REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa)

2020 - 2024

Juin 2020

Organisation mondiale de la Santé
CLINTON HEALTH ACCESS INITIATIVE
UNFPA
IAEA Agence internationale de l'énergie atomique

SOMMAIRE

SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES 2
TABLE DES ILLUSTRATIONS 4
RÉSUMÉ 6
INTRODUCTION 7
1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE CAMEROUN 9
1.1. Situation géographique et culturelle du Cameroun 9
1.2. Organisation politique et administrative 9
1.3. Situation économique et sociale 10
1.4. Organisation du secteur de la santé 12
2. JUSTIFICATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 15
2.1. Épidémiologie des cancers au Cameroun 15
2.2. Facteurs de risque 20
2.3. Dispositif de la riposte contre les cancers au Cameroun 22
2.4. Prévention des cancers au Cameroun 23
2.5. Diagnostic et traitement du cancer au Cameroun 25
3. METHODOLOGIE 30
3.1. Procédures 30
3.2. Approches techniques 30
4. ANCRAGE INSTUTIONNEL DU PLAN 31
4.1. Cadre de référence mondial 31
4.2. Cadre de référence national 31
5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 35
5.1. Vision du plan stratégique 35
5.2. Objectifs 35
5.3. Principes directeurs et interventions prioritaires 36
5.4. Cadrage Stratégique 38
6. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI/EVALUATION DU PSNPLCa 2020-2024 58
6.1 Présentation et description du Dispositif National de Suivi et Evaluation 58
6.2 Cadre de Suivi-Evaluation 62
6.3 Présentation du budget prévisionnel du PSNPLCa 70
7. CADRE OPERATIONNEL 77
CONCLUSION 85

SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AES : Auto- examen du sein
AIEA: Agence Internationale de l'Energie Atomique
ASC: Agent de Santé Communautaire
BRCA: Breast Cancer Antigen
BUNEC : Bureau National de l'Etat Civil
CBCHS: Cameroon Baptist Convention Health Services
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CCF: Chirurgie Cervico- Faciale
CDC: Center for Disease Control and Prevention
CDPDPC : Centre de Dépistage Permanent et de Diagnostic Précoce des Cancers
CEMRIO : Centre Médical de Radiologie et d'Imagérie d'Omnisports
CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FCFA : Franc de la Communauté Financière d'Afrique
CHAI : Clinton Health Access Initiative
CHE : Centre Hospitalier d'Essos
CHUY : Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
CIRCB : Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA
CIS : Cellule d'Information Sanitaire
CMA : Centre Médical d'Arrondissement
CNLCa: Comité National de Lutte Contre le Cancer
CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida
COGE : Comité de Gestion
COGEDI : Comité de Gestion du District
COSA : Comité de Santé
COSADI : Comité de Santé du District
CPC : Centre Pasteur du Cameroun
CSA : Centre de Santé Ambulatoire
CSI : Centre de Santé Intégré
CURY : Centre des Urgences de Yaoundé
DAJC : Division des Affaires Juridiques et du Contentieux
DHIS : District Health Information System
DLMEP : Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS : Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DSCE : Document de Stratégie de la Croissance et de l'Emploi
ECS : Examen Clinique du Sein
ERAD : Electro-résection à l'anse diathermique
FOSA: Formation Sanitaire
GLOBOCAN: Global Burden Of Cancer
HCY : Hôpital Central de Yaoundé
HD : Hôpital de District
HGD : Hôpital Général de Douala
HGY : Hôpital Général de Yaoundé
HGOPY : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HGOPED : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala
HLD : Hôpital Laquintinie de Douala
HNO : Humanitarian Need Overview
HPV : Human Papilloma Virus
HR : Hôpital Régional
IDH : Indice de Développement Humain
IDHI : Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités
IEC : Information Education Communication
INCa : Institut National de Cancérologie
IRM : Imagerie par résonnance magnétique
IP : Intervention Prioritaire
IVA : Inspection Visuelle à l'Acide Acétique
IVL : Inspection Visuelle au Lugol
MEO : Mise en œuvre
MINEPAT : Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC : Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI : Ministère des Finances

MINPOSTEL : Ministère des Postes et Télécommunications
MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINRESI : Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONSP : Observatoire National de Santé Publique
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
OSC : Organisation de la Société Civile
PCCHS: Presbyterian Church in Cameroon Health Services
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC : Prise en Charge
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PIB : Produit Intérieur Brut
PIC : Plan Intégré de Communication
PLANUT : Plan National d'Urgence Triennal
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PSA : Prostate Specific Antigen
PTF : Partenaire Technique et Financier
PSNPLCa : Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer
PTA : Plan de Travail Annuel
RA : Risque attribuable
RCA : République Centrafricaine
RMA : Rapport Mensuel d'Activités
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SSP : Soins de Santé Primaires
SSS : Stratégie Sectorielle de Santé
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA: United Nations Population Fund
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
USA: United States of America
USAID: United States Agency for International Development
VHB : Virus de l'Hépatite Virale B
VHC : Virus de l'Hépatite Virale C

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1: Différents niveaux du système de santé 13
Tableau 2 : Les 13 Facteurs de risque fréquents des cancers 20
Tableau 3 : Ressources humaines disponibles pour la lutte contre le cancer, 2020 23
Tableau 4 : Repartition des services d'imagerie disposant d'un appareil de scanner et/ou d'IRM 26
Tableau 5 : Formations sanitaires possédant une unité d'Oncologie médicale 28
Tableau 6 : Ancrage et arrimage du PSNPLCa et la SSS 2016-2027 33
Tableau 7: Activités Prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 1 40
Tableau 8: Activités Prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 2 43
Tableau 9: Activités prioritaires par interventions pour Objectif Spécifique n° 3 49
Tableau 10: Activités prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 4 52
Tableau 11: Activités Prioritaires par interventions pour Objectif Spécifique n° 5 54
Tableau 12: Activités prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 6 56
Tableau 13: Articulations du budget par rapport aux programmes budgétaires 72
Tableau 14 : Budget total 75
Tableau 15 : Répartition du budget par objectifs spécifiques 76

Figure 1 : Évolution du nombre de cas de Cancer au Cameroun, 1980 à 2011 16
Figure 2 : Repartition des cas de cancer selon le sexe, Cameroun 2004-2006 : 2010-2011 .17
Figure 3 : Les cinq cancers les plus diagnostiqués en 2018 (source : Globocan 2018) 18
Figure 4 : Distribution des cas de cancers selon le site primitif 18
Figure 5 : Cancers les plus fréquents chez les hommes 19
Figure 6 : Cas suspects de cancer du col de l'utérus, du sein et de la prostate par région au Cameroun, 2018 (DHIS 2) 19
Figure 7 : Schéma conceptuel de la réponse au cancer au Cameroun 34
Figure 8: Vision et objectifs du PSNPLCa 2020-2024 57
Figure 9 : Dispositif National de Suivi et Evaluation au Cameroun, PSNLCa 2020-2024. 59
Figure 10 : Répartition annuelle du budget global (en millions de F CFA/XAF) 75

PRÉFACE

Le Gouvernement Camerounais, sous la très Haute impulsion du Président de la République s'est engagée à assurer à tous ses citoyens, un accès équitable aux soins et services de santé, tout en garantissant leur sécurité financière.
Cette volonté, est notamment marquée par les actions entreprises en vue de la mise en place de la couverture santé universelle, mais aussi et surtout des mesures de soutien à la prévention et la prise en charge des maladies chroniques au Cameroun.
Ce champ d'action est notamment important dans la mesure où notre pays, connaît une augmentation significative de la prévalence des maladies chroniques non-transmissibles, au rang desquelles, le cancer dans toutes ses formes. Cette maladie a affecté en 2018 près de 15 700 personnes et a causé près de 10 533 décès.

Conscient de la nécessité de combattre efficacement cette pathologie dont la prise en charge est à la fois complexe et coûteuse, l'option de la mise en place d'un organisme dédié à la gestion du cancer a été prise. Elle s'est manifestée par la création en 1990, du Comité National de Lutte contre le Cancer, réorganisé en 2002 avec pour objectif principal de réduire la mortalité et la morbidité liées à cette maladie.

Cependant, malgré de nombreux efforts consentis en matière de prévention, de diagnostic précoce et de prise en charge, la morbidité et la mortalité liées au cancer demeurent anormalement élevées, en raison du diagnostic tardif et des contraintes liées à la prise en charge adéquate des patients. Afin d'inverser cette tendance dramatique, il semble nécessaire de réévaluer nos ambitions pour les arrimer à la Stratégie Sectorielle de Santé (2016-2027) et aux standards internationaux, de remobiliser les expertises et les ressources, afin de réorganiser puis intensifier la lutte contre le cancer au Cameroun.

Dans cette optique, il nous a paru plus qu'urgent de procéder à l'élaboration d'un **Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte Contre Le Cancer 2020-2024**, avec pour mission de rendre effective la prise en charge holistique et optimale des cancers, dans la vision d'un Cameroun émergent à l'horizon 2035.

Les principaux axes d'intervention de ce plan stratégique sont : (i) la promotion de la santé à travers la promotion de l'activité physique, l'hygiène alimentaire, la sensibilisation sur la lutte contre le cancer ; (ii) le renforcement de la prévention primaire et secondaire par l'intensification de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la vaccination, le dépistage et le diagnostic précoce ; (iii) l'amélioration de la prise en charge qui nécessite le relèvement du plateau technique des hôpitaux, mais aussi la création d'un institut national de cancérologie et la décentralisation des soins ; (iv) l'amélioration de la gouvernance à travers une meilleure coordination et de l'intégration des interventions, le développement et la mutualisation des ressources, le renforcement du système d'information et de la recherche.

Par ailleurs, des efforts seront faits en collaboration avec les institutions concernées pour minimiser les risques que font peser sur la santé le tabagisme, l'alcoolisme, la pollution environnementale, les radiations ionisantes, certains produits cosmétiques, les détergents domestiques et additifs alimentaires, de plus en plus associés à l'apparition des cancers. Il s'agira aussi d'améliorer la qualité de vie à travers la délivrance de soins palliatifs adaptés sur toute l'étendue du territoire national.

Voilà autant de perspectives qui sont prises en compte dans ce nouveau plan. Au demeurant, la lutte contre les cancers concerne chacun d'entre nous, parce que nous sommes ou nous avons été malades, parce que nous accompagnons une personne malade dans notre cadre familial, amical ou professionnel, ou encore parce que nous voulons réduire notre risque de développer un cancer.

Aussi, j'en appelle à la mobilisation de toutes les parties prenantes, structures de coordination et de prise en charge, administrations sectorielles, Collectivités Territoriales Décentralisées, partenaires techniques et financiers, société civile, acteurs communautaires, leaders d'opinion, Universitaires et Chercheurs, afin d'apporter chacun sa contribution à la lutte contre le cancer pour le bien-être des populations, dans la justice, l'équité et l'humanisation des soins.

Le Ministre de la Santé Publique

LE MINISTRE
The Minister

Dr. MANAOUDA MALACHIE

RÉSUMÉ

Le cancer est un problème de santé publique au Cameroun. Selon les statistiques de l'OMS en 2018, plus de 15700 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. La mortalité est de 10533 décès par an avec un ratio mortalité incidence supérieur à 65%. Les adultes restent la population la plus affectée avec 15262 nouveaux cas chez les 15 ans et plus. Les cancers les plus fréquents chez les adultes sont les cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Le cancer touche 1 à 2% des enfants. Les cancers pédiatriques les plus fréquents sont les lymphomes, les leucémies aiguës, les néphroblastomes, les neuroblastomes et les rétinoblastomes. Environ 90% des patients arrivent dans les centres de traitement à des stades avancés de la maladie. Le taux d'abandon de traitement est estimé à 20%, et 30% des patients décèdent après le début du traitement.

Comme dans la plupart des pays en voie de développement, la prise en charge rencontre de nombreuses difficultés notamment, la faible disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité, l'indisponibilité des médicaments anti-cancéreux, le coût élevé des traitements, l'insuffisance du plateau technique et des infrastructures.

L'objectif de ce Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) est de réduire de 10% au moins la morbidité et la mortalité dues au cancer au Cameroun.

Ce plan présente les stratégies et les actions prioritaires à entreprendre dans les cinq ans à venir pour lutter contre cette maladie.

Ces actions se regroupent en axes stratégiques : la prévention primaire dont l'objectif est de diminuer l'apparition des cancers. Il sera question d'intensifier les actions déjà entreprises par le CNLCa à savoir la sensibilisation des populations à travers des programmes d'information et d'éducation à la santé dans le but de favoriser les changements de comportements. Il sera aussi introduit à l'échelle nationale la vaccination gratuite contre le HPV (Human Papilloma Virus) et contre le virus de l'hépatite B dans le Programme Elargi de Vaccination. Les enfants nés de mères séropositives à l'hépatite B bénéficieront d'une immunisation à dose convenable à la naissance. Dans le domaine de la prévention secondaire, un accent particulier sera mis sur le dépistage des cancers ; pour cela des actions seront entreprises pour vulgariser le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du col par l'Inspection Visuelle à l'Acide Acétique et au Lugol (IVA/IVL). Quant à la prise en charge des cas, elle impliquera l'optimisation des centres de traitement existant et la mise en place urgente de l'Institut National de Cancérologie (INCa). L'INCa sera le centre par excellence de la prise en charge multidisciplinaire selon les standards. Cet Institut sera en plus une plateforme pour le développement des ressources humaines et de la recherche.

Le PSNPLCa envisage aussi des bases de la prévention tertiaire, de l'accompagnement psychosocial et des soins palliatifs à apporter aux malades.

En définitive, ce Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer s'inscrit en droite ligne de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et remet la lutte contre le cancer au cœur de nos préoccupations. Il nous est permis de penser que d'ici cinq ans la morbidité et la mortalité liées au cancer seront réduites.

MOTS CLÉS : Plan stratégique- santé – cancer

INTRODUCTION

Les maladies chroniques non-transmissibles sont considérées comme un problème de santé publique d'importance mondiale, au regard de leur charge morbide en recrudescence. Seulement elles touchent avec beaucoup plus d'acuité les pays en développement où elles entrainent plus de 85% de « décès prématurés » parmi les personnes affectées[1]. Le Cameroun, comme d'autres pays en développement, connait une augmentation considérable de la charge des maladies non transmissibles, et notamment le cancer. Le cancer est aujourd'hui l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité. Chaque année, plus de 10 millions de nouveaux cas et plus de 6 millions de décès sont enregistrés dans le monde. Le cancer est diagnostiqué chez plus de 20 millions de personnes et plus de la moitié des cas est observée dans les pays en développement. Il est à l'origine d'environ 20 % des décès dans les pays industrialisés et de 5 à 10 % des décès dans les pays en développement (OMS, 2012). Selon les statistiques du Global Burden of Cancer (GLOBOCAN), on estime à 15 769, le nombre de nouveaux cas de cancer en 2018 au Cameroun.

La réponse du système de santé camerounais s'est traduite par la mise en place en 1990, puis la réorganisation en 2002 d'une stratégie de lutte contre le cancer organisée autour d'un Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCa). Cependant, l'état des lieux de la prise en charge aujourd'hui révèle une offre de soins assez limitée, reposant sur des services d'oncologie et de radiothérapie débordés et plus ou moins fonctionnels à Yaoundé (HGY) et Douala (HGD) et dans quelques structures privées (Cameroon Oncology Centre, Mbingo Baptist Hospital, etc). A ces contraintes, se rajoutent un accès difficile aux médicaments anticancéreux, une faible disponibilité des spécialistes de la prise en charge du cancer, la vétusté, l'insuffisance, la non-maintenance des équipements, et le sous-financement des interventions.

Afin de corriger les gaps et d'intensifier la lutte contre le cancer, le présent plan stratégique a été élaboré avec les expertises pluridisciplinaires nationales et internationales. Il se fonde sur une analyse du contexte socio-politique, économique et de l'état des lieux de l'organisation actuelle de la lutte contre le cancer, pour proposer des axes d'intervention et des indicateurs idoines. Il a pour ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer, en rendant effectives la prévention et la prise en charge holistique et de qualité des patients atteints de cancer. Les principaux axes d'intervention de ce plan stratégique sont orientés vers (i) la promotion de la santé , notamment à travers la promotion de l'activité physique, l'hygiène alimentaire, la sensibilisation au cancer ; (ii) le renforcement de la prévention primaire et secondaire, par l'intensification de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la vaccination, le dépistage et le diagnostic

1 https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases, 1er juin 2018.

précoce ; (iii) l'amélioration de la prise en charge nécessitant le relèvement du plateau technique des hôpitaux de première catégorie, mais aussi la création d'un institut national de cancérologie, la décentralisation des soins ; (iv) l'amélioration de la gouvernance à travers une meilleure coordination et de l'intégration des interventions, le développement et la mutualisation des ressources, le renforcement du système d'information et de la recherche, etc. Par ailleurs, des efforts seront faits en collaboration avec les institutions concernées pour minimiser les risques que font peser sur la santé les radiations ionisantes, certains produits cosmétiques, détergents domestiques et additifs alimentaires, de plus en plus incriminés dans l'apparition des cancers. Il s'agira aussi d'améliorer le confort de vie des patients affectés et de renforcer le plaidoyer pour la mobilisation de toutes les parties prenantes et des ressources pour une prise en charge adéquate des cancers.

1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE CAMEROUN

1.1. Situation géographique et culturelle du Cameroun

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km^2. Il 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, au nord par le Tchad. Le pays est caractérisé par une diversité géographique.

Les régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Les hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorables à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud, sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des populations soudanaises, peuls et bantous. Le pays compte près de 250 ethnies réparties en cinq grands groupes culturels :

- Les peuples des régions semi-arides du grand Nord de type soudanais, hamites et sémites, généralement musulmans, chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) de type semi-bantou, généralement chrétiens ou animistes ;
- Les peuples des forêts tropicales côtières (régions du Littoral, du Sud-Ouest et de la région du Sud), de type bantou, le plus souvent chrétiens et animistes ;
- Les peuples de la forêt tropicale équatoriale du Sud (régions du Centre, du Sud et de l'Est), de type bantou d'une part, généralement chrétiens et animistes, et d'autre part de type semi-bantou, soudanais ou pygmées, principalement animistes ou chrétiens.
- Les Kirdi dans le désert du Nord et les terres centrales

1.2. Organisation politique et administrative

Le Cameroun est un Etat unitaire, décentralisé et démocratique, à régime présidentiel. La Constitution de 1996 consacre la séparation des trois pouvoirs :

- L'Exécutif exercé par le Président de la République et le Premier Ministre ;
- Le Législatif bicaméral exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ;

- Le Judiciaire qui s'exerce à travers différentes juridictions dont la plus haute est la Cour Suprême.

La constitution prévoit en outre la décentralisation de la gestion publique avec la création des régions et des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD).

Sur le plan administratif, le Cameroun est bilingue avec deux langues officielles, l'anglais et le français. Il compte 10 régions divisées en 58 départements et 360 arrondissements correspondant au nombre de communes existantes au Cameroun.

1.3. Situation économique et sociale

Situation macroéconomique

En 2018, le Produit Intérieur Brut (PIB) courant du Cameroun était estimé à 15 846 milliards de francs CFA, avec un taux de croissance annuel de 5,9% et un taux d'inflation de 1,9%. Les projections actuelles situent le taux de croissance annuel moyen à 6,3% entre 2015 et 2017[2,3].

En décembre 2014, suite à l'initiative du Président de la République, le Gouvernement a adopté le «Plan National d'Urgence Triennal (PLANUT) pour l'accélération de la croissance». L'enveloppe affectée à ce plan est de 925 milliards de francs CFA. Le volet santé du PLANUT a deux composantes essentielles :

- (i) La réhabilitation de l'infrastructure et le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux généraux de Douala, Yaoundé, et du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30 milliards);

- (ii) La construction et l'équipement des centres hospitaliers régionaux (120 milliards).

Situation démographique

En 2018, la population du Cameroun est estimée à 24 863 337 habitants. Le taux d'accroissement de la population était de 2,6% entre 2005 et 2010. À ce rythme, la population devrait atteindre 36 millions d'habitants en 2035. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population nationale. Les régions les plus peuplées sont :

- Le Centre (18,7%),

2 Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
3 World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org

- L'Extrême-Nord (18%),
- Le Littoral (15,1%)
- Le Nord (11,0%).

En 2010, 52% de la population totale vivait en milieu urbain, 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes âgées de 60 ans ou plus.

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie, à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière[4].

Situation sociale

En 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%)[5]. En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi global, c'est-à-dire travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnait moins que le SMIG horaire. Par ailleurs, le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes de 6 à11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes).

Équité et justice sociale en santé

Selon les estimations du MINEPAT et du PNUD, l'espérance de vie passera de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020[6]. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153ème rang sur les 188 pays évalués en 2014. Mais l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161. Cette hausse indique qu'il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus.

Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus nantis : 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait

4 MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
5 Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018. https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf
6 MINEPAT & PNUD, 2013.Rapport national sur le développement humain au Cameroun

43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine.

Contexte humanitaire et sécuritaire

La crise dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, le terrorisme et les conflits dans le Nord du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) respectivement, ont des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les Régions de l'Extrême-Nord et de l'Est, entravant ainsi l'offre de services sociaux de base (services et soins de santé). Suivant les chiffres de planification humanitaire dans le cadre du processus d'élaboration du plan de réponse humanitaire 2019, le nombre de réfugiés provenant du Nigéria et de la République Centrafrique est estimé à 246 000 personnes, le nombre de populations déplacées internes est de 665 000 personnes identifiées dans le cadre de la crise humanitaire à l'Extrême-Nord et celle dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Par ailleurs, 92 000 Camerounais retournés du Nigéria ont été identifiés dans le cadre du Humanitarian Need Overview (HNO) 2019.

1.4. Organisation du secteur de la santé

Le secteur de la santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide dont les relations fonctionnelles sont précisées dans le tableau ci-dessous. Il comporte trois sous-secteurs :

- un sous-secteur public ;
- un sous-secteur privé ;
- un sous-secteur confessionnel.

Tableau 1: Différents niveaux du système de santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Cabinet du Secrétaire d'Etat, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et Assimilés, CENAME,CPC, CHRACERH, LANACOME,CIRCB,ONSP	Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés ; Fonds Régionaux pour la Santé	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	191 Districts de santé	Mise en œuvre des programmes	- Hôpitaux de District - Cliniques; - CMA; - CSI ;- CSA ; -Cabinet de soins	COSADI; COGEDI COSA; COGE

Source : MINSANTE. Cadre conceptuel du district de santé complété à partir du décret portant organisation du Ministère de la Santé Publique de 2013.

La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, les décrets N° 2010/0246/PM du 26 février 2010 et N° 2011/0004/PM du 13 janvier 2011 précisent les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de construction, équipement et gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA). Par ailleurs, les maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des Communautés Urbaines.

Il convient de relever toutefois que des mutations importantes interviendront avec la Loi n° 2019/024 du 19 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées. En effet, outre certaines compétences transférées aux Communes, la création, conformément à la carte sanitaire, l'équipement, la gestion et l'entretien des formations sanitaires sont désormais transférées aux Régions[7].

Les formations sanitaires de première catégorie comprennent des hôpitaux généraux et de référence. Deux de ces hôpitaux, situés à Douala et à Yaoundé abritent des services de cancérologie, disposant d'un plateau technique capable de prendre en charge la quasi-totalité des affections tumorales. Cependant le service de radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé est fermé depuis 2012 pour cause d'épuisement de la source

7 Loi n° 2019/024 du 19 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées

radioactive. L'Hôpital Général de Douala pourrait subir le même sort si la source radioactive n'est pas remplacée d'ici décembre 2020. Par ailleurs, il existe un centre de radiothérapie privé doté d'un accélérateur linéaire, mais le coût des prestations reste inaccessible pour la grande majorité de patients.

Il convient de noter que l'unique service de médecine nucléaire du pays, logé à l'Hôpital Général de Yaoundé, a été fermé en début 2019.

Le service d'oncologie médicale de l'Hôpital Général de Yaoundé accueille plus de 800 nouveaux malades chaque année. Selon les relevés des registres de consultation et d'hospitalisation, seuls 50% des patients reçus commencent une première cure de chimiothérapie. Le nombre total de cures de chimiothérapie ne cesse de s'accroître au fil des ans ; de 3061 en 2015, il est largement passé au-dessus de 4000 en 2017. Ceci correspond à 333 chimiothérapies par mois, soit plus de 15 cures administrées chaque jour par une équipe constituée au plus de 2 infirmières. Les traitements sont préparés au lit du malade par l'infirmière qui les administre. Il n'existe malheureusement pas de mesures de protection spécifiques des personnels et des malades, vis-à-vis des expositions au cytotoxiques.

2. JUSTIFICATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

2.1. Épidémiologie des cancers au Cameroun

Au Cameroun, plus de 15 700 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. La mortalité est de 10 533 décès par an avec un ratio mortalité sur incidence supérieur à 65%[8,9]. Ce ratio demeure élevé. Il était égal à 60% il y a une dizaine d'années[10,11].

En matière d'incidence, les femmes sont les plus affectées avec 9 335 nouveaux cas chaque année, soit un risque standardisé égal à 116,9 cas pour 100 000 femmes comparé à un risque standardisé de 100,5 pour 100 000 hommes (incidence de 6 434 nouveaux cas chaque année).

Les personnes âgées de 15 ans et plus sont les plus affectées avec 15 262 nouveaux cas. Environ un cinquième des cas surviennent chez les patients âgés de plus de 65 ans. Il s'agit essentiellement des cancers de la prostate chez 1 251 des 3 495 cas enregistrés.

En termes d'incidence annuelle, les cinq principaux cancers sont :

- Le cancer du sein (3 265 nouveaux cas) ;
- Le cancer du col de l'utérus (2 349 nouveaux cas) ;
- Le cancer de la prostate (2 064 nouveaux cas) ;
- Le cancer du foie (919 nouveaux cas) ;
- Les cancers colorectaux (832 nouveaux cas).

Au Cameroun, 43% de la population est constituée des moins de 15 ans. Les cancers pédiatriques représentent 1 à 2% de l'ensemble des cancers. Le nombre de cas incidents attendu annuellement est d'environ 900 nouveaux cas. En 2018, le service d'oncologie pédiatrique du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya a enregistré 150 nouveaux cas de cancer. Ce nombre de cas ne reflète pas la réalité de la situation des cancers pédiatriques au Cameroun, car certains patients n'arrivent pas à Yaoundé pour des raisons diverses (pauvreté, distance, défaut de diagnostic…). Dans cette tranche d'âge, les hémopathies malignes représentent 50% des cancers diagnostiqués. Bien que 90% des cancers soient guérissables, plus de 80% des malades arrivent à un stade avancé avec un taux de létalité élevé (40%).

8 Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
9 World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org
10 MINEPAT & PNUD, 2013.Rapport national sur le développement humain au Cameroun
11 Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM III). 2014

Le nombre de cancers ne cesse d'augmenter au fil du temps. L'incidence annuelle était de 12 000 cas à l'année de rédaction du premier plan cancer (en 2003), de nos jours, elle se situe à 15 769 cas et est estimée à 27 726 cas en 2035. Il s'agira d'une augmentation de plus de 75% de l'incidence actuelle si rien n'est fait[12].

Au Cameroun comme dans le reste des pays en développement, on observe une transition épidémiologique caractérisée par une augmentation du nombre de cas de maladies non transmissibles à l'instar du cancer. La modification du style de vie (sédentarité, la consommation du tabac et de l'alcool…), les habitudes alimentaires locales à risque (salaisons, fumaisons, repas riche en graisse), la persistance d'un contrôle insuffisant de certaines maladies infectieuses impliquées dans la carcinogenèse pourraient expliquer cette augmentation du nombre de cas de cancers. D'après une étude menée par l'OMS, 31% des causes de décès sont liées aux maladies non transmissibles[13].

D'après le registre des cancers de la ville de Yaoundé, l'âge moyen au diagnostic est de 45,4 ans ± 1 pour les hommes et de 44,7 ans± 2 pour les femmes. Les femmes sont plus touchées avec une proportion de 61,85%[14].

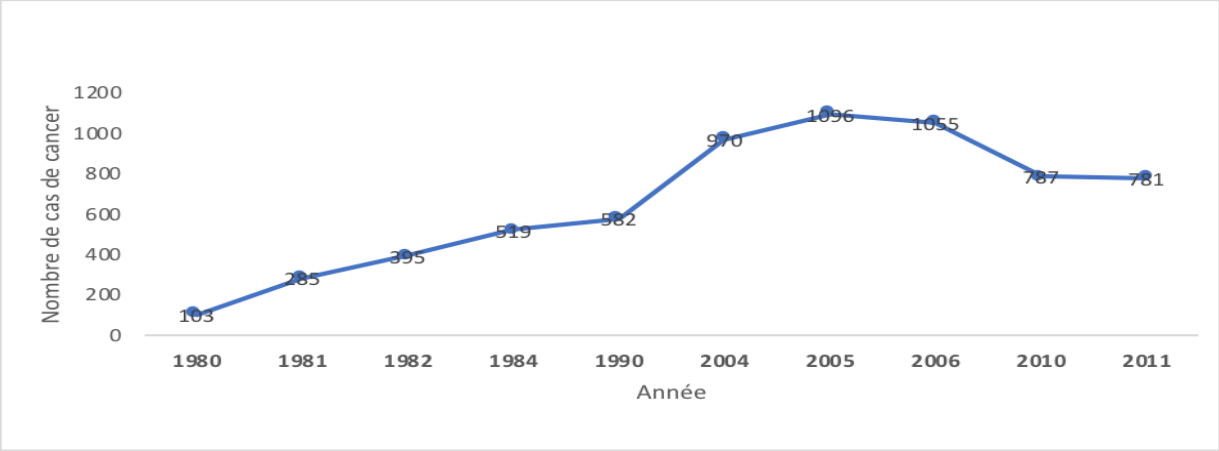

Figure 1 : Évolution du nombre de cas de Cancer au Cameroun, 1980 à 2011

12 Cameroon, Globocan 2018 Source : http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/120-cameroon-fact-sheets.pdf

13 Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM III). 2014

14 Ibid

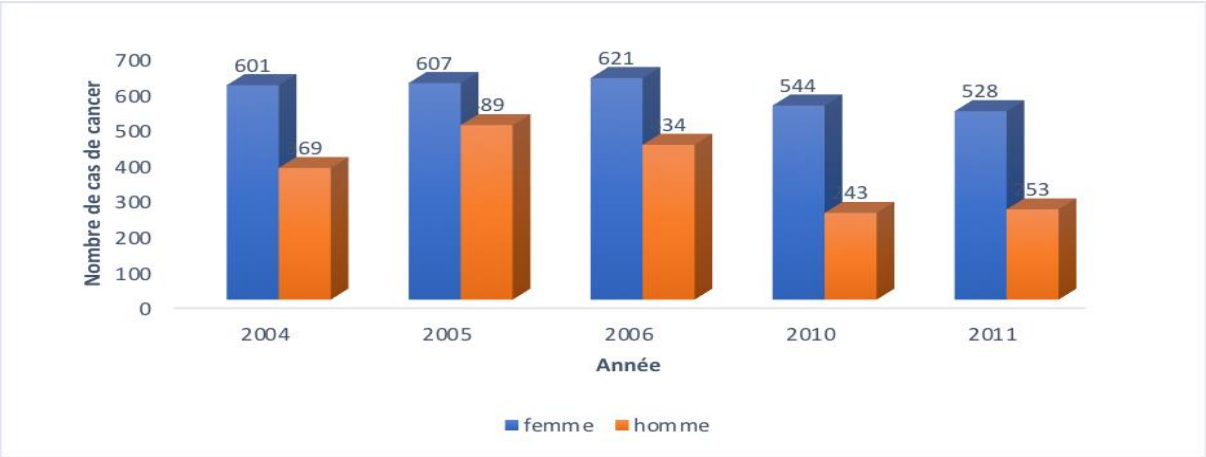

Figure 2 : Repartition des cas de cancer selon le sexe, Cameroun 2004-2006 : 2010-2011

D'après une étude hospitalière menée dans le service d'oncologie médicale de l'Hôpital Général de Yaoundé, les délais diagnostics sont longs, plus de 60% des malades arrivent à un stade avancé, et les traitements sont onéreux.

Le cancer du sein et du col de l'utérus représentent les deux cancers les plus fréquents. Suivant les chiffres colligés dans le District Health Information System (DHIS 2), les régions enregistrant le plus grand nombre de cas suspects de cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate sont respectivement le Nord-Ouest, l'Ouest et le Centre. Le taux de complétude nationale est de 65%, et les formations sanitaires ne notifient que les cas suspects des localisations primitives suivantes : sein, col de l'utérus et prostate à travers les Rapports Mensuels d'Activités (RMA).

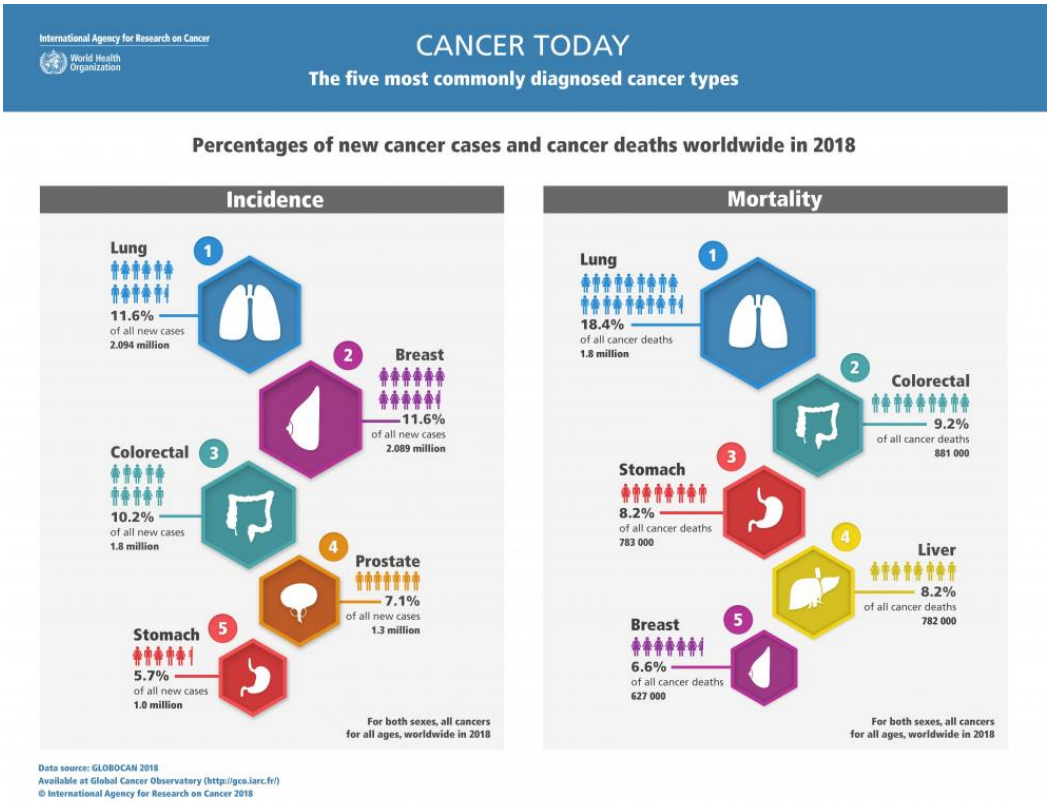

Figure 3 : Les cinq cancers les plus diagnostiqués en 2018 (source : Globocan 2018)

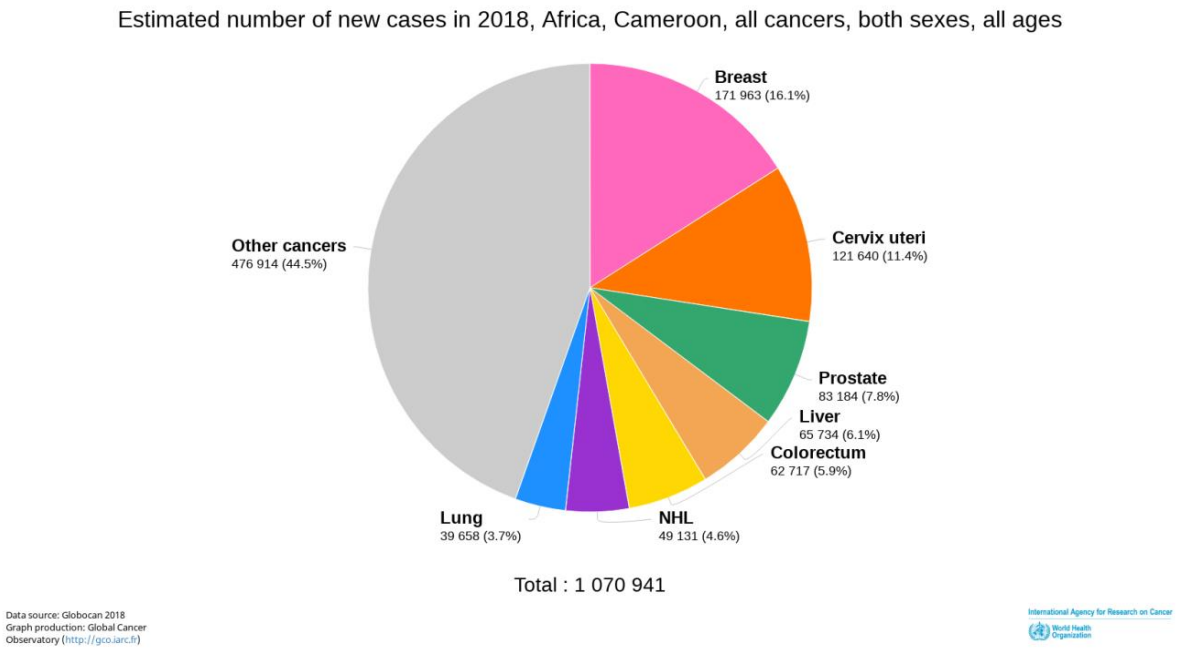

Figure 4 : Distribution des cas de cancers selon le site primitif

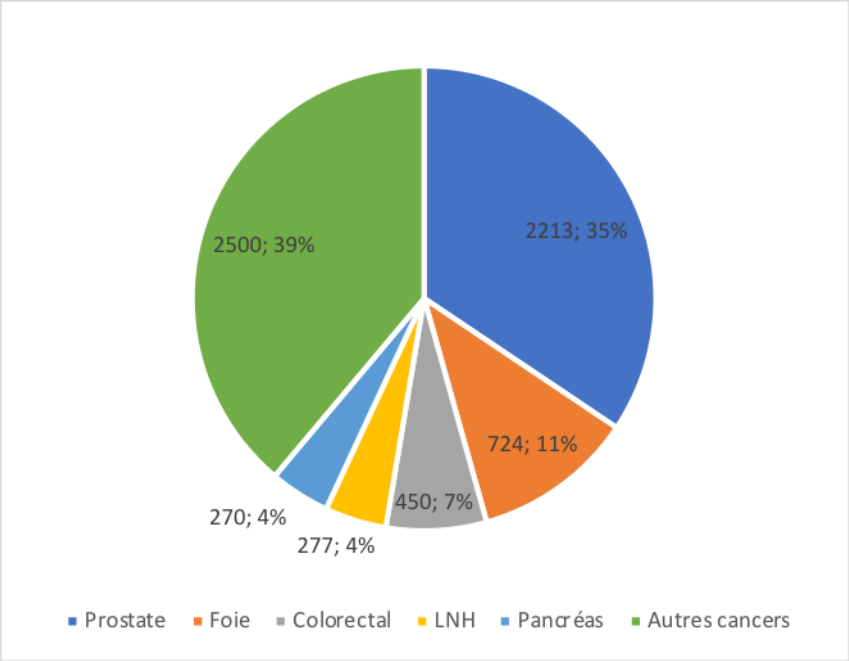

Figure 5 : Cancers les plus fréquents chez les hommes (Source : Globocan 2018)

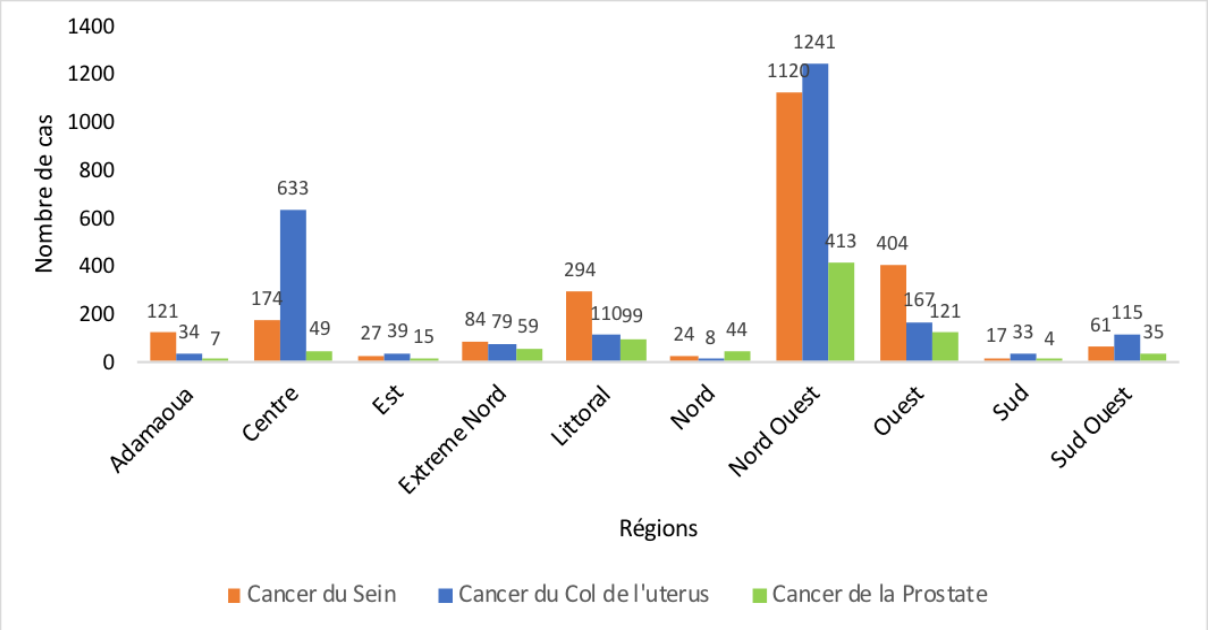

Figure 6 : Cas suspects de cancer du col de l'utérus, du sein et de la prostate par région au Cameroun, 2018 (DHIS 2)

2.2. Facteurs de risque[15,16]

D'après le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), 13 facteurs de risque fréquents des cancers ont été identifiés, selon le tableau ci-après :

Tableau 2 : Les 13 Facteurs de risque fréquents des cancers

N°	Facteur de risque	N°	Facteur de risque
1	Tabagisme actif et passif	**8**	Radiations ionisantes
2	Consommation d'alcool	9	Pollution atmosphérique
3	Alimentation déséquilibrée	10	Le rayonnement solaire (UV)
4	Surpoids et obésité	11	Les expositions professionnelles aux agents carcinogènes (poussière de bois, dérivés du pétrole, chrome, goudrons, etc.)
5	Activité physique insuffisante	12	Durée de l'allaitement maternel inférieur à 6 mois
6	Utilisation d'hormones exogènes	13	Exposition aux substances chimiques de la population générale (arsenic, benzène etc.)
7	Infections		

Risque infectieux

Malgré la transition épidémiologique en cours au Cameroun, comme dans le reste des pays en développement, les agents infectieux restent un facteur de risque majeur. En Afrique, 230 000 cas de cancers leur sont attribuables :

- 45% d'entre eux par le seul virus du papillome humain ;
- les virus de l'hépatite sont responsables d'environ 20% de l'ensemble des cancers (respectivement 10% pour VHB et 9,6% pour VHC) ;
- Helicobacter Pylori est responsable de 9% des cancers
- Les autres agents viraux, bactériens et parasitaires sont responsables d'environ 9% et 26,2% des cancers respectivement.

Au Cameroun, le nombre de cas de cancers attribuables aux agents infectieux serait de 5191, soit 33,6% des cancers diagnostiqués chaque année.

L'exposition au radon

Le radon est un gaz omniprésent à la surface de la terre qui représente la première source d'exposition naturelle à la radioactivité. Il est après le tabac, le 2ème facteur de risque des cancers du poumon. L'émission du radon vers l'atmosphère dépend de la nature des sols (les régions granitiques et volcaniques sont particulièrement propices à l'émanation de radon). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le niveau de référence des

15 Cancer Profil des Pays en 2014, OMS. https://www.who.int/nmh/countries/2014/cmr_en.pdf
16 Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018. https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf

concentrations de radon pour l'habitat est de 100 $Bq.m^{-3}$. Au Cameroun, les régions uranifères du Nord (Poli) et du Sud (Lolodorf) présentent des concentrations en radon dans les domiciles dépassant parfois les valeurs de référence.

Le tabagisme

Le tabac est le premier carcinogène de l'environnement et premier facteur de risque des cancers du poumon avec un risque relatif de 23,9. La prévalence du tabagisme est en augmentation dans la population jeune. Selon la Coalition Camerounaise Contre le Tabac, le Cameroun compte plus d'un million de fumeurs actifs et près de 7 millions de fumeurs passifs.

L'alcoolisme

D'après le CIRC, l'alcool est un carcinogène avéré. Sa consommation augmente le risque de développer les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du foie et du côlon. La quantité d'alcool pur constitue un vrai facteur de risque, et ce risque augmente de manière linéaire avec la dose consommée quel que soit le type d'alcool. Au Cameroun en 2016, la consommation moyenne d'alcool pur par habitant et par an était de 9 litres.

L'obésité

L'obésité est une conséquence du développement socio-économique, ayant pour corollaire, le changement des styles de vie. Les régimes alimentaires sont plus gras, plus riches en alcool et pauvres en fibres végétales, tandis que les populations deviennent plus sédentaires. L'obésité est un facteur de risque pour les cancers du sein de la femme ménopausée (RA = 38,8%), pour les cancers colorectaux (RA = 13,5%), les cancers du corps utérin (RA = 22,3%), de la vésicule biliaire (RA = 7,1%), du pancréas (RA = 5,4%), des ovaires (RA = 3,6%) et pour les adénocarcinomes œsophagiens (RA = 3,2%). L'obésité est un problème émergent au Cameroun. La proportion des camerounais ne pratiquant pas d'exercice physique est de 27% et la prévalence de l'obésité est de 10%[17].

Les facteurs de risque génétiques

La connaissance de facteurs génétiques, qu'il s'agisse de gènes de prédisposition (BRCA 1, BRCA 2 pour le cancer du sein) ou l'existence de polymorphismes génétiques, peut permettre d'envisager un dépistage de la population à risque dans le cadre de la prévention secondaire ou de mener certaines actions de prévention primaire (chimio-prévention,

17 Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018. https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf

chirurgie prophylactique). Les cancers du côlon, du sein, de l'ovaire, de la prostate, le rétinoblastome, les gliomes, le cancer médullaire de la thyroïde sont ceux pour lesquels une prédisposition génétique peut être retrouvée. Les études actuelles tant épidémiologiques, que de biologie moléculaire, indiquent qu'un risque génétique pourrait exister dans environ 5 à 20 % des cancers. Plus de 200 mutations prédisposant au cancer sont connues chez l'Homme. Au Cameroun, le cancer du sein est le plus fréquent tout sexe confondu. Chez la femme jeune (moins de 40 ans) il est généralement associé à une prédisposition génétique notamment une mutation du gène BRCA. En 2008, la prévalence des cancers du sein chez les moins de 40 ans était estimée à 30%, celle-ci ne cesse de croître au regard des statistiques des consultations d'oncologie des hôpitaux généraux de Yaoundé et Douala. Cependant aucune étude génétique n'a été recensée dans cette population afin de déterminer l'existence d'une mutation du gène BRCA à la fois chez le malade ou chez ses parents au premier degré. Aucune stratégie de prévention et de diagnostic n'est donc mise en place pour ce groupe de la population[18,19].

2.3. Dispositif de la riposte contre les cancers au Cameroun

Cadre institutionnel et organisationnel

Le Comité National de Lutte contre le Cancer a été réorganisé par Arrêté du Premier Ministre N°017/PM du 06 mars 2020. Ce comité a pour mission :

- La proposition de la politique et des stratégies de lutte contre les cancers ;
- La prévention des cancers ;
- La détection précoce des cancers ;
- Le traitement et les soins palliatifs des malades du cancer ;
- La collecte des données sur les cancers ;
- La recherche sur les cancers ;
- La mobilisation des ressources nécessaires pour mener à bien ses activités.

Ressources humaines

Les ressources humaines pour la prise en charge des cancers restent largement insuffisantes au regard du nombre de malades. Le Cameroun dispose de 1,1 médecin et de 7,8 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. Le tableau suivant présente les ressources humaines disponibles en 2018 pour la réponse au Cancer.

18 Cancer Profil des Pays en 2014, OMS. https://www.who.int/nmh/countries/2014/cmr_en.pdf

19 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Manuel de formation sur la planification stratégique de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique. (2017)

Tableau 3 : Ressources humaines disponibles pour la lutte contre le cancer, 2020

№	Type de personnel	Nombre estimé
1	Infirmières de soins palliatifs	50
2	Anatomo-cytopathologistes	21
3	Médecins radiologues	20
4	Assistants sociaux	21
5	Gynécologues avec expertise en Oncologie	10
6	Médecins biologistes	10
7	Hémato-oncologues	06
8	Oncologues médicaux	09
9	Oncologues radiothérapeutes	05
10	Chirurgiens oncologues	05
11	Médecins formés en soins palliatifs	05
12	Psychologues cliniciens avec expertise en oncologie	07
13	Onco-pédiatres	03
14	ORL/CCF avec expertise en oncologie	04
15	Cytotechniciens	02
16	Infirmiers oncologues	01

2.4. Prévention des cancers au Cameroun

Le Cameroun ne dispose pas actuellement d'une stratégie nationale de prévention des cancers. Un plan stratégique national de lutte contre le cancer du col de l'utérus a été rédigé en 2016. Cependant celui-ci n'a pas été implémenté. Des 5 cancers les plus fréquents, 3 peuvent bénéficier d'une stratégie de prévention primaire et secondaire efficace. Il s'agit des cancers du sein, du col de l'utérus et du foie.

Sensibilisation sur les facteurs de risque modifiables

En ce qui concerne la prévention primaire, le Cameroun ne dispose pas de Plan Intégré de Communication (PIC) sur les facteurs de risque modifiables des cancers. Cependant, des campagnes de sensibilisation à l'occasion des journées et événements spéciaux divers tels qu' « Octobre rose », sont organisés par le Comité National de Lutte contre le Cancer à l'attention du grand public. Par ailleurs, sous l'initiative privée des organisations de la société civile (OSC) quelques campagnes de sensibilisation sont menées dans la communauté, ou les milieux professionnels, scolaires et universitaires. Ces initiatives ne peuvent nullement couvrir le territoire national et de nombreux Camerounais non sensibilisés continuent à s'exposer aux facteurs de risques des cancers.

Vaccination

- ✓ **Virus du Papillome Humain (HPV)**

En 2015, le Cameroun a réalisé avec succès la phase pilote d'introduction du vaccin contre le HPV pour les filles de 9 à 13 ans. Cependant celui-ci n'est pas encore intégré dans

le PEV de routine. Il s'agit pourtant de l'une des stratégies efficaces de réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus qui demeure le 2ème cancer le plus fréquent.

Toutefois, le MINSANTÉ prévoit l'introduction du vaccin dans le Programme Élargi de Vaccination pour 2020. Le coût du vaccin bivalent et quadrivalent reste élevé pour la population camerounaise (35 000 FCFA la dose). Un plaidoyer devrait être fait pour favoriser un meilleur accès à toutes les couches sociales[20].

- ✓ **Virus de l' hépatite B**

La vaccination contre l'hépatite virale B est intégrée dans le PEV de routine. Cependant, pour les enfants nés de mère infectée, la dose à administrer à la naissance reste encore à la charge de la famille et le coût est très élevé. D'autre part, les protocoles nationaux d'information sur la prise en charge des nouveau-nés de mère porteuse du VHB ne sont pas affichés dans toutes les FOSA. La promotion du vaccin contre l'hépatite virale B et l'évaluation de la réponse immunologique ne sont pas encore optimales au Cameroun.

Dépistage

Le Cameroun ne dispose pas d'un programme de dépistage national des cancers du sein et du col de l'utérus. Quelques hôpitaux publics et 2 structures confessionnelles notamment Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS) et Presbyterian Church in Cameroon Health Services (PCCHS) conduisent de façon routinière des dépistages et traitements des états précancéreux du col utérin dans certaines villes (Bamenda, Mbingo, Kumbo, Douala, Mutengene, Kumba, Kribi, Bafoussam, Yaoundé, Limbe). Des campagnes de dépistage sporadiques sont organisées en stratégie avancée par le CNLCa et certaines OSC. Cependant, de nombreux états précancéreux ne peuvent bénéficier d'un traitement faute de disponibilité des équipements. Un dépistage continu participe à la réduction de l'incidence et de la mortalité liées au cancer.

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique des cancers, indispensable à la prise de décision prioritaire pour la lutte contre le cancer, n'est plus effective au Cameroun depuis l'arrêt du fonctionnement du registre des cancers de la ville de Yaoundé en 2012.
Toutefois, quelques données sur les cas suspects de cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate sont renseignées dans le DHIS 2.

20 Adi J. Price, BA1; Paul Ndom, MD2; Etienne Atenguena, MD2; Jean Pierre Mambou Nouemssi, BA2; and Robert W. Ryder, MD3. Cancer Care Challenges in Developing Countries Cancer 2011;000:000–000. VC 2011 American Cancer Society

2.5. Diagnostic et traitement du cancer au Cameroun

Le diagnostic d'un cancer repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Il est donc important pour tout système de santé de disposer de laboratoires équipés d'anatomocytopathologie, d'analyses biologiques et biomoléculaires ainsi que de services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire.

Diagnostic

- **Les services d'anatomo-pathologie au Cameroun**

Le diagnostic positif de la majorité des cancers est avant tout anatomopathologique. Regroupés dans les grandes villes, les laboratoires d'anatomie pathologique sont également répartis sur le territoire national ; 03 dans les Formations sanitaires (FOSA) publiques (Douala, Yaoundé, Buéa) et 03 dans les structures privées (Bamenda, Mbingo et Bafoussam). Les autres régions ne disposant pas de laboratoire acheminent les échantillons dans des conditions difficiles altérant la qualité des prélèvements.

L'immunohistochimie, technique nécessaire pour la précision diagnostique et thérapeutique n'est disponible qu'au Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et reste peu accessible à la majorité des malades du cancer. Par ailleurs, les délais de rendus des résultats sont longs.

- **Imagerie médicale**

Les services d'imagerie médicale sont disponibles dans la majorité des FOSA de la 1ère à la 4ème catégorie. L'équipement basique est constitué d'un appareil de radiographie standard Os-Poumon et d'un appareil d'échographie. Les appareils de scanner et d'IRM recommandés pour le bilan d'extension des cancers ne sont disponibles que dans les hôpitaux généraux et centraux, et dans 03 hôpitaux régionaux (Ebolowa, Garoua et Bafoussam). L'imagerie médicale est développée dans le secteur privé et mais reste concentrée dans les villes de Douala et Yaoundé.

Tableau 4 : Repartition des services d'imagerie disposant d'un appareil de scanner et/ou d'IRM

FOSA	APPAREIL SCANNER	APPAREIL IRM
HGY	Non fonctionnel	Absent
HGOPY	Fonctionnel	Absent
CHUY	Non fonctionnel	Non fonctionnel
CHE (CNPS)	Non fonctionnel	Absent
HCY	Fonctionnel	Absent
Hôpital Militaire de Yaoundé	Fonctionnel	Fonctionnel
CURY	Fonctionnel	Absent
HGD	Fonctionnel	Fonctionnel
HLD	Non fonctionnel	Absent
HR Bafoussam	Fonctionnel	Absent
HR Ebolowa	Fonctionnel	Absent
HR Limbé	Fonctionnel	Absent
HR Garoua	Fonctionnel	Absent
Hôpital Norvégien de Ngaoundéré	Fonctionnel	Absent
Total	**10/14 appareils fonctionnels**	**2/3 appareils fonctionnels**

Le cancer étant une affection de longue durée, les malades doivent réaliser régulièrement ces examens dans le cadre de leur suivi. Cependant, leur niveau actuel d'accessibilité est un frein à la prise en charge.

- **Laboratoires d'analyses biologiques et biomoléculaires**

Toutes les FOSA de la 1ère à la 4ème catégorie disposent de laboratoires d'analyses biologiques pratiquant les examens de base d'hématologie, biochimie, bactériologie et parasitologie. À l'exception des laboratoires privés, seuls les laboratoires des hôpitaux généraux, centraux et assimilés réalisent l'analyse des marqueurs tumoraux importants pour la surveillance des cancers. Les examens de biologie moléculaire ne sont pas disponibles.

- **Service de Médecine Nucléaire**

Le Cameroun ne dispose pas d'un service de médecine nucléaire fonctionnel. Ce service permettrait la réalisation de scintigraphies osseuses, la recherche du ganglion sentinelle, et la radiothérapie métabolique. De plus, la tomographie par émission de positons n'est pas disponible au Cameroun.

Traitement des cas diagnostiqués et soins palliatifs

La prise en charge des cancers est multidisciplinaire et nécessite au préalable des réunions de concertation pluridisciplinaires institutionnalisées. Au Cameroun, seuls les Hôpitaux Généraux de Douala et Yaoundé disposent d'une telle plateforme d'échanges. Néanmoins, la prise en charge des cancers est en général débutée dans la majorité des

FOSA. Le Cameroun ne dispose pas de référentiels nationaux de prise en charge des cancers les plus fréquents.

- **La chirurgie**

La prise en charge chirurgicale de certains cancers est effective au Cameroun, dans les hôpitaux généraux, centraux et assimilés. Bien que plusieurs chirurgiens aient été formés à la réalisation des interventions chirurgicales (mastectomie radicale ou conservatrice, Wertheim, colpohystérectomie, annexectomie bilatérale, ommentectomie, hémicolectomie, curage ganglionnaire …) pour les cancers les plus fréquents, le pays dispose de très peu de chirurgiens diplômés en oncologie. Par ailleurs, le plateau technique de la plupart des FOSA ne permet pas la réalisation de certains gestes chirurgicaux même lorsque la ressource humaine qualifiée est disponible.

- **La radiothérapie**

Le Cameroun dispose d'un seul service de radiothérapie fonctionnel doté d'un appareil de Cobalt 60 de marque EQUINOX qui permet la réalisation d'une radiothérapie en 2D. La radiothérapie conformationnelle 3D qui permet de faire correspondre au mieux le volume irradié et volume de la tumeur n'est pas disponible dans les formation sanitaires publiques. Pendant leur prise en charge, plus de 50% des malades du cancer ont besoin de la radiothérapie. L'offre est donc très inférieure à la demande. L'équipement est en surexploitation et les délais d'attente atteignent 3 mois. Il est donc urgent de trouver une solution.

Par ailleurs, un service de radiothérapie 3D fonctionnel existe au Centre Privé d'Oncologie de Bekoko. Cependant, l'impact sur la prise en charge des malades reste limité par son accessibilité.

- **Traitements systémiques**

Les traitements systémiques des cancers comprennent la chimiothérapie et les thérapies ciblées. Ils sont dispensés dans les unités d'Oncologie médicale. Depuis 2005, le Ministère de la Santé Publique subventionne partiellement l'achat des anticancéreux. Cependant, l'enveloppe budgétaire allouée à cet effet est insuffisante car moins de 10% des besoins nationaux sont couverts. Les thérapies ciblées et les médicaments de support dont l'efficacité a transformé le pronostic de la plupart des cancers sont souvent indisponibles à cause de leurs coûts élevés.

Les hôpitaux de jour de chimiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles, ne répondent pas toujours aux standards internationaux. La préparation des médicaments est faite au chevet du lit du malade dans certaines FOSA. Les chimiothérapies anticancéreuses sont parfois administrées sous la supervision de médecins non qualifiés.

Tableau 5 : Formations sanitaires possédant une unité d'Oncologie médicale

№	Formation Sanitaire	Date de début de fonctionnnement
1	HGY	11 Juin 1993
2	HGD	2012
3	HCY	2013
4	HLD	2000
5	Mbingo Baptist Hospital	2006
6	HD Bonassama	Mars 2017
8	Saint Martin de Porres	Avril 2019
9	HGOPED	Mars 2020
10	Centre Mère et enfant de la Fondation Chantal Biya	2000

- **Soins Palliatifs**

Au Cameroun, les soins palliatifs ne sont intégrés ni dans le paquet minimum d'activités, ni dans le paquet complémentaire d'activités délivrés par les Formations Sanitaires (FOSA). Depuis 4 ans, le MINSANTÉ accompagne et subventionne la conférence camerounaise de soins palliatifs, plateforme d'échanges des acteurs de soins palliatifs au Cameroun. Très peu de FOSA publiques disposent d'une unité de soins palliatifs et l'approvisionnement ininterrompu en opioïdes est un problème récurrent, rendant difficile la gestion des douleurs sévères. La prise en charge holistique des cancers intégrant la gestion des problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des malades n'est pas effective dans la majorité des FOSA. Un grand nombre de malades décèdent dans la souffrance et sans assistance du fait l'absence d'un système de soins à domicile, modèle « home based visit », recommandé pour les pays à ressources limitées. Bien que les OSC et les organisations confessionnelles contribuent à la délivrance des soins palliatifs au Cameroun, cette activité devrait être coordonnée par le MINSANTÉ pour assurer son implémentation sur l'étendue du territoire national.

Compte tenu de tout ce qui précède et du fait que le Cameroun ne dispose pas d'une stratégie de lutte contre les cancers d'une part, et vues l'incidence et la létalité très élevées et en progression des cancers au Cameroun, ainsi que l'insuffisance des dispositifs de prévention et de prise en charge actuels d'autre part, il est urgent que le pays apporte une réponse optimale bien coordonnée contre cette pathologie. Le présent Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer est en parfaite cohérence avec la vision de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, elle-même arrimée à la Vision Cameroun 2035 et au Document de Stratégie de la Croissance et de l'Emploi (DSCE).
Il s'agira essentiellement de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. La mise en œuvre de cette stratégie vise à sauver environ 75 000 vies humaines et atténuer la souffrance de leurs familles au cours des cinq prochaines années. Elle est ainsi en cohérence avec la vision politique du pays déclinée par le Chef de l'Etat qui déclarait qu'il faut œuvrer pour « un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais

sans soins, quels que soient ses moyens ». Ainsi mettre en œuvre cette Stratégie sera un investissement pour le développement du pays et non une dépense.

3. METHODOLOGIE

3.1. Procédures

L'élaboration du présent Plan Stratégique de Prévention et de Lutte contre le Cancer s'est basée sur une approche participative et multisectorielle. Elle a été pilotée par le Comité National de lutte contre le Cancer (CNLCa), avec l'appui technique et financier de l'OMS et a connu la participation de plusieurs experts provenant des structures publiques et privées. Outre le Ministère de la Santé Publique, les institutions suivantes ont été mises à contribution :

- le Ministère des Finances ;
- le Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille ;
- le Ministère des Affaires Sociales ;
- le Ministère de l'Education de Base ;
- le Ministère des Enseignements Secondaires ;
- le Ministère de l'Enseignement Supérieur ;
- l'OMS ;
- l'USAID ;
- l'UNICEF ;
- l'ONUSIDA ;
- l'UNFPA ;
- l'Agence Nationale de Radioprotection ;
- Synergies africaines.

3.2. Approches techniques

En vue de son alignement, l'approche consistait à s'appuyer sur des documents de référence tels que :

- le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (2010-2020) ;
- la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 ;
- le Plan National de Développement Sanitaire (2016-2020).

La méthodologie de travail proprement dite s'est articulée autour des activités suivantes :

- Revue documentaire ;
- Travaux en ateliers ;
- Entretiens individuels ;
- Consultations participatives.

Le recueil de toutes les données au cours de ces activités a permis de se pencher sur les points suivants :

- Faire un diagnostic de l'état des lieux de la maladie au Cameroun et identifier les priorités pour la période 2020-2024 ;
- Définir la vision et les objectifs de ce plan stratégique ;
- Identifier les interventions prioritaires et les approches stratégiques ;
- Estimer le coût ;
- Définir les éléments de suivi et évaluation.

4. ANCRAGE INSTUTIONNEL DU PLAN

4.1. Cadre de référence mondial

Lors de la 66ème Assemblée Mondiale de la Santé tenue à Genève en mai 2013, l'OMS a adopté le Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Ce Plan d'action propose 9 cibles volontaires à l'échelle mondiale à atteindre d'ici 2025, parmi lesquelles la réduction relative de 25 % du risque de décès prématurés imputables aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques, etc.

Le 25 septembre 2015, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté un nouvel Agenda pour le développement durable. Cet Agenda comporte un « plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité », qui vise à renforcer la paix universelle dans une liberté plus grande et à faire en sorte que personne ne soit oublié. L'Objectif de Développement Durable (ODD) N°3 relatif à la santé, section 4, est de réduire d'un tiers d'ici à 2030, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles dont les cancers.

Lors de la 70ème Assemblée Mondiale de l'OMS tenue en avril 2017, les 177 pays membres dont le Cameroun, ont réitéré leur engagement à élaborer des politiques et des plans pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; ceci dans le but de garantir un diagnostic rapide et fournir des soins accessibles, à un coût abordable et de qualité, à tous les malades de cancer.

4.2. Cadre de référence national

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une Vision à l'horizon 2035 : « *le Cameroun un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité* ». La mise en œuvre de cette vision prévoit plusieurs cycles dont le premier a vu l'élaboration du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi 2010-2019 (DSCE). Le second cycle de ce document prévu pour 2020-2029 est en cours de finalisation.

L'un des objectifs de croissance retenus est le développement humain qui porte le volet santé au Point 240 du DSCE. Dans ce document il est prévu que la lutte contre la maladie se poursuivra de manière intégrée, avec pour objectif essentiel de réduire considérablement la charge morbide, notamment chez les pauvres et les populations vulnérables. Les actions menées seront centrées entre autre sur la lutte contre les maladies non transmissibles dont les cancers.

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 alignée sur le DSCE est le document de référence du secteur santé. Sa vision est : **« Le Cameroun, un pays où l'accès**

universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035 avec la pleine participation des communautés».

L'axe stratégique N°2 portant sur la prévention de la maladie prévoit comme un des objectifs spécifiques, la réduction d'au moins 10% de la prévalence des principales maladies non-transmissibles dont les cancers. Il prévoit aussi comme stratégie de mise en œuvre, le renforcement de la prévention des cancers, car ils représentent un fardeau de plus en plus lourd pour le système de santé.

L'implémentation de la SSS 2016-2027 dans ses différentes phases se décline en Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et met l'emphase sur les interventions de prévention des cancers. Pour les adresser, Il s'agira notamment de :

- Mener un plaidoyer pour l'augmentation des ressources en faveur de cette pathologie ;
- Renforcer la vaccination des filles de 9 à 13 ans contre le HPV ;
- Renforcer la vaccination contre l'hépatite virale B ;
- Sensibiliser les populations sur les mesures communautaires visant à les prévenir.

En ce qui concerne la prise en charge des cancers, la SSS prévoit l'amélioration du diagnostic et la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques et non transmissibles (cancers) à travers la création des centres médicaux ambulatoires et la délégation des tâches au niveau déconcentré.

La contribution du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNLCa) dans la réalisation de cette vision est de permettre au travers de sa mise en œuvre, que d'ici 2035, le Cameroun devienne un pays où la prise en charge holistique et optimale des cancers soit une réalité. Ce plan est un document qui devra s'arrimer à la SSS 2016-2027 et concourir à la réalisation de l'objectif général de celle-ci. Pour ce faire, les axes stratégiques et les interventions retenus dans le PNPLCa ont été arrimés au document de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) et au PNDS. Le tableau ci-après présente les liens qui existent entre les axes stratégiques de la SSS, les interventions du PNDS et les objectifs spécifiques retenus dans ce plan.

Tableau 6 : Ancrage et arrimage du PSNPLCa et la SSS 2016-2027

AXES STRATEGIQUES	SOUS AXES STRATEGIQUES	INTERVENTIONS DE LA SSS 2016-2027 (PNDS)	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PSNPLCa
2-PREVENTION DE LA MALADIE	2.4 : Prévention des Maladies Non Transmissibles	2.4.9: Renforcement de la prévention du cancer	Augmenter de 25% d'ici à 2024 les interventions de prévention primaire à travers la communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le cancer
3-PRISE EN CHARGE DES CAS	3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles	3.1.6: Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas de maladies non transmissibles	Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers precocement dépistés et traités
			Améliorer d'ici à 2024 l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison

La figure 7 présente le schéma organisationnel de la réponse de la lutte contre le cancer au Cameroun.

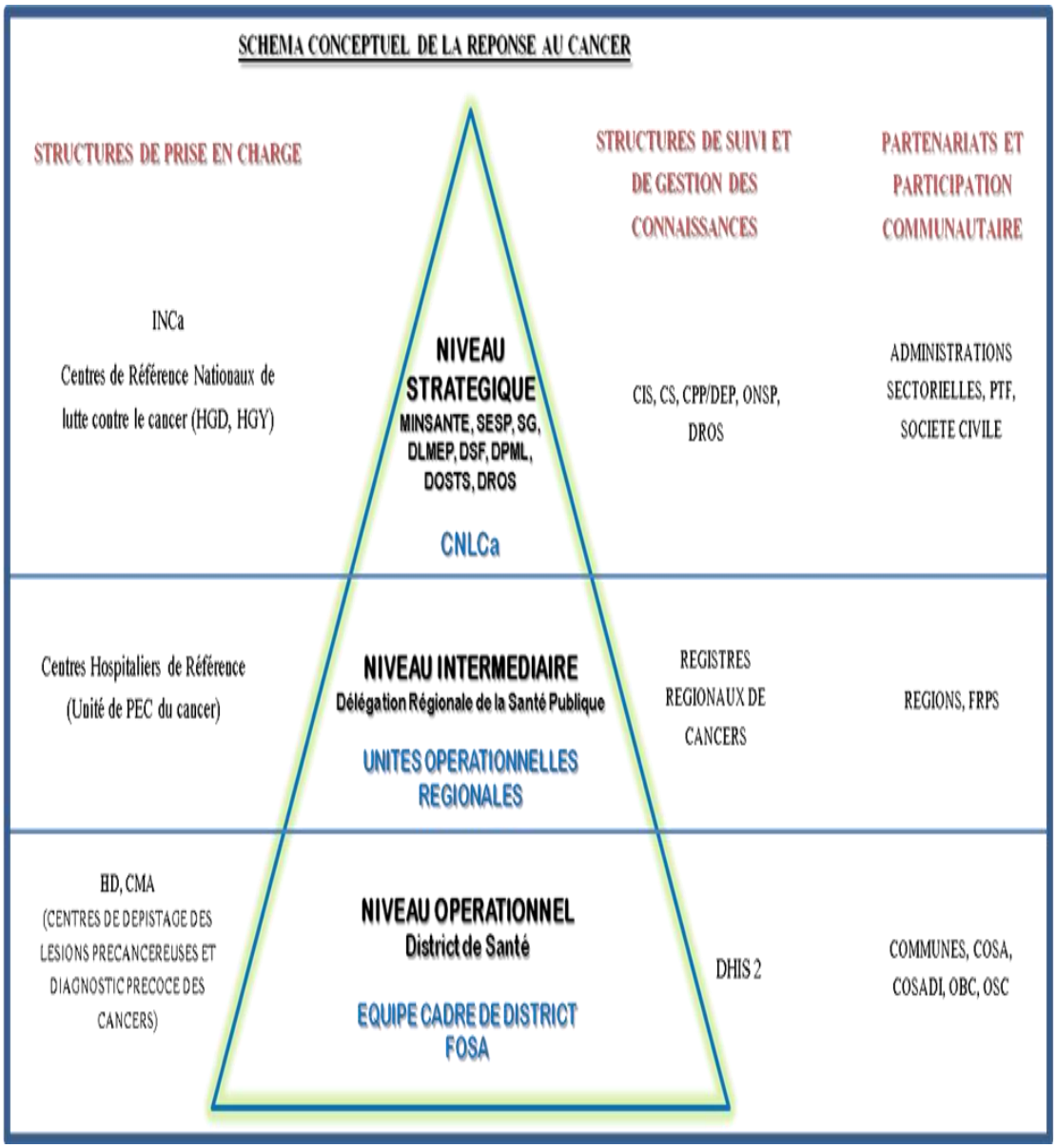

Figure 7 : Schéma conceptuel de la réponse au cancer au Cameroun

5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

5.1. Vision du plan stratégique

« *D'ici 2035, la prise en charge holistique et optimale des cancers sera une réalité au Cameroun* », telle est la vision qui motive notre engagement dans la lutte contre le cancer et dont la réalisation débutera avec la mise en œuvre de ce plan stratégique. Plan qui s'inscrit en droite ligne des engagements tant nationaux, qu'internationaux pris jusqu'ici.

5.2. Objectifs

Objectif général

Ce Plan a pour objectif général de réduire d'ici à 2024 de 10% la morbidité et la mortalité dues au cancer en vue d'atténuer son impact socio-économique sur le développement du pays. Il cible la population générale.

Objectifs spécifiques

Il s'agira de :

Objectif spécifique n° 1 : Mettre en place en rendant fonctionnelle au Cameroun d'ici à 2021, une Politique Nationale de Lutte contre le Cancer pendant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020-2024 ;

Objectif spécifique n° 2 : Augmenter de 25% d'ici à 2024, les interventions de prévention primaire à travers la communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le cancer ;

Objectif spécifique n° 3 : Augmenter de 25% d'ici à 2024, le nombre de cancers précocement dépistés et traités ;

Objectif spécifique n° 4 : Améliorer d'ici à 2024, l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison ;

Objectif spécifique n° 5 :Produire d'ici à 2024, des informations stratégiques sur l'épidémiologie des cancers ;

Objectif spécifique n° 6 : Améliorer d'ici à 2024, les capacités institutionnelles en matière de planification et de gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance).

5.3. Principes directeurs et interventions prioritaires

Principes directeurs

Les principes directeurs qui orientent la politique nationale de lutte contre le cancer sont les suivants :

i. *Le travail en réseau pour une meilleure promotion de la politique de lutte contre le cancer et son plan stratégique ;*

ii. *Le partage des enseignements et la réduction de la duplication des efforts ;*

iii. *La collaboration intersectorielle par le développement d'un partenariat avec les institutions publiques, privées, la société civile et les institutions internationales dans la planification des actions et la prestation de services.*

Lors de la formulation de la politique nationale de lutte contre le cancer, la prise de décisions, l'administration, le plaidoyer et la pratique de la médecine doivent être pris en compte pour justifier les priorités de réalisation de la santé pour tous. Les principales maladies non transmissibles partagent des facteurs de risque communs. Cet aspect sera capitalisé lors de la formulation de la politique, de la planification stratégique et du travail en réseau sur le cancer.

Dans la planification de la prévention et la lutte contre le cancer, le plaidoyer est une stratégie essentielle visant à influencer la réflexion, l'action du public et des décideurs à tous les niveaux. Grâce à l'information, à la sensibilisation du grand public et des décideurs, les défenseurs de la lutte contre le cancer peuvent influencer l'adoption des lois et règlements qui ont une incidence sur la situation du cancer.

Principales Interventions prioritaires (IP)

De façon concrète, la mise en œuvre du Plan intègrera les principales interventions prioritaires des objectifs spécifiques et seront résumées dans un cadre stratégique.

Objectif Spécifique n°1 : Mettre en place en rendant fonctionnelle, au Cameroun d'ici à 2021, une politique nationale de lutte contre le cancer pendant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa).

IP 1 : Elaboration, production et diffusion d'ici 2021 des documents stratégiques et opérationnels y compris des directives de mise en œuvre ;
IP 2 : Amélioration de 25% d'ici à 2024 des performances de l'enseignement et la recherche en cancérologie au Cameroun ;
IP 3 : Réorganisation d'ici fin 2020 du Programme National de Lutte contre le Cancer ;

IP 4 : Construction d'ici à 2024, de l'institut National du Cancer (INCa).

Objectif Spécifique n°2 : Augmenter de 25% d'ici à 2024 les interventions de prévention primaire, à travers la communication pour le changement de comportements en matière de cancer.

IP 1 : Mobilisation sociale en faveur de la prévention des cancers ;
IP 2 : Plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement des cancers ;
IP 3 : Information Education et Communication (IEC) en faveur de la prévention des cancers ;
IP 4 : Communication pour le changement de comportements en faveur de la prévention des cancers ;
IP 5 : Vaccination et renforcement du dépistage des cas précancéreux.

Objectif Spécifique n°3 : Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités.

IP 1 : Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le diagnostic précoce des cancers curables ;
IP 2 : Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le traitement rapide des cancers identifiés précocement.

Objectif Spécifique n°4 : Améliorer d'ici à 2024, l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10% du taux général de guérison.

IP 1 : Amélioration de la qualité du traitement des cas de cancers ;
IP 2 : Production de bons services de soins palliatifs.

Objectif Spécifique n°5 : Produire d'ici à 2024, des informations stratégiques sur l'épidémiologie des cancers.

IP 1 : Production des données de routine sur le cancer ;
IP 2 : Réactivation et vulgarisation de la surveillance épidémiologique des cancers ;
IP 3 : Renforcement de la Recherche.

Objectif Spécifique n°6 : Améliorer d'ici à 2024, des capacités institutionnelles en matière de planification et gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance).

IP 1 : Amélioration de la planification et le monitoring des activités du programme ;
IP 2 : Amélioration de la fonctionnalité du CNLCa ;
IP 3 : Renforcement des capacités.

5.4. Cadrage Stratégique

Ce Plan a pour objectif général d'ici à 2024, de réduire de 10% la morbidité et la mortalité dues au cancer en vue d'atténuer son impact socio-économique sur le développement du pays. Il cible la population générale.

Objectif Spécifique n°1:

Mettre en place en rendant fonctionnelle au Cameroun d'ici à 2021 une politique nationale de lutte contre le cancer pendant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa).

Justification :

L'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale aux cancers montre que la prévention et la lutte en général contre les cancers au Cameroun souffrent d'un déficit organisationnel. Peu de documents normatifs sont disponibles. Les praticiens ne travaillent pas dans un cadre référentiel bien connu de tous. Des ambitions nationales n'existent pas, des orientations politiques sont souhaitées. L'enseignement reste très embryonnaire et le pays dispose de peu de personnes qualifiées pour la prévention et la prise en charge au regard du fardeau que représente ce groupe de maladies sur le système de santé. D'autre part, les traitements ont des coûts encore inaccessibles aux patients. Il semble ainsi indispensable que la communauté nationale s'implique pour inscrire dans sa vision la lutte contre le cancer non pas comme une dépense mais comme un investissement. Des mesures conséquentes peuvent ainsi être prises pour réduire les pertes humaines et économiques que représentent cette affection.

Il sera important de :

- Rendre disponible à toutes les parties prenantes les documents de politique et de planification opérationnels ;
- Mener des missions de plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires ;
- Organiser et participer aux conférences sur les thématiques liées au cancer ;
- Mettre à contribution les journées commémoratives et symboliques (janvier, 4 février, 11 février, 8 mars, 1er mai, 8 mai, 16 juin, octobre) ;
- Développer une relation privilégiée avec les médias pour vulgariser les informations autour de la maladie et répondre aux préoccupations des populations.

Par ailleurs, le peu d'expertise existant n'est pas efficacement utilisé et le peu d'experts disponibles sont assignés à de multiples tâches. Ce qui réduit le temps qu'ils sont

censés consacrer aux patients atteints de cancer. Cela peut également prolonger la durée du traitement, majorer les effets secondaires et éventuellement les décès.

La plupart des pays africains ne disposent pas de programme de formation en oncologie. Cette formation est encore considérée comme une super-spécialité dans la majorité des domaines de la médecine tels que : l'oncologie gynécologique, l'oncologie médicale et l'oncologie pédiatrique. En effet, elle nécessite que l'on se spécialise au préalable dans d'autres disciplines avant de se spécialiser en oncologie proprement dite.

Dans certaines institutions, le temps consacré à l'enseignement de l'oncologie aux étudiants en médecine et aux élèves infirmiers/agents paramédicaux est très limité. Ce temps varie de six heures pour les étudiants en médecine et quatre heures pour les élèves infirmiers/agents paramédicaux. L'étude des affections oncologiques est en général intégrée dans le programme d'enseignement normal et n'est pas considérée comme domaine à part entière. Par ailleurs, on note la nécessité d'intégrer dans le cahier de charge des ASC la sensibilisation sur le cancer.

Il existe peu, voire aucune ramification des connaissances en oncologie vers d'autres prestataires de services de santé dans le système de santé. Il est recommandé d'une part, que les programmes de formation dans les instituts médicaux, d'études en soins infirmiers et d'études paramédicales soient révisés pour intégrer la formation à la prévention, à la détection, à la guérison et aux soins du cancer, et d'autre part la formation continue des experts en cancérologie qui doit être effective.

Cet objectif spécifique n° 1 prévoit ainsi mener les quatre (04) interventions prioritaires suivantes :

- Elaboration, production et diffusion d'ici 2021 des documents stratégiques et opérationnels, y compris des directives de mise en œuvre ;
- Amélioration de 25% d'ici à 2024 des performances de l'enseignement et la recherche en cancérologie au Cameroun ;
- Réorganisation d'ici 2020 du Programme National de Lutte contre le Cancer ;
- Construction d'ici à 2024, de l'institut National du Cancer (INCa).

Pour chacune de ces interventions, des activités prioritaires ont été identifiées et validées.

Tableau 7: Activités Prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 1

IP 1 : Elaboration, production et diffusion d'ici 2021 des documents stratégiques et opérationnels y compris des directives de mise en œuvre
• Elaboration et validation des documents de politique et d'orientation sur les différentes catégories de cancers et des soins palliatifs (enfants, femmes et adultes) ; • Élaboration d'une politique de développement des soins palliatifs ; • Développement des directives de mise en œuvre.
IP 2 : Amélioration de 25% d'ici à 2024 des performances de l'enseignement en cancérologie au Cameroun
• Elaboration et mise en œuvre d'un plan de promotion de la santé dans les écoles, les lycées et collèges sur le cancer ; • Élaboration d'un référentiel et d'un manuel de formation pour les soins palliatifs ; • Formation de 25 formateurs en soins palliatifs en vue d'assurer une formation continue des professionnels de la santé au niveau opérationnel ; • Extension d'une couverture des disciplines concernant le cancer par des travaux pratiques dans le cadre du programme de formation/d'apprentissage destiné aux étudiants dans 8 institutions de formation en santé ; • Assurance de l'accompagnement technique des chercheurs en cancérologie ; • Démarrage et facilitation d'une formation spécialisée locale et régionale pour les candidats intéressés par l'oncologie.
IP 3 : Réorganisation d'ici fin 2020 du Programme National de Lutte Contre le Cancer
• Restructuration du cadre juridique du CNLCa ; • Intégration des activités de prévention et de contrôle du cancer dans le paquet minimum de tous les niveaux de mise en œuvre des soins avec un accent sur les soins de santé primaire ; • Intégration de la prévention et la lutte contre le cancer dans les programmes de santé des ONG/associations (locales et internationales) ; • Institution de la collaboration avec d'autres programmes de santé (le paludisme, la schistosomiase, VIH/SIDA, hépatite b, etc.) en vue du renforcement du système de santé.
IP 4 : Construction d'ici à 2024, de l'institut National du Cancer (INCa)
• Elaboration du document de décision portant création et organisation d'un Institut National du Cancer (INCa) ; • Elaboration du projet de mise en place de l'INCa (Mise en place du fonctionnement de l'Unité de coordination : un comité de pilotage, une cellule d'exécution du projet, et un groupe de travail) ; • Acquisition d'un site pour la construction de l'INCa ; • Réalisation des études de faisabilité et technico financière ;

- Recrutement et Formation des ressources humaines de l'INCa ;
- Rédaction et validation d'un manuel de procédure de l'INCa ;
- Equipement de l'INCa en matériel biomédical ;
- Equipement de l'INCa en mobilier et autre équipements ;
- Acquisition des intrants (médicaments) pour démarrage ;
- Réalisation de Travaux de génie civil ;
- Désignation d'un maitre d'ouvrage ;
- Elaboration du plan d'entretien et de maintenance ;
- Promotion et communication auprès de la population sur les offres et services de l'INCa.

Objectif Spécifique n°2 :

Augmenter de 25% d'ici à 2024 les interventions de prévention primaire à travers la communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le cancer.

Justification :

Prévention primaire

La prévention vise à minimiser et éliminer la possibilité d'exposition aux agents cancérigènes et à réduire les facteurs de risque biologique dans la communauté. Elle constitue la possibilité la plus grande et la moins onéreuse pour la lutte contre le cancer à long terme. Elle se focalise sur la sensibilisation du public aux facteurs de risque et aux modes de vie qui peuvent entraîner le développement du cancer.

La prévention du cancer relève aussi bien de la responsabilité politique que médicale. Pour prévenir cette maladie, nous devons connaître les facteurs qui peuvent accroître le risque pour tout individu de développer le cancer et prendre des mesures visant à réduire ces facteurs. La prévention doit s'inscrire dans une perspective à long terme, car les avantages de l'investissement dans la prévention ne seront manifestes qu'après plusieurs décennies ou dans la génération suivante. Les mesures de promotion de la prévention et de la santé doivent être bien coordonnées. En outre, plusieurs mesures efficaces dans la lutte anticancéreuse s'appliquent également à la lutte contre les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques.

La population, les ONG et le gouvernement doivent tous participer à la réduction et/ou à l'élimination des facteurs environnementaux du cancer. En Afrique, notamment au Cameroun, la priorité doit être accordée aux facteurs infectieux, comportementaux et environnementaux.

La sensibilisation au cancer peut se faire par l'éducation du public et des apprenants. Les méthodes ci-après peuvent être utilisées :

Vaccination

A l'heure actuelle, deux vaccins conférant une protection contre les types de HPV à haut risque 16 et 18 ont été homologués. La plupart des pays disposent de l'un ou l'autre de ces vaccins, ou alors des deux :

- Le vaccin bivalent (protection vis-à-vis des types 16 et 18 uniquement)
- Le vaccin quadrivalent (qui offre en plus une protection vis-à-vis des types 6 et 11, lesquels sont responsables de 90% des verrues ano-génitales bénignes, également appelées condylomes).

Les deux vaccins contiennent des pseudo-particules virales (VLP) dont l'aspect ressemble au virus du papillome humain. Etant donné que ces vaccins VLP ne contiennent pas de virus, ils ne peuvent pas provoquer d'infection au HPV. Ils stimulent le développement d'anticorps dirigés contre le VLP et en raison de la similitude entre VLP et les virus HPV, cela empêchera une infection au HPV en cas d'exposition ultérieure.

Les vaccins doivent être administrés avant qu'une infection à HPV ait lieu. Une jeune fille peut être infectée par le HPV peu de temps après avoir commencé à devenir sexuellement active. La vaccination des jeunes filles contre le HPV, étant une importante intervention de prévention primaire contre le cancer du col de l'utérus, doit donc avoir lieu avant le début de l'activité sexuelle.

Les vaccins ne permettent pas de traiter une infection à HPV déjà présente ou une maladie liée au HPV. Ils n'ont pas d'effet non plus sur l'évolution de la maladie (lésions précancéreuses et cancer), s'ils sont administrés à des femmes déjà infectées par le HPV au moment de la vaccination.

L'OMS recommande d'administrer de manière systématique le vaccin contre le HPV aux jeunes filles âgées de 9 à 13 ans, car dans la plupart des pays, elles n'ont pas encore commencé à avoir une activité sexuelle. Et au Cameroun la tranche d'âge ciblée par ce vaccin est identique à celle recommandée par l'OMS.

Cinq (05) interventions prioritaires suivantes ont été retenues pour atteindre cet objectif spécifique :

- Mobilisation sociale en faveur de la prévention des cancers ;
- Plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement des cancers ;
- Information Education et Communication (IEC) en faveur de la prévention des cancers ;

- Communication pour le changement de comportements en faveur de la prévention des cancers ;
- Vaccination et renforcement du dépistage des cas précancéreux.

Dans chacune de ces interventions, les activités prioritaires suivantes seront réalisées selon le tableau ci-après :

Tableau 8: Activités Prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 2

IP 1 : Mobilisation sociale en faveur de la prévention des cancers
• Elaborer une stratégie de communication pour la prévention et la lutte anticancéreuse des individus et communautés sensibilisés ; • Développement des directives de mise en œuvre de la mobilisation sociale en faveur du cancer.
IP 2 : Plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement des cancers
• Plaidoyer pour la prévention du cancer et l'amélioration des services de lutte contre le cancer ; • Développement d'un cas d'investissement pour la mobilisation des fonds ; • Plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la prévention du cancer et l'amélioration des services de lutte contre le cancer ; • Organisation des journées nationales et internationales de lutte contre les cancers.
IP 3 : Information Education et Communication (IEC) en faveur de la prévention des cancers
• Développer les documents de sensibilisation de la communauté (éducation à la santé) sur le cancer, des méthodes de prévention, d'auto détection, de diagnostic précoce et des possibilités de PEC ; • Sensibilisation de la communauté (éducation à la santé) sur le cancer, des méthodes de prévention, d'auto détection, de diagnostic précoce et des possibilités de PEC.
IP 4 : Communication pour le changement de comportements en faveur de la prévention des cancers
• Élaboration des supports de CCC sur le cancer à l'attention du grand public ; • Élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation à l'attention de la communauté et des agents de SSP sur la prévention, l'auto détection, le dépistage, et des possibilités de PEC (le traitement et les soins palliatifs du cancer) ; • Organisation des séances de CCC dans les Centres de Dépistage Permanent et de Diagnostic Précoce (CDPDPC) et dans la communauté ; • Renforcement de la collaboration avec les médias locaux pour la diffusion des messages émanant des CDPDPC.
IP 5 : Vaccination et renforcement du dépistage des cas précancéreux
• Sensibilisation des populations sur l'importance de la vaccination contre l'hépatite B et HPV ;

- Acquisition des kits de dépistage (Ampfire) ;
- Acquisition des kits de vaccination contre l'hépatite B et HPV ;
- Organisation en synergie avec le PEV, des campagnes de vaccination contre l'hépatite B et HPV ;
- Publication des statistiques annuelles sur la vaccination et le dépistage contre l'hépatite B et HPV.

Objectif Spécifique n° 3 :

Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités.

Justification :

Il s'agira de favoriser les initiatives de prévention secondaire et fournir plus largement des services de dépistage et de diagnostic précoce.

Dépistage des lésions précancéreuses et détection précoce du cancer

De nombreux types de cancers fréquents en Afrique peuvent être facilement détectés et dépistés au stade précancéreux où il est possible de les guérir. Il s'agit des cancers du col de l'utérus, du sein, de la bouche, de la gorge, du larynx et de la peau. Les cancers des enfants rentrent dans cette catégorie.

La prévention secondaire implique le dépistage et le diagnostic précoce du cancer lorsque les cancers sont curables. Le dépistage intègre l'auto-examen des seins (AES) dans lequel chaque individu surveille continuellement les signes et symptômes du cancer, tandis que le dépistage se fait de façon intermittente ou périodique par les professionnels de la santé comme le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de l' Inspection Visuelle à l'Acide Acétique (IVA) et de l'examen clinique du sein (ECS).

Dépistage du cancer

Le dépistage du cancer a pour but de détecter les lésions précancéreuses avant que l'individu ne puisse percevoir les signes. Pour le faire, les préalables suivants sont nécesaires :

- Concevoir des campagnes de sensibilisation du public pour encourager les individus à assumer la responsabilité de leur propre santé ;
- Travailler en liaison avec les ministères en charge de l'éducation afin d'intégrer les méthodes de dépistage du cancer dans les programmes d'enseignement scolaire ;
- Élaborer et mettre en place des programmes nationaux de dépistage pour les personnes à risque ;
- Éduquer le public et les apprenants sur les méthodes d'auto-dépistage, telles que l'AES et les signes majeurs d'alerte du cancer ;
- Identifier les cancers les plus susceptibles d'être détectés de façon précoce.

Cancers particuliers

➢ Cancer du sein

Justification

Le cancer du sein est le deuxième type de cancer le plus répandu chez les femmes africaines. Nombre de ces patientes se présentent dans les hôpitaux avec une maladie à un stade avancé, car les programmes nationaux de dépistage par mammographie sont coûteux et ne sont pas facilement accessibles à la majorité des femmes dans la plupart des pays africains. L'examen clinique du sein (ECS) et l'AES devraient être encouragés comme partie intégrante des programmes de politique de maternité sans risque, de santé de la mère, de planification familiale/de population.

Plan de mise en œuvre de la lutte

Etant donné les limites des deux méthodes à notre disposition (l'ECS et l'AES), il sera nécessaire de doter les hôpitaux régionaux d'appareils de mammographie, échographes et IRM.

Objectif principal : Permettre qu'au moins 80% de femmes de 40 ans et plus bénéficient du dépistage par mammographie.

Stratégies

i) Equiper chaque Hôpital Régional d'un appareil de mammographie ;
ii) Instaurer une formation sanitaire en vue de susciter une prise de conscience du dépistage par AES (commencer par les écoles).
iii) Former les agents de soins de santé primaire à pratiquer l'ECS et à enseigner l'AES.

Évaluation

Le programme réduira le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs du sein présentant un stade avancé (stade II+) de la maladie. Les effets à long terme de ce plan indiqueront une baisse progressive de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein.

Diagnostic précoce et orientation

Plus de 80 % des patients en Afrique font, lors de leur première présentation en milieu hospitalier, un cancer incurable [21,22]. C'est un grand problème qui peut être atténué par l'information du grand public sur les premiers signes et symptômes, par la formation des professionnels de la santé.

21 Cancer Profil des Pays en 2014, OMS. https://www.who.int/nmh/countries/2014/cmr_en.pdf

22 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Manuel de formation sur la planification stratégique de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique. (2017)

- **Le cancer du col de l'utérus**

Justification

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus répandu chez les femmes africaines. La manifestation tardive de ce type de cancer est un phénomène fréquent. Beaucoup de femmes résidant en milieu rural n'ont pas accès aux tests de dépistage au cours de leur vie. Étant donné que le frottis vaginal est un test techniquement difficile à effectuer et très coûteux, les méthodes d'inspection visuelle telles que IVA et IVL devraient être encouragées.

Plan de mise en œuvre

Pour les femmes démunies présentant un risque élevé de développement du cancer du col de l'utérus en Afrique, l'une des méthodes pour garantir le dépistage d'au moins 80 % de ces femmes âgées de 25 à 59 ans consiste à disposer d'un service décentralisé au niveau périphérique du système de santé. Un programme de services mobiles de dépistage sera très utile et devra être mis en œuvre en collaboration avec les unités de santé de la mère et de l'enfant, de planification familiale du MINSANTÉ en tant que partie intégrante des programmes de politique de maternité sans risque et de santé de la mère, ainsi que de planification familiale/de population.

Objectifs de la mise en œuvre

i) Instaurer une éducation à la santé pour renforcer la connaissance des premiers signes et symptômes ;
ii) Mettre en place une politique claire de dépistage régulier des femmes âgées de plus de 25 ans.

Stratégies

i) Identifier les femmes âgées de 25 à 65 ans en vue d'un dépistage ;
ii) Former les agents de santé communautaire à utiliser une liste de vérification pour les groupes à haut risque susceptibles d'être orientés pour un dépistage ;
iii) Former le personnel de santé du niveau périphérique pour examiner le col de l'utérus et procéder à l'IVA/IVL au niveau des structures de première référence ;
iv) Assurer la disponibilité des équipements pour l'IVA/IVL et les examens gynécologiques ;
v) Former les médecins et les infirmiers aux techniques de l'IVA/IVL, à la colposcopie, à la cryothérapie, thermo-coagulation et à l'électro-résection à l'anse diathermique (ERAD) ;
vi) Créer des laboratoires comportant des services d'histopathologie au niveau régional;
vii) Établir un lien entre l'identification de l'anomalie et l'orientation pour le diagnostic, le traitement et le suivi.

Le programme va réduire le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs du col de l'utérus présentant un stade avancé (stade II+) de la maladie. Les effets à long terme

de ce plan se traduiront par une baisse de l'incidence et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus.

Diagnostic précoce et orientation

Plus de 80 % des patients en Afrique font, lors de leur première présentation, un cancer incurable. C'est un grand problème qui peut être atténué par l'information du grand public sur les premiers signes et symptômes, par la formation des professionnels de la santé sur le cancer et par la mise en place de procédures rapides d'orientation vers des hôpitaux disposant d'installations adéquates de diagnostic et de traitement.

- **Cancer de la prostate**

Justification

Le cancer de la prostate est le 2e cancer le plus diagnostiqué chez les hommes et la 5e cause de décès par cancer dans le monde. Il existe une différence dans les incidences de cette maladie en fonction de la région où on se trouve ; cela s'explique en partie par un accès déséquilibré aux moyens de dépistage et de diagnostic. En Afrique Subsaharienne, les patients sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie. Dans un pays aux ressources limitées comme le Cameroun, où les structures de santé et les soins spécialisés ne sont pas accessibles à la grande majorité, le dépistage systématique quoique controversé dans le monde, à travers le dosage du PSA pourrait réduire significativement la mortalité due au cancer de la prostate.

Objectif principal

Poser le diagnostic du cancer de la prostate à un stade précoce dans les formations sanitaires.

Plan de la mise en œuvre

i) Sensibiliser systématiquement les hommes à partir de 40 ans sur le dépistage du cancer de la prostate ;
ii) Dépister systématiquement tous les hommes à partir de 45 ans ;
iii) Harmoniser le dépistage et le diagnostic du cancer de la prostate.

Stratégies

Etablir un protocole de dépistage et de diagnostic du cancer de la prostate.

i) Organiser dans la communauté des campagnes de dépistage et de diagnostic du cancer de la prostate tous les 3 à 6 mois ;
ii) Faire des vidéos, des affiches, des IEC dans les formations sanitaires ;
iii) Rendre disponible et effectif le dosage du PSA total dans les formations sanitaires équipées ;
iv) Ouvrir un registre du cancer de la prostate.

Evaluation

i) Faire une étude sur les patients sensibilisés sur 5ans pour en apprécier l'impact ;
ii) Veuillez au respect des protocoles par une évaluation trimestrielle ou semestrielle ;
iii) Faire une mise au point des actions tous les 3 mois.

➢ Cancers de l'enfant

Justification

Les lymphomes, la tumeur de Wilms, le rétinoblastome, les leucémies aiguës, les sarcomes et les neuroblastomes sont les cancers les plus courants qui surviennent chez les enfants, principalement au cours de leurs dix premières années de vie. La plupart de ces cancers sont curables en cas de diagnostic et de traitement précoces. Le taux de guérison du lymphome de Burkitt et de la tumeur de Wilms est élevé en cas de diagnostic précoce. L'éducation sur ces tumeurs sera intégrée dans les programmes de santé de l'enfant.

Objectif principal

S'assurer que la plupart des cancers de l'enfant sont détectés de façon précoce par le personnel en charge des soins de santé de tous niveaux.

Plan de la mise en œuvre

i) Éduquer le personnel en charge des soins de santé sur l'importance du diagnostic précoce du cancer de l'enfant ;
ii) Éduquer les parents à reconnaître certains signes ou symptômes pouvant faire suspecter un cancer ;
iii) Former les agents de santé afin qu'ils puissent reconnaitre le rétinoblastome, le lymphome de Burkitt et d'autres cancers de l'enfant et orienter à temps.

Stratégies

i) Insérer dans les programmes de formation sur la PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) un module relatif aux cancers de l'enfant ;
ii) Former les agents de soins de santé primaire à détecter de façon précoce les cancers de l'enfant.

Évaluation

Le programme réduira le nombre et le pourcentage global de cas de cancers invasifs de l'enfant qui présentent un stade avancé (stade III) de la maladie. Les effets à long terme de ce plan indiqueront une baisse progressive de l'incidence et de la mortalité liées aux cancers de l'enfant.

Deux (02) interventions prioritaires ont été retenues pour atteindre cet objectif spécifique :

- Le renforcement des initiatives de prévention secondaire par le diagnostic précoce des cancers curables ;
- Le renforcement des initiatives de prévention secondaire par le traitement rapide des cancers identifiés précocement.

Dans chacune de ces interventions les activités prioritaires suivantes seront réalisées selon la tableau ci-après :

Tableau 9: Activités prioritaires par interventions pour Objectif Spécifique n° 3

IP 1 : Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le diagnostic précoce des cancers curables
• Renforcement des services d'histopathologie existants ; • Création d'autres services d'histopathologie dans les régions non dotées ; • Harmonisation du staging des cancers ; • Organisation d'un séminaire pour capaciter les parties prenantes sur le staging des cancers ; • Collaboration avec des services de chirurgie, de gynécologie, de radiologie de laboratoires situés aux environs des Centres de Dépistage Permanent et de Diagnostic Précoce des Cancers (CDPDPC) en vue d'une intervention rapide en cas de besoin ; • Planification des modalités de transport et d'analyse rapide des prélèvements issus des CDPDPC ; • Création d'une banque de données sur l'analyse des images en provenance des CDPDPC.
IP 2 : Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le traitement rapide des cancers identifiés précocement
• Mise à disposition des services des médicaments et des matériels nécessaires pour la prise en charge précoce des cancers ; • Elaboration d'un guide de prise en charge des cancers.

Objectif Spécifique n°4 :

Améliorer d'ici à 2024, l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison.

Justification :

Il s'agira essentiellement d'assurer des services de qualité de traitement du cancer et de **f**ournir de bons services de soins palliatifs.

Traitement du cancer

La première étape dans la prise en charge du cancer consiste à poser un diagnostic précis. Cela requiert une combinaison d'évaluations cliniques minutieuses et d'investigations diagnostiques précises, notamment l'endoscopie, l'histopathologie, l'imagerie, la cytologie et les études en laboratoire. Après confirmation du diagnostic, il est nécessaire

d'entreprendre une évaluation poussée pour vérifier le niveau de propagation du cancer (détermination du stade).
La détermination du stade du cancer a pour buts de :

i) Faciliter le choix de la thérapie ;
ii) Faciliter l'évaluation du pronostic ;
iii) Faciliter l'échange d'informations ;
iv) Déterminer le moment d'arrêt de la thérapie ;
v) Standardiser la conception des protocoles de recherche sur le traitement.

Les principes de base du traitement du cancer sont les mêmes à travers le monde. Cependant, l'accent mis sur le traitement dépendra des tendances locales de la maladie, c'est-à-dire des types de cancers les plus fréquents et des proportions relatives des stades précoces ou tardifs au moment du diagnostic. Les approches spécifiques du traitement des cancers adoptées dans chaque pays dépendront également de la disponibilité de ressources humaines, physiques et financières, ainsi que de la volonté politique d'induire le changement nécessaire dans la prise en charge du cancer.

Les principales méthodes de traitement sont entre autres la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie (y compris le traitement hormonal) et le soutien psychosocial.

Chacune de ces méthodes a un rôle bien établi. Mais la prise en charge efficace doit être multidisciplinaire. D'où la nécessité d'un Institut National du Cancer. Hormis la chirurgie de maladies à étendue très limitée ou des lésions précancéreuses, les services oncologiques dépendent d'une bonne infrastructure d'hôpital tertiaire, dotée de services pour un diagnostic rapide et la détermination des stades de la maladie.

Les buts principaux des traitements contre les cancers sont :

i) La guérison ;
ii) Le prolongement de la vie utile ;
iii) L'amélioration de la qualité de vie.

La guérison est définie ici comme l'atteinte d'une durée de vie normale. Elle a trois composantes importantes :

a) La guérison au regard de toutes les données probantes de maladie (rémission complète) ;

b) L'atteinte d'un stade de risque minimum ou d'absence de risque de récurrence ou de rechute ;

c) La restauration de la santé fonctionnelle (physique, motrice et psychosociale).

Thérapie efficace et à coût abordable

La plupart des pays d'Afrique ne disposent pas d'infrastructures, ni d'installations satisfaisantes pour le traitement contre le cancer fondé sur la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'immunothérapie.

Par ailleurs, dans la plupart des cas, font défaut, des agents de santé convenablement formés capables de travailler en milieu africain, les approvisionnements suffisants en médicaments et le remplacement des équipements de radiothérapie devenus obsolètes, ainsi que l'entretien adéquat de ces équipements. Le traitement de qualité étant très coûteux, des politiques devront impérativement être adoptées en vue de garantir un financement suffisant de ces services par le gouvernement visant ainsi à améliorer la situation actuelle.

Services de soins palliatifs

La situation des soins du cancer en Afrique est différente de celle rencontrée dans les pays développés : 80 à 90 % des patients sont atteints de cancers incurables au moment où ils se présentent; moins de 5 % des cas sont évités et seulement 10 à 15 % des cas sont curables, lorsqu'un traitement approprié est administré.

Les soins palliatifs sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés à une maladie qui met la vie en péril. Les soins palliatifs agissent par la prévention et le soulagement de la souffrance grâce à une identification précoce, à une évaluation, ainsi qu'à un traitement approprié de la douleur et d'autres problèmes d'ordre physique, psychosocial et moral. En Afrique, 70 à 80 % des patients se trouvant à des stades ultimes de leurs cancers ont besoin de soins palliatifs dans les toutes premières phases de la prise en charge de leurs maladies. Contrairement aux idées reçues, les patients cancéreux peuvent mener une vie normale et travailler à temps plein pendant de nombreuses années, même s'ils ne sont pas guéris. Ainsi, le manque de capacité à prendre les mesures les plus appropriées de soulagement des symptômes chez la plupart des patients cancéreux en Afrique constitue un sérieux dilemme éthique[23,24].

L'OMS a souligné la nécessité d'ériger la lutte contre la douleur et les symptômes au rang de priorité, à travers le Mouvement en faveur des Soins Palliatifs. Ce service est relativement plus abordable car les médicaments utilisés sont à moindre coût ; mais ils ne

23. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Manuel de formation sur la planification stratégique de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique. (2017)

24 Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018. https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf

sont pas souvent disponibles dans les pays en développement. Face à une telle situation, l'approche la plus appropriée pour les pays africains consiste à s'assurer que de bons soins palliatifs accessibles et abordables sont mis à la disposition des patients atteints du cancer et d'autres patients souffrant de maladies chroniques. Ils devraient également être informés de ce que les soins palliatifs sont possibles à un coût peu élevé. Ils sont importants pour améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et d'autres patients atteints de maladies chroniques.

Une expertise considérable est requise pour garantir un traitement et des soins terminaux de grande qualité. En Afrique, il existe peu d'expertise disponible en matière de soins palliatifs, parce que cette approche n'est pas érigée en priorité dans la formation médicale. En conséquence, l'on note un manque général de fournitures de soins palliatifs standards, ce qui se traduit notamment par des souffrances considérables et inutiles pour les patients cancéreux.

Deux (02) interventions prioritaires ont été retenues pour atteindre cet objectif spécifique :

- Amélioration de la qualité du traitement des cas de Cancers ;
- Production de bons services de soins palliatifs.

Dans chacune de ces interventions, les activités prioritaires suivantes seront réalisées selon le tableau suivant:

Tableau 10: Activités prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 4

IP 1 : Amélioration de la qualité du traitement des cas de cancers
• Mise en place des comités pluridisciplinaires de PEC du cancer ; • Elaboration des directives thérapeutiques harmonisées pour les cancers courants au Cameroun ; • Garantir la disponibilité et l'accessibilité continues des médicaments pour la chimiothérapie ; • Renforcement des services de Radiothérapie existants (Douala et Yaoundé) ; • Renforcement des services d'oncologie médicale existants et créer 8 hôpitaux de jours de chimiothérapie répartis progressivement dans les dix (10) régions.
IP 2 : Production de services de soins palliatifs adéquats
• Disponibilisation de façon ininterrompue des opioïdes forts et des autres médicaments essentiels en soins palliatifs ; • Mise en place d'un organe de coordination nationale des activités de soins palliatifs.

Objectif Spécifique n°5 :
Produire d'ici à 2024, des informations stratégiques sur l'épidémiologie des cancers.

Justification :

Il s'agira de mettre en place et de renforcer des sources fiables et durables de collecte de données et de les utiliser pour améliorer les programmes de prévention et de traitement.

Des statistiques d'état-civil, des registres du cancer et des enquêtes par sondage seront réalisées. L'objectif visé étant de mesurer de façon précise la charge du cancer (incidence, morbidité, mortalité, prévalence et survie), d'identifier et consigner les principales interventions de prévention et de prise en charge, enfin d'évaluer les actions entreprises. Pour cela, il conviendrait d'assurer la disponibilité des outils de collecte et la mise en œuvre d'un plan de gestion des données liées au cancer.

De façon spécifique, il s'agira pour les statistiques d'état civil, de créer des passerelles de communication avec le BUNEC (Bureau National de l'Etat Civil) et les Collectivités Territoriales Décentralisées afin de s'assurer de la fiabilité desdites données.

Il s'agira aussi de rendre effectif les registres de cancer au sein de la communauté et au niveau des formations sanitaires, car le cancer devenant une maladie à déclaration obligatoire. La production de connaissances par la recherche sur le cancer doit être partie intégrante du service de santé publique. Elle peut servir d'instrument pour structurer l'introduction de technologies et de pharmacothérapies nouvelles souvent gourmandes en ressources. La base de connaissances médicales est composée d'études scientifiques publiées dans des revues reconnues, qui sont évaluées de façon critique par un certain nombre de réviseurs indépendants avant acceptation pour publication. Le Cameroun n'a pas encore suffisamment mis en place ses propres organisations pour contrôler les flux d'informations sur le cancer par le biais de revues interdisciplinaires. Ceci est particulièrement important pour l'évaluation exhaustive de nouvelles méthodes de traitement qui peuvent être très onéreuses et hors de prix.

Le but de la recherche sur le cancer au Cameroun est d'identifier et d'évaluer les moyens de réduire la morbidité et la mortalité cancéreuses, et d'améliorer la qualité de vie des malades de cancer. Les principales catégories de recherche sont :

a) la recherche épidémiologique ;
b) la recherche clinique ;
c) la recherche psychosociale et comportementale ;
d) la recherche sur les systèmes de santé et la politique de santé.

On observe chez les professionnels de la santé un manque notable d'expérience et d'intérêt pour la conduite de travaux de recherche sur le cancer. On note peu d'enthousiasme, par exemple, pour la recherche sur les cancers liés aux infections, tels que le carcinome du col de l'utérus, le cancer de l'estomac, le Carcinome Hépatocellulaire (CHC), le sarcome de Kaposi, le lymphome de Burkitt, etc. qui sont parmi les cancers les plus fréquents au Cameroun.

Trois (03) interventions prioritaires ont été retenues pour cet objectif spécifique :

- Production des données de routine sur le cancer ;
- Réactivation et vulgarisation de la surveillance épidémiologique des cancers ;
- Renforcement de la Recherche.

Pour chacune de ces interventions, les activités prioritaires contenues dans le tableau ci-dessous ont été identifiées et validées.

Tableau 11: Activités Prioritaires par interventions pour Objectif Spécifique n° 5

IP 1 : Production des données de routine sur le cancer
• Mise à la disposition du CNLCa de données actualisées sur le recensement de la population (nombre, âge, genre) ; • Réactivation des 02 registres de cancers de la population des villes de Yaoundé et Douala ; • Affectation du personnel dans les services du registre de Yaoundé et de Douala ; • Renforcement des capacités des personnels des services du registre ; • Dotation des services des registres en équipements et consommables ; • Création et extension des services des registres hospitaliers des cancers (adultes et enfants) ; • Elaboration, validation et diffusion des outils de collecte des données.
IP 2 : Réactivation et vulgarisation de la surveillance épidémiologique des cancers
• Renforcement des capacités des Mairies et FOSA dans le renseignement et l'enregistrement des certificats de décès ; • Rédaction/diffusion/publication des données de surveillance épidémiologique des cancers ; • Affiliation des registres de cancers du Cameroun aux réseaux africains et mondiaux.
IP 3 : Renforcement de la Recherche
• Définition des priorités de recherche, planification, mise en œuvre et suivi des activités de recherche ; • Mener une analyse situationnelle des cancers récurrents pour le pays ; • Education des populations en fonction des facteurs de risque socio-environnementaux ;

- Traduction des résultats de recherche opérationnelle en action ;
- Renforcement des capacités en matière de recherche, y compris les essais cliniques sur le cancer à tous les niveaux du système de santé.

Objectif Spécifique n°6 :

Améliorer d'ici à 2024 des capacités institutionnelles en matière de planification et gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance).

Justification

Depuis sa création en 1992, puis sa réorganisation en janvier 2002, malgré les efforts consentis dans la lutte contre le cancer, le CNLCa fait face à de nombreuses difficultés qui l'empêchent d'évoluer vers ses objectifs d'éradication du cancer au Cameroun.

Ces difficultés sont par exemple des faiblesses en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge effective des patients, un manque criard de compétences en matière de planification et de gestion de programme et aussi d'un manque de ressources matérielles et financières. Ces dernières étant importantes, car supportant les opérations et la mise en œuvre des activités.

En effet, une bonne planification des activités et des ressources est cruciale car elle favorise la concentration des efforts du programme vers les priorités, permet une bonne allocation des ressources humaines, matérielles et financières, et est le garant d'une mise en œuvre réussie. Or, l'on observe que le CNLCa fait face à des difficultés en matière de planification et de gestion de programme, alors que la mise en œuvre de ce présent plan stratégique nécessitera du CNLCa d'avoir de fortes compétences en gestion. Ainsi, il devient nécessaire de renforcer les capacités individuelles et organisationnelles de ce Comité.

Aussi, faudrait-il ajouter qu'en matière de redevabilité et gestion axée sur les résultats, les organisations ne peuvent produire des résultats efficaces que si elles ont en leur possession les moyens et ressources nécessaires à leur fonctionnement. Les états des lieux du fonctionnement du CNLCa relèvent un manque de matériel de bureautique, des problèmes persistant de connectivité impactant fortement la communication interne et externe du programme et un manque de matériel roulant entravant la fluidité de la mobilité du personnel dans le cadre des activités.

L'atteinte des résultats de l'objectif n°6 aura pour effet d'améliorer le fonctionnement du programme et de lui doter du matériel et des capacités nécessaires au pilotage de manière rigoureuse et innovante du programme. L'objectif n°6 est structuré en trois interventions prioritaires listées ci-après :

- Amélioration de la planification et le monitoring des activités du programme ;
- Amélioration de la fonctionnalité du CNLCa ;

- Renforcement des capacités.

Pour chacune de ces interventions, les activités prioritaires ci-dessous ont été identifiées et validées dans le tableau ci-après :

Tableau 12: Activités prioritaires par intervention pour Objectif Spécifique n° 6

IP 1 : Amélioration de la planification et le monitoring des activités du programme
• Elaboration, monitoring, revue et mise en œuvre du Plan de Travail Annuel (PTA) du programme ; • Mobilisation des fonds pour la recherche et les activités du CNLCa non prises en compte par le PTA ; • Communication des résultats des travaux du CNLCa ; • Supervision des activités de lutte contre le cancer dans les centres de dépistage, de prise en charge et le registre.
IP 2 : Amélioration de la fonctionnalité du CNLCa
• Rénovation du siège du CNLCa ; • Acquisition du matériel de bureau ; • Acquisition des matériels roulants ; • Amélioration de la ligne internet et mise à jour du site web du CNLCa ; • Amélioration du système d'archivage.
IP3 : Renforcement des capacités
• Renforcement des capacités du personnel du programme sur la gestion et le leadership ; • Traduction et validation du plan stratégique ; • Revue à mi-parcours et planification du PSNPLCa pour la période stratégique 2025 – 2029.

Vision

D'ici 2035, la prise en charge holistique et optimale des cancers sera une réalité au Cameroun

Objectif général : Réduire d'ici à 2024 de 10% la morbidité et la mortalité dues au cancer en vue d'atténuation de son impact socio-économique sur le développement du pays

Objectif Spécifique 1 Mettre en place une politique nationale de lutte contre le cancer pendant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de la Lutte contre les Cancer (PSNPLCa).	**Objectif Spécifique 2** Augmenter de 25% d'ici à 2024 les interventions de prévention primaire, à travers la communication pour le changement de comportement en matière de cancer.	**Objectif Spécifique 3** Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités.
Objectif Spécifique 4 Améliorer d'ici à 2024 l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10% du taux général de guérison.	**Objectif Spécifique 5** Produire d'ici à 2024 des informations stratégiques sur l'épidémiologie des cancers.	**Objectif Spécifique 6** Améliorer d'ici à 2024 les capacités institutionnelles en matière de planification et gestion des programmes à tous les niveaux (gouvernance).

Figure 8: Vision et objectifs du PSNPLCa 2020-2024

6. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI/EVALUATION DU PSNPLCa 2020-2024

La mise en œuvre du PSNPLCa 2020-2024 se fera à travers des Plans de Travail Annuels qui seront élaborés suivant les orientations du PSNPLCa. Ces plans seront élaborés sous la coordination du Secrétariat Permanent du Programme National de Lutte contre le Cancer avec la participation de tous les secteurs autres que le MINSANTE qui interagissent dans la prévention, le financement ou le traitement des cancers, y compris les soins palliatifs. Tous les secteurs à risque de génération des cancers tels que les secteurs qui manipulent des rayons radioactifs seront aussi impliqués. Les Plans de Travail Annuels viseront la réalisation effective du présent Plan Stratégique.

Le suivi évaluation du PSNPLCa 2020-2024 sera réalisé dans le cadre d'un Plan National de Suivi Evaluation en annexe du présent PSNPLCa. Au niveau régional et opérationnel, des points focaux seront chargés de la coordination des activités et du Suivi-Evaluation. Il est envisagé que ces plans opérationnels annuels soient axés sur les résultats. Les différentes structures de coordination et d'exécution produiront des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels en fonction des directives du dispositif national de Suivi-Evaluation. L'élaboration et la mise en œuvre des opérations dans les Régions se réfèreront aux orientations définies par le niveau central. En dehors des instruments de planification et des outils de Suivi et Evaluation, ces orientations tiennent compte d'une série de critères utilisés pour répartir les budgets prévisionnels et les interventions à réaliser. Il sera également nécessaire de mettre en œuvre des programmes d'interventions ciblées au profit des groupes spécifiques. A terme, les activités de lutte contre le cancer devront être intégrées dans les plans sectoriels, régionaux et communaux de développement. Cette approche d'intégration sera progressivement développée dès le début de la mise en œuvre du PSNPLCa 2020-2024.

Le circuit de l'information sera adossé au Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et les données remonteront par le DHIS2 à travers les services classiques du MINSANTE.

6.1 Présentation et description du Dispositif National de Suivi et Evaluation

Les principaux acteurs de Suivi et Evaluation aux niveaux central et décentralisé sont présentés ci-dessous :

Dispositif National de Suivi et d'Evaluation. Cameroun, PSNPLCa 2020-2024.

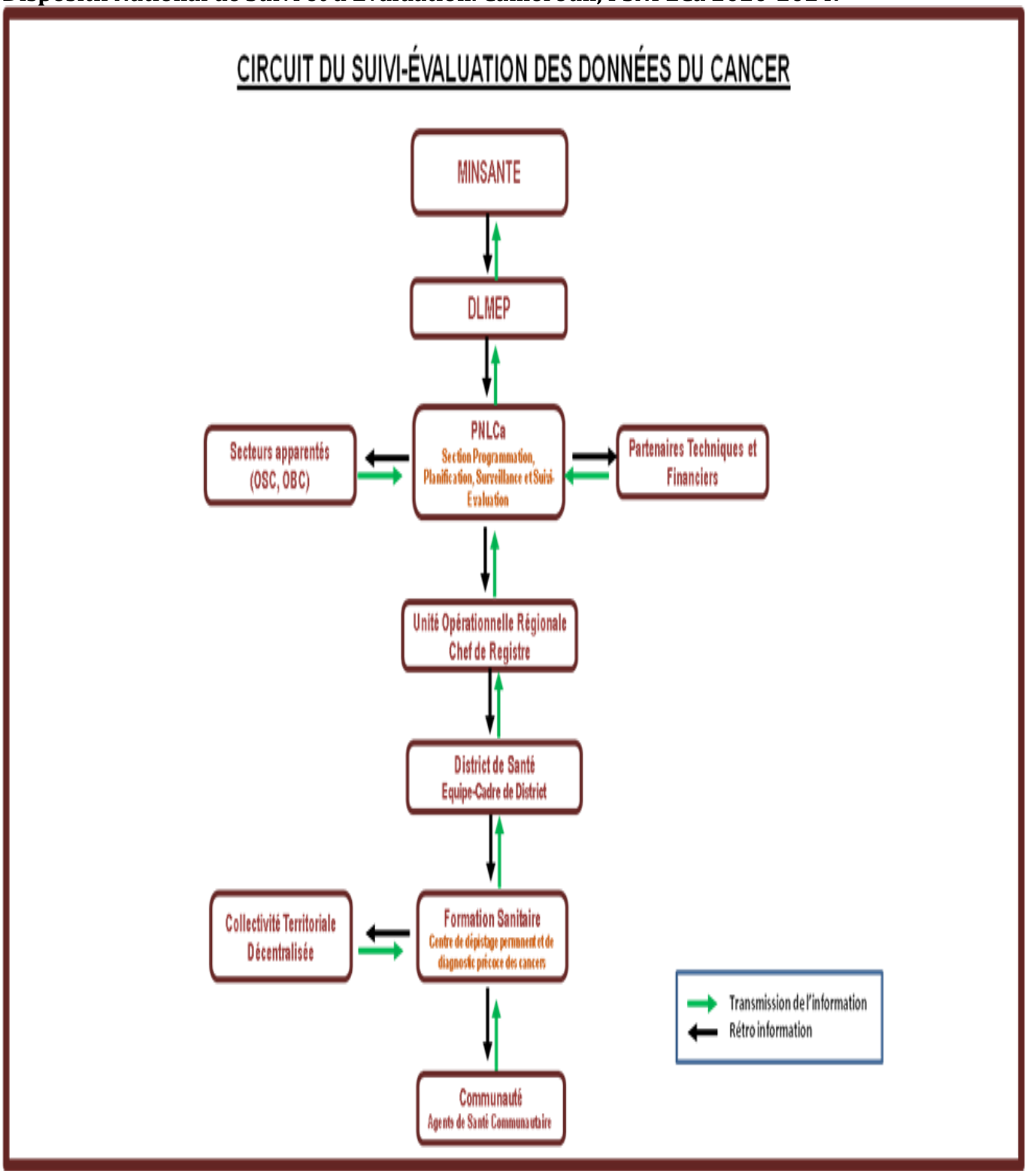

Figure 9 : Dispositif National de Suivi et Evaluation au Cameroun, PSNLCa 2020-2024.

Le suivi et évaluation feront partie intégrante du processus de mise en œuvre et visera à apprécier l'efficacité et l'efficience des interventions à travers des indicateurs des résultats et des effets. Il devra permettre aux intervenants de différents niveaux de suivre et améliorer continuellement leurs performances dans la mise en œuvre du Plan Stratégique**.**

Pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre du plan, des indicateurs seront renseignés. Il s'agit globalement de mesurer de façon régulière et continue, les progrès réalisés, de détecter les insuffisances et d'identifier les solutions d'amélioration. Dans cet esprit, le dispositif de suivi/évaluation contribuera à stimuler l'esprit de créativité et d'innovation par l'analyse de données collectées.

En tenant compte de l'impact sur la population, la supervision et l'évaluation des projets sont nécessaires. Il s'agit ici d'un élément important pour tout programme. Les missions de supervision se feront par les spécialistes en la matière. Des descentes sur le terrain, réunions de concertation et communication avec les sous-comités et les sous-commissions sont indispensables et seront entreprises.

Pour un suivi et une évaluation efficaces, l'information relative au cancer doit être fiable. A cet effet, un plan de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique sera élaboré.

Ce plan aura pour objectif de :

- Préciser l'organisation, le fonctionnement, les acteurs ainsi que leurs rôles et responsabilités ;
- Définir les mécanismes de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique ;
- Définir les indicateurs pour le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique ;
- Préciser le circuit de production et de diffusion de l'information pour la prise de décisions ;
- Identifier les sources d'informations pour le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique.

L'évaluation a pour principal objectif de tirer les leçons nécessaires pour modifier convenablement les stratégies, la finalité étant l'amélioration des résultats.

Les résultats du PSNPLCa peuvent être évalués en terme de projets à court et à long terme. Ces résultats doivent déterminer si les objectifs ont été atteints à un moment donné. Cette évaluation couvrira les domaines suivants :

- Couverture de la population dans le domaine du dépistage ;
- Mesures préventives primaires ;
- Diagnostic et traitement précoces ;
- Soins palliatifs ;
- Surveillance des cancers ;
- Recherche ;

- Formation ;
- Développement des infrastructures ;
- Rentabilité des différentes stratégies.

Deux (02) évaluations seront réalisées, l'une à mi-parcours et l'autre à la fin de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer.

L'évaluation de ce programme sera interne et externe. L'évaluation interne doit être effectuée annuellement par le CNLCa en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'évaluation externe quant à elle doit être effectuée par des organisations internationales telles que l'OMS, L'UNICEF, L'AIEA etc. Elle se fera tous les trois ans. Les rapports d'évaluation, qu'ils soient internes ou externes, seront le reflet des réalisations, de l'échec dans les objectifs à atteindre, des contraintes et des plans futurs.

Les critères de réussite (indicateurs de performances) de ce programme sont les suivants :

i) Diminution du taux de mortalité et de morbidité dues au cancer ;
ii) Diminution de la proportion de patients vus à un stade avancé de la maladie ;
iii) Augmentation du pourcentage de chirurgie conservatrice ;
iv) Diminution des coûts de traitement au système de santé ;
v) Amélioration de la qualité de vie des malades.

6.2 Cadre de Suivi-Evaluation

Indicateur	Baseline et cible						Sources	Méthode	Fréquence	Responsable
	Baseline	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectif Spécifique n° 1 : Mettre en place au Cameroun d'ici 2021 une politique nationale de lutte contre le cancer et la rendre fonctionnelle pendant toute la période de mise en œuvre du PSNPLCa										
IP 1. Elaboration, production et diffusion d'ici 2021 des documents stratégiques et opérationnels y compris des directives de mise en œuvre										
Document de politique et d'orientation sur différentes catégories de Cancers est disponible	*Aucun document (2018)*	Document disponible	-	-	-	-	Rapport d'atelier Politique	Routine	Annuelle	CNLCa
Document de politique de développement des soins palliatifs est disponible	*Aucun document (2018)*	Document disponible	-	-	-	-	Rapport d'atelier Politique	Routine	Annuelle	CNLCa
Document de mise en œuvre des différentes politiques est disponible	*Aucun document (2018)*	Document disponible	-	-	-	-	Rapport d'atelier Politique	Routine	Annuelle	CNLCa
IP 2. Amélioration de 25% d'ici à 2024 des performances de l'enseignement et la recherche en cancérologie au Cameroun										
Plan de promotion de la santé à l'école sur le cancer est disponible	*Aucun document (2018)*	Plan de promotion disponible	-	-	-	-	Rapport d'atelier Politique	Routine	Annuelle	CNLCa
Référentiel /Manuel de formation pour les soins palliatifs dans le pays est disponible	*Aucun document (2018)*	Manuel de formation disponible	-	-	-	-	Rapport d'atelier Politique	Routine	Annuelle	CNLCa
Nombre de formateurs en soins palliatifs formés ; 02 par Région et 05 au niveau central	0 (2018)	-	10	-	15	-	Rapport de formation	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de facultés qui ont inséré le cancer dans les TP /Programmes de formation/d'apprentissage destinés aux étudiants	n/a	1	1	2	2	2		Vérification	Annuelle	Facultés CNLCa

Programme de formation spécialisée locale et régionale pour les candidats intéressés par l'oncologie est disponible	Aucun programme spécialisé de formation	-	Programme de formation disponible	-	-	-	Document	Vérification	Annuelle	CNLCa
IP 3. Réorganisation d'ici 2020 du Programme National de Lutte contre le Cancer										
Document de textes portant réorganisation du CNLCa est disponible	n/a	Nouveaux textes disponibles	-	-	-	-	Textes	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de niveaux du système de santé avec des activités de prévention du cancer	0 (2018)	-	1	2	3	3	Plans d'actions	Vérification	Annuelle	CNLCa Points focaux
Nombre de programmes de santé pratiquant des activités de prévention du cancer	n/a	-	1	2	3	5	Plan d'actions	Vérification	Trimestrielle	CNLCa Points focaux
IP 4. Construction de l'Institut National du Cancer										
50 prestataires formés et de différents profils	n/a	-	-	20	30	-	Rapports de formation	Supervision	Annuelle	CNLCa
50 prestataires recrutés à différents niveaux	n/a	-	-	20	30	-	Rapports de recrutement	Supervision	Annuelle	CNLCa
Nombre d'actions de communication et de sensibilisation sur l'INCa effectuées auprès de la population	n/a	-	-		5	5	Communication Log	Vérification	Annuelle	CNLCa
Objectif Spécifique n°2 : Augmenter de 25% d'ici à 2023 les interventions de prévention primaire, y compris de communication et de promotion en faveur de la lutte contre le cancer										
IP 1. Mobilisation sociale en faveur de la prévention des cancers										
Document de stratégie de communication disponible	Aucune stratégie de communication disponible	Stratégie de communication disponible	-	-	-	-	Stratégie	Vérification	Annuelle	CNLCa
IP 2. Plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement des cancers										

Nombre d'actions de plaidoyer effectuées par mois (40 actions / 01 action de plaidoyer par mois)	n/a	4	12	12	12	-	Rapports d'actions	Routine	Mensuelle	CNLCa
Nombre d'actions de mobilisation de ressources menées par mois (40 actions / 01 action de plaidoyer par mois)	n/a	4	12	12	12	-	Rapports d'actions	Routine	Mensuelle	CNLCa
IP 3. Information Education et Communication (IEC) en faveur de la prévention des cancers										
40 actions / 01 action de sensibilisation par mois	n/a	4	12	12	12	-	Rapports d'actions	Routine	Mensuelle	CNLCa
IP 4. Communication pour le changement de comportements en faveur de la prévention des cancers										
Nombre de Kits de plaidoyer acquis / Rapports d'acquisition	n/a	10		30	50	-	Kits de plaidoyers	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de modules d'éducation sanitaire sur le cancer à l'intention du grand public	n/a	5000	-	5000	-	-	Modules d'IEC	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de sessions de formations tenues	n/a	1	4	4	4	4	Modules de formations Rapports de formations	Supervision	Annuelle	CNLCa
Nombre de séances d'IEC	n/a		100	200	200	300	Rapports de séances	Supervision	Annuelle	CNLCa
Nombre d'accords de collaboration avec les médias	n/a	2	10	15	20	25	Accords	Supervision	Annuelle	CNLCa
IP 5. Vaccination et renforcement du dépistage des cas précancéreux										
Nombre de Kits (1 000 000)	n/a		200,000	200,000	200,000	400,000	Kits	Vérifications	Annuelle	CNLCa
Nombre de campagnes	n/a	1	2	2	2	2	Rapports de campagnes	Vérifications	Annuelle	CNLCa

Nombre de campagnes nationales	n/a	1	2	2	2	2	Rapports de campagnes nationales	Vérifications	Annuelle	CNLCa
Objectif Spécifique n°3 : Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités										
IP 1. Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le diagnostic précoce des cancers curables										
Nombre de services d'histopathologie renforcés (15)	n/a	1	4	4	4	2	Rapports de formation	Supervision	Annuelle	CNLCa
Nombre de centres d'éducation, de dépistage permanent et de diagnostic précoce (100)	n/a	-	50	-	50	-	Equipements	Supervision	Bi annuelle	CNLCa
Nombre de centres d'éducation, de dépistage permanent et de diagnostic précoce équipés (100)	n/a	-	50	-	50	-	Equipements	Supervision	Bi annuelle	CNLCa
Nombre des agents de santé formés en connaissance des techniques de dépistage précoce (1000)	n/a	50	250	250	250	250	Rapports de formation	Supervision	Bi annuelle	CNLCa
Nombre d'accords de collaboration	n/a	2	10	10	10	10	Accords	Supervision	Bi annuelle	CNLCa
Nombre de prélèvements transportés des Régions et analysés	n/a	1000	5000	10000	15000	20000	Prélèvements	Supervision	Bi annuelle	CNLCa
Banque de données sur l'analyse des images disponible	n/a	-	Banque de données disponible	-	-	-	Banque de données	Vérification	Annuelle	CNLCa
IP2. Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le traitement rapide des cancers identifiés précocement										
Nombre de personnels capacités	n/a	100	250	1000	1500	2000	Plan de renforcement Rapports de formations	Vérification	Annuelle	CNLCa

Guide de prise en charge de cancer précoce disponible	Aucun guide disponible (2018)	-	1 guide disponible	-	-	-	Guide de prise en charge	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de Kits disponibles (médicaments, matériels)	n/a	1000	5000	10000	15000	20000	Kits	Supervision	Annuelle	CNLCa
Objectif Spécifique n°4 : Améliorer d'ici à 2023 l'efficacité des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison et l'efficience avec réduction de 50% des coûts moyens d'une prise en charge globale chez 95% des cancers dépistés sur l'étendue du territoire national										
IP 1. Renforcement de la qualité du traitement des cas de Cancers										
Nombre comités pluridisciplinaires de PEC du cancer (25)	n/a	2	10	13	-	-	Rapports de comités	Routine	Annuelle	CNLCa
Document des mécanismes d'assurance-qualité pour contrôler la bonne prise en charge des patients cancéreux et le respect de la déontologie	Aucun mécanisme disponible (2018)	-	Mécanismes d'assurance qualité disponible	-	-	-	Documents d'assurance qualité	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
% Subvention de chimiothérapie	0% (2018)	10%	20%	40%	70%	90%	Budget annuel	Vérification	Annuelle	CNLCa MINSANTE
Nombre de services de radiothérapie renforcés à Douala et Yaoundé	n/a	-	1	1	-	-	n/a	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de services de radiothérapie créés à Bertoua, Garoua et Bamenda)	0 (2018)	-	-	1	1	1	n/a	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de services de médecine nucléaire réhabilités/créés	n/a	-	1	1			n/a	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de services d'oncologie renforcés	n/a	-	2	4	4	-	n/a	Vérification	Annuelle	CNLCa
IP 2. Production de bons services de soins palliatifs										
Pourcentage d'infrastructures dans les	-	-	-	-	-	90%	Rapports de contrôle qualité	Vérification	Annuelle	CNLCa

normes										
Nombre de facultés avec curricula révisé/cancer	n/a	-	1	2	5	10	Curricula	Vérification	Annuelle	CNLCa Facultés
Pourcentage d'aires de santé avec programmes de soins palliatifs			10%	15%	20%	25%	Programmes des soins	Vérification	Annuelle	CNLCa
Objectif Spécifique n°5 : Production d'ici à 2023 de manière satisfaisante des informations stratégiques										
IP 1. Production des données de routine sur le cancer										
Nombre de rapports/ données actualisées obtenus	n/a	1	1	1	1	1	Rapports de données	Vérification	Annuelle	CNLCa
Nombre de registres de cancers de la population des villes de Yaoundé et Douala fonctionnels	n/a	2	2	2	2	2	Note de service portant sur la création des registres de cancer	Vérification	Annuelle	CNLCa MINSANTE
Nombre de personnels affectés dans les registres	n/a	10	10	10	10	10	Note de service d'affectation	Supervision	Annuelle	CNLCa MINSANTE
Nombre de personnels formés dans le cadre du fonctionnement des registres	n/a		10	10	10	10	Rapports de formations	Supervision	Annuelle	CNLCa MINSANTE
Nombre de kits disponibles dans les registres	n/a	1000	1000	1000	1000	1000	n/a	Supervision	Annuelle	CNLCa MINSANTE
Nombre de plaidoyers sur la collecte des données au bénéfice des registres	n/a	100	200	200	200	200	Rapports de plaidoyer	Supervision	Annuelle	CNLCa
IP 2. Réactivation et vulgarisation de la surveillance épidémiologique des cancers										
Pourcentage de Mairies et FOSA dans le renseignement et l'enregistrement des certificats de décès	n/a		10%	20%	30%	50%	Certificats de décès	Supervision	Annuelle	CNLCa Mairies
Rapport d'études sur la	n/a		1	1	1	1	Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa

prévalence des facteurs de risque de cancers										Consultant
Rapport d'études sur les infections associées aux cancers	n/a		1	1	1	1	Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Nombre de rapports annuels sur le cancer	n/a	1	1	1	1	1	Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Registres de cancers du Cameroun affiliés aux réseaux africains et mondiaux des Registres	n/a		1	1			Note d'affiliation	Supervision	Annuelle	CNLCa Mairies
Nombre d'articles publiés	n/a	5	10	15	20	25	Articles	n/a	Annuelle	CNLCa
IP 3. Renforcement de la Recherche										
Rapport d'étude sur les besoins éducationnels en matière d'adoption de comportements sains	n/a		1		1		Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Rapport d'enquêtes dans les pays afin d'évaluer l'effectif d'agents consacrés à la prévention et lutte anticancéreuses	n/a		1		1		Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Rapport d'analyse situationnelle des cancers récurrents	Aucun rapport de situation sur les cancers au Cameroun		1			1	Rapport	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Nombre de personnes formées en matière de recherche sur le cancer			1	1	1	1	Rapport de formation	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant
Nombre de recherches financées par l'OMS		1	2	2	2	2	Budget annuel	Vérification	Annuelle	OMS CNLCa
Pourcentage du financement du PSNPLCa / Volume des fonds mobilisés						100%	Budget annuel	Vérification	Annuelle	CNLCa OMS CHAI

Nombre de personnes renforcées en recherche sur le cancer		25	25	25	25	25	Rapport de formation	Vérification	Annuelle	CNLCa Consultant

6.3 Présentation du budget prévisionnel du PSNPLCa

Le financement est primordial et indispensable à la mise en œuvre (MEO) du Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa). Il apparait donc nécessaire de ressortir de façon synthétique, claire et précise les informations relatives aux points suivants :

- Coût prévisionnel global de MEO du plan ;
- Coût annuel nécessaire à l'atteinte des différents objectifs ;
- Différents outputs.

Méthodologie

La budgétisation des activités s'est faite principalement suivant les prix prévus par la mercuriale 2019 au Cameroun et subsidiairement en référence aux prix appliqués par d'autres programmes ainsi que l'expérience antérieure acquise par le CNLCa.

Sources de financement

Les différentes sources de financement du PSNPLCa sont contenues dans le tableau ci-dessous :

Sources	2020	2021	2022	2023	2024	Total	Contribution (en %)
Etat (MINSANTE)							
OMS	7,822,000	62,576,000	-	-	-	70,398,000	
AIEA	522,690,000	112,660,000	100,215,000	146,406,255	0	881,971,255	
UNICEF							
CHAI							
[Source 6]							
[Source 7]							
Total Financement Disponible	F CFA -	F CFA -	F CFA -	F CFA -	F CFA -	F CFA -	0%
Coût total du PSNPLCa	6 212 177 764	11 643 621 000	13 238 645 000	11 452 662 553	9 939 460 000	**52 486 566 317**	
Total Ressources Nécessaires	6 212 177 764	11 643 621 000	13 238 645 000	11 452 662 553	9 939 460 000	**52 486 566 317**	
GAP à mobiliser	6 212 177 764	11 643 621 000	13 238 645 000	11 452 662 553	9 939 460 000	**52 486 566 317**	

Articulations du budget par rapport aux programmes budgétaires

Les différentes articulations du budget figurent dans le tableau ci-après :

Tableau 13: Articulations du budget par rapport aux programmes budgétaires

	Programmes budgétaires	Objectifs Spécifiques	Année	Coût	Pourcentage du budget
Objectif général du Plan Stratégique : réduire de 10% d'ici à 2024 la morbidité et la mortalité dues au cancer en vue de l'atténuation de son impact socio-économique sur le développement.	Promotion de la santé	**Objectif Spécifique N°2 :** Augmenter de 25% d'ici à 2024 des interventions de prévention primaire, à travers la communication pour le changement de comportements en faveur de la lutte contre le cancer.	2020-2024	FCFA 12,679,809,211	**24.16%**
	Prise en charge (PEC) des cas	**Objectif Spécifique N°3 :** Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités.	2020-2024	FCFA 5,650,655,000	**10.77%**
		Objectif Spécifique N°4 : Améliorer d'ici à 2024 l'efficacité et l'efficience des traitements avec une progression de 10% du taux général de guérison.	2020-2024	FCFA 30,932,510,001	**58.93%**
	Gouvernance et appui institutionnel au secteur santé	**Objectif Spécifique N°1** : Mettre en place en rendant fonctionnelle au Cameroun d'ici à 2021, une politique nationale de lutte contre le cancer pendant la période de mise en œuvre du PSNPLCa (2020 – 2024).	2020-2021	FCFA 2,251,928,000	**4.29%**
		Objectif Spécifique N°5 : Produire d'ici à 2024 des informations stratégiques sur l'épidémiologie des cancers.	2020-2024	FCFA 362,726,000	**0.69%**
		Objectif Spécifique N°6 : Améliorer d'ici à 2024 les capacités institutionnelles en matière de planification et gestion des programmes à tous les niveaux.	2020-2024	FCFA 608,938,106	**1.16%**
	TOTAL			**FCFA 52,486,566,318**	**100%**

Conditions de succès et menaces

Conditions de succès	Menaces
Implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) avec le processus de décentralisation	Les crises sociales (situation du Sud-Ouest et Nord-Ouest, secte bokoharam, situation des refugiés à l'Est Cameroun) Impact des crises sanitaires majeures (COVID-19)
Implication des PTF à travers leurs financements et expertises	La non implication de la communauté
Signature des textes organisant le CNLCa	Catastrophes naturelles

Tableau 14: Recapitulatif du budget du Plan Strategique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer Cameroun (en monnaie locale FCFA)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Objectif Specifique 1 : Mettre en place au Cameroun d'ici 2021 une politique nationale de lutte contre le cancer et la rendre fonctionnelle pendant toute la période de mise en œuvre du PSNLCa	299,090,000	573,729,000	608,690,000	581,729,000	188,690,000	2,251,928,000	**4.29%**
Objectif Specifique 2 : Augmenter de 25% d'ici 2023 les interventions de prévention primaire, y compris de communication et de promotion en faveur de la lutte contre le cancer	179,454,211	325,397,500	4,171,227,500	4,023,875,000	3,979,855,000	12,679,809,211	**24.16%**
Objectif Specifique 3 : Augmenter de 25% d'ici 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités	1,887,810,000	21,600,000	939,065,000	1,843,500,000	958,680,000	5,650,655,000	**10.77%**
Objectif Specifique 4 : Améliorer d'ici 2023 l'efficacité des traitements avec une progression de 10% du taux général de guérison et l'efficience avec réduction de 50% des couts moyens d'une prise en charge globale chez 95% des cancers dépistés sur l'étendue du territoire national	3,746,355,000	7,446,950,000	7,641,491,667	6,080,031,667	6,017,681,667	30,932,510,001	**58.93%**
Objectif Specifique 5 : Production d'ici 2023 de manière satisfaisante des informations stratégiques	94,950,000	91,090,000	63,818,000	77,440,000	35,428,000	362,726,000	**0.69%**
Objectif Spécifique 6 : Améliorer d'ici à 2024 des capacités institutionnelles en matière de planification et gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance)	79,156,553	232,800,000	52,430,000	183,071,553	61,480,000	608,938,106	**1.16%**
Cout total de la Strategie	**6,286,815,764**	**8,691,566,500**	**13,476,722,167**	**12,789,647,220**	**11,241,814,667**	**52,486,566,318**	**100.00%**
	12%	**17%**	**26%**	**24%**	**21%**	**100%**	

Tableau 14 : Budget total

Année	Montant (en monnaie locale: F CFA)	Montant (en $USD)*	%
2020	6 286 815 764	10 827 501.95	12%
2021	8 691 566 500	14 969 096.71	17%
2022	13 476 722 167	23 210 356.55	26%
2023	12 789 647 220	22 027 038.07	24%
2024	11 241 814 667	19 361 275.20	21%
Total	**52 486 566 318**	90 395 268.48	100%

Source : Outil de costing du PSNPLPCa (1 $ = 580.634 FCFA à la date du 24-06-2020)*
https://www1.oanda.com/currency/converter/

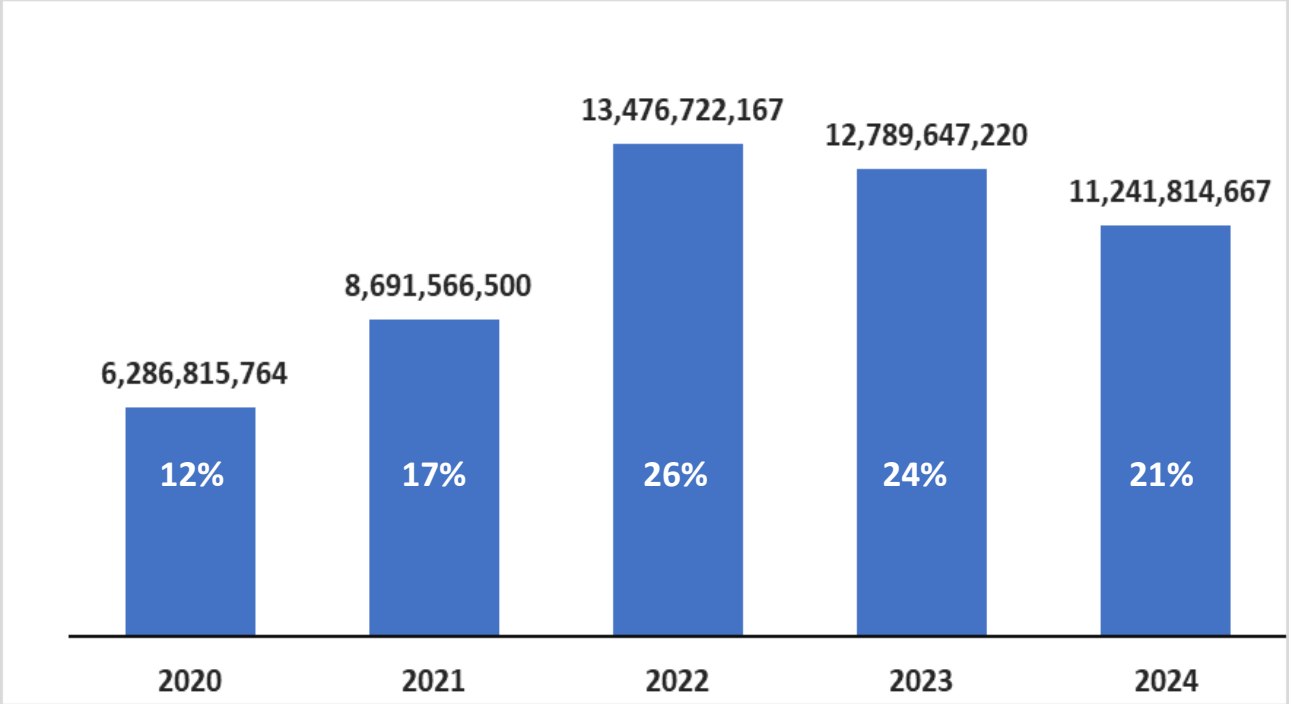

Figure 10 : Répartition annuelle du budget global (en millions de F CFA/XAF)

Source : Outil de costing du PSNLPCa

Tableau 15 : Répartition du budget par objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques	Total
Objectif Spécifique n°1 : Mettre en place au Cameroun d'ici 2021 une politique nationale de lutte contre le cancer et la rendre fonctionnelle pendant toute la période de mise en œuvre du PSNPLCa.	FCFA 2 251 928 000
Objectif Spécifique n°2 : Augmenter de 25% d'ici à 2023 les interventions de prévention primaire y compris de communication et de promotion en faveur de la lutte contre le cancer.	FCFA 12 679 809 211
Objectif Spécifique n°3 : Augmenter de 25% d'ici à 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités.	FCFA 5 650 655 000
Objectif Spécifique n° 4 : Améliorer d'ici à 2023 l'efficacité des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison et l'efficience avec réduction de 50% des coûts moyens d'une prise en charge globale chez 95% des cancers dépistés sur l'étendue du territoire national.	FCFA 30 932 510 001
Objectif Spécifique n°5 : Production d'ici à 2023 de manière satisfaisante des informations stratégiques.	FCFA 362 726 000
Objectif Spécifique n°6 : Améliorer d'ici à 2024 des capacités institutionnelles en matière de planification et gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance).	FCFA 608 938 106
TOTAL	FCFA **52 486 566 318**

7. CADRE OPERATIONNEL

Activités	Responsible de MEO	Cout annuel (x1 000)	2020 (x1 000)	2021 (x1 000)	2022 (x1 000)	2023 (x1 000)	2024 (x1 000)	Cout total par activité FCFA (x1 000)
Objectif Specifique 1: Mettre en place au Cameroun d'ici 2021 une politique nationale de lutte contre le cancer et la rendre fonctionnelle pendant toute la période de mise en œuvre du PSNLCa								
IP 1. Elaboration production et diffusion d'ici 2021 des documents stratégiques et opérationnels y compris des directives de mise en œuvre								
Elaborer et valider les documents de politique et d'orientation sur différentes catégories de Cancers et les soins palliatifs (enfants femmes et adultes)		**30 000**	**30 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**30 000**
Élaborer d'une politique de développement des soins palliatifs		**15 000**	**15 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**15 000**
Développer des directives de mise en œuvre		**15 000**	**15 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**15 000**
IP 2. Amélioration de 25% d'ici à 2024 des performances de l'enseignement et la recherche en cancérologie au Cameroun								
Elaboration et mise en œuvre d'un plan de promotion de la santé dans les écoles les lycées et les colleges sur le cancer		**15 000**	**-**	**15 000**	**-**	**-**	**15 000**	**30 000**
Élaboration d'un référentiel et un manuel de formation pour les soins palliatifs dans le pays		**15 000**	**-**	**15 000**	**-**	**-**	**15 000**	**30 000**
Formation de 25 formateurs en soins palliatifs pour assurer une formation continue des professionnels de la santé au niveau opérationnel		**20 000**	**-**	**20 000**	**-**	**20 000**	**-**	**40 000**
Extension de la couverture des disciplines concernant le cancer par des travaux pratiques dans le cadre du programme de formation/d'apprentissage destiné aux étudiants dans 8 institutions de formation en santé		**8 000**	**-**	**8 000**	**16 000**	**16 000**	**16 000**	**56 000**
Mise en place d'un group technique pour l'accompagnement des chercheurs en cancérologie		**3 600**	**-**	**3 600**	**3 600**	**3 600**	**3 600**	**14 400**
Lancement et facilitation d'une formation spécialisée locale et régionale pour les candidats intéressés par l'oncologie		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
IP 3 . Réorganisation d'ici 2020 du programme national de lutte contre le Cancer								
Restructuration du cadre juridique du CNLCa		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

Intégration des activités de prévention et de contrôle du cancer dans le paquet minimum de tous les niveaux de mise en oeuvre des soins avec un accent sur les soins de santé primaires		**80 000**	**-**	**80 000**	**-**	**-**	**-**	**80 000**
Intégration de la prévention et la lutte contre le cancer dans les programmes de santé des ONG/associations [locales et internationales]		**5 970**	**5 970**	**5 970**	**5 970**	**5 970**	**5 970**	**29 850**
		30 000	**30 000**	**30 000**	**30 000**	**30 000**	**30 000**	**150 000**
Instituer la Collaboration avec d'autres programmes de santé (le paludisme la schistosomiase vih/sida hépatite b etc. Par exemple) en vue du renforcement du système de Santé		**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**5 200**
		1 040	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**5 200**
		1 040	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**1 040**	**5 200**
		3 039	**-**	**3 039**	**-**	**3 039**	**-**	**6 078**
IP 4. Construction de l'institut National du Cancer								
Elaboration du document de décision portant création et organisation d'un Institut National du Cancer (INCa)		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Elaboration du projet de mise en place de l'INCa (Mise en place du fonctionnement de l'Unite de coordination: un comite de pilotage une cellule d'execution du projet et un groupe de travail)		**-**	**200 000**	**300 000**	**500 000**	**500 000**	**100 000**	**1 600 000**
Elaboration du projet de mise en place de l'INCa (Mise en place du fonctionnement de l'Unite de coordination: un comité de pilotage une cellule d'exécution du projet et un groupe de travail)		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Acquisition d'un site pour la construction de l'INCa		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Réalisation des études de faisabilité et technico financière		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Recrutement et Formation des ressources humaines de l'INCa		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Rédaction et validation d'un manuel de procédure de l'INCa		**90 000**	**-**	**90 000**	**-**	**-**	**-**	**90 000**
Rediger et valider un manuel de procedure de l'INCa		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Equipement de l'INCa en matériel biomédical		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Equipement de l'INCa en mobilier et autre équipements		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Acquisition des intrants (médicaments) pour		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

démarrage								
Réalisation de Travaux de genie civil		-	-	-	-	-	-	-
Désignation d'un maitre d'ouvrage		-	-	-	-	-	-	-
Elaboration du plan d'entretien et de maintenance		-	-	-	50 000	-	-	50 000
Promotion et communication auprès de la population sur les offres et services de l'INCa		-	-	-	-	-	-	-
Objectif Specifique 2: Augmenter de 25% d'ici 2023 les interventions de prévention primaire y compris de communication et de promotion en faveur de la lutte contre le cancer								
IP 1. Mobilisation sociale en faveur de la prévention des cancers								
Elaborer une stratégie de communication pour la prévention et la lutte anticancéreuses individus et communautés sensibilisés		7 750	7 750	-	-	-	-	7 750
Développement des directives de mise en œuvre de la mobilisation sociale en faveur du cancer		4 900	4 900	-	-	-	-	4 900
IP 2. Plaidoyer en faveur de la prévention et du traitement des cancers								
Mener des plaidoyers pour la prévention du cancer et L'amélioration des services de lutte contre le cancer		1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	7 500
Developper une strategie de communication et de plaidoyer		1 010	1 010	1 010	-	-	-	2 020
Développement d'un investment case pour la mobilisation des fonds		2 800	2 800	-	-	-	-	2 800
Plaidoyers pour la mobilisation des ressources en faveur de la prévention du cancer et l'amélioration des services de lutte contre le cancer		3 660	3 660	3 660	-	-	-	7 320
Renforcement de la prévention de la lutte contre le cancer		5 940	5 940	-	-	5 940	5 940	17 820
Organisation des journées nationales et internationales de lutte contre les cancers		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
		12 400	12 400	12 400	12 400	12 400	12 400	62 000
IP 3. Information Education et Conseils (IEC) en faveur de la prévention des cancers								

Développer les documents de sensibilisation de la communauté (éducation à la santé) sur le cancer des méthodes de prévention d'auto-détection de diagnostic précoce et des possibilités de PEC ; Sensibilisation de la communauté (éducation à la santé) sur le cancer des méthodes de prévention d'auto-détection de diagnostic précoce et des possibilités de PEC.		**7 750**	**7 750**	**-**	**-**	**-**	**-**	**7 750**
		3 000	**3 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**3 000**
		3 475	**3 475**	**-**	**-**	**-**	**-**	**3 475**
		8 750	**8 750**	**-**	**-**	**8 750**	**-**	**17 500**
		2 625	**2 625**	**2 625**	**2 625**	**2 625**	**2 625**	**13 125**
Mener des campagnes de sensibilisation annuelle aupres de la communaute		**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**50 000**
IP 4. Communication pour le changement de comportements en faveur de la prévention des cancers								
Élaborer des support d'IEC d'éducation sanitaire sur le cancer à l'intention du grand public		**50 000**	**-**	**50 000**	**-**	**50 000**	**-**	**100 000**
Élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation à l'attention de la communauté et des agents de SSP sur la prévention l'auto detection le dépistage et les possibilités de PEC (traitement et les soins) palliatifs du cancer		**211 043**	**-**	**211 043**	**211 043**	**-**	**-**	**422 085**
Organiser des séances d'IEC dans les CDDPC et dans la communauté		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Renforcer la collaboration avec les médias de la localité pour la diffusion des messages émanant des CDDPC		**1 660**	**1 660**	**1 660**	**1 660**	**1 660**	**1 660**	**8 300**
IP 5. Vaccination et renforcement du dépistage des cas précancéreux								
Sensibilisation des populations sur l'importance de la vaccination contre l'hépatite B et HPV		**15 730**	**15 730**	**1 500**	**2 000**	**1 000**	**15 730**	**35 960**
Acquisition des kits de dépistage (Ampfire)		**59 004**	**59 004**	**-**	**-**	**-**	**-**	**59 004**
Acquisition des kits de vaccination contre l'hépatite B et HPV		**3 900 000**	**-**	**-**	**3 900 000**	**3 900 000**	**3 900 000**	**11 700 000**
Organisation en synergie avec le PEV des campagnes de vaccination contre l'hépatite B et HPV		**2 500**	**2 500**	**2 500**	**2 500**	**2 500**	**2 500**	**12 500**
Publication des statistiques annuelles sur la vaccination et le dépistage contre l'hepatite B et HPV		**2 500**	**-**	**2 500**	**2 500**	**2 500**	**2 500**	**10 000**
Objectif Specifique 3 : Augmenter de 25% d'ici 2024 le nombre de cancers précocement dépistés et traités								
IP 1. Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le diagnostic précoce des cancers curables								

Renforcer les services d'histopathologie existants et créer d'autres services dans les régions non dotées		**15 180**	**15 180**	**-**	**15 180**	**-**	**15 180**	**45 540**
		21 600	**21 600**	**21 600**	**21 600**	**-**	**-**	**64 800**
		900 000	**900 000**	**-**	**-**	**900 000**	**-**	**1 800 000**
Créer d'autres services d'histopathologie dans les régions non dotées		**2 285**	**-**	**-**	**2 285**	**-**	**-**	**2 285**
		43 500	**43 500**	**-**	**-**	**43 500**	**43 500**	**130 500**
		900 000	**900 000**	**-**	**900 000**	**900 000**	**900 000**	**3 600 000**
Harmoniser le staging des cancer		**7 530**	**7 530**	**-**	**-**	**-**	**-**	**7 530**
IP2. Renforcement des initiatives de prévention secondaire par le traitement rapide des cancers identifiés précocement								
Mise à disposition des services des médicaments et des matériels nécessaires pour la prise en charge précoce des cancers		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Elaboration d'un guide de prise en charge des cancers		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Objectif Spécifique n°4 : Améliorer d'ici à 2023 l'efficacité des traitements avec une progression de 10 % du taux général de guérison et l'efficience avec réduction de 50% des coûts moyens d'une prise en charge globale chez 95% des cancers dépistés sur l'étendue du territoire national.								
IP 1. Renforcement de la qualité du traitement des cas de Cancers								
Mise en place des comités pluridisciplinaires de PEC du cancer		**3 375**	**3 375**	**-**	**3 375**	**3 375**	**3 375**	**13 500**
Elaboration des directives thérapeutiques harmonisées pour les cancers courants dans le pays		**7 500**	**-**	**7 500**	**7 500**	**7 500**	**7 500**	**30 000**
		7 530	**-**	**-**	**7 530**	**7 530**	**-**	**15 060**
Garantir la disponibilité et l'accessibilité continues des médicaments pour la chimiothérapie du cancer		**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**20 350**
		2 100 000	**2 100 000**	**2 100 000**	**2 100 000**	**2 100 000**	**2 100 000**	**10 500 000**
		252 000	**252 000**	**252 000**	**252 000**	**252 000**	**252 000**	**1 260 000**
		8 140	**8 140**	**8 140**	**8 140**	**-**	**-**	**24 420**
Financer des médicaments de chimiothérapie		**-**	**100 000**	**250 000**	**300 000**	**200 000**	**150 000**	**1 000 000**
Renforcer les services de Radiothérapie existants (Douala et Yaoundé)		**4 820**	**-**	**4 820**	**-**	**4 820**	**-**	**9 640**
Création de 3 autres services Radiothérapie (Bertoua Garoua et Bamenda)		**800 000**	**-**	**800 000**	**800 000**	**-**	**-**	**1 600 000**
Remettre en fonction le Service de Médecine nucléaire de Yaoundé et créer un 2ieme service à Douala		**140 000**	**-**	**140 000**	**140 000**	**140 000**	**140 000**	**560 000**
Renforcer les services d'oncologie médicale existants et créer 8 hôpitaux de jours de chimiothérapie par		**2 600 000**	**-**	**2 600 000**	**2 600 000**	**-**	**-**	**5 200 000**
		146 667	**-**	**-**	**146 667**	**146 667**	**146 667**	**440 000**

région		**1 950 000**	**-**	**-**	**-**	**1 950 000**	**1 950 000**	**3 900 000**
IP 2. Production de bons services de soins palliatifs								
Élaborer des mécanismes d'assurance-qualité pour contrôler les prestation de soins palliatifs aux patients cancéreux et la conformité à l'éthique		**6 560**	**6 560**	**-**	**-**	**-**	**-**	**6 560**
Garantir la disponibilité de façon ininterrompue des opioïdes forts et des autres médicaments essentiels en soins palliatifs		**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**20 350**
		1 260 000	**1 260 000**	**1 260 000**	**1 260 000**	**1 260 000**	**1 260 000**	**6 300 000**
		8 140	**8 140**	**-**	**8 140**	**-**	**-**	**16 280**
Mettre en place un organe de coordination nationale des activités de soins palliatifs		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		16 350	**-**	**16 350**	**-**	**-**	**-**	**16 350**
Objectif Specifique 5 : Production d'ici 2023 de manière satisfaisante des informations stratégiques								
IP 1. Production des données de routine sur le cancer								
Mise à la disposition du CNLCa des données actualisés sur le recensement de la population (nombre age genre)		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Réactivation des 02 registres des cancers de la population des villes de Yaoundé et Douala		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		9 500	**9 500**	**-**	**-**	**-**	**-**	**9 500**
		2 500	**2 500**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2 500**
Affectation du personnel dans les services des Registres de Yaoundé et de Douala		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Renforcement des capacités des personnels des services du registre		**12 900**	**12 900**	**12 900**	**-**	**-**	**-**	**25 800**
Dotation des services des registres en équipements et consommables		**6 400**	**6 400**	**6 400**	**-**	**-**	**-**	**12 800**
		11 200	**-**	**11 200**	**11 200**	**-**	**-**	**22 400**
		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		1 200	**-**	**1 200**	**1 200**	**1 200**	**1 200**	**4 800**
		6 060	**-**	**6 060**	**6 060**	**6 060**	**6 060**	**24 240**
		1 880	**-**	**-**	**1 880**	**1 880**	**1 880**	**5 640**

Création et extension des service des registres hospitaliers des cancers (adulte et enfants)		**6 400**	**6 400**	**6 400**	**-**	**-**	**-**	**12 800**
		11 200	**-**	**11 200**	**-**	**-**	**-**	**11 200**
		-	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		1 200	**-**	**1 200**	**1 200**	**1 200**	**1 200**	**4 800**
		6 060	**-**	**6 060**	**6 060**	**6 060**	**6 060**	**24 240**
		1 880	**-**	**-**	**1 880**	**1 880**	**1 880**	**5 640**
IP 2. Réactivation et vulgarisation de la surveillance épidémiologique des cancers								
Renforcement des capacités des Mairies et FOSA dans le renseignement et l'enregistrement des certificats de décès		**6 760**	**6 760**	**6 760**	**6 760**	**6 760**	**6 760**	**33 800**
Rédaction/Diffusion/publication des données de surveillance épidemiologique des cancers		**5 310**	**5 310**	**5 310**	**5 310**	**5 310**	**5 310**	**26 550**
		250	**-**	**-**	**250**	**250**	**250**	**750**
Affiliation des registres des cancers du Cameroun aux réseaux africains et mondiaux		**1 328**	**-**	**-**	**1 328**	**-**	**1 328**	**2 656**
		3 500	**3 500**	**3 500**	**3 500**	**3 500**	**3 500**	**17 500**
IP 3. Renforcement de la Recherche								
Definition des priorités de recherche planification mise en oeuvre et suivi des activités de recherche		**32 000**	**32 000**	**-**	**-**	**32 000**	**-**	**64 000**
Mener une analyse situationnelle des cancers récurrents pour le pays TN		**3 000**	**3 000**	**-**	**-**	**3 000**	**-**	**6 000**
Education des populations en fonction des factuers de risque socio environementaux		**4 070**	**4 070**	**-**	**4 070**	**-**	**-**	**8 140**
Traduction des resultats de recherche operationnelle en action		**5 730**	**-**	**-**	**5 730**	**5 730**	**-**	**11 460**
		7 390	**-**	**-**	**7 390**	**-**	**-**	**7 390**
Renforcement des capacités en matière de recherche y compris les essais cliniques sur le cancer à tous les niveaux du système de santé		**2 610**	**2 610**	**-**	**-**	**2 610**	**-**	**5 220**
		12 900	**-**	**12 900**	**-**	**-**	**-**	**12 900**
Objectif Spécifique 6 : Améliorer d'ici à 2024 des capacités institutionnelles en matière de planification et gestion de programme à tous les niveaux (gouvernance)								
IP 1. Amélioration de la planification et le monitoring des activités du programme				**-**				
Elaboration monitoring revue et mise en oeuvre du Plan de Travail Annuel (PTA) du programme		**5 730**	**5 730**	**5 730**	**5 730**	**5 730**	**5 730**	**28 650**
		4 070	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**4 070**	**20 350**

Mobilisation des fonds pour la recherche et les activités du CNLCa non prises en compte par le PTA		**2 660**	**2 660**	**-**	**-**	**2 660**	**-**	**5 320**
Communications des résultats des travaux du CNLCa		**2 410**	**2 410**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2 410**
		20 800	**20 800**	**20 800**	**20 800**	**20 800**	**20 800**	**104 000**
Supervision des activités de lutte contre le cancer dans les centres de dépistage de registre et de prise en charge		**6 320**	**-**	**6 320**	**-**	**6 320**	**-**	**12 640**
		830	**830**	**830**	**830**	**830**	**830**	**4 150**
		6 000	**6 000**	**6 000**	**6 000**	**6 000**	**6 000**	**30 000**
IP 2. Amélioration de la fonctionnalité du CNLCa								
Renovation du siège du CNLCa		**50 000**	**-**	**-**	**-**	**50 000**	**-**	**50 000**
Acquisition du materiel de bureau		**17 362**	**17 362**	**-**	**-**	**17 362**	**-**	**34 723**
Acquisition des matériels roulant		**150 000**	**-**	**150 000**	**-**	**-**	**-**	**150 000**
Amelioration de la ligne internet et mise a jour du site web du CNLCa		**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**10 000**	**50 000**
Amelioration du système d'archivage		**15 000**	**-**	**15 000**	**-**	**-**	**-**	**15 000**
IP3. Renforcement des capacites								
Renforcement des capacités du personnel du programme sur la gestion et le leadership		**5 000**	**-**	**5 000**	**5 000**	**5 000**	**5 000**	**20 000**
		9 050	**-**	**9 050**	**-**	**9 050**	**-**	**18 100**
		45 250	**-**	**-**	**-**	**45 250**	**-**	**45 250**
Traduction et validation du plan strategique		**1 875**	**1 875**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1 875**
		1 690	**1 690**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1 690**
Revue a mi-parcours et planification du PSNLCa pour la periode strategique 2025 - 2029		**5 730**	**5 730**	**-**	**-**	**-**	**-**	**5 730**
		9 050	**-**	**-**	**-**	**-**	**9 050**	**9 050**

CONCLUSION

Le cancer constitue un problème majeur de santé publique dans notre pays. Des actions isolées et sporadiques existent sur le terrain pour faire face à ce fléau mais elles restent insuffisantes. Pour remédier à cette situation le Ministère de la Santé Publique a créé le Comité National de Lutte contre le Cancer en 1990 et réorganisé en 2002. Depuis lors le Comité a entrepris des actions qui sont restées limitées à cause de l'absence d'une orientation stratégique. Le présent Plan Stratégique aura pour but d'intensifier la prévention primaire et secondaire d'améliorer la prise en charge les thérapies de soutien et la recherche. Ce plan se veut un document de référence pour tous les acteurs intervenant dans ce domaine. L'implication de tous et l'assistance de nos partenaires sont indispensables pour pouvoir réduire de moitié la morbidité et la mortalité dues au cancer au Cameroun.

Nous pensons que « *D'ici 2035 la prise en charge holistique et optimale des cancers sera une réalité au Cameroun* ».

Liste des contributeurs

Coordination générale

1.	Pr Ndom Paul	Secretaire Permanent CNLCa

Coordination technique

1.	Dr Douba Epée Emmanuel Christian	OMS
2.	Dr Yauba Saidu	CHAI
3.	Dr Billong Serge	CNLS

Rédacteurs en chef

1.	Pr Ngo Nonga	CHUY
2.	Pr Sando Zacharie	HGOPY
3.	Pr Pondy Angèle	CME/FCB
4.	Pr Essi Marie José	UYI
5.	Dr Atenguena Etienne	HGY
6.	Dr Dina Bell Esther Epse Mbassi Ndocko	HGD
7.	Dr Sandjong Isaac	CEMRIO
8.	Dr Zoa Nanga Yves Mathieu	IGSMP/MINSANTE

Equipe de rédaction

1.	Dr Andreas Frambo	CHAI
2.	Dr Edo'o Akam Doris Vanina	FMSB
3.	Dr Esson Mapoko Berthe	CNLCa
4.	Dr Eyenga Cécile	DRSPUD
5.	Dr Jim Nemy Hervé	FMSB
6.	Dr Mekah Mapenya Ruth	HGY
7.	Dr Metogo Bernard	DLMEP
8.	Dr Minse Evola Dénise	CNLCa
9.	Dr Mouaye Vanessa	CNLCa
10.	Dr Nama Maoh Francois	CNLCa
11.	Dr Ndjomo Andjembe Jules	FMSB
12.	Dr Ngono Dorine	DLMEP
13.	Dr Nkele	WOHEP

14.	Dr N'nang Guy Michel	HGOPY
15.	Dr Noudji Simon	DPS
16.	Dr Sindjoun	MINESEC
17.	Dr Tchamfong	St Joseph Cancer Center
18.	Dr Tjeega Fred William	Synergies Africaines
19.	Dr Youwa Prisca	CNLCa
20.	Dr Zang Michel Bienvenu	DPS
21.	M. Abdou Mohamadou	DEP
22.	M. Alban Pascal Djoutsop	Cellule de traduction
23.	M. Ayo Léopold	MINPROFF
24.	M. Balela Koube Ives-Christian	CNLCa
25.	M. Cyril Folabit	CNLCa
26.	M. Feuzeu Maurice	CIS
27.	M. Frejus Lingue	CHAI
28.	M. Glenn Mbah A.	CBCHS
29.	M. Kamwa Samuel	CIS
30.	M. Owona Etoga Francis	DEP
31.	M. Saidou Alim	CNLCa
32.	M. Sona Franklin Mukete	CNLCa
33.	M. Suh Nchang Abenwie	FMSB
34.	M. Tiock Epolle	CNLCa
35.	M. Tsoungui Nanga	DEP
36.	M. Yay Jean Gabriel	SOCHIMIO
37.	M. Yopndoi Charles	CS/MINSANTE
38.	Mme Dongmo Marie	DROS
39.	Mme Guiolobo Bernadette	CNLCa
40.	Mme Leba Mballa Marie S.	DSF
41.	Mme Manjuh Florence	CBCHS
42.	Mme Mbele Brigitte	CNLCa
43.	Mme Mekodjou G. Mireille	DOSTS
44.	Mme Mimboe Agnès Carine	DRFP
45.	Mme Minlend Clémence Sidonie	MINAS

46.	Mme Nyangono Hortense	CNLCa
47.	Mme Penlap Née Komo Barbare Yvette	CNLCa
48.	Mme Tchouda Marie Edith	MINAS
49.	Mme Yayou Bertine	DRFP

Références

1. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/details/noncommunicable-diseases 1st June 2018
2. Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
3. World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org
4. MINEPAT & UNFPA. *Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun*. 2012
5. Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT) 2018. https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf
6. MINEPAT & PNUD 2013. Rapport national sur le développement humain au Cameroun
7. Law No. 2019/024 of 19 December 2019 on the General Code of Regional and Local Authorities
8. Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
9. World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org
10. MINEPAT & PNUD 2013. Rapport national sur le développement humain au Cameroun
11. Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM III). 2014
12. Globocan 2018 : http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/120-cameroon-fact-sheets.pdf
13. Cancer Profil des Pays en 2014 OMS. https://www.who.int/nmh/countries/2014/cmr_en.pdf
14. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique. Manuel de formation sur la planification stratégique de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique. (2017)
15. Adi J. Price BA1; Paul Ndom MD2; Etienne Atenguena MD2; Jean Pierre Mambou Nouemssi BA2; and Robert W. Ryder MD3. Cancer Care Challenges in Developing Countries Cancer 2011;000:000–000. VC 2011 American Cancer Society.