolaires sur les thématiques du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.		X			

		Tenir des réunions de plaidoyer pour le renforcement des capacités des travailleurs sociaux et intervenants sociaux dans les centres sociaux et services d'action sociale auprès des hôpitaux pour la gestion des cas d'indigence et l'accompagnement psychosocial	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Tenir une réunion de plaidoyer pour le renforcement des capacités des agents du réseau des Centres de Promotion de la Femme et de la Famille	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Tenir des réunions de plaidoyer en direction du secteur des finances pour la réduction / exonération des taxes vaccins HPV, tests PCR-HPV...	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Tenir des réunions de plaidoyer en direction des CTDs pour l'inscription d'un objectif “≥ 70 % de dépistage” dans les Plans de développement communaux et régionaux	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Tenir des réunions de plaidoyer auprès des leaders coutumiers, religieux et politiques, des chefs traditionnels, des élus locaux et des parlementaires sur le CCU afin d'optimiser la mobilisation sociale	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
	Activité 4.2.4 : Renforcement des capacités des sectoriels dans la lutte contre le CCU	Identifier les parties prenantes dont les capacités seront renforcées	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		

		Elaborer les modules de formation des administrations sectorielles sur la communication en faveur de l'élimination du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Organiser des sessions de formation des associations existantes dans les administrations sectorielles en faveur de l'élimination du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Intégrer la sensibilisation sur le CCU dans les curricula de formation du niveau primaire et secondaire	MINSANTE MINEDUB MINESEC	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
Intervention 4.3 : Renforcement de la coopération en faveur de la lutte contre le CCU	Activité 4.3.1. : Mise en place d'un mécanisme de coordination des PTFs sur la mise en œuvre du plan d'élimination du CCU	Identifier les PTFs de lutte contre le CCU et définir leurs rôles	DCOOP/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Planifier et Tenir des réunions mensuelles avec les PTFs	DCOOP/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X
		Organiser un atelier pour définir les indicateurs pour mesurer les progrès et l'efficacité de la coordination des partenaires	DCOOP/MINSANTE CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		

		Mettre en place des canaux de communication pour garantir le partage des informations à temps	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc	X			
Activité 4.3.2. : Elaboration des stratégies de plaidoyer pour la signature des conventions de partenariat avec les PTF		Etablir une cartographie des PTFs	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Elaborer une note de plaidoyer	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Tenir des réunions de plaidoyer avec toutes les parties prenantes	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Etablir une cartographie des OSC intervenant dans le domaine de la lutte contre le CCU	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
Activité 4.3.3.: Mise en place et fonctionnement d'un cadre de concertation des OSC intervenant dans le domaine de la lutte contre le CCU		Tenir des réunions trimestrielles de concertation avec les OSC avec le MINSANTE et les autres parties prenantes	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X

		Mettre en place une plateforme d'échanges entre les différentes parties prenantes	DCOOP/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
Intervention 4.4. : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de lutte contre le CCU	Activité 4.4.1. : Développement d'une plateforme de gestion des RH spécifique à la lutte contre le CCU	Elaborer un plan de développement des ressources humaines pour l'élimination du cancer du col de l'utérus	DRH/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
	Activité 4.4.2. : Renforcement des capacités de tous les personnels de santé impliqués dans les activités de lutte contre le CCU	Renforcer les capacités des prestataires sur les innovations et les techniques d'anatomo-pathologie, de biologie et d'imagerie médicale	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Renforcer les capacités des personnels d'administrations de la chimiothérapie dans les services existants	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Renforcer les capacités des acteurs sur le système de transport des échantillons	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
	Activité 4.4.3: Création des réseaux de soins entre les centres de prise en	Identifier les centres de prise en charge	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC,	X			

	charge pour palier le problème de disponibilité du personnel			Experts, etc.				
		Tenir des réunions visant à définir les objectifs et les attentes du partenariat entre les centres de prise en charge (nombre à identifier)	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Elaborer des protocoles de collaboration pour la référence des patientes, le partage d'informations et la coordination des soins	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Former les professionnels de santé sur les recommandations et technologies de prise en charge du CCU actualisées (nombre de sessions à identifier)	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Mettre en place un système de téléconsultation	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
	Activité 4.4.4 : Formation et suivi du personnel de santé sur les thématiques liées à l'élimination du cancer du col	Recenser les effectifs de personnels de santé formés dans les structures pour assurer des interventions appropriées contre le cancer du col de l'utérus	DRH/MINSANTE/CNLC a	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Rationaliser des effectifs de personnels de santé formés dans les structures pour assurer des interventions appropriées contre le cancer du col de l'utérus.	DRH/MINSANTE	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.				
		Actualiser les curricula de formation initiale des personnels de santé sur le dépistage et le traitement du CCU	DRH/MINSANTE	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc	X			
		Définir des programmes de télé mentorat pour accompagner le personnel clinique dans les activités en faveur de l'élimination du CCU	DRH/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Valider les programmes de formation	DRH/MINSANTE CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Implémenter les programmes télé-mentorat pour accompagner le personnel clinique existant et appuyer le transfert de tâches dans les zones à faible couverture en personnel de santé, lorsque cela est nécessaire	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
Intervention 4.5. : Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de logistique	Activité 4.5.1 : Organisation de l'approvisionnement des sites de vaccination, diagnostic et prise en charge des cas	Organiser une réunion pour la mise à jour du fichier des fournisseurs	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Lancer les appels à manifestation d'intérêts	CNLCA	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.				
	Mettre en place une commission d'analyse des dossiers des potentiels fournisseurs	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Organiser des sessions d'analyse des différentes offres	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Organiser un atelier de finalisation et de validation du fichier de fournisseurs	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Acquérir les consommables et intrants de dépistage	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Acquérir les consommables et intrants de prise en charge des cas pour la chimiothérapie	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	X
	Acquérir les consommables et intrants de prise en charge des cas pour la radiothérapie	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.			
Activité 4.5.2.: Elaboration d'une cartographie des besoins en intrants de vaccination, dépistage, diagnostic et de prise en charge	Organiser une mission de recensement des besoins en intrants de vaccination, diagnostic, dépistage et de prise en charge des structures de santé	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		X
	Organiser un atelier de traitement et de consolidation des données recueillies lors du recensement des intrants	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		X
	Organiser des rencontres de plaidoyer en faveurs de l'approvisionnement des structures sanitaire en intrants	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Organiser une mission d'identification des performances des acteurs du niveau opérationnel en gestion des stocks	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
	Recruter un consultant national en charge du développement d'un tracker pour le contrôle des stocks	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
	Organiser un atelier d'appréciation et de validation des livrables du consultant	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X			

				SCON, OSC, Experts, etc.			
		Déployer le tracker à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Organiser un atelier national pour le renforcement des capacités des acteurs du niveau central	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X
		Organiser 20 ateliers régionaux de renforcement des capacités des utilisateurs finaux du tracker	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X
Activité 4.5.3. : Renforcement des capacités des laboratoires au transport sécurisé des échantillons biologiques		Faire une cartographie des laboratoires d'anatomopathologie et FOSA	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X
		Elaborer un protocole de transport des échantillons	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		
		Vulgariser le protocole de transport des échantillons	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X		

			SCON, OSC, Experts, etc.				
Activité 4.5.4. Renforcement les capacités des acteurs à la gestion logistique	Développer les modules de formations	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
	Recruter les formateurs	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
	Organiser un atelier de formation des mentors	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
	Organiser des monitorings sur site dans les formations sanitaires ciblées	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
Activité 4.5.5. Mise en place d'un mécanisme régulier de distribution et de redistribution des intrants de vaccination (vaccins, seringues,	Organiser 10 ateliers régionaux de micro planification	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Acheminer les intrants de vaccinations du niveau central vers les DRSP	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X

	carnets, consommables), en fonction des besoins exprimés, des niveaux de stock et des données de consommation. (PM)			SCON, OSC, Experts, etc.				
		Acheminer les intrants de vaccinations des DRSP vers les DS	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Acheminer les intrants de vaccinations des DS vers les FOSA	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Assurer le contrôle qualité du matériel, équipements et intrants du diagnostic et de prise en charge du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Développer les modules de formations	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
		Recruter les formateurs	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	X
		Organiser un atelier de formation des mentors	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X		X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.				
Activité 4.5.6. Approvisionnement en solution orale de morphine		Organiser des monitorings sur site dans les formations sanitaires ciblées	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		X
		Organiser un atelier de quantification des besoins nationaux en solution orale de morphine	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		X
		Identifier des pistes d'approvisionnement pérennes y compris locales de la morphine	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X		X
		Approvisionner les unités de reconstitution de la solution orale de morphine en infrastructures et équipements	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Développer des SOP pour les unités de reconstitution de la solution orale de morphine	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Organiser des rencontres de plaidoyer en faveur de la réduction des coûts de la solution orale de morphine	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.				
		Elaborer un plan de distribution et de dispensation de la solution orale de morphine	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
Intervention 4.6. : Renforcement de la recherche et des mécanismes de production des évidences sur le CCU	4.6.1. Opérationnalisation des registres de cancers conformément aux normes internationales.	Elaborer et valider un cadre réglementaire de mise en place du registre du cancer	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			
		Acquérir un pack informatique en vue de la mise aux normes des services de prise en charge des CCU pour la saisie instantanée des données du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
		Doter les registres de cancers en logiciel CANREG	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
		Renforcer les capacités des RH affectées pour le remplissage et gestion des registres de cancers	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
		Contextualiser les modules de formation sur les registres cancers	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X			X

				SCON, OSC, Experts, etc.				
		Organiser des missions de suivi de la qualité de la prise en charge de CCU et des données	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
		Mettre en place un réseau national de télé pathologie	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
		Organiser des séances de plaidoyer en faveur de l'insertion des variables du CCU dans le RMA	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			X
	4.6.2. Renforcement de la prise en compte du cancer dans le Système d'information de routine	Renforcer les capacités des RH au renseignement des RMA actualisés	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			X
		Assurer une interopérabilité entre les registres du cancer et le DHIS2.	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X			X
		Élaborer un bulletin épidémiologique sur le cancer y compris le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X	X	X	X

				SCON, OSC, Experts, etc.			
Activité 4.6.3 : Réalisation de la recherche opérationnelle sur le CCU	Elaborer différents protocoles de recherche sur le CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
	Organiser un atelier de validation du plan d'analyse	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
	Organiser la collecte des données	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
	Analyser les données issues de la collecte	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
	Elaborer les rapports d'enquêtes	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
	Vulgariser le rapport d'enquête	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP,	X		X	

				SCON, OSC, Experts, etc.				
	Activité 4.6.4 : Vulgarisation de tous les documents, textes réglementaires sur le CCU	Tenir un atelier régional de vulgarisation	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X		X	
Intervention 4.7 : Renforcement de la disponibilité des infrastructures et des équipements de lutte contre le CCU.	Activité 4.6.5 : Mise en place d'un système de suivi-évaluation et de redevabilité de la vaccination anti-HPV	Organiser des réunions de revue mensuelle de performance avec les districts.		DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Produire des bulletins d'information sur les performances mensuelle et leçons apprises.		DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X	
	Activité 4.7.1 : Maintenance préventive et curatives des équipements	Forfait		DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Activité 4.7.2 : Dotation des structures de prise en charge du CCU en équipement de diagnostic et de prise en charge	Doter les Centres en équipements de diagnostic et PEC des lésions invasives du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Doter les Centres en équipements de chirurgie du CCU	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC,	X	X	X	X	

			SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.				
	Doter les Centres en équipements de chimiothérapie de jour	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Doter les Centres en équipements d'hospitalisation	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Renforcer la disponibilité des équipements de soins palliatifs dans les HR et les CHR	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Doter les Centres en équipements de radiothérapie	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
	Doter les Centres en équipements de médecine nucléaire	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X
Activité 4.7.3 : Dotation des FOSAS en	Doter les Fosas en équipements de vaccination	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC,	X	X	X	X

	équipements de vaccination contre le CCU et de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses			SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.				
		Doter les Centres en équipements de dépistage et PEC des lésions précancéreuses du col de l'utérus	CNLCa	DLMEP, DOSTS, SOGOC, SOCACAP, SCON, OSC, Experts, etc.	X	X	X	X

CHAPITRE 6 : COUT GLOBAL DE LA MISE EN ŒUVRE ET STRATEGIE DE FINANCEMENT DU PLAN

La stratégie de financement consiste à utiliser tous les leviers possibles pour soutenir les efforts de financement de la stratégie nationale d'élimination du cancer du col de l'utérus au Cameroun à l'horizon 2030. Des actions seront développées dans le cadre d'une vision globale de mobilisation des ressources financières en vue de garantir une mise en œuvre efficace des différentes interventions et activités du plan.

6.1. Méthode d'estimation des coûts du plan

L'estimation des coûts de la stratégie a été réalisée à l'aide du tableur Excel, et aussi de l'outil Onehealth. L'outil Onehealth a servi pour l'estimation des coûts des équipements, tandis que le tableur Excel, a servi pour l'estimation des coûts des activités opérationnelles et aussi au traitement de certaines données avant d'être pris en compte dans l'outil. Le tableur Excel a aussi été utilisé pour le traitement final des données. La détermination des coûts de la stratégie a consisté à estimer les coûts par activité pour la période considérée. Le planning opérationnel du plan revu par l'équipe d'élaboration et de finalisation de la stratégie, a servi de base pour les activités dont les coûts ont été estimés avec une prise en compte de la programmation annuelle. L'estimation des coûts a aussi été facilitée par la description préalable des activités par ladite équipe à la lumière des orientations du consultant budgétisation.

Pour le calcul des coûts des investissements, la base de calcul des coûts a été fonction de la formulation et la fourniture des éléments de budgétisation.

Ainsi, lorsque la formulation précise le nombre des investissements à réaliser et la programmation dans le temps, le coût de l'activité s'obtient par année en multipliant la quantité par le coût unitaire de la réalisation, tout en appliquant un coefficient de correction de 0,03 pour tenir compte de l'inflation.

En ce qui concerne les activités opérationnelles (formations, supervisions, production de documents, prestations de service, etc.), le calcul des coûts a été fonction des informations reçues comme détails de la mise en œuvre des activités.

Pour la détermination des coûts unitaires, les supports qui ont été utilisés sont : la mercuriale des prix, les décrets portant indemnités de mission tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Cameroun, mais aussi les coûts historiques et coûts du marché, particulièrement pour les constructions et équipements.

Des sommes forfaitaires ont été attribuées pour la réalisation de certaines activités jugées spécifiques dont l'estimation du coût en temps réel est difficile du fait de la non disponibilité de certaines informations.

6.2. Synthèse des coûts

Le coût total du plan est estimé à **56 787 865 101 FCFA** soit en moyenne **11 357 573 020 FCFA** par an. Ce coût, reparti annuellement, par intervention et par axe stratégique est présenté dans ce chapitre.

6.2.1. Evolution annuelle du budget

La figure ci-après montre la répartition annuelle du budget du plan stratégique de 2026 à 2030.

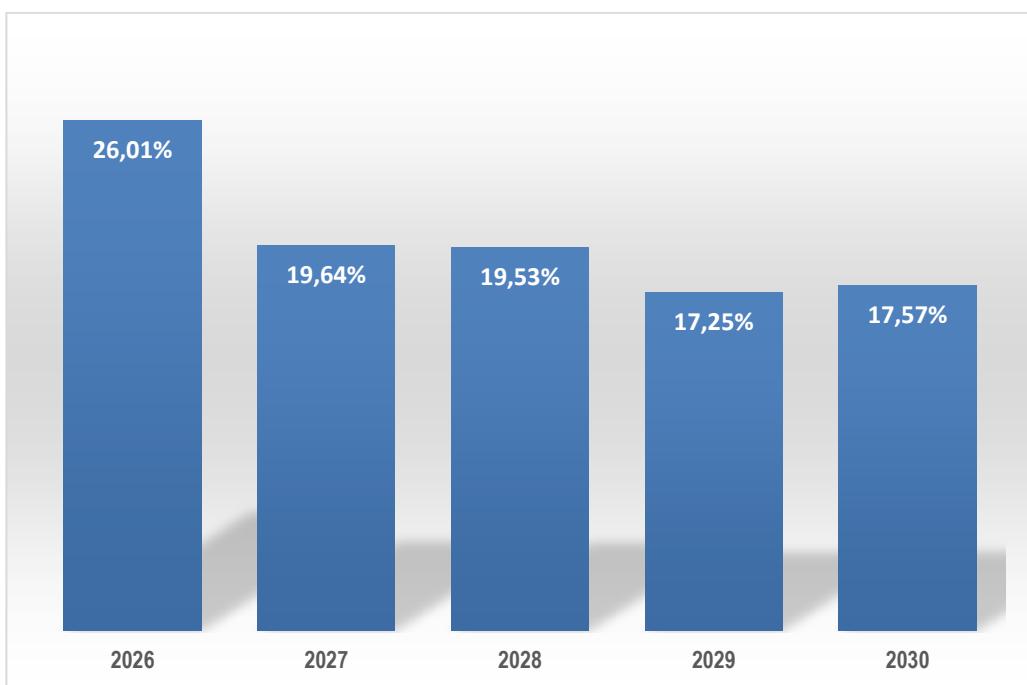


Figure 3 : Évolution annuelle du budget du plan (en pourcentage)

Cette figure montre un budget en baisse entre la 1^{ère} année (**26,01%**), et l'année finale 2030 (**17,57%**). Ce budget est quasi similaire entre les années 2027 et 2028, puis entre l'année 2029 et l'année 2030. La plus forte concentration du budget la première année s'explique par le choix de la mise en œuvre de plusieurs d'activités dès la 1^{ère} année, surtout les acquisitions des équipements au profit des centres de diagnostic et de prise en charge des CCU.

6.2.2. Budget par intervention

Pour une mise en œuvre réussie de la stratégie, 17 interventions contenant 89 grosses activités ont été retenues. Sur la base des activités retenues par intervention, la ventilation du budget par intervention est détaillée dans le tableau ci-après :

Tableau XII : Budget par intervention

INTERVENTIONS	2026	2026	2026	2026	2026	TOTAL	%
Intervention 1.1 : Intégration des activités de sensibilisation contre le CCU dans les plans des sectoriels concernés	305 602 500	62 087 000	155 663 500	62 087 000	62 087 000	647 527 000	1%
Intervention 1.2 : Fédération des interventions communautaires des différents programmes	213 740 000	42 683 000	76 799 000	58 988 000	36 058 000	428 268 000	1%
Intervention 1.3 : Développement des partenariats dans la communauté	576 316 500	311 183 000	341 500 000	291 094 000	256 726 000	1 776 819 500	3%
Intervention 1.4 : Renforcement de l'accès équitable et inclusif à une information de qualité pour les populations	798 668 800	337 058 250	544 511 300	337 058 250	342 281 250	2 359 577 850	4%
Intervention 2.1 : Renforcement des activités de vaccination contre le HPV	375 482 178	59 994 000	94 727 500	170 944 000	59 994 000	761 141 678	1%
Intervention 2.2 : Intégration des activités de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses dans les soins de santé primaire	206 147 678	46 348 000	31 800 000	31 800 000	31 800 000	347 895 678	1%
Intervention 2.3 : Renforcement des services de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses	7 045 928 800	6 766 124 300	6 846 049 300	6 795 127 300	6 766 124 300	34 219 354 000	60%
Intervention 3.1.: Amélioration du diagnostic du CCU	300 000	112 006 000	300 000	300 000	90 288 500	203 194 500	0%
Intervention 3.2.: Amélioration de la prise en charge globale du CCU	472 776 662	-	-	173 261 140	-	646 037 802	1%
Intervention 3.3.: Amélioration de la qualité des soins	84 552 000	13 160 000	13 160 000	13 160 000	13 160 000	137 192 000	0,2%
Intervention 4.1.: Mobilisation des ressources financières en faveur de la lutte contre le CCU	37 680 000	28 726 000	360 000	360 000	360 000	67 486 000	0,1%
Intervention 4.2. : Développement d'un mécanisme de coordination multisectorielle des interventions de lutte contre le CCU	390 248 000	333 951 000	282 492 000	282 492 000	282 492 000	1 571 675 000	3%
Intervention 4.3 : Renforcement de la	120 413 000	2 060 000	2 060 000	2 060 000	2 060 000	128 653 000	0,2%

coopération en faveur de la lutte contre le CCU							
Intervention 4.4. : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de lutte contre le CCU	1 462 252 000	78 000 000	78 000 000	78 000 000	78 000 000	1 774 252 000	3%
Intervention 4.5. : Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de logistique	787 135 000	534 834 465	830 529 465	511 426 977	807 121 977	3 471 047 883	6%
Intervention 4.6. : Renforcement de la recherche et des mécanismes de production des évidences sur le CCU	622 568 416	96 924 356	346 635 356	190 638 297	96 924 356	1 353 690 779	2%
Intervention 4.7 : Renforcement de la disponibilité des infrastructures et des équipements de lutte contre le CCU.	1 269 794 910	2 326 999 139	1 445 102 430	798 798 750	1 053 357 204	6 894 052 432	12%
TOTAL	14 769 606 443	11 152 138 509	11 089 689 851	9 797 595 713	9 978 834 586	56 787 865 101	100%

L'analyse du tableau ci-dessus montre que deux (02) interventions consomment à elles seules 72 % du budget. Ce sont :

- Intervention 2.3 : renforcement des services de dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses (**60%**) ;
- Intervention 4.7 : Renforcement de la disponibilité des infrastructures et des équipements de lutte contre le CCU (**12%**).

Leurs poids s'expliquent par le fait que de grosses activités y sont logées.

En effet, il est prévu d'acquérir annuellement, 1.200.000 kits de dépistage du CCU, dans l'intervention 2.3, ce qui pour cette seule activité représente un coût estimatif annuel de **6 579 600 000 FCFA**. Cette seule activité, sur les 5 ans représentent **58%** du budget global.

Quant à l'intervention 4.7, toutes les activités relatives à l'acquisition des équipements au profit des centres de dépistage et de prise en charge du CCU y sont contenues.

6.2.3 Budget par axe stratégique

Quatre (04) axes stratégiques ont été retenus pour la mise en œuvre du plan. Le budget ventilé par axe a été fait en fonction des interventions retenues dans chaque axe stratégique. Le coût total du financement de la stratégie par axe se présente comme suit :

Tableau XIII : Répartition du budget par axe stratégique

AXES STRATÉGIQUES	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Axe 1 : Renforcement de la promotion et de la mobilisation communautaire pour une adhésion des populations	1 894 327 800	753 011 250	1 118 473 800	749 227 250	697 152 250	5 212 192 350
Axe 2 : Prévention du CCU	7 627 558 655	6 872 466 300	6 972 576 800	6 997 871 300	6 857 918 300	35 328 391 355
Axe 3 : Optimisation de la prise en charge des cas de CCU	557 628 662	125 166 000	13 460 000	186 721 140	103 448 500	986 424 302
Axe 4 : Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU	4 690 091 326	3 401 494 959	2 985 179 251	1 863 776 023	2 320 315 536	15 260 857 094
TOTAL	14 769 606 443	11 152 138 509	11 089 689 851	9 797 595 713	9 978 834 586	56 787 865 101

6.2.3.1. Proportion du budget par axe stratégique

La répartition du budget par axe stratégique retenu dans le plan est présentée dans la figure ci-après :

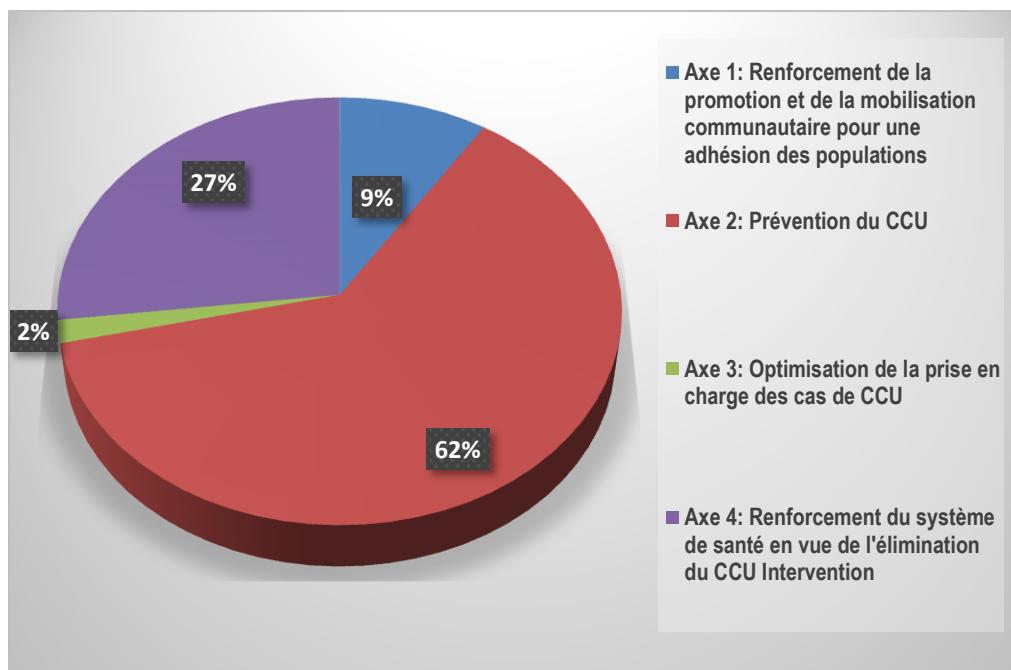


Figure 4 : Répartition du budget par axe stratégique

La figure ci-après montre que **62%** du budget est absorbé par l'axe stratégique 2 « *Prévention du CCU* », suivi de l'axe 4 « *Renforcement du système de santé en vue de l'élimination du CCU Intervention* », avec **27 %** du budget total.

Le poids budgétaire important pour ces 2 axes s'explique par le fait que ces axes contiennent des interventions dans lesquelles des investissements sont prévues et aussi des activités de fonction nécessitant un budget prévisionnel important.

CHAPITRE 7 : DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION

7.1. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'élimination du CCU repose sur la stabilité des institutions, la sécurité, le respect des engagements pris, l'adhésion de la population et des partenaires aux réformes, la collaboration intersectorielle, la culture du civisme et la bonne gouvernance.

Toutefois, des opportunités se présentent, notamment : l'existence de partenaires techniques et financiers qui sont actifs dans le domaine du CCU, ce qui devraient faciliter la mise en œuvre de cette stratégie nationale d'élimination. En plus de ces partenaires, il y a des associations très actives qui interviennent sur toute l'étendue du territoire national et mènent des activités de sensibilisation et de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein et des soins palliatifs.

7.2. Analyse des risques

L'environnement national, sous régional et international est porteur de risques à minimiser pour la réussite de la mise en œuvre de cette stratégie. Des mesures de mitigation des risques sont proposées afin de réduire les risques. Le tableau XIV ci-dessous propose une synthèse des risques et des mesures d'atténuation.

Tableau XIV : Mesures préventives et d'atténuation des risques

Nature du risque	Mesures préventives	Mesures d'atténuation
Troubles socio-politiques	Renforcement de la résilience Autonomisation des communautés	Dialogue social permanent Activation du dispositif de secours d'urgence
Insécurité dans le pays	Renforcement de la cohésion sociale	Dialogue social permanent
Multiplicité des évènements, épidémies, catastrophes naturelles etc.)	Renforcement du système de sécurité sanitaire Mise en place de plans d'urgence	Renforcement du système de gestion des épidémies
Crise économique	Diversification des sources de financement Plaidoyer pour le maintien du cancer comme une priorité dans les politiques de développement	Sécurisation des ressources issues du financement de l'Etat et des collectivités territoriales Signature d'un compte de

	économique et social	convention de financement Appliquer les textes relatifs à la taxation des pollueurs-payeurs Plaidoyer pour un projet de loi permettant visant à reverser les taxes sur les exploitants-pollueurs à la lutte contre le cancer Plaidoyer pour le maintien des financements alloués à la lutte contre le cancer
--	----------------------	---

7.3. Phase de mise en œuvre

La stratégie nationale d'élimination du CCU est un référentiel cadre pour toutes les parties prenantes de la lutte contre le cancer du CCU. Sa période de mise en œuvre va s'étendre de 2026 à 2030, soit une durée de 5 ans.

Le cadre de mise en œuvre doit s'appuyer sur les structures existantes à tous les niveaux du système de santé et prendre en compte l'aspect multisectoriel et multidisciplinaire. Il est également nécessaire de renforcer les capacités des structures intervenant dans la lutte contre le CCU pour une prise en charge optimale des cas. L'engagement et la participation des communautés et des collectivités territoriales restent des conditions essentielles de succès de la lutte contre le CCU. A cet effet, chacun doit jouer sa partition dans une synergie d'action à travers les structures formelles étatiques des différents secteurs, les collectivités territoriales, la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers.

7.4. Cadre institutionnel et organisationnel du pilotage et de la coordination

Une présentation claire et détaillée du cadre institutionnel de la lutte contre le CCU est nécessaire pour une bonne coordination des activités de lutte contre le CCU à tous les niveaux du système de santé, mais aussi pour un bon suivi-évaluation et une capitalisation des actions de lutte contre le CCU.

Le Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCa) aura en charge la coordination, le suivi et la mise en œuvre de la stratégie à travers deux sessions annuelles, présidées par le Ministre de la Santé Publique avec l'implication des secteurs ministériels, des OSC et associations, et des PTF. Ces sessions vont permettre : i) de définir les priorités stratégiques de la lutte contre le cancer, ii) la mobilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan de lutte contre le cancer ; (iii) de valider les rapports d'activités du Secrétariat Permanent, iv) la coordination des interventions en matière de lutte contre le CCU.

La coordination du CNLCA se fera par niveau du système de santé à travers les différentes entités déconcentrées que sont les Délégations Régionales de la Santé Publique et les Districts de Santé.

Ce cadre est organisé à trois niveaux du système. Il s'agit :

- du CNLCA, qui définit les politiques, les directives et les grandes orientations stratégiques en matière de lutte contre le CCU au niveau central permettant d'atteindre les objectifs fixés de la lutte au niveau national ;
- des Délégations Régionales, qui assurent la mise en œuvre des directives et politiques sur le CCU, et assurent la coordination, le pilotage et le suivi des performances au niveau régional ;
- des Districts de Santé, qui assurent la mise en œuvre opérationnelle des directives et des politiques sur le CCU édictées par le niveau régional.

7.4.1. Niveau central

Le lead de la planification des activités de lutte contre le CCU est assuré par le CNLCA appuyé des directions centrales de tutelle et s'articule autour de l'élaboration d'une stratégie nationale d'élimination du CCU, des plans opérationnels triennaux déclinés en plans de travail annuels. Ces documents sont élaborés en tenant compte des documents stratégiques du secteur santé, notamment la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, et la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 d'une part, et des résultats de la revue des performances de la mise en œuvre des activités de lutte contre le CCU sur le terrain, tout en intégrant les nouvelles orientations au niveau international, d'autre part.

Le niveau central présente les différentes orientations stratégiques qui serviront à la planification des activités aux niveaux intermédiaire et périphérique. Ce niveau central (CNLCA, les directions de tutelle, les sectoriels, la société civile/ Associations et les PTF) est chargé de l'élaboration et la diffusion des documents normatifs, de la coordination, de la supervision et de l'appui des acteurs de mise en œuvre des activités de lutte contre le CCU au niveau intermédiaire. En outre, ce niveau est chargé de veiller à la mise en œuvre effective des politiques et directives, capitaliser les acquis, partager les bonnes pratiques et piloter la réalisation des études sur le CCU.

Une attention particulière doit être apportée à la coordination des actions des collectivités territoriales et des organisations de la société civile. A cet effet, il sera institué des cadres de concertation à l'intention des partenaires techniques et financiers, et à l'intention des organisations et associations de la société civile.

❖ Cadre de concertation avec les partenaires et financiers

L'élimination du CCU comme problème de santé nécessite une coordination régulière et concertée des partenaires techniques et financiers afin de faire le bilan des activités, d'optimiser l'utilisation des ressources financières, d'améliorer la planification des activités et de résoudre les goulots d'étranglement pour l'atteinte des objectifs.

❖ Cadre de concertation des OSC / Associations de lutte contre le CCU

Afin d'optimiser la capitalisation des interventions de lutte contre le cancer, d'optimiser les ressources, et faciliter l'orientation et l'engagement des acteurs de la société civile, il est proposé la mise en place d'un cadre de concertation des associations intervenant dans le domaine du CCU. Ce cadre sera une plateforme d'échanges qui viendra faciliter la coordination des associations, de la société civile intervenant dans le domaine de la lutte contre le CCU.

7.4.2. Niveau intermédiaire

Les Equipes Cadres des Délégations Régionales à travers les Unités Opérationnelles Régionales de lutte contre le cancer sont chargées d'assurer le suivi des activités de lutte contre le cancer au niveau régional. Elles compilent les données reçues des Districts de Santé, les analysent et les transmettent au CNLCA.

Les Unités Opérationnelles Régionales de lutte contre le cancer assurent la coordination des activités de lutte contre le cancer en concertation avec les représentants des différents secteurs régionaux, les PTF locaux et les OSC/Associations au niveau régional. Elles veilleront à planifier dans les plans de travail annuels conformément aux directives du niveau central, des actions de lutte contre le CCU et d'en assurer le suivi de la mise en œuvre et la mobilisation des partenaires locaux. Aussi, elles assurent le suivi et l'évaluation de l'activité des Centres de Dépistage Permanent et de Diagnostic Précoce des cancers. Les niveaux de performance au niveau régional seront évalués, et des recommandations seront proposées afin d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés.

7.4.3. Niveau périphérique

Les Districts de Santé, avec l'appui du Chef de Service de Santé du District, auront la responsabilité de la mise en œuvre des activités de lutte contre le CCU. A ce titre, ils s'assureront de la planification effective des activités de lutte contre le CCU et de l'implication effective de toutes les parties prenantes dans leur mise en œuvre.

7.5. Cadre de suivi et d'évaluation

Le cadre de suivi-évaluation inclura des indicateurs qualitatifs et quantitatifs mesurant l'engagement effectif des acteurs communautaires, des OSC et des personnes ayant une expérience vécue dans la gouvernance du programme. Des évaluations semestrielles avec les parties prenantes permettront d'ajuster la stratégie au regard des retours du terrain. Des mécanismes confidentiels de feedback pour les patientes et les communautés seront également institués, afin de signaler les manquements ou proposer des améliorations.

La performance du mécanisme de suivi et évaluation de la stratégie nationale d'élimination du CCU restera un pilier fondamental et repose essentiellement sur 3 volets :

- le cadre de performance ;
- le système de gestion des données ;
- le mécanisme de suivi/évaluation.

7.5.1. Cadre de performance

Un cadre de performance ou cadre de mesure de rendement est élaboré pour le suivi du processus, des résultats et de l'impact à travers des indicateurs définis à chaque niveau.

Tableau XV : Cadre de rendement

Résultats	Indicateurs	Méthode de calcul	Valeur de base 2025	Cible 2030					Sources de vérification	Fréquence de collecte	Responsables/Structures
				2026	2027	2028	2029	2030			
Impact : Réduire l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique au Cameroun d'ici 2035 à 4 cas pour 100 000 femmes et assurer la prise en charge optimale de toutes les patientes.	Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus -	Nombre de nouveaux cas diagnostiqués de cancer du col de l'utérus / Population féminine à risque (femmes de 15 ans et plus)	33,1 pour 100000 habitants	30	20	15	10	4 cas pour 100000 femmes	Globocan Enquêtes Registres cancers Annuaires statistiques	Annuelle	CNLCa/SI S
	Taux de mortalité du Cancer du col de l'utérus	Nombre de cas de cancers de col de l'utérus (anciens + nouveaux cas)/Population féminine à risque (pendant une période donnée)	25,7 pour 100 000 habitants					≤10%	Enquêtes populationnelles Registres cancer	Annuelle	CNLCa/SI S
	Taux de létalité du cancer du col de l'utérus	Nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus/ Nombre total de cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués	ND					≤10%	Registres cancer Statistiques hospitalières	Quinquennale	CNLCa/SI S

OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcer l'adhésion des femmes aux services de prévention et de traitement du CCU en vue de leur utilisation optimale par la sensibilisation et la mobilisation sociale d'ici 2030.	Nombre de femmes ayant des connaissances sur la lutte contre le CCU	Nombre de femmes ayant des connaissances sur la lutte contre le CCU	ND	30 %	45%	50 %	60 %	85%	Enquêtes	Tous les 3 ans	CNLCa
OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Atteindre une couverture vaccinale anti VPH de 90% dans la population cible d'ici 2035	Taux de vaccination contre le HPV chez les filles de 9 ans à 14 ans	Nombre de filles vaccinées / population cible	28,8%	40 %	60%	70 %	85 %	90%	Rapports PEV	Mensuelle	DPC/CNL Ca
	Taux de vaccination contre le HPV chez les garçons de 9 ans à 14 ans	Nombre de garçons vaccinées / population cible	21,1%	40 %	60%	70 %	85 %	85%	Rapports PEV	Mensuelle	DPC/CNL Ca
OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Traiter 90% de femmes ayant des lésions précancéreuses d'ici 2035	Proportion de femmes ayant des lésions précancéreuses traitées	Le nombre de femmes ayant des lésions précancéreuses /nombre femmes susceptible de tomber malade du CCU	ND	30 %	50%	60 %	75 %	90%	Rapports RMA	Mensuelle	CNLCa
OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : Traiter 90% de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus traitées par chimiothérapie	Proportion de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus traitées par chimiothérapie	Nombre de femmes traitées par chimiothérapie/Nombre de femmes malades de CCU	ND	30 %	55%	75 %	85 %	90%	Enquêtes Registres	Mensuelle	CNLCa

	Proportion de femmes ayant un cancer invasif du col de l'utérus traitées par radiothérapie	Nombre de femmes traitées par radiothérapie/Nombre de femmes malades de CCU	ND	35 %	55%	75 %	85 %	09%	Enquêtes Registres	Mensuelle	CNLCa
OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Disposer d'un système de santé capable d'éliminer le CCU d'ici 2035	Proportion de structures de PEC du CCU ayant bénéficié d'une subvention pour la prise en charge de la radio chimiothérapie	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une subvention/femmes malades de CCU	ND	25 %	40%	50 %	65 %	80%	Enquêtes Registres Rapports	Mensuelle	CNLCa
Effet 1 : Les populations adoptent des attitudes favorables à la vaccination et au service de dépistage et participent de façon accrue aux services grâce à une mobilisation sociale luttant contre la stigmatisation et les pesanteurs socioculturels à l'horizon 2030	Taux de sensibilisation des femmes au CCU	Nombre de femmes sensibilisées sur la vaccination HPV et le dépistage du CCU/population cible	ND	45 %	60%	70 %	75 %	75%	Enquêtes DHIS2 Registres de dépistage Enquêtes populationnelles	Tous les 5 ans	EDS
Effet 2 : L'utilisation des services de prévention, de détection précoce, de diagnostic, et de prise en charge des cas est améliorée	Proportion de femmes bénéficiant de traitement des lésions précancéreuses	Nombre de femmes ayant bénéficiant de traitement de lésions précancéreuses/ Nombre femmes cibles	ND	35 %	50%	55 %	75 %	85%	Enquêtes DHIS2 Registres de dépistage Enquêtes populationnelles	Annuelle	CNLCa
Effet 3 : Les populations ont accès à des soins de qualité répondant aux normes en faveur de la lutte contre le	La proportion de femmes ayant bénéficiant de la	Nombre de femmes ayant bénéficiant de la radiothérapie /	ND	45 %	65%	75 %	85 %	90%	Enquêtes DHIS2	Annuelle	CNLCa

CCU	radiothérapie	Nombre de femmes ayant un CCU							Registres de dépistage Enquêtes populationnelles		
Effet 4 : La gouvernance, le leadership et la redevabilité de la lutte contre le CCU sont assurés d'ici 2030 grâce à des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et bien réparties à tous les niveaux du système de santé	Taux de performance de la lutte contre le CCU	Grille d'évaluation de la performance	ND	70 %	75%	80 %	85 %	90%	Rapports d'évaluation	Annuelle	CNLCa
	% de cadres de concertation multisectorielle de la lutte contre le CCU	-nombre de cadres de concertation mis en place/nombre prévu	1	50 %	100%	100 %	100 %		Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
	Existence d'un cadre de concertation des PTF du CCU	Existence d'un arrêté	0	1	1	1	1		Rapports de réunions	2fois/an	CNLCa
	Pourcentage de supervisions réalisées	Pourcentage de supervisions supervisées	ND	100 %	100%	100 %	100 %	100%	Rapports de supervisions	Une fois/semestre	CNLCa
Produit 1.1 : Les interventions de promotion sociale sur la lutte contre le CCU sont renforcées à tous les sectoriels et programmes concernés	% de cadres de collaboration avec les autres sectoriels sur la lutte contre le CCU mis en place	Le nombre de cadres de collaboration mis en place/nombre prévu	ND	50 %	65%	70 %	75 %	80%	Rapports de supervisions	Une fois /an	CNLCa/sectoriels
	Existence de directives sur la SBC sur le CCU	Directives sur la SBC sur le CCU disponibles	0	1	1	1	1	1	Rapports de supervisions	-	CNLCa
	% d'acteurs sociaux formés sur la SBC sur	Nombre d'acteurs formés sur la	ND						Rapports de	-	CNLCa /autres

	le CCU	SBC : nombre prévu							supervisions		sectoriels
	Existence de mécanisme de motivation des parties prenantes sur le CCU	Mécanisme de motivation des parties prenantes sur le CCU fonctionnel							Rapports de supervisions	-	CNLCa/ autre sectoriels
Produit 1.2 : Les connaissances des populations sur le CCU sont améliorées	Taux de connaissance des populations sur le CCU et les moyens de prévention	Nombre de femmes ayant bénéficiant de message sur le CCU/nombre de femmes cibles	ND	55 %	65%	75 %	85 %	95%	Rapports de supervisions	-	CNLCa/ autre sectoriels
	% de FOSA disposant de personnels soignants de 1 ^{ère} ligne à la communication sur le CCU	Nombre de FOSA disposant de personnels soignants de 1 ^{ère} ligne à la communication sur le CCU	ND						Rapports d'activités	-	CNLCa Les autres sectoriels
	Nombre de campagne de sensibilisation réalisés lors des journées commémoratives et autres évènements socioculturels	Nombre de campagne de sensibilisation réalisés lors des journées commémoratives et autres évènements socioculturels	ND	1/U ne cam pag ne /an =5 cam pag nes	1	1	1	1	Les rapports d'activités CNLCa	Annuelle	CNLCa Les autres sectoriels
Produit 2.1 : La prévention primaire du CCU par la vaccination anti-VPF est	Taux de vaccination contre le HPV chez les filles de 9 ans à 14	Nombre de filles vaccinées / population cible	28,8%	40 %	60%	70 %	85 %	90%	Rapport PEV	Mensuelle	PEV/CNL Ca

renforcée	ans										
	Taux de vaccination contre le HPV chez les garçons de 9 ans à 14 ans	Nombre de garçons vaccinées / population cible	21,1%	40 %	60%	70 %	85 %	85%	Rapport PEV	Mensuelle	PEV/CNL Ca
	% de structures de répondant aux normes en matière de chaines de froid et d'équipements	Nombre de structures répondant aux normes en termes d'équipements / le nombre de structures de vaccination	ND	45 %	70%	75 %	90 %	95%	CNLCa/DPV	Annuelle	CNLCa/D OSTs
Produit 2.2 : La prévention secondaire par le dépistage des lésions précancéreuses est renforcée	% de structures de PEC n'ayant pas de ruptures en vaccins anti HPV	Nombre de structures n'ayant connu de ruptures en vaccins anti HPV/ nombre de structures	ND	60 %	80%	85 %	85 %	95%	CNLCa/DPV	Annuelle	CNLCa/PE V
	% de structures de PEC disposant de test HPV	Nombre de structures de PEC disposant de tests HPV /Nombre de structures de PEC	ND	60 %	65%	70 %	80 %	85%	Enquêtes	Annuelle	CNLCa
	% de structures de PEC n'ayant pas connu de rupture en tests IVA/IVL	Nombre de structures de PEC disposant de tests IVA/IVL /Nombre de structures de PEC	ND	25 %	50%	55 %	60 %	65%	Enquêtes	Annuelle	CNLCa
	% de structures ayant au moins un prestataire formé sur	Nombre de structures ayant un prestataire	ND	30 %	50%	55 %	60 %	65%	Enquêtes Rapports	Annuelle	CNLCa

	le dépistage du CCU	formé sur le dépistage du CCU / le nombre prévu						d'activités			
	% de laboratoires disposant d'un personnel formé sur la réalisation et l'interprétation des tests de dépistage du HPV	Nombre de laboratoires disposant de personnels de laboratoire formés sur la réalisation et l'interprétation des tests de dépistage du HPV/nombre de laboratoire	ND	30 %	50%	55 %	60 %	65%	Enquêtes Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
	Existence de formulaires d'examens intégrant les indicateurs en faveur du dépistage du CCU	Existence de formulaires d'examens intégrant les indicateurs en faveur du dépistage du CCU	0	1	1	1	1	1	DHIS2 Rapports d'activités	Tous les 3 ans	CNLCa
	% de campagnes de dépistage du CCU réalisés	Nombre de campagnes de dépistage de CCU réalisés/ le nombre planifié	ND	30 %	50%	55 %	60 %	65%	Rapports d'activités	Une fois l'an	CNLCa
	Existence de directives/Guide pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses	Directives/Guide pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses disponible	0	1	1	1	1	1	Rapports d'activités	Tous les 5 ans	CNLCa
Produit 3.1 : L'offre de soins et de services pour le	Existence d'un document d'orientation	Création du document	0	1	1	1	1	1	CNLCa/DPLM	Rapports	CNLCa

diagnostic et la prise en charge du CCU sont disponible et renforcé	sur l'accès au diagnostic histologique du CCU	d'orientation sur l'accès au diagnostic histologique du CCU							d'activités	
	Intégration du système de transport des biopsies dans le système de transport national des échantillons biologiques	Existence d'un système de transport des biopsies dans le système de transport national des échantillons biologiques	0	1	1	1	1	CNLCa/DPLM	Rapports d'activités	CNLCa
	% d'acquisition d'appareils de laboratoire à l'intention de 5 régions	Nombre appareils de laboratoire fonctionnels dans les cinq régions /nombre prévus	ND	ND	25%	50 %	55 %	60%		CNLCa
	Pourcentage de prestataires formés aux bonnes pratiques de prélèvements de la biopsie	Nombre de prestataires formés/ le nombre prévu	ND	ND	30%	35 %	50 %	70%	Rapports d'enquêtes	CNLCa
	Mise en place de la télé pathologie	Télé pathologie fonctionnelle	0	1	1	1	1	Rapports d'activités		CNLCa
	Mise en place d'une plateforme de télé radiologie	Télé radiologie fonctionnelle	0	1	1	1	1	Rapports	-	CNLCa
	Existence de protocole de traitement des échantillons et rendu	Protocole de traitement des échantillons	0	11	1	1	1	Rapports	-	CNLCa

	des résultats dans les délais	disponible									
	Proportion de structures disposant d'un radiologue formé sur l'interprétation du bilan d'extension et d'évaluation du CCU	Nombre de structures disposant d'un radiologue formé /nombre prévu	ND	35 %	55%	60 %	70 %	75%	Rapports d'enquêtes	Une fois/ l'an	CNLCa
Produit 3.2 : La qualité de la prise en charge globale des cas de CCU est améliorée	Existence de modules de formation pratique des accompagnateurs psychosociaux/tuteurs/ parents aux soins palliatifs	Modules de formation pratique des accompagnateurs psychosociaux/tuteurs/parents aux soins palliatifs disponibles	0	1	1	1	1	1	CNLCa	-	CNLCa
	Le pourcentage de FOSA disposant de prestataires formés sur l'accompagnement des patients	Le nombre de structures ayant un prestataire formé sur l'accompagnement des patients / nombre de structures de PEC	ND	35 %	45%	50 %	55 %	65%	CNLCa	Rapports d'activités	CNLCa
	Mise en place d'une démarche qualité dans les services de dépistage et de PEC du CCU	Démarche qualité dans les services de dépistage et de PEC du CCU fonctionnel	0	1	1	1	1	1	CNLCa	Rapports d'activités	CNLCa
	Existence de directives pour la référence et contre référence des patientes ayant le CCU entre les FOSA	Directives pour la référence et contre référence disponible	0	1	1	1	1	1	CNLCa	Rapports d'activités	CNLCa

	de la 1ère à la 4e catégorie, en intégrant notamment les modèles hub care-and-shared care et de téléconsultation.									
	Existence de protocoles thérapeutiques harmonisés pour les soins palliatifs des patientes atteintes de CCU	Protocoles thérapeutiques harmonisés pour les soins palliatifs des patientes atteintes de CCU disponibles	0	1	1	1	1	1	CNLCa	CNLCa
	% de FOSA disposant des équipements, intrants, consommables et médicaments pour les soins palliatifs du CCU répondant aux normes	Nombre de structures disposant des équipements, intrants, consommables et médicaments pour soins palliatifs aux normes /nombre FOSA	ND	50 %	85%	90 %	95 %	95%	CNLCa	CNLCa
	Pourcentage de structures disposant de prestataires formés sur les soins palliatifs	Nombre de structures disposant de prestataires formés sur les soins palliatifs formés/nombre de structures concernés	0	1	1	1	1	1	CNLCa	-
	Existence d'un document de stratégie pour l'intégration des	Document de stratégie pour l'intégration des	0	1	1	1	1	1	CNLCa	-

	soins palliatifs dans les services de santé existants	soins palliatifs dans les services de santé existants disponible								
	Existence d'une politique de distribution et de dispensation de la solution orale de morphine	Document de politique de distribution et de dispensation de la solution orale de morphine disponible	0	1	1	1	1	CNLCa	-	CNLCa
Produit 4.1 : La mobilisation et la disponibilité des ressources financières pour la lutte contre le CCU sont renforcées	Taux de mobilisation financière	Montant mobilisé/montant prévu	ND	65 %	70%	90 %	90 %	Rapports financiers	Annuelle	CNLCa
	Taux d'allocation financière	Montant alloué /montant mobilisé	ND	65 %	80%	90 %	90 %	Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
	Taux d'exécution financière	Montant dépensé/montant mobilisé	ND	65 %	95%	98 %	100 %	Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
	Taux d'exécution physique	-Nombre d'activités du PS réalisées/Nombre d'activités prévues dans le PS	ND	85 %	95%	98 %	75 %	Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
	% de patients bénéficiant d'une réduction/exonération pour la prise en charge du CCU	Nombre de patients bénéficiant d'une réduction/nombre patients enregistrés	ND		50%	65 %	70 %	95%	Enquêtes de satisfaction	Tous les ans

Produit 4.2 : La coordination et la gestion des interventions multisectorielles de lutte contre le CCU sont renforcées	% de cadre de concertation intégrant le CCU	Nombre de cadre de concertation intégrant le CCU/ le nombre de cadres de concertation cibles	ND	50 %	80%	85 %	100 %	100%	Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
Produit 4.3 : La coopération entre les différents sectoriels (les gouvernements, le secteur privé, la société civile, les médias et les communautés) est effective dans le cadre de la lutte contre le CCU	% de partenariat mis en place avec les autres sectoriels, ASC, OSC, secteur privé	Nombre de partenariat mis en place/ Nombre de partenariats cibles	ND	50 %	75%	85 %	90 %	95%	Rapports d'activités	Annuelle	CNLCa
Produit 4.4 : les ressources humaines sont mobilisées et capacités pour la lutte contre le CCU	Existence d'un plan de formation des RH pour l'élimination du CCU	Existence d'un plan de formation des RH pour l'élimination du CCU	0	1	1	1	1	1	CNLCa/DRH	Annuelle	CNLCa
	Proportion de FOSA disposant d'un personnel des services de santé capacités sur la chimiothérapie et radiothérapie	Le nombre de personnels formés sur la chimiothérapie et la radiologie / nombre de personnels cibles	ND	35 %	65%	70 %	75 %	75%	Rapports d'activités Enquêtes		CNLCa
	Existence d'un télé-mentorat pour accompagner le personnel clinique existant et appuyer le transfert de tâches dans les zones à faible couverture en	Création d'un télé-mentorat	0	1	1	1	1	1	CNLCa /SIS	-	CNLCa/CI S

	personnel de santé										
	Nombre d'acteurs communautaires formés sur la sensibilisation, la communication autour de la vaccination	Nombre d'acteurs communautaires formés sur la sensibilisation, la sensibilisation autour de la vaccination	ND	50 %	65%	65 %	70 %	75%	Rapports d'activités Enquêtes		CNLCa/D SF/PEV Autres sectoriels
Produit 4.5 : La chaîne d'approvisionnement des produits de santé et de la technologie sanitaire destinés au diagnostic et à la prise en charge des cas sont renforcées	Création d'un système de gestion des stocks des intrants consommables et médicaments et vaccins (tracker) pour la prise en charge du CCU	Existence d'un système de gestion des stocks des intrants consommables et médicaments et vaccins (tracker) pour la prise en charge du CCU	0	1	1	11	1	1	CNLCa	Mensuelle	CNLCa/D PML/CIS
Produit 4.6 : La recherche et les mécanismes de production des évidences sur le CCU pour la prise de décision sont renforcées	% de registres cancers fonctionnels	Nombre de registres cancers fonctionnels/nombre existants	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	CNLCa	Annuelle	CNLCa/CI S
	Existence d'un bulletin épidémiologique sur les cancers	Bulletin épidémiologique disponible	100%	100 %	100%	100 %	100 %	100%	CNLCa, SIS	Annuelle	CNLCa/CI S
Produits 4.7 : Les infrastructures, l'équipement et les intrants pour la prise en charge des cas de CCU sont	% des produits de santé et des intrants disponibles	Nombre de structures n'ayant pas connu de ruptures en intrants / Nombre	ND	45 %	50%	60 %	70 %	85%	CNLCa/DOTS	Mensuel	CNLCA / CIS

renforcés		de FOSA cibles									
	Proportion de structures disposant thermoblateurs sont disponibles	Nombre de structures disposant de thermoblateurs / Nombre de FOSA cibles	69%	60 %	70%	85 %	90 %	100%	CNLCa/DOST S	Mensuel	CNLCa/D OSTS
	Proportion de de 1 ^{ère} à 4 ème catégorie n'ayant pas connu de rupture en intrants pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU	Nombre de FOSA de 1 ^{ère} à 4 ème catégorie n'ayant pas connu de rupture en intrants pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU/Nombre de FOSA cibles	ND	50 %	60%	70 %	80 %	95%	Rapports de supervision SIS	Annuelle	CNLCa
	Proportion de FOSA de 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie n'ayant pas connu de rupture en intrants pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU	Nombre de FOSA de première à 4 ère catégorie n'ayant pas connu de rupture en intrants pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU/Nombre de FOSA cibles	ND	50 %	60%	70 %	80 %	95%	Rapports de supervision CIS CNLCa	Annuelle	CNLCa
	Proportion de FOSA de 1 ^{ère} à 4 ème catégorie n'ayant pas connu de rupture de médicaments pour la	Nombre de FOSA de première à 4 ère catégorie n'ayant pas connu de rupture de	ND	60 %	70%	85 %	85 %	95%	Rapports d'activités Fiches de gestion des stocks	Annuelle	CNLCa CENAME, SIS

	chimiothérapie	médicaments pour la chimiothérapie/Nombre FOSA cibles						Rapports d'inventaire			
	Proportion de FOSA de 1ère à 4 ème catégorie n'ayant pas connu de rupture e vaccins anti HPV	Nombre FOSA de 1ère à 4 ème catégorie n'ayant pas connu de rupture e vaccins anti HPV/Nombre FOSA cibles	ND	35 %	40% %	50 %	65 %	85%	Rapports d'activités Fiches de gestion des stocks Rapports d'inventaire	Annuelle	CNLCa, CENAME, SIS

7.5.2. Système de gestion des données

Le Ministère de la Santé Publique dispose d'un logiciel d'information sanitaire nommé District Health Information System- 2 (DHIS-2) qui permet de fournir les données nécessaires à la prise de décision à travers un système de collecte mensuelle des données à partir des registres et reporting dans le logiciel. En effet, les informations collectées par les ONG/associations dans le cadre de la lutte contre le CCU sont intégrées dans les rapports mensuels des formations sanitaires.

7.5.3. Mécanisme de suivi/évaluation

Le suivi et l'évaluation des activités s'appliqueront à tous les niveaux du système de santé (y compris le niveau communautaire). Ils concerteront toutes les stratégies et activités, selon les indicateurs définis dans le cadre des résultats de la stratégie nationale. Cela permettra de : i) s'assurer que le plan élaboré est exécuté comme prévu ; ii) détecter les écarts éventuels et vérifier les difficultés rencontrées et y apporter les ajustements nécessaires ; iii) vérifier que les ressources et les activités permettent d'atteindre les résultats escomptés. Bien que plusieurs intervenants soient impliqués dans la mise en œuvre des activités du plan, il incombe au Ministère de la Santé Publique de coordonner le suivi et l'évaluation des interventions avec la pleine participation de tous les acteurs (Directions Centrales, Délégations Régionales, Districts de Santé, autres secteurs concernés, ONG/Associations, PTF). Par ailleurs, les activités du plan seront intégrées chaque année dans les plans d'action des Régions et des Districts et bénéficieront également du suivi global de la mise en œuvre des activités des plans. La supervision des activités à tous les niveaux de système va permettre d'assurer une bonne mise en œuvre des activités planifiées.

Des rapports seront produits mensuellement et compilés au niveau de chaque FOSA et envoyés au District de Santé au plus tard le 05 du même mois. Les Equipes Cadres du District transmettront trimestriellement les rapports d'activités aux Délégations Régionales de Santé au plus tard le 10 du mois suivant, qui à leur tour les achemineront au niveau central (CNLCA) au plus tard le 15 du mois suivant à travers la Cellule des Informations Sanitaires.

Un plan de suivi/évaluation sera élaboré et des outils seront mis en place à cet effet par le CNLCA en collaboration avec les principales parties prenantes.

Les indicateurs de la stratégie qui ne font pas objet de collecte de routine seront collectés conformément aux techniques et aux périodicités prévues dans le cadre de mesure de rendement du plan stratégique.

- ❖ Le suivi

Le suivi se fera sur les données qualitatives et quantitatives en utilisant les outils de collecte déjà élaborés. Un renforcement des capacités des acteurs essentiels sera réalisé afin qu'ils puissent suivre les progrès et prendre des décisions idoines afin d'assurer un système d'information fiable. Les responsables du suivi-évaluation procèderont régulièrement à la compilation des données pour produire des rapports mensuels, trimestriels et annuels. L'équipe du CNLCA planifiera également la revue semestrielle des données en collaboration avec la Direction en charge des statistiques sectorielles et de l'évaluation. Elle apportera un appui en matériel et outils de collecte de données et de suivi opérationnel des activités aux Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP), aux Districts de Santé et aux FOSA. Le CNLCA fera semestriellement des sorties conjointes avec les DRSP pour le suivi des activités telles que défini dans le Plan d'Action Opérationnel. Chaque trimestre un bilan des activités programmées sera réalisé de même que la planification des activités de la période à venir.

❖ **Evaluation**

L'évaluation permettra de mesurer le niveau d'atteinte des résultats et la portée des interventions. Elle se fera à mi-parcours et à la fin, conformément au cadre de suivi et d'évaluation élaboré. Une évaluation à mi-parcours se fera à la fin de l'année 2027 et portera sur le processus et les effets de la mise en œuvre de la stratégie. L'évaluation finale se fera en fin 2030 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact de la mise en œuvre de la stratégie.

CONCLUSION

La Stratégie Nationale d'Élimination du Cancer du Col de l'Utérus à l'horizon 2030 représente un jalon crucial dans l'engagement du Cameroun à protéger la santé de ses femmes et à inverser la trajectoire alarmante de cette maladie. Cette stratégie, fruit d'une analyse approfondie et d'une démarche collaborative, propose une feuille de route claire et ambitieuse pour relever les défis persistants et atteindre l'objectif audacieux d'éliminer le CCU en tant que problème de santé publique.

L'ampleur du défi requiert une mobilisation nationale sans précédent. Cela implique un engagement politique indéfectible à tous les niveaux de gouvernement, garantissant l'allocation des ressources nécessaires et la priorisation du CCU dans les politiques de santé. La participation active des communautés, des organisations de la société civile et des leaders d'opinion sera fondamentale pour briser les tabous, favoriser l'adhésion aux programmes de prévention et de dépistage, et assurer que l'information essentielle atteigne chaque femme, même dans les régions les plus reculées.

Par ailleurs, un partenariat solide et pérenne avec les acteurs techniques et financiers internationaux est indispensable. Leur soutien, tant financier que technique, sera déterminant pour renforcer les capacités du système de santé, introduire des innovations et garantir la durabilité des interventions. L'investissement dans la recherche et le développement de solutions adaptées au contexte camerounais sera également une composante essentielle de cette synergie.

La mise en œuvre réussie de cette stratégie aura un impact transformateur sur la santé des femmes au Cameroun. Elle permettra non seulement de réduire drastiquement la morbidité et la mortalité liées au CCU, mais aussi de soulager le fardeau socio-économique qui pèse sur les familles et le système de santé. En garantissant l'accès universel à la prévention, au dépistage et à des traitements de qualité, le Cameroun ne se contentera pas de lutter contre une maladie ; il renforcera l'équité en santé, autonomisera les femmes et contribuera au développement durable du pays.

Il est impératif que chaque acteur s'approprie cet outil stratégique et contribue activement à sa mise en œuvre sur le terrain. L'heure n'est plus à l'observation, mais à l'action concertée et déterminée. Ensemble, nous avons la capacité de faire du cancer du col de l'utérus une maladie du passé au Cameroun, offrant ainsi un avenir plus sain et plus prometteur à des milliers de femmes et de familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
2. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. Mailhot Vega RB, Balogun OD, Ishaq OF, Bray F, Ginsburg O, Formenti SC. Estimating child mortality associated with maternal mortality from breast and cervical cancer. *Cancer*. 1 janv 2019;125(1):109-17.
4. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah AS, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *The lancet global health*. 2021;9(2):e161-9.
5. GLOBOCAN 2022 Cameroun - Recherche Google [Internet]. [cité 25 déc 2024]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/120-cameroun-fact-sheet.pdf>
6. Organization WH. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique [Internet]. World Health Organization; 2021 [cité 25 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240014107>
7. cancer CCS/ S canadienne du. Société canadienne du cancer [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 2 mars 2025]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/>
8. DHS cameroun données géographiques - Recherche Google [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR163/01chapitre01.pdf/2020#:~:text=1.1.1%20Situation%20g%C3%A9ographique,de%20475%20650%20kilom%C3%A8tres%20carr%C3%A9s>.
9. Annuaire des FSP 2023- Ministère de la Santé publique Cameroun.
10. cinquième enquête camerounaise auprès des ménages - Recherche Google [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://ins-cameroun.cm/statistique/cinquieme-enquete-camerounaise-aupres-des-menages-ecam5situation-des-conditions-de-vie-des-menages-en-2021-2022note-dorientation-de-politique/>
11. Projections démographiques des populations cibles. INS-MINSANTE, 2016 - Recherche Google [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: http://onsp.minsante.cm/sites/default/files/publications/232/Projections%20d_mographiques%20et%20estimations%20des%20cibles%20des%20programmes.pdf
12. Rapport de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC-V) en 2018 – Institut National de la Statistique du Cameroun [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: <https://ins-cameroun.cm/statistique/rapport-de-la-cinquieme-enquete-demographique-et-de-sante-du-cameroun-edsc-v-en-2018/>
13. troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat cameroun - Recherche Google.

14. humanitarian needs overview cameroon 2024 - Recherche Google [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/cameroon/cameroon-humanitarian-needs-overview-2024-february-2024>
15. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-63.
16. Doh G, Ikomey GM, Njenda D, Gichana J, Katusiime MG, Ndze VN, et al. Oncogenic human papillomavirus genotypes 16 and 18 prevalence among women with normal cervical cytology and neoplasia in Cameroon: a systematic review. cancer. 2017;16:32.
17. Manga SM, Ye Y, Nulah KL, Manjuh F, Fokom-Domgue J, Scarinci I, et al. Human Papillomavirus Types and Cervical Cancer Screening among Female Sex Workers in Cameroon. Cancers. 2024;16(2):243.
18. Renald T, Gracious T, Paulette NF, Thierry T, Cho FN, Brady MR, et al. Knowledge and risk factors of cervical cancer among women in towns of fako division-cameroun. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2021;33(16):81-91.
19. Facteurs associés à la faible participation des femmes sexuellement actives au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district de sante de Biyem-Assi. Mémoire de Master en Santé Publique, option épidém.
20. Faute de prévention, les cancers continuent à coûter de nombreuses vies au Cameroun [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/faute-prevention-cancers-continuent-couter-nombreuses-vies-cameroun>
21. Wamai RG, Ayissi CA, Oduwo GO, Perlman S, Welty E, Manga S, et al. Assessing the Effectiveness of a Community-Based Sensitization Strategy in Creating Awareness About HPV, Cervical Cancer and HPV Vaccine Among Parents in North West Cameroon. J Community Health. oct 2012;37(5):917-26.
22. Haddison E, Tambasho A, Kouamen G, Ngwafor R. Vaccinators' Perception of HPV Vaccination in the Saa Health District of Cameroon. Frontiers in Public Health. 2022;9:748910.
23. Occidental O mondiale de la SB régional du P. Cadre stratégique pour la prévention et la maîtrise complètes du cancer du col de l'utérus dans la Région du Pacifique occidental, 2023-2030 [Internet]. Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental; 2023 [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/370272>
24. Organization WH. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of dual-stain cytology to triage women after a positive test for human papillomavirus (HPV) [Internet]. World Health Organization; 2024 [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: World Health Organization. (2021). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/342365>.
25. Kemfang JDN, Ngassam A, um Meka EN, Fouogue JT, Tagne JC, Sando Z, et al. Dépistage du cancer du col utérin par l'inspection visuelle du col après application d'acide acétique à Yaoundé, Cameroun. HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]. 2015 [cité 17 févr 2025];16(4). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/578>

26. Batoum VM, Sando Z, Nkegoum B. Dépistage Opportuniste des Lésions Cervicales Pré-Invasives et du Cancer du Col chez la Femme Enceinte Camerounaise. HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2025];21(5). Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1973>
27. Suisse M. Scaling up community-based cervical cancer screening in Cameroon employing a single visit approach. Int J Gynecol Cancer [Internet]. 2020 [cité 23 déc 2024];30(9). Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Pierre-Vassilakos/publication/341161011_Scaling_up_community-based_cervical_cancer_screening_in_Cameroon_employing_a_single_visit_approach/links/5f367491a6fdcccc43c6a8d0/Scaling-up-community-based-cervical-cancer-screening-in-Cameroon-employing-a-single-visit-approach.pdf
28. rapport des comptes de la santé au Cameroun 2018-2019 - Recherche Google [Internet]. [cité 15 juin 2025]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=rapport+des+comptes+de+la+sant%C3%A9+au+Cameroun+2018-2019&oq=rapport+des+comptes+de+la+sant%C3%A9+au+Cameroun+2018-2019&gs_lcp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRifBTIHCAIQIRifBTIHCAMQIRifBTIHCAQQIRifBTIHAUQIRifBTIHCAYQIRifBTIHCACQIRifBTIHCAGQIRifBdIBCjl4NzkzajBqMTWoAgiwAgHxBclpqseZPguC&sourceid=chrome&ie=UTF-8
29. - rapport cancers diagnostiques dans les principaux services d'anatomopathologie et d'hématopathologie du Cameroun en 2021. - Recherche Google [Internet]. [cité 22 févr 2025]. Disponible sur: http://onsp.minsante.cm/sites/default/files/publications/303/CIS_MINSANTE_RAPPORT%20FINAL%20CANCERS%202022_FR.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des structures/ personnes interviewées

N°	Structures /Personnes/ interviewées
01	La Direction de la lutte contre les maladies, les épidémies et les pandémies
02	Secrétaire permanent du programme élargi de vaccination PEV
03	Secrétariat technique du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé (ST/CP_SSS)
04	Cellule de l'information Sanitaire (CIS)
05	Direction de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DPML)
06	Direction de la Santé de la famille
07	Direction de l'organisation des soins et de la technologie sanitaire DOSTS
08	Division de la Coopération (DGCOOP)
09	Division des études et des projets (DEP)
10	Direction des ressources humaines
11	Comité nationale de lutte contre le SIDA
12	Projet C3UC3
13	Projet Vieillir
14	CBC HS
15	Association VOPACA
16	Chef des registres de cancer de Yaoundé
17	Chef des registres de cancer de Douala
18	Oncologue médical de l'Hôpital Gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
19	Chirurgien oncologue de l'hôpital central
20	Chirurgien oncologue de l'Hôpital Gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
21	Anapath de l'hôpital central de Yaoundé
22	Gynécologue de l'hôpital central de Yaoundé
23	Secrétaire permanent du CNLCA
24	Sage-femme réalisant les dépistages du CCU à Central
25	Médecin nucléaire de l'hôpital général de Yaoundé,
26	Oncologue médicale de l'hôpital gynécologique et pédiatrique de Yaoundé
27	Organisation mondiale de la santé OMS
28	UNFPA
29	Conseil des Imams et dignitaires musulmans du Cameroun CHIMIDUC
30	Family Club
31	CHAI
32	ACHA

Annexe 2 : Liste des structures enquêtées dans l'analyse quantitative de l'état des lieux de la lutte contre le CCU

REGION	NOMBRE
ADAMAOUA	3
CHR Ngaoundéré	
Hôpital Protestant de Ngaoubela	
Hôpital Régional de Ngaoundéré	
CENTRE	10
CHU de Yaoundé	
Hôpital Central de Yaoundé	
Hôpital de District de MVOG ADA	
Hôpital de District de Ngog-mapoubi	
Hôpital de District de SOA	
Hôpital de District d'okola.	
Hôpital Général de Yaoundé	
Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	
Hôpital Jamot	
HÔPITAL MILITAIRE DE RÉGION N °1	
EST	6
Centre hospitalier régional de BERTOUA	
HD BÉTARÉ-OYA	
HD Kette	
Hôpital de District de Batouri	
Hôpital de District de MESSAMENA	
Hôpital de District de NGUELEMENDOUKA	
EXTREME NORD	8
Centre Hospitalier régional de Maroua	
HD Gazawa	
Hôpital de District de Bourha	
Hôpital de District de Kaele	
Hôpital de District de Maga	
Hôpital de District GUERE	
Hôpital Régional Annexe de Kousseri	
Hôpital Régional de Maroua	
LITTORAL	8
Cameroon Oncology Center	
Hôpital de District de NGAMBE	
Hôpital District Bonassama	
Hôpital Général de Douala	
Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Douala	
Hôpital Laquintinie de Douala	
Hôpital Régional de Nkongsamba	
Mboppi Baptist Hospital Douala	
NORD	7
HD Lagdo	

Hôpital de District de LAGDO	
Hôpital de District de FIGUIL	
Hôpital de District de PITOA	
Hôpital de District de TCHOLLIRÉ	
Hôpital Militaire de région N°3	
Hôpital Régional annexe de GUIDER	
NORD OUEST	5
BALI DISTRICT HOSPITAL	
Fundong District Hospital	
Mbingo Baptist Hospital	
Regional Hospital Bamenda	
SANTA DISTRICT HOSPITAL	
OUEST	5
CENTRE MÉDICAL DE LA POLICE DE BADIENBOU	
HD Galim	
Hôpital de District de Bandjoun	
Hôpital de District de Malantouen	
Hôpital Régional de Bafoussam	
SUD	6
Centre Hospitalier Regional D'Ebolowa	
HD de ZOÉTELE	
Hôpital de District d'Ambam	
Hôpital de District de Kye-ossi	
Hôpital de District de Mvangan	
Hôpital Régional Ebolowa	
SUD OUEST	4
District Hospital Limbe	
Hôpital de District de Bangem	
LIMBE HOSPITAL REGIONAL	
Régional Hospital Buea	
TOTAL	62

Annexe 3 : Connaissance sur le cancer du col de l'utérus

Questions sur les connaissances du cancer du col de l'utérus	Vrai	Faux	Je ne sais pas
L'infection HPV augmente le risque du cancer du col de l'utérus	43 (17.2)	72 (28.8)	135 (54.0)
Le cancer du col de l'utérus est évitable	74 (29.6)	143 (57.2)	33 (13.2)
Le traitement des lésions précancéreuses peut aider à prévenir le cancer du col de l'utérus	113 (45.2)	36 (14.4)	101 (40.4)
Existence d'un test pour détecter l'infection par le virus HPV	70 (28.0)	101 (40.4)	79 (31.6)
Existence d'un vaccin pour prévenir le cancer du col de l'utérus	101 (40.4)	88 (35.2)	61 (24.4)
Toutes les femmes infectées par le virus HPV auront un cancer du col de l'utérus	91 (36.4)	11 (4.4)	148 (59.2)
Les connaissances graduées sur le cancer du col de l'utérus		Fréquence	%
0	66	26,4	
1	44	17,6-	
2	72	28,8	
3	48	19,2	
4	20	8,0	
Connaissance non mesurable	66	26,4	
Faible niveau de connaissance	116	46,4	
Niveau de connaissance moyen	68	22,7	

Source : Andrew et al.; JAMMR, 33(16): 81-91, 2021 ; Article no.JAMMR.68499 page 85.

Annexe 4 : Distribution des connaissances sur le CCU chez les femmes sexuellement actives

Variables	Oui (%)	Non (%)
Existence du cancer du col de l'utérus	210 (84%)	40(16%)
Par les agents de santé	91(43%)	
Famille et entourage	4(23%)	
Réseaux sociaux	42(20%)	
Autres	29(14%)	
Connaissance des moyens de dépistage du CCU	104(42%)	146(58%)
Frottis cervico-vaginal	48(46%)	
Examen visuel au speculum	34(33%)	
Inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol	12(11%)	
Autres	10(10%)	
Connaissance sur les facteurs de risques du CCU	135(54%)	115(46%)
Le papillomavirus humain	101(75%)	
Maladies sexuellement transmissibles	22(16%)	
Histoire familiale de cancer du col	7(5%)	
Autres	5(4%)	
Connaissances sur les moyens de prévention du CCU	137(55%)	113(45%)
Vaccination des jeunes filles contre le HPV	75(55%)	
Dépistage	61(54%)	
Autres	1(1%)	
Connaissances sur les moyens de traitement du CCU	109(45%)	141(55%)
Chimiothérapie	54(50%)	
Chirurgie	33(30%)	
Radiothérapie	22(20%)	
Connaissance des complications du CCU	79(32%)	171(68%)
Des douleurs persistantes dans le dos, les jambes ou le bassin	8(10%)	
Une perte de poids/ la fatigue	59(75%)	
Des pertes vaginales malodorantes /une gêne au niveau du vagin voire	8(10%)	
Autres	4(5%)	

Sources : Kom Lyda Saurelle. Facteurs associés à la faible participation des femmes sexuellement actives au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district de santé de Biyem-Assi. Mémoire de Master en Santé Publique, option épidémiologie. Université Catholique d'Afrique Centrale. 2022-2023

Annexe 5 : Association entre les caractéristiques des femmes sexuellement actives et la faible participation du dépistage du CCU Analyse multivariée (partie 1)

Caractéristiques	Odd Ratio Ajusté	IC95%		Pvalue
		Borne Inferieure	Borne Supérieure	
Age				
≤ 26 ans	1.74	0.59	5.13	0.31
>26 ans				
Situation matrimoniale				
Célibataire	5.79	3.60	9.45	0.0004
Concubinage				
Marié	4.78	0.30	0.77	0.23
Niveau d'étude				
Sans niveau/Primaire				
Secondaire	18.03	-	1.0e12	0.96
Région d'origine				
Adamaoua	0.30	0.40	20.1	0.21
Centre				
Est	2.13	0.58	7.79	0.21
Extrême Nord	0.55	0.5	5.05	0.16
Littoral	0.39	0.03	4.05	0.43
Nord	0.15	0.38	4.67	0.13
Nord-ouest	0.64	0.63	1.37	0.77
Ouest	3.17	0.98	6.74	0.06
Profession				
Sans emploi	2.16	1.18	5.74	0.0016
Avec emploi				
Nombre d'enfant				
≤ 1	1.94	1.63	2.37	0.007
> 1				
Age du premier rapport sexuel				
Précoce (≤14 ans)	3.46	0.84	14.2	0.08
Moyen (≤ 18ans)				
Supérieur à 18 ans	4.65	1.53	2.10	0.006

Sources : Kom Lyda Saurelle. Facteurs associés à la faible participation des femmes sexuellement actives au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district de santé de Biyem-Assi. Mémoire de Master en Santé Publique, option épidémiologie. Université Catholique d'Afrique Centrale. 2022-2023

Annexe 6 : Association entre les caractéristiques des femmes sexuellement actives et la faible participation du dépistage du CCU Analyse multivariée (Partie 2)

Caractéristiques	Odd Ratio Ajusté	IC95%		Pvalue
		Borne Inferieure	Borne Supérieure	
Périodicité de revenu				
Sans revenu	68.03	-	1.0 ^e 12	0.97
Hebdomadaire				
Mensuelle	26.70	-	1.0 ^e 12	0.96
Assurance maladie				
Non	3.91	1.70	8.98	0.0013
Oui				
Mauvaise connaissance				
Oui	3.16	2.44	3.14	0.006
Non				
Connaissance insuffisante				
Oui	1.54	0.05	41.7	0.79
Non				
Moyenne connaissance				
Oui	0.42	0.05	3.37	0.42
Non				
Bonne connaissance				
Oui	0.23	0.01	3.08	0.26
Non				
Existence d'un cas de dépistage de CCU dans la famille				
Oui	1.24	1.98	3.78	0.002
Non	0.63	0.96	6.25	0.94
Ne sait pas				
Existence d'un centre de dépistage				
Non	5.02	1.24	3.29	0.004
Oui	0.32	0.25	0.95	0.16
Ne sait pas				
Constante	*	*	*	0.046

Sources : Kom Lyda Saurelle. Facteurs associés à la faible participation des femmes sexuellement actives au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district de santé de Biyem-Assi. Mémoire de Master en Santé Publique, option épidémiologie. Université Catholique d'Afrique Centrale. 2022-2023

Annexe 7 : Nombre de cas de lésions précancéreuses traitées dans les structures enquêtées en 2024 par région.

Région/FOSA	Nombre de personnes traitées en 2024
ADAMAOUA	2
Hôpital protestant de Ngaoubela	2
CENTRE	2750
CHU de Yaoundé	200
Hôpital général de Yaoundé	2500
Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	50
EXTREME NORD	32
Hôpital Régional de Maroua	32
LITTORAL	817
Cameroon Oncology Center	730
Hôpital gynéco obstétrique et pédiatrique de Douala	19
Hôpital régional de Nkongsamba	12
Mboppi Baptist Hospital Douala	56
NORD OUEST	50
Mbingo Baptist Hospital	50
SUD	10
Centre Hospitalier Regional D'Ebolowa	10
TOTAL GÉNÉRAL	3661

Source : Enquête sur l'analyse situationnelle de la lutte contre le CCU au Cameroun en 2025.

Annexe 8 : Source de financement des MNT en 2018 et 2019

Source		2018	%	2019	%
Administration publique	DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	36 684 616 290	48%	55 497 417 658	49%
	DIS.2 Santé de la reproduction	23 427 690 193	30%	21 213 960 774	23%
	DIS.3 Carences nutritionnelles	764 694	0%	477 000	0%
	DIS.4 Maladies non transmissibles	16 652 982 694	22%	17 060 611 201	18%
	DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	364 756 048	0%	84 999 222	0%
	Total	77 130 809 920	100%	93 857 465 855	100%
Entreprises	DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	19 257 013 777	63%	19 382 509 683	63%
	DIS.2 Santé de la reproduction	5 539 858 008	18%	5 323 780 381	17%
	DIS.3 Carences nutritionnelles	1 496 669 930	5%	1 501 758 287	5%
	DIS.4 Maladies non transmissibles	2 994 944 060	10%	3 003 761 703	10%
	DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	1 384 408 273	5%	1 389 624 405	5%
	TOTAL	30 672 894 049	100%	30 601 434 459	1%
Ménages	DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	240 390 131 733	41%	274 426 800 236	45%
	DIS.2 Santé de la reproduction	33 572 398 283	6%	30 540 437 705	5%
	DIS.3 Carences nutritionnelles	10 568 108 541	2%	11 609 450 433	2%
	DIS.4 Maladies non transmissibles	55 415 944 325	10%	50 503 151 215	8%
	Traumatisme	5 277 145 637	1%	5 797 816 583	1%
	DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	235 815 688 646	41%	240 108 703 299	39%
		581 039 417 163	100%	612 986 359 470	100%
ISBLSM	DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	2 516 453	100%	576 726 897	100%
		2 516 453	100%	576 726 897	100%
Reste du monde	DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	79 383 641 558	69%	74 112 841 287	67%
	DIS.2 Santé de la reproduction	31 608 004 253	28%	25 203 509 333	23%
	DIS.3 Carences nutritionnelles	3 794 403 042	3%	11 219 354 758	10%
	DIS.4 Maladies non transmissibles	62 573 138	0%	203 017 801	0%
	Total	114 848 621 991		110 738 723 179	
	DCS	803 694 259 575		848 760 709 860	

ISBLSM : institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages

Annexe 9 : liste des recherches effectuées sur le CCU

N°	Année	Auteur	Titre de l'étude	Lieu	Population d'étude	Technique d'analyse des prélèvements	Période d'étude	Taille de l'échantillon n
1	2023	Mapoko et al	Profil des effets indésirables chez les patients traités pour cancer du col de l'utérus : cas de l'Hôpital Général de Douala	Hôpital Général de Douala	Femmes porteuses de cancer du col de l'utérus	Histologie	2015-2019	270 cancers du col
2	2023	Maison et al	Coût réel de la prise en charge des cancers du col de l'utérus en radiothérapie au Cameroun	Hôpital Général de Douala	Femmes porteuses de cancer du col de l'utérus	Histologie	2020-2021	35 cancers du col
3	2022	Mapoko et al	Aspects épidémiologiques et cliniques des cancers du col de l'utérus au Cameroun : expérience de l'Hôpital Général de Douala	Hôpital Général de Douala	Femmes porteuses de cancer du col de l'utérus	Histologie	2016-2017	357 cancers du col
4	2019	Nkfusai et al	Cancer du col de l'utérus à l'Hôpital Régional de Bamenda, région du Nord-Ouest Cameroun	Hôpital Régional de Bamenda	Femmes porteuses de cancer du col de l'utérus	Histologie	2012-2017	31 cancers du col/ 59 cancers
5	2014	Sando et al	Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	Femmes porteuses de cancers gynécologiques et mammaires	Histologie	2003-2008	210 cancers du col sur 424 cancers gynécologiques et mammaires
6	2006	Enow-Orock et al	Profil des cancers gynécologiques dans la population de Yaoundé	Hôpital Général de Yaoundé	Femmes porteuses de cancers gynécologiques	Histologie	2004-2005	220 cancers du col/ 550 cancers gynécologiques
7	2009	Doh G et al	Oncogenic human papillomavirus genotypes 16 and 18 prevalence among women with normal cervical cytology and neoplasia in Cameroon: a systematic review. cancer	Une revue systématique à la recherche de 12 bases de données électroniques majeures pour les articles publiés et la littérature grise jusqu'en mai 2016, conformément	La stratégie de recherche a abouti à cinq articles éligibles, donnant 1856 femmes, âgées de 18 ans testées pour le VPH	-	Avant 2016	1856 femmes, âgées de 18 ans testées pour le VPH

				aux lignes directrices de PRISMA				
8	2024	Manga SM,et al	Human Papillomavirus Types and Cervical Cancer Screening among Female Sex Workers in Cameroon. Cancers	Les échantillons de Bafoussam et de Yaoundé ont été analysés à l'hôpital baptiste d'Etoug-Ebe de Yaoundé, tandis que ceux de Douala ont été analysés à l'hôpital baptiste de Mboppi de Douala.	Travailleuses de sexe du Cameroun âgées de 30 ans et plus ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus en utilisant un test VPH à haut risque et un génotypage et une inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol (IVA/IVL) améliorés par cervicographie numérique (CD) simultanément	Histologie	Janvier à octobre 2020	599 travailleuses du sexe (TS) âgées de 30 ans et plus
9	2021	Renald T et al	Knowledge and risk factors of cervical cancer among women in towns of Fako division Cameroon	Une étude transversale communautaire a été menée à Buea, Mutengene et Tiko.	Les femmes des communes du département du Fako (Cameroun)	-		250 participantes âgées de 15 à 62 ans
10	2015	Kemfang JDN et al	Dépistage du cancer du col utérin par l'inspection visuelle du col après application d'acide acétique à Yaoundé, Cameroun	L'Hôpital Bethesda de Yaoundé	Dossiers médicaux des participantes à une campagne de dépistage du cancer du col utérin à l'Hôpital Bethesda de Yaoundé	Analyse documentaire	Pendant la période du 11 au 15 aout 2014.	427 dossiers
11	2020	Batoum VM et al	Dépistage Opportuniste des Lésions Cervicales Pré-Invasives et du Cancer du Col chez la Femme Enceinte Camerounaise	Centre hospitalier d'Essos, au centre hospitalier universitaire de Yaoundé et à l'hôpital gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	Les résultats des frottis cervico utérins, faits chez des patientes enceintes ou en post-partum	Histologie	Janvier 2010 à Décembre 2012	252 frottis cervico utérin ont été enregistrés ; 173 ont été réalisées chez des femmes enceintes et 79 chez des femmes en post-partum

