



**FEUILLE DE ROUTE POUR LA REDUCTION
DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE
DUES AUX CANCERS GYNECOLOGIQUES
MADAGASCAR 2018 - 2022**



PREFACE

Les cancers gynécologiques constituent un réel problème de santé publique et attirent actuellement l'attention des acteurs de santé à Madagascar. En effet, ils représentent la moitié de tous les cas de cancer, et la majorité est vue à un stade avancé.

A l'échelle mondiale, les cancers gynécologiques représentent 13% des décès par cancer et 30% de la mortalité féminine. Les projections laissent apparaître que le nombre annuel de nouveaux cas de cancer atteindra 15 millions d'ici 2020, dont 70 % dans les pays en développement et plus d'un million dans la Région africaine.

Conscient de cette situation, le Ministère de la Santé Publique, sous le parrainage de la Première Dame de Madagascar, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a organisé sa Première Consultation Nationale sur les Cancers Gynécologiques dont la première recommandation est d'élaborer une feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux cancers gynécologiques. La Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle adoptée en 2016 est une opportunité à saisir pour augmenter l'accès des femmes aux services appropriés.

J'adresse mes sincères remerciements à l'endroit de ceux qui ont participé à l'élaboration de ce document, entre autre l'Organisation Mondiale de la Santé pour son appui technique et financier.

J'espère que les stratégies énoncées dans ce document seront réalisées avec succès et j'exhorte la contribution active de tous les acteurs pour épargner les femmes de ce fléau en vue du bien-être de la famille et du développement du pays.

SOMMAIRES

Introduction.....	4
Contexte et acquis	4
Analyse de la situation	5
Contexte géographique, démographique et administratif	5
Contexte socio-économique.....	5
Contexte sanitaire global du pays.....	5
Qualité / offre de services	6
Prévention primaire et Vaccination	7
Dépistage	7
Diagnostic et orientation thérapeutique.....	8
Prise en charge chirurgicale	8
Prise en charge Médicale	9
Système d'information.....	9
Coordination.....	10
Priorités stratégiques	10
Interventions prioritaires	11
Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel permet l'effectivité de la mise en œuvre des interventions de prévention et contrôle des cancers gynécologiques.....	11
Effet 2 : Les femmes et adolescentes bénéficient des services de prévention et de détection précoce des cancers gynécologiques.	12
Effet 3 : Les femmes atteintes des cancers gynécologiques bénéficient d'une prise en charge appropriée.....	12
BIBLIOGRAPHIE	20



INTRODUCTION

« Ensemble, faisons face aux cancers gynécologiques », tel est le thème choisi pour la première Consultation Nationale sur les cancers gynécologiques à Madagascar, consultation nationale organisée du 21 au 23 juin 2017 pour donner un nouveau souffle à la lutte contre ce fléau.

A l'issue de cet atelier, il est indispensable de mettre en place une feuille de route qui tient compte des recommandations de la consultation nationale en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux cancers gynécologiques.

CONTEXTE ET ACQUIS

A l'échelle mondiale, le cancer constitue un grave problème de santé puisqu'il a représenté 12,5 % de tous les décès survenus en 2005. Par ailleurs, les cancers gynécologiques représentent 13% des décès par cancer et 30% de la mortalité féminine dans le monde. Selon le profil pays Madagascar 2014, les décès liés aux cancers représentent 8% des décès totaux.

Les projections laissent apparaître que le nombre annuel de nouveaux cas de cancer atteindra 15 millions d'ici 2020, dont 70 % dans les pays en développement et plus d'un million dans la Région africaine. Selon les estimations de GLOBOCAN, le nombre de nouveaux cas de cancer à Madagascar était 19 484 en 2015. Madagascar ne dispose pas de données précises et récentes pour évaluer les taux réels d'incidence et de prévalence du cancer dans le pays.

D'après les données du Service Oncologie CHUA-JRA, principal centre de prise en charge du cancer, les cancers mammaires et du col de l'utérus représentent 50% de tous les cas de cancers enregistrés. Pour les cancers gynécologiques, de 2008 à 2011, la statistique a montré une prédominance des cancers du sein (66,6%) et du col de l'utérus (29,7%). Le cancer de l'ovaire représente 1,6% des cancers gynécologiques, celui de l'endomètre 1,4% et les autres cas de cancer 0,4%.

L'exploitation des données disponibles au niveau des quatre services d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) à Antananarivo de 2007 à 2016 a montré que les cancers gynécologiques constituaient 35,87% de tous les cas de cancers diagnostiqués. Les cancers du sein et du col de l'utérus représentaient respectivement 49 et 38% des cas de cancers gynécologiques avec un pic de fréquence entre 40 et 59 ans et des extrêmes de 15 à 93 ans.

Le secteur de santé dispose de documents politiques et stratégiques ainsi que d'un plan de développement [2] en cohérence avec les Déclarations Internationales sur les Soins de Santé Primaires, les Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable [1]. Toutes ces stratégies visent à assurer à la population l'accès aux soins de qualité en tenant compte de la Déclaration d'Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique. La santé de la mère et de l'enfant figure parmi les priorités dans ces documents de planification sanitaire.

La Politique Nationale de Santé vient d'être mise à jour. Le Plan de Développement du Secteur Santé [3] couvrant la période 2015-2019 est disponible. Madagascar a réactualisé sa Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour une durée de 5 ans (2016 à 2019).

La Politique Nationale de Santé Communautaire [4] mise à jour en 2017 définit la place du niveau communautaire dans le système de santé. La stratégie de Couverture Santé Universelle (CSU) vient de voir le jour en janvier 2016 et les préparatifs de mise en œuvre sont en cours.

Madagascar dispose d'une politique nationale de lutte contre les cancers dont les cancers gynécologiques figurent parmi les priorités. Néanmoins, les documents cadrepertinents pour le secteur santé telles que la politique de financement, la politique en ressources humaines, ne sont pas encore disponibles.



ANALYSE DE LA SITUATION

CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Madagascar est, de par sa superficie (596 790 km²), la quatrième plus grande île du monde. La population de Madagascar est estimée à un peu plus de 23 millions d'habitants, et composée à 83% par des ruraux. La population est relativement jeune car selon l'Enquête Nationale de Suivi des OMD [5] en 2012, 64% ont moins de 25 ans et un peu moins de la moitié (47%) ont moins de 15 ans. L'indice synthétique de fécondité demeure élevé : 5,0 enfants en moyenne par femme et la fécondité est précoce car 36,9% des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie féconde. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 64,25 ans (62ans chez l'homme et 66 ans chez la femme). [6]

L'enquête MICS 2012 a montré que 43,5% des adolescentes ont eu leurs rapports sexuels avant 15 ans, 9,6% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples, 26,9% se marient avant l'âge de 15 ans et 64,6% se marient avant l'âge de 18 ans. Par ailleurs, 11,9% des femmes pratiquent la polygamie. [7]

Selon la dernière constitution votée en 2010, Madagascar est subdivisé, sur le plan administratif, en 6 provinces autonomes, 22 régions, 119 districts, 1500 communes et 17.500 fokontany (FKT). Les régions et les communes sont des collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces autonomes. Les FKT constituent la plus petite unité administrative de déconcentration du pouvoir de l'Etat. C'est l'interface de proximité entre l'Etat et la population.

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Si en 2010, Madagascar a occupé le 135^{ème} rang sur 169 pays au classement mondial sur l'indice de développement humain, il est classé au 182^{ème} rang sur 187 pays en 2017 [8]. Les crises politiques subies périodiquement par le pays affectent négativement ses résultats économiques et sociaux. Madagascar fait face à des problèmes de financements insuffisants pour l'éducation et la santé. Le revenu national brut par habitant (RNB) est de 440 USD en 2013.

L'économie de Madagascar est fortement dépendante du reste du monde. Le commerce extérieur est essentiellement constitué de produits agricoles, des produits de la pêche et des mines. Les principaux produits exportés sont la vanille, le girofle, le café, les litchis, le poivre, le sisal, les huiles essentielles.

Entre 2006 et 2010, il est noté une alarmante dégradation du marché du travail, marquée par une augmentation du chômage et du sous-emploi et, surtout, une explosion du secteur informel de subsistance, un effondrement du pouvoir d'achat des travailleurs et un creusement sensible des inégalités. Les résultats obtenus en matière de réduction de la pauvreté au cours des dernières années ont ainsi été effacés et même inversés.

CONTEXTE SANITAIRE GLOBAL DU PAYS

Par rapport à la morbidité générale, les cancers gynécologiques ne sont pas bien reflétés dans les rapports mensuels d'activités (RMA) des centres de santé. En matière de prise en charge, 40 % des patientes sont perdues de vue après 6 cures de chimiothérapie à cause de l'insuffisance en personnel, des médicaments peu disponibles et de coût élevé, de l'absence de couverture sociale.

L'accès des malades et de leurs familles aux services de prévention, de diagnostic et de traitement ainsi qu'au soutien psychosocial est gravement entravé par l'insuffisance des financements et la

faiblesse générale du système de santé. Ceci a été souligné lors de la consultation nationale où la discussion a fait ressortir parmi les problèmes le faible accès de la population à l'information, au dépistage et à une orientation thérapeutique.

La présentation des résultats de l'inventaire des ressources matérielles, humaines et infrastructures au cours de cette même consultation nationale sur les cancers gynécologiques a révélé des problèmes comme les ressources insuffisantes et peu décentralisées, le plateau technique insuffisant notamment en appareil de radiothérapie... Les infrastructures et les équipements sont inadéquats et vétustes. Le personnel qualifié pour la lutte anticancéreuse est insuffisant, et la plupart des agents de santé ont des connaissances et des compétences très limitées en matière de cancer, surtout au niveau périphérique. Les quelques installations de diagnostic et de traitement du cancer qui existent sont centralisées dans les zones urbaines notamment dans la capitale. La chimiothérapie et les autres moyens de traitement restent inabordables. Le coût élevé des actes pousse les familles à chercher une solution d'échappatoire vers la médecine parallèle.

Les services de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs sont limités à cause de la réglementation actuelle de l'usage des produits morphiniques. La plupart des patientes se présentent dans les services de santé lorsque la maladie se trouve déjà à un stade avancé, autrement dit au stade où elles ne peuvent plus cacher la maladie, une lésion située dans une partie intime du corps.

L'insuffisance d'information sur les cancers gynécologiques est un des principaux facteurs de la faible utilisation des services et du retard du diagnostic et de la prise en charge. Ceci est dû non seulement à l'insuffisance de médiatisation mais également au problème de compétence des agents de santé. Le faible accès de la population à l'information est aggravé par son faible niveau d'instruction. En effet, 23% des femmes de 15-49 ans n'ont aucune instruction, 5% ont le niveau primaire complet, 5% niveau secondaire complet, 3% niveau supérieur. On note par contre des écarts importants selon le milieu de résidence ; c'est en milieu rural que la proportion des femmes sans instruction est la plus élevée (27%). A l'opposé, en milieu urbain, la quasi-totalité des femmes (95%) ont une certaine instruction.[5]

QUALITE / OFFRE DE SERVICES

Concernant l'organisation de l'offre de services, le système de santé se fait sur quatre niveaux:

1. le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards;
2. le niveau intermédiaire ou régional avec comme attribution la coordination et l'appui technique des districts sanitaires ; ce niveau joue un rôle stratégique;
3. le niveau périphérique ou district, niveau opérationnel, sa mission consiste à coordonner et à appuyer les formations sanitaires de base et de première référence dans l'offre des services de santé. Il constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie de décision et financière;
4. le niveau communautaire participant dans la promotion de la santé et dans le fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

L'organisation des soins fait appel à trois niveaux :

1. les formations sanitaires de base pour les premiers contacts et porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé : Centres de Santé de Base (CSB) Niveau 1 et 2 offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA);

2. les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) et Centre Hospitalier de Référence Régional (CHRR): hôpitaux de 1^{er} recours
3. les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) : établissements spécialisés, rattachés à une Faculté de Médecine, et se présentant comme des hôpitaux de 2^{ème} référence.

Aussi bien les structures sanitaires publiques que privées s'alignent dans cette organisation du système national de santé.

Au total, le pays dispose de 2623 CSB publique. Par ailleurs 676 structures de santé privées existent mais sont concentrées principalement dans les grandes villes.

Malgré l'existence de ces centres de santé, les femmes se heurtent à un problème d'accès géographique car seulement 60% de la population se situent à moins de 5km d'une formation sanitaire.

Prévention primaire et Vaccination

Un des facteurs aggravant ce problème de santé est le manque d'information de la population sur les facteurs de risque et les mesures de prévention. Généralement, les facteurs de risque du cancer sont l'environnement, le mode de vie, la sédentarité, le tabagisme ... mais aussi des facteurs internes comme l'âge, la baisse de l'immunité ...

Par rapport au cancer du sein, les lésions génétiques, la nulliparité, l'absence d'allaitement, la puberté précoce, la ménopause tardive, les déséquilibres hormonaux, la prédisposition génétique sont les principaux facteurs de risque que la population devrait savoir.

Par ailleurs, le virus HPV est détecté dans 97% des cas de cancers du col de l'utérus. L'apparition du cancer du col de l'utérus est favorisée par les infections persistantes avec types HPV oncogéniques.

Les facteurs favorisant sont la parité élevée, les rapports sexuels précoces, les partenaires sexuels multiples, la baisse de l'immunité, le rôle des anticorps naturels dans la protection contre les réinfections ou infections persistantes, les facteurs hormonaux.

Le Ministère de la Santé ne dispose pas de stratégie de communication relative à la lutte contre le cancer.

La vaccination anti-HPV a été introduite au cours de deux années scolaires 2013-2014 et 2014-2015.

Trois types de stratégie ont été utilisés à savoir la stratégie avancée dans les écoles, la stratégie fixe au niveau des centres de santé de base (CSB) et la stratégie en mode routine.

Les principales leçons apprises lors de cette phase démonstration étaient la conduite d'une bonne communication suivant un plan de communication rigoureuse, la mobilisation de toutes les parties prenantes. Une des recommandations aussi était de bien faire le choix du type de vaccin, entre le bivalent et le quadrivalent.

La couverture vaccinale atteinte durant ces deux années était de 62%, ce qui a permis de qualifier Madagascar comme éligible pour l'introduction du vaccin anti-HPV dans le programme de vaccination nationale. Cependant l'insuffisance de fonds pour honorer la part de contribution de l'Etat au co-financement est une contrainte majeure à la mise à l'échelle de la vaccination.

A cet effet, la loi N° 2016-058 portant création d'un fonds national de vaccination a été promulguée.

Dépistage

Cancer du col utérin :

Le programme de dépistage du cancer du col utérin a été instauré à Madagascar depuis 2007.

Durant les deux premières années, une étude de faisabilité et d'acceptabilité a été menée au niveau de deux districts sanitaires.

La première phase de la mise à l'échelle consistait à mettre en place le programme de dépistage au niveau des districts chefs-lieux de région. Un centre de cryothérapie a été mis en place pour chaque district sanitaire formé au dépistage. Actuellement, dans le secteur public, ce programme est

opérationnel au niveau de huit districts répartis dans cinq régions. Le secteur privé contribue à cette prévention. Des centres de santé de MSM œuvrent dans 31 districts répartis dans 14 régions, tandis que des centres de santé collaborateurs de PSI œuvrent dans 28 districts répartis dans 14 régions. Au total, 700 prestataires sont formés au dépistage du cancer du col utérin, et 15000 femmes ont été dépistées. Près de 900 femmes présentant des lésions précancéreuses ont été traitées par cryothérapie.

Le Cancer du sein :

Le dépistage du cancer du sein n'a pas fait l'objet d'un programme spécifique jusqu'à ce jour, à part la promotion de l'autopalpation effectuée par la femme elle-même. Toutefois, la pratique de la palpation des seins est recommandée pour l'examen des femmes venues en consultation au niveau des formations sanitaires, surtout lors des consultations en Planification Familiale.

Diagnostic et orientation thérapeutique

L'exploration radiologique constitue une importante orientation thérapeutique en matière de cancer. Pour le cancer du sein, c'est la découverte de micro calcification qui détermine l'examen d'Anatomie Cytologie Pathologiques de diagnostic. Pour le cancer du col utérin, la radiologie détermine les différents éléments du bilan d'extension.

Dix (10) Centres Hospitaliers publics disposent d'un Centre d'Imagerie Médicale (CIM) actuellement, repartis au niveau des ex-Chefs-lieux des six provinces de Madagascar.

En matière de ressources humaines, Madagascar connaît une insuffisance en effectif, compte tenu de l'étendue du pays. L'inventaire effectuée par le CIM au CHUA-JRA en 2017 a fait état de disponibilité d'un (1) professeur titulaire, de douze (12) spécialistes, de treize (13) Internes Qualifiants (IQ) en formation spécialisées, de 59 échographistes (D.U) et de 230 techniciens en électroradiologie.

Le CIM du CHUA-JRA est équipé de radiologie générale, d'échographie générale, de mammographie, d'échodoppler, de scanner et d'imagerie par résonance magnétique. Les mammographies effectuées étaient au nombre de 404 en 35 mois.

En matière de cancérologie, l'examen d'Anatomie et Cytologie Pathologiques constitue l'élément de diagnostic de certitude. Madagascar dispose de cinq centres d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, dont quatre concentrés dans la Capitale. En matière de ressources humaines, cette discipline dispose à Antananarivo d'un (1) professeur titulaire, de six (6) spécialistes et de quatorze (14) IQ en formation. Un professeur agrégé est en fonction au CHU de Fianarantsoa. De 2007 à 2016, les cancers diagnostiqués par examens d'Anatomie et Cytologie Pathologiques étaient au nombre de 11621 dont 4169 cancers gynécologiques, soit 35,87%.

Prise en charge chirurgicale

Devant le manque de développement de programme de dépistage, les disciplines de chirurgie et de gynécologie constituent les domaines de découverte de bon nombre de cancers.

Tous les CHRDI disposent d'un service de chirurgie, mais les services les mieux équipés sont ceux des CHU des ex-Chefs-lieux de Province. En matière de ressources humaines, la chirurgie dispose de 17 professeurs agrégés et titulaires, de 48 spécialistes et de 51 Internes Qualifiants en formation. Le recrutement de spécialistes se fait à raison de 5 par an.

Il a été constaté à travers les échanges au cours de la Consultation Nationale sur les Cancers Gynécologiques que ce sont les gynécologues et/ou les chirurgiens qui assurent la prise en charge des cancers gynécologiques.

Actuellement, Madagascar dispose de 41 spécialistes en gynécologie obstétrique, travaillant dans les CHU / CHRR (M/car) dont 6 professeurs titulaires et agrégés, 4 chefs de clinique, 19 internes qualifiants avec une fréquence de 5 sorties par an.

Prise en charge Médicale

A Madagascar, il y a quatre CHU disposent de service d'Oncologie médicale, dont CHUA-JRA, CHUA Andohatapanaka, CHU Fianarantsoa et CENHOSOA. Cette discipline est composée d'un (1) professeur titulaire en oncologie et radiothérapie, de cinq (5) oncologues médicales, de deux (2) oncologues radiothérapeutes, de quatre (4) internes qualifiants et de quatre (4) manipulateurs en radiothérapie. Le recrutement d'interne qualifiant spécialisé se fait au rythme de deux (2) par an.

Le retard de prise en charge pourrait être expliqué par son circuit allant de la découverte du symptôme, la consultation de médecin généraliste ou spécialiste, le diagnostic, puis le traitement.

Une étude sur le cancer du sein en 2013-2014 a montré que les cancers du sein sont souvent vus au stade avancé : stade localement avancé 52% et stade métastatique 18,6%.

Trois quart des patientes sont traitées par chimiothérapie, le traitement médical spécifique se heurte à beaucoup de problèmes comme l'insuffisance en personnel au service de Cancérologie, la faible disponibilité et accessibilité aux médicaments anticancéreux dont les coûts sont totalement pris en charge par la famille la quasi-totalité des patientes n'ont pas de couverture sociale et leur possibilité financière est très limitée. Ces problèmes, ainsi que divers autres facteurs concourent à l'abandon du traitement : 37,33% pour le cancer du sein et 75% pour le cancer du col utérin.

Les décès hospitaliers sont évalués à 10,67% pour le cancer du sein et 11,5% pour le cancer du col utérin.

Il est à souligner que la stadification du cancer n'est pas toujours possible dans le processus de prise en charge, et par la suite la thérapie ciblée n'est possible que si la patiente a suffisamment les moyens pécuniaires. Le traitement de support n'est pas effectif et ni individualisé.

Par ailleurs, les échanges au cours de la consultation nationale ont fait ressortir qu'en pratique, la concertation et collaboration pluridisciplinaire n'est pas suffisamment effective.

La radiothérapie externe et la curiethérapie font partie du traitement du cancer du col mais le télécobalt a été arrêté depuis 2009 suite aux pannes fréquentes et à l'épuisement des sources. Un centre de radiothérapie privé a été mis en place en 2015 et a pu traiter environ 100 patientes sur les 30 mois de fonction. La radiothérapie est obligatoire pour le traitement conservateur du cancer du sein quel que soit le stade. La récurrence est élevée s'il n'y a pas de radiothérapie ; par ailleurs, la radiothérapie est très efficace pour les métastases osseuses et cérébrales. S'il est recommandé une machine de radiothérapie pour 500 000 habitants, Madagascar, peuplé de 24 millions d'habitants, ne dispose que de 2 machines dans un centre privé, avec coût extrêmement cher. Pour l'hôpital public de référence nationale, un bunker est en cours de construction.

Les cancers gynécologiques sont dans la plupart des cas vus tardivement. De plus, l'option de traitement est limitée, les soins médicaux sont coûteux et les médicaments pour les soins palliatifs se heurtent à des problèmes d'approvisionnement. Avec l'appui du Comité de Lutte contre la Douleur, la mise à disposition des antalgiques de tous les paliers surtout des opioïdes forts a été facilitée au niveau de la pharmacie du CHUA-JRA. Toutefois, il n'existe pas de service pour les soins palliatifs.

Du fait des textes en vigueur sur les morphiniques, les médicaments antidouleurs restent inaccessibles aux patientes qui en auraient besoin notamment celles qui sont au stade terminal à domicile et celles qui ont terminé leur traitement à l'hôpital.

Système d'information

Le registre du cancer est mis en œuvre au niveau national depuis 2005. Toutefois les informations ne sont pas rapportées par les hôpitaux. La fiabilité des données rapportées n'est pas assurée car du fait



de la non disponibilité du diagnostic sur le terrain, même les suspicions de cancers sont notifiées notamment par les niveaux intermédiaire et périphérique.

Coordination

Différents intervenants, universités, associations, ONG, Institutions, aussi bien nationaux qu'internationaux apportent leur soutien dans la lutte contre les cancers du col de l'utérus et cancer du sein mais aussi contre le cancer en général. Toutefois, ces différents acteurs agissent de manière verticale selon leur mandat et capacités respectifs. Les résultats pourraient être améliorés mais la coordination reste faible. Un arrêté ministériel relatif au comité de coordination de lutte contre le cancer existe mais n'est jamais effectif jusqu'à ce jour.

Sur le plan juridique, le secteur santé dispose d'un Code de la santé révisé et mis à jour qui a été promulgué en fin 2011. Cette loi constitue le chapeau de tous les textes juridiques qui régissent la santé à Madagascar. La loi sur la réforme hospitalière a été promulguée en 2010. Par ailleurs, la convention internationale sur la lutte contre le tabac a été ratifiée par le pays en février 2005 et son décret d'application est en vigueur. L'OMS a décerné à Madagascar un certificat honorifique pour sa contribution dans la protection du personnel contre le tabac.

En résumé, les cancers gynécologiques constituent un problème majeur de santé publique avec une mortalité élevée. La population n'est informée ni sur le cancer, ni sur les facteurs de risque, ni sur les services disponibles. L'accès au dépistage est faible et le diagnostic et le traitement sont tardifs. Malgré la faiblesse du plateau technique, le coût de la prise en charge est très élevé et est totalement à la charge de la famille. Par ailleurs, la qualité de vie des patientes laisse à désirer, le traitement palliatif n'est pas développé dans les hôpitaux de référence de district, voire inaccessible notamment aux patientes à domicile au stade terminal.

Au vue de cette situation et des différents engagements et échanges au cours du diner-débat de la première consultation nationale à Madagascar, les principales recommandations approuvées par les participants sont les suivantes :

- Renforcer la prévention primaire à travers la sensibilisation et surtout la vaccination ;
- Renforcer la prévention secondaire à travers le dépistage et le diagnostic précoce ;
- Appuyer la prévention tertiaire notamment le bilan d'extension et la stadification des lésions ;
- Améliorer la qualité et l'accès au traitement y compris les soins palliatifs ;
- Appliquer la multidisciplinarité de la PEC ;
- Redynamiser le registre du cancer
- Renforcer la coordination

PRIORITES STRATEGIQUES

Au vu de la problématique identifiée ci-dessus, les recommandations issues de la consultation nationale sur les cancers gynécologiques orientent les acteurs à agir plus en amont à travers la présente Feuille de Route.

C'est ainsi que les interventions suivantes sont priorisées à savoir la sensibilisation sur les facteurs de risque, la vaccination, le dépistage et détection précoce et traitement du pré-cancer, le renforcement du diagnostic et traitement précoces des cas, et l'amélioration des soins palliatifs. Parallèlement, la disponibilité de données fiables devrait être assurée et la coordination améliorée.



Objectif général

D'ici 2022, réduire de 25% la mortalité par cancer gynécologique.

Effets

- Effet 1.** L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel permet la mise en œuvre des interventions de prévention et contrôle des cancers gynécologiques;
- Effet 2.** Les femmes et adolescentes bénéficient des services de prévention et de détection précoce des cancers gynécologiques;
- Effet 3.** Les femmes atteintes de cancers gynécologiques bénéficient d'une prise en charge appropriée.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel permet l'effectivité de la mise en œuvre des interventions de prévention et contrôle des cancers gynécologiques.

Produit 1 : Les dirigeants, les décideurs et les partenaires techniques et financiers adhèrent et soutiennent la lutte contre les cancers gynécologiques.

Intervention Prioritaire 1 : Renforcer les actions de plaidoyer ;

Intervention Prioritaire 2 : Développer le partenariat de la lutte contre les cancers gynécologiques;

Intervention Prioritaire 3 : Assurer la coordination de la mise en œuvre.

Produit 2 : Les documents de référence juridiques et normatifs sont disponibles et diffusés.

Intervention Prioritaire 1 : Réviser/élaborer les documents cadres normatifs et juridiques ;

Intervention Prioritaire 2 : Diffuser et appliquer les documents cadres.

Produit 3 : la Feuille de Route pour la réduction de la morbidité et mortalité dues aux cancers gynécologiques est diffusée à une large échelle et est mise en œuvre.

Intervention Prioritaire 1 : Reproduire le document et familiariser les acteurs concernés, avec son contenu ;

Intervention Prioritaire 2 : Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités ;

Intervention Prioritaire 3 : Définir/réviser et mettre en œuvre les normes et protocoles de prévention et contrôle des cancers gynécologiques.

Produit 4 : Le système d'information est performant.

Intervention Prioritaire 1 : Assurer la collecte et l'utilisation des données sur les cancers gynécologiques;

Intervention Prioritaire 2 : Assurer la fiabilité du registre des cancers ;

Produit 5 : Le programme dispose de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant.

Intervention Prioritaire 1 : Développer et mettre en œuvre un plan de formation initiale et spécialisée en matière de cancers gynécologiques;

Intervention Prioritaire 2 : Renforcer le volet prévention et contrôle des cancers gynécologiques dans la formation initiale des médecins et paramédicaux.



Produit6 : La recherche sur la prévention et contrôle des cancers gynécologiques est développée.

Intervention Prioritaire 1 : Assurer la coordination des recherches sur les cancers gynécologiques ;

Intervention Prioritaire 2 : Soutenir les recherches opérationnelles y compris les thèses et mémoires d'études.

Effet 2 : Les femmes et adolescentes bénéficient des services de prévention et de détection précoce des cancers gynécologiques.

Produit1 : L'accès de la population à l'information sur le cancer et les facteurs de risque des cancers gynécologiques en vue de l'adoption de comportements sains est accru.

Intervention Prioritaire 1 : Développer un plan de communication sur la prévention des cancers gynécologiques;

Intervention Prioritaire 2 : Assurer la mise en œuvre du plan.

Produit2 : La vaccination contre le cancer du col de l'utérin est mise à échelle au niveau national.

Intervention Prioritaire 1 : Développer un plan de mise à l'échelle de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus;

Intervention Prioritaire 2 : Mener les activités de vaccination.

Produit3 : Les services de dépistage et de traitement des pré-cancers sont disponibles dans les zones cibles.

Intervention Prioritaire 1 : Assurer la dotation en équipements y compris les appareils de mammographie, en petits matériels et en consommables pour le dépistage des cancers gynécologiques et le traitement des pré-cancers ;

Intervention Prioritaire 2 : Renforcer la capacité des agents de santé sur le dépistage des cancers gynécologiques;

Intervention Prioritaire 3 : Renforcer la référence des cas de suspicion de cancer.

Effet 3 : Les femmes atteintes des cancers gynécologiques bénéficient d'une prise en charge appropriée.

Produit1 : Les services de diagnostic répondant aux normes de qualité sont disponibles au niveau des 6 provinces.

Intervention Prioritaire 1 : Renforcer l'équipement d'un service d'imagerie médicale par province.

Intervention prioritaire 2 : mettre en place / équiper des services de cytologie et d'anatomopathologie répartis dans les 6 provinces ;

Intervention Prioritaire 3 : Assurer la fonctionnalité des services de cytologie et d'anatomopathologie

Produit2 : Les services de prise en charge des cancers gynécologiques sont disponibles au niveau des centres hospitaliers selon les plateaux techniques.

Intervention Prioritaire 1 : Mettre en place des centres de référence en chirurgie carcinologique pour la PEC des cancers gynécologiques au niveau de chaque province;

Intervention Prioritaire 2 : Mettre en place des services d'onco-radiothérapie publiques fonctionnels au niveau de deux régions;

Intervention Prioritaire 3 : Assurer la disponibilité continue des médicaments antimitotiques



Produit3 : Les soins palliatifs de qualité sont accessibles aux patientes

Intervention Prioritaire 1 : développer un protocole de soins de support ou palliatifs applicables aux différents niveaux du système de santé jusqu'aux CSB

Intervention Prioritaire 2 : Mettre en place un service de référence en soins de support et palliatifs au niveau des centres hospitaliers (CHU, CHRR et CHRD2) (pour mémoire : identification référents et formation)

Intervention Prioritaire 3 : Assurer la disponibilité et l'utilisation réglementaire des antalgiques de palier 3 selon les normes en vigueur

INDICATEURS

Interventions prioritaires	INDICATEURS	Données de base	ANNEE					TOTAL
			2018	2019	2020	2021	2022	
Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel permet l'effectivité de la mise en œuvre des interventions de prévention et contrôle des cancers gynécologiques.	Disponibilité du décret d'application de la loi sur le fonds national de la vaccination	0	1	1	1	1	1	1
	Texte révisé sur l'utilisation des antalgiques majeures	0	1	1	1	1	1	1
<i>Produit 1 : Les dirigeants, les décideurs et les partenaires techniques et financiers adhèrent et soutiennent la lutte contre les cancers gynécologiques.</i>								
<i>Produit 2 : Les documents de référence juridiques et normatifs sont disponibles et diffusés.</i>								
<i>Produit 3 : la Feuille de Route pour la réduction de la morbidité et mortalité dues aux cancers gynécologiques est diffusée à une large échelle et est mise en œuvre</i>								
<i>Produit 4 : Le système d'information est performant</i>	Nombre de Régions provinces couvertes par le registre de cancer	0	1	3	4	5	6	6



<i>Produit 5 : Le programme dispose de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant</i>	<i>Volet prévention et dépistage de cancers gynécologiques intégré dans le cursus de formation initiale des médecins et des paramédicaux</i>								
	<i>Plan de formation spécialisée disponible et mis en œuvre</i>								
<i>Produit 6 : La recherche sur la prévention et contrôle des cancers gynécologiques est développée</i>	Nombre annuel de recherches opérationnelles dont les résultats sont validés? Bonnes pratiques documentées								
Effet 2 : Les femmes et adolescentes bénéficient des services de prévention et de détection précoce des cancers gynécologiques.									
<i>Produit1 : L'accès de la population à l'information sur le cancer et les facteurs de risque des cancers gynécologiques en vue de l'adoption de comportements sains est accru</i>	Existence d'un plan de communication sur les cancers gynécologiques	0	1						
	Proportion de districts ayant mis en œuvre le plan de communication	0	10%	25%	50%	75%	100%	100%	
<i>Produit 2 : La vaccination contre le cancer du col de l'utérus est mise à l'échelle nationale</i>	Proportion de districts mettant en œuvre la vaccination contre le cancer du col de l'utérus	0	0						
<i>Produit 3 : Les services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses sont disponibles dans les zones cibles dans les FS</i>	Proportion des FS offrant les prestations de dépistage de cancer du col utérin à l'IVA	2,5%	21%	50%	65%	80%	100%	100%	
	Proportion de districts disposant de Service de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	5%	23%	50%	65%	80%	100%	100%	
	Nombre de régions effectuant le dépistage organisé du cancer du sein	0	2	3	3	3	3	3	3
Effet 3 : Les femmes atteintes des cancers gynécologiques bénéficient d'une prise en charge appropriée									

<i>Produit 1 : Les services de diagnostic répondant aux normes de qualité sont disponibles au niveau des 6 provinces</i>									
	Nombre de provinces disposant de Service d'imagerie médicale fonctionnel	1	2	3	4	5	6	6	6
	Nombre de provinces disposant de Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques fonctionnel	2	2	3	4	5	6	6	6
<i>Produit 2 : Les services de prise en charge des cancers gynécologiques sont disponibles au niveau des centres hospitaliers selon les plateaux techniques</i>		1	1	1	2	4	6	6	6
	Nombre de provinces disposant de Service d'oncoradiothérapie fonctionnel	0	1	1	2	2	3	3	3
	Système d'approvisionnement en médicaments anti-mitotiques à coût raisonnable adopté et fonctionnel	0	1	1	1	1	1	1	1
<i>Produit 3 : Les soins palliatifs de qualité sont accessibles aux patientes</i>	Proportion d'hôpitaux dans les districts disposant de service de référence en soins de support et palliatifs	0%	1%	4%	20%	25%	50%	50%	50%
	Proportion de districts disposant de service de référence en soins palliatifs								



Point focal: SLMV/DLMNT/MSANP

Deux comités de mise en œuvre seront constitués : le Comité de Pilotage et le Comité Technique de Coordination.

Comité de pilotage :

- **Mission :** Le comité de pilotage est le garant du présent plan stratégique
 - **Attributions :** Assurer un environnement propice à la réalisation des activités pour atteindre les objectifs
 - **Organisation du comité :**
 - Président :**
 - Membres :** Multi sectoriels avec les Partenaires, Associations, O.N.G. :
- Le comité se réunit une fois par an, pour évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action.

Comité technique de coordination :

- **Mission :** Ce comité technique veille à la mise en œuvre de la FDR
 - **Attributions :**
 - Prioriser les activités à entreprendre dans le cadre de la mise en œuvre de la politique
 - Planifier ces activités
 - Assurer le monitoring du programme
 - Favoriser la recherche
 - **Organisation :**
 - Le comité se réunit semestriellement.
 - Une rencontre extraordinaire peut être demandée par un ou plusieurs membres.
 - Le comité technique de coordination assure :
 - la formation des différents intervenants
 - la gestion des ressources
 - la supervision des activités
 - le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités
 - la gestion des informations
- Le comité technique travaille en sous-comités thématiques :
- Prévention: Communication, dépistage
 - Vaccination
 - Système d'information: notification, registre du cancer, utilisation...
 - Médicaments
 - Prise en charge: diagnostic, radiothérapie, soins palliatifs...

COUTS ESTIMATIFS DES INTERVENTIONS

Interventions prioritaires	COUT PAR ANNEE (USD)					TOTAL
	2018	2019	2020	2021	2022	
Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel permet l'effectivité de la mise en œuvre des interventions de prévention et contrôle des cancers gynécologiques.						
						2 336 000
Produit 1 : Les dirigeants, les décideurs et les partenaires techniques et financiers adhèrent et soutiennent la lutte contre les cancers gynécologiques.						
IP1 : Renforcer les actions de plaidoyer	15000	15000	15000	15000	15000	75000
IP2 : Développer le partenariat de la lutte contre les cancers gynécologiques	12000	12000	12000	12000	12000	60000
IP3 : Assurer la coordination de la mise en œuvre	40000	40000	40000	40000	40000	200000
Total P1						335000
Produit 2 : Les documents de référence juridiques et normatifs sont disponibles et diffusés.						
IP1 : Réviser/élaborer les documents cadres normatifs et juridiques	12000	12000				24000
IP2 : Diffuser et appliquer les documents cadres	15000	15000	15000	15000	15000	75000
Total P2						99000
Produit 3 : la Feuille de Route pour la réduction de la morbidité et mortalité dues aux cancers gynécologiques est diffusée à une large échelle et est mise en œuvre						
IP1 : Reproduire le document et familiariser les acteurs concernés, avec son contenu	15000	8000	8000	8000	8000	47000
IP2 : Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités	20000	20000	10000	10000	10000	70000
IP3 : Définir/réviser et mettre en œuvre les normes et protocoles de prévention et contrôle des cancers gynécologiques	80000	80000	80000	80000	80000	400000
Total P3						517000
Produit 4 : Le système d'information est performant						
IP1 : Assurer la collecte et l'utilisation des données sur les cancers gynécologiques	30000	30000	30000	30000	30000	150000
IP2 : Assurer la fiabilité du registre des cancers	70000	70000	70000	70000	70000	350000
Total P4						500000
Produit 5 : Le programme dispose de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant						
IP1 : Développer et mettre en œuvre un plan de formation initiale et spécialisée en matière de cancers gynécologiques	50000	100000	100000	100000	100000	450000
IP2 : Renforcer le volet prévention et contrôle des cancers gynécologiques dans la formation initiale des médecins et paramédicaux	30000	30000				60000
Total P5						510000
Produit 6 : La recherche sur la prévention et contrôle des cancers gynécologiques est développée						
IP1 : Assurer la coordination des recherches sur les cancers gynécologiques	15000	15000	15000	15000	15000	75000
IP2 : Soutenir les recherches opérationnelles y compris les thèses et mémoires d'études	60000	60000	60000	60000	60000	300000
Total P6						375000
Effet 2 : Les femmes et adolescentes bénéficient des services de prévention et de détection précoce des cancers gynécologiques.						7 950 000
Produit 1 : L'accès de la population à l'information sur le cancer et les facteurs de risque des cancers gynécologiques en vue de l'adoption de comportements sains est accru						



IP1 : Développer un plan de communication sur la prévention des cancers gynécologiques	20000	20000				40000
IP2 : Assurer la mise en œuvre du plan	60000	60000	60000	60000	60000	300000
Total P1						340000
Produit 2 : La vaccination contre le cancer du col de l'utérin est mise à échelle au niveau national						
IP1 : Développer un plan de mise à l'échelle de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus	40000					40000
IP2 : Mener les activités de vaccination		1 193 365	9 591 494	19 751 329	27 827 131	58 353 3128
Total P2						5250000
Produit 3 : Les services de dépistage et de traitement des pré-cancers sont disponibles dans les zones cibles						
IP1 : Assurer la dotation en équipements y compris les appareils de mammographie, en petits matériels et en consommables pour le dépistage des cancers gynécologiques et le traitement des pré-cancers	300000	300000	340000	380000	400000	1720000
IP2 : Renforcer la capacité des agents de santé sur le dépistage des cancers gynécologiques	80000	80000	80000	80000	80000	400000
IP3 : Renforcer la référence des cas de suspicion de cancer	30000	40000	50000	60000	60000	240000
Total P3						2360000
Effet 3 : Les femmes atteintes des cancers gynécologiques bénéficient d'une prise en charge appropriée						17 050 000
Produit 1 : Les services de diagnostic répondant aux normes de qualité sont disponibles au niveau des 6 provinces						
IP1 : Renforcer l'équipement d'un service d'imagerie médicale par province	300000	300000	300000	300000	300000	1500000
IP2 : Mettre en place / équiper des services de cytologie et d'anatomopathologie répartis dans les 6 provinces	200000	200000	400000	200000	200000	1200000
IP3 : Assurer la fonctionnalité des services de cytologie et d'anatomopathologie	20000	40000	80000	100000	120000	360000
Total P4						3060000
Produit 2 : Les services de prise en charge des cancers gynécologiques sont disponibles au niveau des centres hospitaliers selon les plateaux techniques						
IP1 : Mettre en place des centres de référence en chirurgie carcinologique pour la PEC des cancers gynécologiques au niveau de chaque province	100000	100000	100000	100000	100000	500000
IP2 : Mettre en place des services d'onco-radiothérapie publiques fonctionnels au niveau de deux régions		5000000	5100000	100000	100000	10300000
IP3 : Assurer la disponibilité continue des médicaments antimétaboliques	500000	530000	560000	590000	620000	2800000
Total P5						13600000
Produit 4 : Les soins palliatifs de qualité sont accessibles aux patientes						
IP1 : Développer un protocole de soins de support ou palliatifs applicables aux différents niveaux du système de santé jusqu'aux CSB	15000					15000
IP2 : Mettre en place un service de référence en soins de support et palliatifs au niveau des centres hospitaliers (CHU, CHRR et CHR2) (pour mémoire : identification référents et	10000	20000	20000	20000	20000	90000

formation)						
IP3 : Assurer la disponibilité et l'utilisation réglementaire des antalgiques de palier 3 selon les normes en vigueur	50000	55000	60000	60000	60000	285000
Total P4						390000

BIBLIOGRAPHIE

- 1- UNDP, Objectifs de Développement Durable, 2015- 2030.
- 2- Ministère de l'Economie et de la Planification Madagascar, Plan National de Développement 2015- 2019, 02 Avril 2015.
- 3- Ministère de la Santé Publique, Analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration de PDSS, 2015-2019.
- 4- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique Nationale de Santé Communautaire, Janvier 2009.
- 5- INSTAT Madagascar, Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012-2013.
- 6- Banque mondiale, Rapport Annuel, 2012.
- 7- INSTAT Madagascar, Banque Mondiale, UNICEF, Rapport final de l'Enquête par Grappes à Indicateur multiples (MICS : Multiple Indicator Cluster Survey) 2012, Tableau récapitulatif, 23 Oct 2014.
- 8- UNDP, Rapport sur le développement humain 2016, 21 Mars 2017.
- 9- Ministère de la Santé du Kenya, Plan stratégique de prévention et contrôle du cancer du col utérin.
- 10- Dr Nicolas Duport, Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : Etat de connaissances, 2008.
- 11- CIRC OMS, Globocan *in* Communiqué de presse n°223, 2012.
- 12- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique Nationale de Lutte contre le Cancer à Madagascar, 2010.
- 13- Banque mondiale, Rapport annuel, 2012.
- 14- INSTAT Madagascar, Banque Mondiale, UNICEF « Rapport final de l'Enquête par Grappes à Indicateur multiples (MICS) 2012, Tableau récapitulatif.
- 15- MinSan, Normes et procédures en matière de prévention du cancer du col utérin, 2012.



- 16- World Health Organization, Cancer Control, Knowledge into Action, WHO Guide of Programmes, Prevention, 2007WHO, guidelines for Comprehensive Cervical Cancer Control.
- 17- Plan Stratégique Nationale de Lutte contre les MNT.
- 18- GLOBOGAN 2012:Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide.

