

**REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE**

Honneur – Fraternité – Justice

**MINISTERE DE LA SANTE**

**Direction de la lutte contre les maladies**

***PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LE CANCER (PNLCC)  
2018- 2022***

# PLAN

Sigles et abréviations

Préface

I. Contexte et justification

II. Profil du pays

II.1. Situation géographique, démographique et socioculturelle

II.2. Profil sanitaire

II.3 Organisation du système de santé en Mauritanie

II.4 Epidémiologie du cancer

II.5 Analyse de la situation du cancer en Mauritanie

III. Plan national de lutte contre le cancer

III.1. Vision

III.2. But

III.3. Objectifs

III.4. Résultats attendus

III.5 Cibles

III.6. Principes directeurs

III.7. Axes d'intervention

III.8. Cadre logique

- Axe d'intervention 1 : Prévention primaire des cancers
- Axe d'intervention 2 : Dépistage et diagnostic précoce des cancers
- Axe d'intervention 3 : Prise en charge des cancers y compris les soins palliatifs
- Axe d'intervention 4 : Formation, recherche et surveillance épidémiologique
- Axe d'intervention 5 : Coordination, plaidoyer et gestion du programme

IV. Plan de mise en œuvre

IV.1. Cadre institutionnel

IV.2. Partenaires de mise en œuvre

IV.3. Niveau de mise en œuvre

IV.4. Budget

IV.5. Mécanismes de suivi-évaluation

Annexes

## **Préface**

La lutte contre le cancer est un problème mondial. Elle nécessite un travail d'équipe multisectorielle et multidisciplinaire animée d'une forte solidarité et cumulant espoir et ambition.

Dans le monde, 14,1 millions de nouveaux cas ont été dénombrés en 2012, dont 8,2 millions sont décédés. Plus des 2/3 de ces cas étaient signalés dans les pays en développement et l'Organisation Mondiale de la Santé prévoit que ces chiffres pourraient doubler d'ici 2030.

En Mauritanie, 1115 nouveaux cas ont été enregistrés en 2016 dont 112 sont décédés (10%). Ces chiffres représentent trois nouveaux cas chaque jour dans notre pays.

Ainsi, grâce à la volonté politique, l'engagement, la vision claire et la stratégie bien tracée du Président de la République, Son Excellence Mohamed Ould Abdel Aziz, la lutte contre le cancer a pu commencer par la création et la mise en fonction, en 2009, d'un Centre National d'Oncologie bien équipé, pour soigner les Mauritaniens et les étrangers qui viendraient chez nous.

Cette création a permis i) une impulsion dynamique à l'équipe qui lutte contre le cancer b) d'éviter les milliers d'évacuations annuelles vers l'étranger c) de prendre en charge, localement de façon gratuite, les malades du cancer et, d) l'élaboration aujourd'hui d'un Plan National de Lutte Contre le Cancer.

Le principal objectif de ce plan est la réduction de la mortalité des patients par le cancer ainsi que l'amélioration de la démarche préventive contre les facteurs de risque et de la qualité de vie pendant et après le traitement.

La mise en œuvre de ce plan, son suivi ainsi que son évaluation annuelle sur la base d'indicateurs de performance restent un défi et un impératif de succès.

La réussite de ce plan nécessite, non seulement la collaboration de tous les acteurs, mais aussi la promotion de la sensibilisation, du dépistage et du diagnostic précoce. Ceci pourra permettre d'éviter, avec l'aide d'Allah, certains cancers et d'améliorer le pronostic de ceux qui en sont déjà atteints.

Je saisis cette occasion pour remercier tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce plan qui permettra d'alléger la souffrance de nos patients.

**Le Ministre de la santé**

Professeur Kane Boubacar

## Sigles et abreviations

ADEMES	Association pour les droits de l'enfant et sa mère dans un environnement sécurisé
AFCRN	Réseau Africain des Registres du Cancer
AIEA	Agence internationale d'énergie atomique
ASFM	Association des Sages-Femmes de Mauritanie
AMSP	Association mauritanienne de santé publique
AMVCG	Association mieux vivre avec les cancers gynécologiques
ANIDEM	Association nationale des infirmiers diplômés d'état de Mauritanie
ASC	Agents de Santé Communautaire
ASMAGO	Association mauritanienne des gynécologues obstétriciens
CAP	Connaissances attitudes et pratiques
CCC	Communication pour un changement de comportement
CCLAT	Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CHME	Centre hospitalier mère et enfant
CHN	Centre hospitalier national
CHS	Centre hospitalier des spécialités
CHSN	Centre hospitalier des spécialités de Nouadhibou
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Centre national de cardiologie
CNO	Centre national d'oncologie
CNORF	Centre national d'orthopédie et de réadaptation fonctionnelle
CNTS	Centre National de Transfusion sanguine
CS	Centre de santé
CT scan	Computerized tomography (scanner)
DHP	Direction de l'hygiène publique
DLM	Direction de la Lutte contre la maladie
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	Direction de la programmation, de la coopération et de l'information sanitaire
DPL	Direction de la pharmacie et des laboratoires
DRAS	Directions régionales à l'action sanitaire
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
DSBN	Direction de la santé de base et de la nutrition
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPA	Etablissement public autonome
EPS	Education pour la santé
ESPK	Ecole de Santé Publique de Kiffa
ESPN	Ecole de Santé Publique de Néma
ESPR	Ecole de Santé Publique de Rosso
ESPS	Ecole de Santé Publique de Sélibabi
FDR	Facteur de risque
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HA	Hôpital de l'Amitié
HCZ	Hôpital Cheikh Zayed

HM	Hôpital militaire
HPV	Virus du Papilloma Humain
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEC	Information, Education, Communication
INHV	l'Institut National d'Hépatovirologie
INRSP	Institut national de recherche en santé publique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
IVA	Inspection visuelle après application de l'acide acétique
IVL	Inspection visuelle après application de Lugol
LIMALCC	Ligue mauritanienne de lutte contre le cancer
LNCQM	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments
MDR	Ministère du Développement Rural
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONMPCD	Ordre national des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes
PECIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PET	Tomographie par émission de positron
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLBVG	Programme national de lutte contre la bilharziose et du ver de guinée
PNLCC	Plan national de lutte contre le cancer
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLT	Programme national de lutte contre le tabagisme
PNLTL	Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre
PNSBD	Programme national de santé bucco-dentaire
PNSM	Programme national de santé mentale
PNSR	Programme national de la santé de la reproduction
PNTM	Programme national de télémédecine
PS	Poste de santé
PS MNT	Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles
PTF	Partenaire technique et financier
RHS	Ressources humaines en santé
SFE	Sage-femme d'état
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNT	Service des maladies non transmissibles
SN	Service de nutrition
SENLIS	Secrétariat Exécutif National de Lutte Contre le Sida
SSB	Service de santé de base
TSS	Technicien supérieur en santé
UDCR	Unité de dépistage du cancer du col utérin et du sein de Rosso

UNFPA ou FNUAP	United Nations Populations Fund ou Fonds des Nations Unies pour la Population
USB	Unités de santé de base
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



du sein et du col de l'utérus dans la ville de Rosso. Il s'agit là d'une initiative permettant d'étendre les compétences oncologiques nationales aux populations de l'intérieur du pays et de contribuer à terme à la mise en place d'un plan de lutte contre le cancer.

Depuis Novembre 2012, le Ministère de la santé, avec l'appui de ses partenaires, s'est engagé dans le processus d'élaboration et de préparation d'un plan cancer. D'ores et déjà, les actions suivantes ont été menées :

- Mission d'analyse et d'évaluation pour la mise en place d'un registre de cancer par l'AFCRN ;
- Mise en place d'une commission technique de préparation et de suivi ;
- Demande d'un consultant international pour la conduite du processus ;
- Organisation d'un atelier d'information de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer ;
- Mise en place de quatre groupes thématiques ;
- Mobilisation d'un expert national pour appuyer le processus pour une durée de 3 mois
- Elaboration d'une analyse de la situation.

## **II. Profil du pays**

### **II.1. Situation géographique, démographique et socioculturelle**

Située entre les 15<sup>ème</sup> et 27<sup>ème</sup> degrés de latitude nord et les 5<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> degrés de longitude ouest et bénéficiant d'une position géographique stratégique au carrefour de l'Afrique du Nord et de l'Afrique subsaharienne, la Mauritanie est limitée à l'Ouest par l'Océan Atlantique (près de 700 km de côtes), au Nord par le Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est par le Mali et au Sud par le Mali et le Sénégal.

Selon le Recensement Général de la Population et des Habitants (RGPH) de 2013, la population est de 3.537.368 habitants. La moitié de la population est âgée de moins de 20 ans. En outre, elle est à majorité féminine (50,7%). Par ailleurs, la sédentarisation de la population est en forte croissance et au moins une personne sur quatre vit à Nouakchott. En 2013, la population nomade était de 66.328 personnes. Le taux de croissance moyen annuel de la population entre les recensements 2000 et 2013 est de 2,77%<sup>1</sup>.

Le pays est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0.2% de la superficie totale. Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué, en grande partie, d'alignements dunaires, tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Tagant et de l'Adrar. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, large de 1 à 2,5 km et qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

Les sécheresses récurrentes enregistrées depuis le début des années 1970 ont entraîné, dans leur sillage, un exode rural massif, une urbanisation fulgurante et une sédentarisation accélérée de la population nomade. En 1960, environ 5% de la population vivait dans les centres urbains. Suite au changement démographique amplifié par un exode rural massif, cette proportion est montée à près de 70% et Nouakchott, la capitale, abrite, présentement, plus du tiers de la population totale.

---

<sup>1</sup> RGPH 2013



A l'exception des mines, des ressources halieutiques et récemment de réserves pétrolières limitées, le pays est relativement peu doté en ressources naturelles directement exploitables. Au cours des cinq dernières décennies, la structure de l'économie, a connu de profondes transformations.

L'économie nationale, sous industrialisée, est fortement polarisée au plan spatial. On distingue : (i) un pôle de services à Nouakchott ; (ii) un pôle industriel structuré autour de la pêche à Nouadhibou, capitale économique ; (iii) un pôle minier sur l'axe Akjoujt – Nouadhibou – Zouerate et (iv) un pôle agro – pastoral centré sur le sud et le sud – est du pays. Ce pôle, notamment son composant élevage, demeure relativement peu intégré aux circuits formels de l'économie.<sup>2</sup>

## II.2. Profil sanitaire

Les enquêtes socio- sanitaires nationales ont permis de mieux définir le profil sanitaire et de dégager les principaux problèmes de santé. Ce profil est dominé par les pathologies suivantes:

- **Les maladies transmissibles** au premier rang desquelles il faut citer le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH/SIDA, les parasitoses intestinales et urinaires, les infections broncho-pulmonaires, oropharyngées et oculaires, et les dermatoses infectieuses. Chez l'enfant, ces pathologies sont largement dominées par les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et le paludisme
- **Les maladies non transmissibles** liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités. Ce groupe est particulièrement dominé par les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies mentales, le diabète, les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho-actives, ainsi que la recrudescence de pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique et; de maladies professionnelles.
- **Les déséquilibres nutritionnels**, en particulier, chez le couple mère enfant, avec prépondérance de la malnutrition protéino-calorique, des carences en micronutriments (fer, vitamine A, iode, ...) et des surcharges pondérales;

## II.3. Organisation du système de santé

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, à trois niveaux :

Le niveau opérationnel ou périphérique (Moughataa) composé de deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé respectivement au nombre de 673 et 115. En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'USB furent installées dans les agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km). Depuis les années 1990, la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'ASC ou d'accoucheuses. Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de moughatas avec les équipes cadres de moughata assurent l'action au quotidien et mettent en œuvre les programmes de santé.

Le niveau intermédiaire comprend deux types d'hôpitaux: (i) les hôpitaux de moughata, au nombre de 03 (Boutilimit, Chinguitty et Boghé), sont appelés à couvrir les moughatas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les hôpitaux régionaux au nombre de 12, situés au niveau de chaque wilaya de l'intérieur et érigés en établissements publics à caractère administratif.

Au niveau intermédiaire, les DRAS, avec les équipes régionales, assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.

---

<sup>2</sup> PNDS 2012-2020

Le niveau tertiaire comporte 18 structures, essentiellement concentrées à Nouakchott, réparties en quatre types d'établissements publics de référence:

- Les centres hospitaliers généraux, au nombre de trois (CHN, HCZ, HA).
- Les centres hospitaliers spécialisés au nombre de cinq (CHME, CHS, CNC, CNO, CHSN).
- Les établissements spécialisés de référence au nombre de cinq (CNORF, CNTS, INHV, INRSP, LNCQM).
- Les établissements de formation professionnelle au nombre de cinq (ENSP, ESPK, ESPN, ESPR, ESPS).

Au niveau central, les directions, les programmes, les services et les divisions assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.

Il existe neuf directions (DAF, DHP, DIMM, DLM, DMH, DPCIS, DPL, DRH, DSBN), un nombre élevé de programmes et de services (PECIME, PEV, PNAM, PNLBVG, PNLCC, PNLN, PNLTL, PNSBD, PNSM, PNSR, PNTM, SMNT, SN, SSB....), chargés de piloter, de coordonner et de suivre les actions spécifiques de ces programmes.

Par ailleurs, il existe (i) des services militaires de santé et (ii) une médecine du travail assez développée, en particulier, autour des grandes sociétés minières.

#### **II.4. Épidémiologie du cancer**

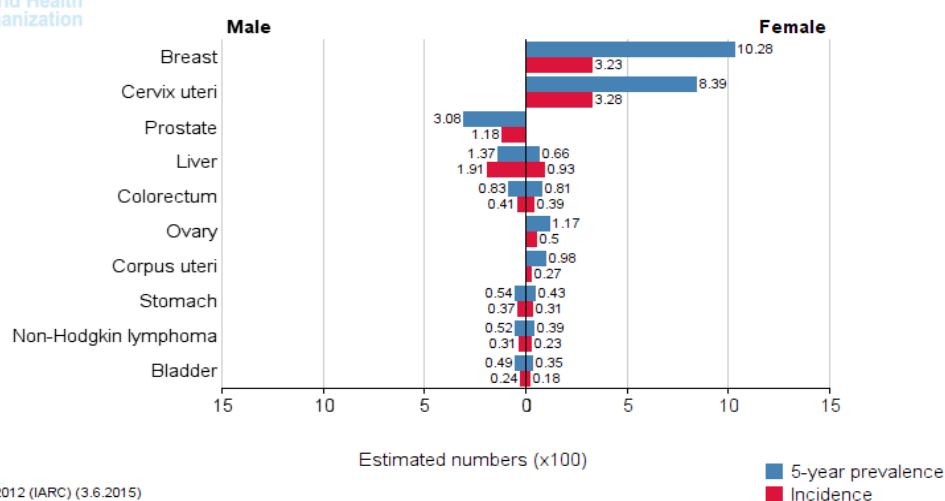
Les cancers – en particulier gynécologiques, mammaires, digestifs, pulmonaires, dermatologiques et de la sphère O.R.L – sont de plus en plus répertoriés dans les statistiques sanitaires comme cause non négligeable, de mortalité et constituent la première cause d'évacuation, à l'extérieur du pays (28%).

Selon une étude réalisée par le Service d'anatomopathologie du Centre Hospitalier de Nouakchott, entre janvier 2000 et décembre 2004 ont été enregistrés 1300 nouveaux cas de cancer, dont 803 (62%) chez les femmes et 497 (38%) chez les hommes. Les cancers les plus fréquents, tous sexes confondus, sont le cancer du sein (18%), le cancer du col utérin (11%), les cancers de la peau (9%), les hémopathies malignes (8%) et le cancer du colon-rectum (6%). Selon la même étude, le cancer est plus fréquent chez les personnes d'âge moyen entre 35 et 64 ans qui représentent plus de la moitié des cas (55,8 %) et les personnes âgées de plus de 56 ans (26,6%). Une deuxième étude effectuée en 2016 a noté qu'en Mauritanie, 1115 nouveaux cas ont été enregistrés dont 112 sont décédés (10%).

Chez l'homme, le cancer le plus fréquent est le cancer de la peau (25%), suivi des lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens (20%), du cancer du colon-rectum (8,2%), de la prostate (7,4%) et de l'estomac (6,4%).

Chez la femme, les cancers sont, par ordre décroissant de fréquence, le cancer du sein (37%), le cancer du col utérin (22,8%), le cancer du corps de l'utérus en particulier de l'endomètre (7%). Le cancer de l'ovaire vient en 4<sup>ème</sup> position suivi de celui de la peau.

Le graphique 2 ci-dessous (tiré de Globocan) montre la répartition de l'incidence et de la prévalence à 5 ans des dix principaux cancers en Mauritanie en 2010.



**Graphique 2 :** Répartition de l'incidence et de la prévalence à 5 ans des dix principaux cancers en Mauritanie en 2010

## II.5. Analyse de la situation du cancer en Mauritanie

La lutte contre le cancer en Mauritanie entre dans le cadre du plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles. Ce plan opérationnel inclut tous les aspects qui contribuent à réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer. Il met l'accent essentiellement sur le contrôle des facteurs de risque.

L'analyse de la situation de la lutte contre le cancer en Mauritanie s'est faite selon 5 axes: l'information et la sensibilisation sur les cancers à travers le registre du cancer, la prévention primaire du cancer, la détection précoce du cancer, la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers et les soins palliatifs.

### 1. Registre du cancer (Tableau I):

Suite aux recommandations de rapports des missions antérieures sur l'état des lieux de la lutte contre le cancer en Mauritanie, le Ministère de la santé a mis en place une équipe de gestion du registre du cancer. Grâce à l'appui de l'AFRCN, l'équipe a bénéficié d'une formation sur l'enregistrement des cancers. Le responsable du registre a participé à la formation du CIRC sur l'épidémiologie des cancers et avec l'appui de l'AIEA/OMS, il a participé à la formation des pays francophones qui s'est tenue à Brazzaville sur l'enregistrement des cancers. Cependant il n'existe pas encore de personnel dédié à la collecte ni à la saisie des données sur le cancer. L'équipe fonctionne actuellement comme un comité de coordination, car le registre n'est pas encore institutionnalisé et ne bénéficie pas de locaux ni d'un appui logistique et financier pour son fonctionnement.

### 2. La prévention (Tableau II) :

Elle constitue un axe primordial de lutte contre le cancer et vise à soustraire ou à limiter l'exposition de l'individu aux facteurs de risque. Ces facteurs de risque connus sont liés essentiellement aux habitudes de vie et à l'environnement. L'état des lieux a révélé qu'en Mauritanie les principaux facteurs de risque identifiés sont le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires ayant pour corollaire l'obésité et la surcharge pondérale, la pollution environnementale et les infections chroniques telles que les IST, HPV, HBV.

L'enquête STEPS-WISE (**Tableau III**) réalisée en 2008 chez les personnes de la tranche d'âge 16-64 ans a donné les résultats suivants:

**Tableau III** : Enquête STEPS-WISE

Libellés	Résultats
Tabagisme	32.7%
Hypercholestérolémie	14.8%
Consommation de 5 portions ou plus de fruits et légumes	2.9%
Inactivité physique d'intensité au moins modérée	96%
Obèses	20%
Surcharge pondérale	25.7%

A ce jour, la prévention et la détection précoce du cancer ne sont pas des priorités en Mauritanie bien que les prestataires de santé soient conscients de leur importance et de leur impact sur le stade d'évolution du cancer au moment du diagnostic. En effet comme souligné, la majorité des cancers sont diagnostiqués à un stade avancé ne pouvant bénéficier d'un traitement curatif.

La Mauritanie a ratifié en 2005 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, mais le projet de loi n'est toujours pas encore voté au parlement.

Notre pays présente une forte endémie de l'infection à l'hépatite virale B ; le Ministère de la Santé a pris en considération cette charge et a mis en place un institut national d'hépatologie et une stratégie nationale de lutte contre les hépatites (2015-2017).

Du fait de la pénurie de Cytologistes et d'Anatomo-pathologistes, des délais importants dans la délivrance des résultats sont observés. Ces longs délais entraînent entre autres de nombreux perdus-de-vue et la prise en charge des cancers.

Parmi les mesures importantes prises, même si elles ne sont pas toutes spécifiques à la lutte contre le cancer, on peut citer :

- la ratification de notre pays de la convention cadre de lutte contre le tabac,
- l'adoption par le Conseil des ministres d'un projet de la loi sur la lutte antitabac en cours d'approbation au niveau du Parlement
- l'existence d'associations de lutte contre le cancer ;
- l'existence d'un programme national de lutte contre le tabac;
- la célébration régulière des journées mondiales de lutte contre le tabac et le cancer ;
- les textes réglementant les produits de consommation
- l'adoption d'un Code de travail
- l'adoption d'un Code d'hygiène
- la Politique nationale d'hygiène et nutrition à l'école
- la Loi 029-2016 portant organisation et développement de l'activité physique et sportive en Mauritanie.

### **3. La détection précoce des cancers (Tableau IV) :**

Cet axe comprend le dépistage et le diagnostic précoce qui s'adressent à un groupe cible à risque. L'objectif étant de détecter et de traiter les personnes chez qui ont été identifiées à un stade de pré-cancer ou avec des signes précoces de la maladie.

Le cancer est encore perçu dans notre environnement comme une maladie tabou dont on évite de parler car synonyme de la mort. Les principaux freins à la détection précoce sont :

- L'insuffisance de moyens techniques et de ressources humaines qualifiées
- L'insuffisance de couverture médicale,
- La méconnaissance des signes précurseurs des cancers les plus fréquents,
- L'ignorance que le diagnostic précoce peut augmenter les chances de guérison
- Les freins socioculturels à l'information et à la prise en charge.

Par ailleurs, il n'existe pas en Mauritanie de stratégie nationale de détection précoce des cancers. Cependant certaines activités de formations et de campagne visant à détecter précocement les cancers (surtout du sein et du col de l'utérus) sont pour la plupart soutenue par l'UNFPA, l'OMS et des organisations de la société civile ou d'associations de professionnels de la santé. Parmi ces activités on peut citer :

- Formations en cascade de prestataires des soins (gynécologues, IDE, SFE TSS) en service dans les structures sanitaires de Nouadhibou et Nouakchott sur les techniques de dépistage des cancers du sein et du col utérin entre 2005 et 2011 ;
- Sensibilisation annuelle (le 08 mars) des femmes, effectuées par certaines ONG à Kiffa, Rosso, Keur Macène, Nouadhibou et Nouakchott, sur l'importance du dépistage précoce des cancers du sein et du col utérin par la pratique mensuelle de l'autopalpation des seins et par la réalisation du frottis cervico-vaginal.
- Commémoration annuelle de la journée de sensibilisation sur le cancer du sein (le 8 octobre) ;
- Animation de stands lors de la pose de la 1<sup>ère</sup> pierre du centre de Radiothérapie du CNO.
- Distribution de 2000 dépliants sur l'autopalpation du sein à Nouadhibou
- Distribution de plusieurs outils médiatiques à propos des cancers (posters, affiches, tee-shirts, casquettes).
- Participation à plusieurs rencontres internationales sur le cancer (Euro cancer, congrès sur les soins palliatifs....)
- Dépistage gratuit du cancer du col utérin par le frottis cervico-vaginal réalisé occasionnellement par les ONG ADEMES, AMSF et AMVCG ;

Cependant la plupart de ces activités ne sont pas souvent coordonnées ni documentées.

### **4. Prise en charge diagnostique et thérapeutique (Tableau V) :**

La prise en charge d'un cancer dépend étroitement de son stade au diagnostic et de son bilan d'extension initial. Il existe une prise de conscience du personnel médical et paramédical de l'importance de la nécessité d'un diagnostic précis pour une prise en charge adéquate des patients. Des avancées notables sont concrétisées par la création du CNO.

En matière de traitement, le CNO dispose d'unités de chimiothérapie, de radiothérapie et d'irradiation avec un programme de formation du personnel à l'étranger.

Cependant les professionnels de la santé et les structures font face à des contraintes de diverses natures. Ces contraintes touchent les différents volets diagnostiques et thérapeutiques. Les procédures de base, tant organisationnelles qu'institutionnelles sont défaillantes, la carence de personnel administratif et logistique est évidente; des problèmes de maintenance préventive des installations et de l'appareillage (malgré des contrats en cours selon le Ministère de la Santé), tout comme la rupture de stock de certains médicaments et matériaux à usage unique, provoquent un climat d'insécurité pour le personnel traitant ainsi que pour les patients par rapport à la garantie de continuité des soins.

Cette situation conduit à des diagnostics tardifs par conséquent à une mauvaise prise en charge de la maladie. Ainsi les cancers gynécologiques et mammaires qui sont les plus fréquents chez les femmes sont diagnostiqués à des stades très avancés.

La notion de délai entre l'apparition des premiers signes et la première consultation médicale mérite d'être étudiée dans le but d'agir sur les conséquences socioéconomiques et individuelles de la maladie.

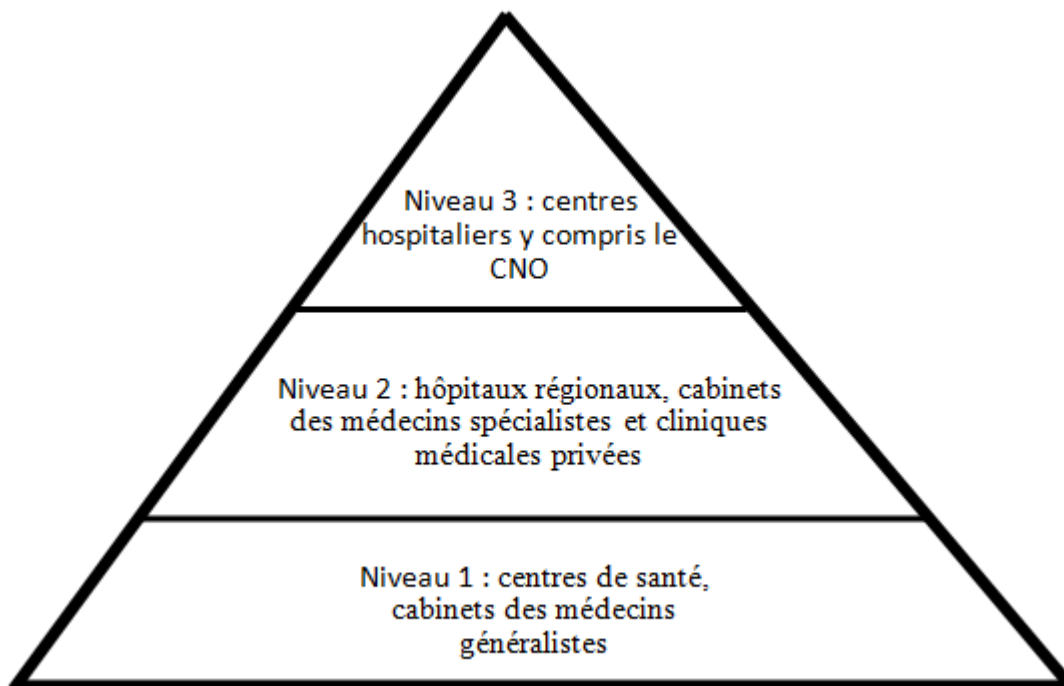
L'absence de protocoles normalisés pour le diagnostic et le traitement est à l'origine d'une mauvaise qualité et d'un coût élevé de prise en charge. La durée de suivi des patients atteints de cancer est très faible avec beaucoup de perdus de vue.

Il existe trois niveaux pour le système de santé en Mauritanie impliqués dans la prévention et le contrôle du cancer en fonction aussi des types d'établissements.

Niveau1 : centres de santé, cabinets des médecins généralistes

Niveau2 : hôpitaux régionaux, cabinets des médecins spécialistes et cliniques médicales privées ;

Niveau3 : centres hospitaliers y compris le CNO;



En plus de l'insuffisance et de la répartition mal équilibrée des structures de prise en charge, il y a un déficit en moyens techniques et humains spécialisés. La Mauritanie, dont la population actuelle est de 3 500 000 d'habitants dont la moitié est composée de femmes, dispose de:

- 3 mammographes;
- 2 IRM;
- 1 CT scan;
- 1 accélérateur linéaire;
- 1 médecin hématologue ;
- 2 médecins anatomopathologistes;
- 2 médecins radiothérapeutes;
- 1 médecin oncologue médical.

##### **5. Les soins palliatifs (Tableau VI) :**

Les soins palliatifs sont des soins actifs d'accompagnement délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Avec environ 80 % des malades arrivant à un stade avancé, il est urgent de délivrer des soins palliatifs de qualité. Cependant, très peu de professionnels de la santé sont formés pour délivrer ce type de soins. Par ailleurs, les soins palliatifs ne sont pas intégrés dans les curricula de formation des médecins ni des infirmiers.

Les opioïdes ne sont disponibles qu'à Nouakchott tandis que tous les malades du cancer ne peuvent y parvenir par manque de moyens et/ou du fait des distances à parcourir.

En Mauritanie, il n'y a pas de structures organisées en dehors du CNO de prise en charge des malades ayant besoin de soins palliatifs en particulier la prise en charge de la douleur et l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie (psychologique et spirituelle)

L'état des lieux en matière des soins palliatifs a montré que des actions ponctuelles ont été menées dans le cadre de la prise en charge globale des malades du cancer. On peut citer:

- La présence d'un psychologue au CNO.
- Des formations en soins palliatifs réalisées dans le cadre de la coopération bilatérale (Italie, Maroc...).
- La disponibilité de la morphine (comprimés et injection) et sa vulgarisation au niveau de toutes les structures sanitaires en cours d'étude même si la réglementation reste encore rigide.
- Des stages pratiques de quatre semaines au centre national d'oncologie dans le cadre du module de cancérologie effectués par les étudiants de 5ème année en médecine.

Cependant, des défis importants restent à relever notamment:

- L'insuffisance de la formation des professionnels dans le domaine des soins palliatifs
- L'absence de structures d'accueils adaptés aux soins palliatifs
- Le manque de personnel : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes aide soignants, etc.
- L'insuffisance de soins palliatifs à domicile

- La nécessité de la mise en place d'un comité d'accompagnement des malades impliquant (le représentant : des malades, des soignants, des associations qui accompagnent les malades etc....) au niveau des structures où les malades sont traités et suivis.
- L'importance d'un téléphone vert pour informer, orienter et accompagner les malades dans le besoin.
- L'implication des associations dans la formation continue en soins palliatifs au niveau du programme de formation du Ministère de la santé.

Les tableaux ci-dessous résument par axe d'intervention, les forces et les faiblesses de la lutte contre le cancer ainsi que les actions requises pour la renforcer.



**Tableau I : Registre du cancer**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'une équipe de gestion du registre du cancer</li> <li>▪ Existence de personnels formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence d'un cadre institutionnel pour le registre (fonctionnement, locaux et logistique)</li> <li>▪ Absence de personnels dédiés uniquement à cette tâche</li> <li>▪ Insuffisance de la collecte de données</li> <li>▪ Faible collaboration des professionnels de santé</li> <li>▪ Manque de cytologistes et d'anatomo-pathologistes</li> <li>▪ Faible prise de conscience de l'importance du registre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des partenaires d'appui au registre</li> <li>▪ Existence de Structures de référence (CNO, HCZ, CHN)</li> <li>▪ Existence de système d'enregistrement au sein de ces structures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inexistence de ressources propres (ligne budgétaire) pour le registre du cancer</li> <li>▪ Faible organisation des structures de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre un arrêté Ministériel pour la mise en place du registre national des cancers.</li> <li>• Attribuer un local pour loger le registre des cancers, l'équiper et allouer un budget de fonctionnement</li> <li>• Mettre en place des points focaux au niveau des structures de référence</li> </ul>

**Tableau II : Prévention**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stratégie de promotion de la santé</li> <li>▪ Existence d'une stratégie nationale de lutte contre les hépatites (2015-2017).</li> <li>▪ Adoption du CCLAT</li> <li>▪ Projet de loi antitabac</li> <li>▪ Textes réglementant les produits de consommation</li> <li>▪ Code de travail</li> <li>▪ Code d'hygiène</li> <li>▪ Politique nationale d'hygiène et nutrition à l'école</li> <li>▪ Loi pharmaceutique (MS)</li> <li>▪ Loi 97021 portant organisation et développement de l'activité physique et sportive en Mauritanie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance dans l'application des textes</li> <li>▪ Manque de Sensibilisation et d'éducation nutritionnelle</li> <li>▪ Absence d'une approche multisectorielle</li> <li>▪ Absence de données épidémiologique sur l'évolution des cancers et des FDR</li> <li>▪ Absence d'axes de Recherches sur les risques environnementaux (l'interaction entre les différentes formes de Pollution et la Santé Humaine.)</li> <li>▪ Absence d'outils et de supports de communication adaptés</li> <li>▪ Insuffisance de canaux de communication</li> <li>▪ Faible appui du pouvoir public à la société civile dans la lutte contre le cancer</li> <li>▪ Absence de formation de base en milieu scolaire et professionnel dans le domaine préventif</li> <li>▪ Taux élevé de l'analphabétisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un service de maladie non transmissible et de programme antitabac,</li> <li>▪ EPS/Cellule de communication</li> <li>▪ Diversité des canaux de communication (Cellulaires, sites, radio, TV, journaux,)</li> <li>▪ Circulaires (espaces non fumeurs)</li> <li>▪ Existence d'une Direction de l'éducation sanitaire au MEN</li> <li>▪ Stratégie de com.(MEN,MS)</li> <li>▪ Labo de contrôle de qualité des aliments et des médicaments</li> <li>▪ Assoc. de protection des consommateurs</li> <li>▪ Ligue mauritanienne de lutte contre le cancer (LIMALCC)</li> <li>▪ UDCR</li> <li>▪ Diversité des canaux de communication</li> <li>▪ Infrastructures de sport</li> <li>▪ Fédération et associations sportives et culturelles</li> <li>▪ Autorité de la Régulation Electrique et des Télécommunications.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Produits cosmétiques</li> <li>▪ Exposition prolongée aux ondes électromagnétique et rayon UV</li> <li>▪ Exposition et utilisation prolongées de certains pesticides</li> <li>▪ Insecticides et métaux lourds (mercure et amiante, plomb, ...)</li> <li>▪ Ignorance de la population</li> <li>▪ Mauvais traitement des déchets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adoption et application de la loi antitabac</li> <li>▪ Envisager la vaccination contre le virus de l'hépatite B, des mesures antiparasitaires et des procédures pour lutter contre les aflatoxines, car de telles mesures auront à la longue des effets bénéfiques sur la fréquence de la cirrhose du foie.</li> <li>▪ Étudier la possibilité de conduire à court terme un projet de démonstration pilote de vaccination contre le papillomavirus humain, limité à un groupe d'adolescentes (âgées de 10, 11 ou 12 ans) et, à moyen terme, de l'étendre à d'autres régions du pays avec l'aide de l'Alliance GAVI</li> <li>▪ Implication de la CNAM</li> <li>▪ Développer une approche multisectorielle de lutte contre les FDR (Ex. Commission Santé et Environnement.</li> <li>▪ Impliquer d'avantage les ONG et la société civile dans les activités de prévention</li> <li>▪ Appui financier aux ONG impliquées dans la lutte contre le cancer</li> <li>▪ IEC/CCC/... contre le cancer</li> <li>▪ Renforcer les programmes d'éducation nutritionnelle</li> <li>▪ Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieu professionnel</li> <li>▪ Concevoir et mener des campagnes de sensibilisation de la population aux facteurs de risque de cancer et élaborer des plans stratégiques visant les domaines prioritaires suivants : l'alimentation, l'activité physique et, en particulier, la lutte antitabac.</li> </ul>

**Tableau IV : Détection précoce**

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	RECOMMANDATIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'une volonté politique de lutte contre le cancer (Texte réglementaire relatif à l'hygiène, l'industrie, les mines...)</li> <li>▪ Implication de la société civile</li> <li>▪ Autorité de régulation de la radio activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance dans l'application des textes</li> <li>▪ Manque de cytologistes et d'anatomo-pathologistes</li> <li>▪ Absence d'approche multisectorielle de lutte contre le cancer</li> <li>▪ Insuffisance de Centre de Dépistage Précoce</li> <li>▪ Perception du cancer au sein de la population</li> <li>▪ Absence de stratégies harmonisées de dépistage des principaux cancers.</li> <li>▪ Manque de RHS qualifiée :</li> <li>▪ Insuffisance pré lecture des examens histologiques</li> <li>▪ Insuffisance des interventions par les méthodes visuelle de dépistage précoce (IVA- IVL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des PTF</li> <li>▪ activités mobile de dépistage et recherche active des cas et orientation vers les structures de PEC</li> <li>▪ Existence d'Unité de Dépistage du Cancer du col utérin et du sein de Rosso</li> <li>▪ Structures de référence (CNO, HCZ, CHN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inexistence de ressources propres (ligne budgétaire pour le cancer)</li> <li>▪ Mauvaise organisation des structures de santé</li> <li>▪ Cout exorbitant des examens de détection précoce (foie prostate thyroïde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux sensibiliser la population et les professionnels aux premiers symptômes et signes et diagnostic précoce des cancers fréquents (sein et du col de l'utérus).</li> <li>▪ Organisation des campagnes de dépistage pour le cancer du sein, du col utérin par l'inspection visuelle avec l'acide acétique</li> <li>▪ Mettre en place, l'approche « dépister et traiter », s'appuyant sur la cryothérapie pour le traitement des lésions suspectes et incluant la thermo coagulation.</li> <li>▪ Promouvoir l'auto-examen et l'examen clinique des seins pour la détection précoce du cancer du sein</li> <li>• Former le personnel médical sur l'évaluation adéquate des tumeurs, l'orientation des patients vers les services compétents et la réalisation de biopsies.</li> </ul>

**Tableau V : Prise en charge diagnostique**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'une volonté politique de lutte contre le cancer (Texte réglementaire relatif à l'hygiène, l'industrie, les mines...)</li> <li>▪ Implication de la société civile</li> <li>▪ Autorité de régulation de la radio activité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance dans l'application des textes</li> <li>▪ Absence d'Approche multisectorielle de lutte contre le cancer</li> <li>▪ Perception du cancer au sein de la population</li> <li>▪ Absence de stratégies harmonisées de dépistage des principaux cancers.</li> <li>▪ Manque de RH qualifiée :</li> <li>▪ Insuffisance Pré lecture des examens histologiques</li> <li>▪ Insuffisance des interventions par les Méthodes visuelle de dépistage précoce (IVA- IVL).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diversités des canaux et supports de sensibilisation</li> <li>▪ Existence des PTF (activités mobile de dépistage et recherche active des cas et orientation vers les structures de PEC)</li> <li>▪ Existence UDCR de Rosso</li> <li>▪ Structures de référence (CNO, HCZ, CHN).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inexistence de ressources propres (ligne budgétaire pour le cancer)</li> <li>▪ Mauvaise organisation des structures de santé</li> <li>▪ Cout exorbitant des examens de dépistages précoce (foie prostate thyroïde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place un plan pour la mise en place de plateaux techniques d'imagerie et de radiothérapie</li> <li>▪ Renforcer la formation du personnel médical et paramédical au diagnostic précis des pathologies néoplasiques</li> <li>▪ Instaurer un programme de prise en charge diagnostique intégrée du patient cancéreux avec des algorithmes de prise en charge</li> <li>▪ Développer la collaboration et d'orientation entre les structures de prise en charge pour le continuum des soins.</li> <li>▪ Améliorer la qualité du suivi des programmes de maintenance des appareils</li> <li>▪ Renforcer les capacités en cyto-anatomo-pathologie, en mettant l'accent sur la formation du personnel médical et para médical ad hoc</li> <li>▪ Se baser sur le registre du cancer et les études épidémiologiques pour définir les besoins en prise en charge</li> <li>▪ Impliquer des structures de santé à travers des consultations dans toutes les wilayas afin d'offrir un accès équitable à l'ensemble de la population.</li> </ul>

**Tableau VI : Soins palliatifs**

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	RECOMMANDATIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volonté Politique (protection sociale, loi pharmaceutique, projet de loi antitabac, groupe parlementaire - santé)</li> <li>▪ Code de déontologie</li> <li>• Disponibilité des structures d'accueil et d'hébergement, d'accompagnement des malades atteints de cancer (maison de vie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance en ressources Humaines spécialisées</li> <li>▪ Absence des structures d'accueil adaptées aux Soins palliatifs</li> <li>▪ Non applicabilité des textes</li> <li>▪ Perception du cancer</li> <li>▪ Absence d'un plan de communication)</li> <li>▪ Absence de protocole de prise en charge des SP</li> <li>▪ Absence d'équipe multidisciplinaire et d'accompagnement pour les SP.</li> <li>▪ L'insuffisance d'implication du secteur privé et public.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de structures de référence (CNO, CHN, HCZ, HA, CHME, HM)</li> <li>• CNAM/ Affaires sociales</li> <li>• Existence des structures de réglementation et d'approvisionnement (CAMEC, DPL)</li> <li>• Structures parapublique et privées</li> <li>• Société civile organisée en réseau :LIMALCC</li> <li>• Association des Ouléma</li> <li>• Existence des mosquées au sein des structures de santé</li> <li>• Existence des canaux et outils de communications.</li> </ul>	<p>Certaines pratiques traditionnelles</p> <p>Fatalisme</p> <p>Contexte socio-économique (pauvreté, indigence)</p> <p>Mauvaise organisation et coordination des structures de références (circuit du malade, mauvais accueil)*</p> <p>Prix exorbitants de la morphine et des consommables</p> <p>Rupture fréquente de médicaments et consommables</p> <p>Marché illicite des médicaments- et consommables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la disponibilité des médicaments et consommables au moindre cout</li> <li>• Promouvoir l'utilisation à des fins médicales de la solution de morphine fabriquée à partir de la poudre</li> <li>• Intégrer une stratégie nationale de soins palliatifs dans le PNLCC</li> <li>• Mettre un plan de formation sur les soins palliatifs incluant tous les acteurs (psychologues, assistants sociaux, bénévoles communautaires, tradipraticiens;, etc..)</li> <li>• Former le personnel médical et paramédical sur les SP</li> <li>• Créer des équipes multidisciplinaires et d'accompagnement au sein des structures de référence (centre antidouleur)</li> <li>• Créer des structures d'accueil et d'hébergement, pour les accompagnants des malades atteints de cancer (maison de vie).</li> </ul>

### **III. Plan national de lutte contre le cancer**

#### **III.1. Vision**

Une Mauritanie où le cancer ne sera plus un problème de santé publique grâce à une approche multisectorielle et multidisciplinaire, à travers des actions de prévention, de détection précoce, de diagnostic et de traitement codifiés et efficaces, le tout adapté au contexte socio-économique et culturel du pays.

#### **III.2. But**

Contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des autres charges liées au cancer.

#### **III.3. Objectifs**

1. Créer/réhabiliter les infrastructures de prévention et de prise en charge du cancer.
2. Former/recycler le personnel des différents niveaux de la pyramide sanitaire à la lutte contre le cancer.
3. Fournir un appui à la surveillance du cancer afin de quantifier le fardeau, les tendances, les facteurs de risque et ses principaux déterminants.
4. Renforcer les mesures de prévention et améliorer la qualité de prise en charge des cancers.
5. Soutenir les activités de recherche visant à définir des interventions communautaires efficaces, et intégrant le secteur de la phytothérapie traditionnelle.
6. Renforcer le partenariat entre les différents intervenants dans la lutte contre le cancer.
7. Assurer le suivi-évaluation des activités du programme.
8. Promouvoir la recherche en matière de cancer

#### **III.4. Résultats attendus**

Les résultats attendus de la mise en œuvre du PNLCC pour la période 2015 – 2019 sont :

1. La réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer et l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches
2. Des infrastructures de prévention et de prise en charge du cancer sont mises à la disposition des populations.
3. Des données probantes sur le cancer et les résultats des activités de lutte contre le cancer sont disponibles.
4. Les agents de santé sont formés de manière adéquate à la lutte contre le cancer.
5. La population est sensibilisée sur l'importance de la lutte contre les facteurs de risque du cancer.
6. Des activités de dépistage et de diagnostic précoce des cancers les plus fréquents en Mauritanie sont mises en œuvre.
7. La recherche opérationnelle sur le cancer est développée et les données épidémiologiques sont connues et chiffrées. Les soins palliatifs sont efficacement dispensés au niveau communautaire et dans les structures de soins.
8. Le programme de lutte contre le cancer est fonctionnel.

### **III.5. Cibles**

- 1.. Réduction de 15% de la mortalité due au cancer
2. La réduction de 30% de la prévalence du tabagisme.
3. La moitié de la population est sensibilisée sur l'importance de l'activité physique dans la lutte contre le cancer et aussi sur les mauvaises habitudes alimentaires.
4. Plus de 50 % des lésions précancéreuses et des cancers débutant du col utérin et du sein sont dépistés et pris en charge à temps.
5. Plus de 80 % des femmes âgées de plus de 20 ans sont sensibilisées sur l'intérêt de l'examen systématique des seins par l'autopalpation.
6. Plus de 80 % des femmes âgées de plus de 40 ans sont sensibilisées à la réalisation d'une mammographie systématique de dépistage.
7. 50 % des médecins, sages-femmes et autres personnels de santé des formations sanitaires sont formés à la lutte contre le cancer.
8. 100% des patients sont pris en charge selon des normes internationales.
9. 50% des patients pris en charge sont guéris.
10. Plus de 50% des femmes âgées de plus de 40 ans font le dépistage du cancer du col utérin au moins une fois dans leur vie.

### **III.6. Principes directeurs**

Pour atteindre les objectifs du présent Plan, les acteurs suivent notamment les principes directeurs énoncés ci-après :

- chaque individu doit être correctement informé sur les facteurs de risque du cancer, sur la maladie, les moyens de prévention et de traitement ainsi que sur les mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces qui doivent être mises en œuvre pour s'en protéger.
- un engagement politique fort est nécessaire.
- la coopération internationale et en particulier le transfert de technologie, de connaissance et d'aide financière.
- des mesures et des ripostes multisectorielles mises en œuvre pour lutter contre les facteurs de risque du cancer.
- la participation des communautés, du secteur privé et de la société civile.

### **III.7. Axes d'intervention**

Les interventions pour la mise en œuvre de ce plan se feront selon cinq axes :

1. la prévention primaire des cancers.
2. le dépistage et le diagnostic précoce des cancers.
3. la prise en charge des cancers.
4. la formation, la recherche et la surveillance épidémiologique.
5. la coordination du fonctionnement, le plaidoyer et la gestion du programme.

### **III.8. Cadre logique**

#### **A. Axe d'intervention 1 : Prévention primaire des cancers**

La prévention du cancer englobe l'ensemble des activités liées à la lutte contre les facteurs de risque. La prévention implique nécessairement l'Information, l'Education, la Communication pour un changement de comportement et une large participation et mobilisation communautaires.

##### **Intervention 1** : Réduire le tabagisme actif et passif

La Mauritanie dispose d'un programme national de lutte contre le tabac. Les activités de lutte contre le tabac y sont mises en œuvre en collaboration avec le PNLCC.

##### **Activités** :

- Organiser et mettre en place des campagnes de sensibilisation du grand public sur les dangers du tabac.
- Mettre en place des programmes d'information et d'éducation ciblant les jeunes et les groupes de personnes vulnérables.
- Impliquer les médias dans la lutte antitabac et établir une charte de bonne conduite avec les professionnels des médias.
- Informer et mettre en garde les fumeurs sur les dangers du tabac.
- Mettre en place des consultations d'aide au sevrage dans les établissements de soins de santé de base.
- Informer et sensibiliser la population sur les risques du tabagisme passif en famille et dans les lieux publics.
- Soutenir les actions éducatives scolaires et professionnelles en collaboration avec les ministères de tutelle ainsi que pour le reste de la population.
- Adopter le projet de loi de lutte contre le tabac par le parlement
- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux publics, au travail, dans les établissements d'enseignement.
- Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.

##### **Intervention 2** : Promouvoir une alimentation saine et équilibrée

##### **Activités** :

- Favoriser la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour ;
- Promouvoir la consommation du poisson (non frit) et réduire la consommation de viande et de graisses animales ;
- Promouvoir la conservation des aliments par le froid ;
- Informer sur les risques du fumage et du salage pour la conservation des aliments en milieu familial et artisanal ;
- Mener des campagnes d'IEC actives, permanentes, pour promouvoir une alimentation équilibrée et pas chère en toute saison ;
- Mettre en place un programme d'éducation nutritionnelle pour les adolescents et les enfants dès l'âge de 5 ans ;
- Mettre en place des programmes spécifiques de lutte contre l'obésité
- Sensibiliser les consommateurs sur le danger d'une alimentation trop sucrée, trop salée ou trop grasse ;
- Changer la perception de l'obésité dans la représentation populaire.



**Intervention 3** : Promouvoir l'activité physique

**Activités** :

- Renforcer et promouvoir l'activité physique en milieu scolaire.
- Faciliter l'accès à des activités sportives extra scolaires de proximité pour les jeunes.
- Créer des infrastructures sportives de proximité et à coût accessible.
- Mener des campagnes d'IEC sur les bienfaits de l'exercice physique adapté, régulier et sensibiliser sur les dangers de la sédentarité.

**Intervention 4**: Prévenir certaines infections chroniques

**Activités** :

- Informer la population sur les modes de transmission des infections, sur les risques cancérigènes encourus et sur les moyens de prévention.
- Renforcer les stratégies existantes en matière de lutte contre les IST, en particulier le Sida et y associer l'information sur les virus HPV et HBV.
- Consolider la vaccination contre le virus HBV.
- Conduire à court terme un projet pilote de vaccination contre le HPV chez des adolescentes et, à moyen terme, l'étendre à d'autres régions du pays.

**Intervention 5**: Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieu professionnel

**Activités** :

- Informer et sensibiliser les travailleurs sur les risques de cancers professionnels spécifiques à leur profession.
- Développer des mesures de protection adaptées à chaque milieu de travail.
- Réviser la législation en matière de médecine du travail pour renforcer la protection contre les facteurs cancérigènes.

**Intervention 6** : Protéger les consommateurs contre les produits cancérigènes

**Activités** :

- Informer et sensibiliser les consommateurs sur les mesures d'hygiène à respecter ;
- Soutenir les associations de protection des consommateurs
- Renforcer le contrôle des produits alimentaires vendus autour des établissements scolaires et dans les lieux de restauration
- Renforcer le contrôle sanitaire aux frontières et développer la lutte contre la contrebande des produits alimentaires ;
- Promouvoir la conservation des aliments par le froid et lutter contre le fumage et le salage.

**Intervention 7** : Améliorer la perception de la population vis-à-vis du cancer

**Activités**

- Développer des actions de communication du grand public pour démystifier le cancer.
- Informer les populations sur les offres de soins aux malades atteints de cancer aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- Sensibiliser les patients dans les salles d'attente des structures sanitaires par des brochures, des posters, et des supports audio-visuels pour une meilleure acceptation de l'examen clinique approprié du médecin.
- Développer l'information, l'éducation et la communication à l'endroit du patient et de son entourage
- Doter chaque centre de santé en moyens de communication.

## **B. Axe d'intervention 2 : Dépistage et diagnostic précoce des cancers**

Une détection précoce du cancer augmente considérablement les chances de guérison. Elle repose sur deux éléments principaux : le dépistage et le diagnostic précoce. Savoir reconnaître les signes d'alerte et agir rapidement, conduit à un diagnostic précoce. Une meilleure sensibilisation des médecins, du personnel de santé et autres prestataires de soins de santé ainsi que du grand public aux signes d'alerte du cancer, peut avoir un impact considérable sur la maladie.

Le dépistage s'adresse à un groupe cible à risque apparemment sain qui ne présente aucune manifestation de la maladie ; l'objectif est de détecter des stades précancéreux et de les traiter pour éviter la survenue du cancer. Le diagnostic précoce concerne des personnes qui présentent des signes d'alerte et donc aux tous premiers stades de la maladie avec des lésions pré cancéreuses ou cancéreuses au stade débutant.

En Mauritanie, le cancer qui peut bénéficier d'un dépistage est le cancer du col de l'utérus et pour le diagnostic précoce, le cancer de la prostate, du sein, du colon-rectum et les cancers de l'enfant.

### **Intervention 1 : Organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus**

#### **Activités :**

- Installer des unités de dépistage du cancer du col utérin par IVA/IVL suivie de traitement par la cryothérapie/cold coagulation dans toutes les maternités de référence des régions (approche « dépister et traiter »).
- Introduire la résection à l'anse diathermique au niveau des hôpitaux régionaux pour les lésions de grade plus élevé qui sont référées.
- Elaboration de référentiels de dépistage
- Assurer la formation du personnel médical et paramédical au dépistage.

### **Intervention 2 : Organiser le diagnostic précoce des d'autres cancers**

#### **Activités :**

- Organiser des campagnes d'initiation à l'autopalpation des seins
- Recycler les professionnels en odontostomatologie sur le diagnostic précoce des cancers buccodentaires.
- Organiser des campagnes de sensibilisation à la consultation en urologie chez les tranches d'âge à risque et promouvoir le toucher rectal
- Assurer la formation du personnel médical et paramédical au niveau des soins de santé primaire au diagnostic précoce du cancer.

## **C. Axe d'intervention 3 : Prise en charge des cancers y compris les soins palliatifs**

La prise en charge du cancer étant globale, il s'agit dans cet axe de renforcer les capacités de diagnostic et de traitement. La Mauritanie dispose d'un Centre national d'oncologie (CNO), mais l'analyse de la situation a révélé une insuffisance des structures de soins et des ressources humaines spécialisées dans la prise en charge du cancer. Cette situation

conduit à des diagnostics tardifs avec des traitements de plus en plus lourds et des chances de guérison et de rémission minimales.

**Intervention 1:** Renforcer le plateau d'appui au diagnostic

**Activités :**

- Développer la législation relative aux structures de diagnostic du cancer.
- Equiper les laboratoires d'Anatomopathologie existants et mettre en place de nouvelles structures décentralisées avec du personnel spécialisé.
- Appuyer l'immunohistochimie, l'Hybridation In Situ à Fluorescence (FISH) et l'Hybridation in situ à colorimétrie (CISH), la recherche des marqueurs tumoraux dans les laboratoires d'Anatomie pathologiques y compris les récepteurs hormonaux pour les cancers gynécologiques et mammaires.
- Appuyer les autres laboratoires (biologie, bactériologie, hématologie, biochimie) dans leur apport à la cancérologie, les marqueurs tumoraux, et des techniques spécifiques tels que l'immunophénotypage, la cytogénétique, la biologie moléculaire, la cytométrie de flux et la tumorothèque.
- Equiper les services d'imagerie y compris l'imagerie fonctionnelle, la radiologie interventionnelle, le PET-scan et les explorations isotopiques spéciales de moyens techniques nécessaires au diagnostic et au bilan d'extension du cancer.
- Instituer des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires afin d'y définir des stratégies thérapeutiques en équipe.
- Mettre en place les moyens techniques et humains nécessaires pour le renforcement du plateau d'appui au diagnostic du cancer.
- Assurer que le patient bénéficie de l'ensemble de son dossier médical ou de sa copie, lorsqu'il passe du secteur public au secteur privé ou vice-versa.

**Intervention 2:** Renforcer la prise en charge chirurgicale des cancers

**Activités :**

- Développer la législation relative aux structures de soins du cancer.
- Renforcer le plateau technique de la chirurgie carcinologique.
- Rendre disponible des équipements de confort tels que les implants mammaires pour la chirurgie réparatrice.
- Créer une unité d'hospitalisation, une unité de réanimation chirurgicale et un hôpital de jour de chirurgie ambulatoire dans chacun des Centres régionaux de référence.
- Renforcer les structures chirurgicales et gynéco obstétricales régionales (équipement; et formation).
- Instaurer au niveau 2 des référentiels de bonnes pratiques cliniques et de bonnes pratiques chirurgicales, s'inscrivant dans la politique nationale d'uniformisation et de généralisation des référentiels de prise en charge diagnostique et thérapeutique, entrant dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AMO).
- Créer un réseau de communication reliant tous les niveaux de prise en charge et élaborer un système de référence et contre référence.

### **Intervention 3:** Renforcer la prise en charge médicale des cancers

#### **Activités :**

- Créer des structures de prise en charge spécialisée en oncologie comportant un hôpital de jour avec au moins 8 fauteuils, une unité de préparation centralisée de chimiothérapie et une unité d'hospitalisation d'au moins 10 lits dans chacun des Centres hospitaliers généraux.
- Rendre disponible des équipements de confort tels que les implants mammaires pour la chirurgie réparatrice.
- Renforcer les services d'anesthésie-réanimation
- Assurer les soins de support adaptés avec l'aide des algologues, kinésithérapeutes, psychologues, dentistes, diététiciens et le service social.
- Assurer l'accessibilité aux médicaments anticancéreux et de support de bonne qualité et à un prix abordable.
- Encourager la fabrication locale des médicaments anticancéreux.
- Activer le processus d'élaboration des textes relatifs à la bioéquivalence.
- Elaborer des référentiels et des arbres décisionnels simples pour la détection des cancers les plus fréquents.
- Instaurer un système de suivi et d'évaluation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.
- Mettre en place un système d'assurance qualité dans la prise en charge des cancers quel que soit le mode thérapeutique.

### **Intervention 4:** Renforcer la radiothérapie des cancers

#### **Activités :**

- Renforcer le plateau technique de radiothérapie avec au niveau de chaque CHU une unité composée de deux (2) accélérateurs linéaires avec collimateur multi-lames; un système de simulation (standard ou TDM), un système de planification dosimétrique (TPS) et une liaison en réseau y compris avec la TDM; un Curietron à Haut Débit de Dose (HDR) avec salle d'application et Chaîne de dosimétrie (contrôle qualité).
- Renforcer et adapter les règles et moyens de radioprotection pour tous les centres avec des dosimètres pour le personnel.

### **Intervention 5 :** Offrir des soins palliatifs et un accompagnement psychosocial aux patients et à leurs familles

Le soutien psychologique aux patients atteints de cancer et aux familles fait partie aujourd'hui de la prise en charge des cancers. En Mauritanie, la plupart des cancers sont diagnostiqués à des stades tardifs. Aussi, l'approche doit être globale et intégrée favorisant ainsi une meilleure articulation entre les soins et l'accompagnement médico-social. Les objectifs spécifiques de cet axe permettront de :

#### **Activités :**

- Institutionnaliser en hospitalier, en ambulatoire et à domicile la prise en charge de la douleur.
- Appuyer les activités pour l'accompagnement familial et social.

- Instaurer un soutien psychologique pour le malade et ou ses proches et renforcer le soutien psycho oncologique.
- Développer les réseaux permettant une meilleure articulation entre les acteurs du soin, de l'accompagnement et les acteurs sociaux relais pour les soins palliatifs, des aides socio-économiques et des aides à domicile
- Créer des unités de soins palliatifs et d'accompagnement psychologique des patients au stade terminal de leur maladie.

#### **D. Axe d'intervention 4 : Formation, recherche et surveillance épidémiologique**

**Intervention 1** : Mettre en place une stratégie de formation et développement des ressources humaines

##### **Activités**

- Elaborer et appliquer des référentiels nationaux de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques.
- Former et assurer la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour la prévention primaire (Voir annexe ...)
- Former et assurer la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour le dépistage et le diagnostic précoce (Voir annexe ...)
- Former et assurer la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour le diagnostic du cancer (Voir annexe ...)
- Former et assurer la disponibilité des ressources humaines pour le traitement des cancers (Voir annexe ...)
- Former et assurer la disponibilité des ressources humaines pour les soins de soutien et les soins palliatifs (Voir annexe ...)
- Former et assurer la disponibilité du personnel administratif (Voir annexe ...)
- Planifier l'option de partenariat public/privé, pour l'achat de service.
- Développer la formation de base et la formation continue en cancérologie

**Intervention 2** : Collecter l'information stratégique et assurer la surveillance épidémiologique du cancer

Cette intervention est primordiale et transversale à tous les axes développés précédemment. Il s'agit de mettre en place des systèmes d'information systématique à tous les axes stratégiques du PNLCC pour améliorer la collecte, l'archivage et l'analyse des données. Ce système doit consolider celui du PSMNT dans le cadre d'une approche globale de suivi évaluation des maladies non transmissibles. Le registre est un outil indispensable dans la surveillance épidémiologique des cancers. Il constitue un élément essentiel du système d'information sanitaire. Il a pour objectif de déterminer l'incidence des cas de patients atteints de cancers, la tendance de la maladie, le mode d'apparition, la survie, l'évolution et la répartition géographique. Le cancer étant une maladie générale souvent multifactorielle, dont les causes sont difficiles à cerner. Les registres permettent, via des études statistiques épidémiologiques de (i) estimer les besoins en matière de prévention, diagnostic et soins, par une meilleure connaissance de la prévalence et de son évolution temporelle et géographique ; (ii) mesurer la gravité d'une situation régionale ou locale ; (iii) comprendre les causes de certains cancers (c'est ainsi que l'implication du tabac et de l'alcool a pu être démontrée ou confirmée...) ; (iv) comprendre et prévenir les facteurs de risques ou conditions d'apparition de certains cancers ; (v) détecter de manière précoce l'émergence de nouveaux cancers ; et (vi) évaluer l'efficacité

d'actions préventives ou curatives (dont l'allongement de la durée de vie après un cancer soigné)

**Activités :**

- Institutionnaliser et faire fonctionner un Registre national des cancers basé sur la population.
- Mettre en place des registres hospitaliers dans toutes les structures de prise en charge du cancer.
- Mener régulièrement des études de prévalence des facteurs de risques comportementaux. Analyser et disséminer les données des registres tous les ans.
- Mener des études CAP de la population vis-à-vis des cancers et des facteurs de risque pour évaluer notamment les actions d'information, d'éducation et de communication mises en place.
- Mener des études CAP dans les milieux professionnels.

**Intervention 3 :** Promouvoir la recherche sur le cancer

Les types de recherche à promouvoir dans le respect de la déontologie et des bonnes pratiques sont les essais cliniques (nationaux et internationaux), médicamenteux ou stratégiques; les études biologiques (tumorothèque, cellulothèque, sérothèque ...); la recherche organisationnelle; les études de suivi et d'évaluation des activités, des processus, de l'utilisation des référentiels et des structures sont à promouvoir dans la recherche sur le cancer.

**Activités :**

- Promouvoir la recherche sur l'Epidémiologie des cancers, la biologie et génétique des cancers, la recherche clinique, diagnostique et thérapeutique sur les cancers en insistant sur la recherche action, les sciences humaines et sociales et sur l'éthique médicale.
- Mettre en place un fond d'appui à la recherche sur le cancer.
- Favoriser des collaborations et des partenariats pour appuyer la recherche sur le cancer.

**E. Axe d'intervention 5 : Coordination, plaidoyer et gestion du programme**

**Intervention 1 :** Assurer la coordination du fonctionnement, le plaidoyer et la gestion du programme.

Le PNLCC sera mis en œuvre dans un cadre intégré au plan stratégique national des maladies non transmissibles.

**Activités :**

- Renforcer l'engagement du Gouvernement, des leaders politiques, religieux, communautaires et traditionnels.
- Assurer le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources (humaines – financières et matérielles) et de l'adhésion des populations.
- Renforcer l'engagement de tous les ministères concernés et auprès du personnel de santé
- Instaurer des mécanismes de coordination au niveau des partenaires nationaux et internationaux
- Obtenir l'engagement et la synergie des ONG, de la société civile, des collectivités locales, des communautés de base dans la réponse à la lutte contre le cancer

## **IV. Plan de mise en œuvre**

### **IV.1- Cadre institutionnel**

La mise en œuvre du PNLCC se fera au niveau de la direction de la lutte contre la maladie et dans le cadre d'un plan stratégique Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles qui englobe les différents Programmes de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles dont le Cancer.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du plan national de lutte contre le cancer sera le PNLCC, à travers le Plan Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles.

### **IV. 2- Partenaires de mise en œuvre**

Il existe au niveau du Ministère de la Santé, plusieurs stratégies ou programmes au sein des directions centrales qui contribuent à la mise en œuvre du PNLCC.

Cette mise en œuvre se fera donc en collaboration avec ces partenaires internes notamment, la Direction de la Lutte contre la Maladie, les autres directions centrales (DPCIS, DRH, DSBN, DMH, DHP, etc..) ainsi que les centres hospitaliers.

Dans l'optique d'une approche multisectorielle de lutte contre le cancer, les autres ministères et structures techniques en dehors du secteur de la santé seront mis à contribution ainsi que la société civile et associative (ONG, les Associations des consommateurs, les Organisations des droits de l'Homme, les Organisation à base communautaire) et les Partenaires Techniques et Financiers.

### **IV. 3- Niveau de mise en œuvre**

Les différents niveaux de mise en œuvre seront :

- Le niveau central : dont le rôle principal sera de planifier, coordonner, superviser, suivre et évaluer les interventions et actions retenues dans les différents plans d'action du PNLCC dans toutes les structures ;
- Le niveau régional (DRAS): doit assurer la supervision de la mise en œuvre au niveau des hôpitaux régionaux ;
- Le niveau départemental : assure la mise en œuvre effective au niveau opérationnel c'est-à-dire au niveau des différents CS et PS
- Les structures de soins : Les interventions se feront à tous les niveaux impliqués dans la prévention primaire à travers la sensibilisation et le counselling systématique prodigués par le personnel médical.
- La communauté : Doit être impliquée dans tout le processus depuis le début, afin de garantir le succès des différentes interventions ;
- Le lieu de travail : Le monde du travail du public comme du privé sera mobilisé en vue d'induire des changements durables au niveau du cadre de travail afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les cancers liés au travail et promouvoir les pratiques favorables à la santé sur le lieu du travail ;
- Le milieu scolaire et professionnel: Il s'agira d'amener le milieu scolaire, professionnel et universitaire à adapter et à inculquer à la base, les comportements et mode de vie favorables à la santé.

#### IV.4- Budget

La construction financière du plan de lutte contre le cancer souffre d'un déficit d'information, de sensibilisation, de dépistage et de diagnostic précoce. C'est pourquoi le plan budgétisé est établi sur la base d'estimations, d'analogies et d'extrapolations qu'il conviendra, à la faveur des travaux budgétaires annuels, de corriger et d'actualiser.

<i>Axes d'intervention</i>	<i>Interventions</i>	<i>Coût annuel en Ouguiyas</i>	<i>Coût total en Ouguiyas</i>
<b>La prévention primaire des cancers</b>	Réduire le tabagisme actif et passif	8 000 000	40 000 000
	Promouvoir une alimentation saine et équilibrée	10 000 000	50 000 000
	Promouvoir l'activité physique	10 000 000	50 000 000
	Prévenir certaines infections chroniques	6 000 000	30 000 000
	Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieu professionnel	10 000 000	50 000 000
	Protéger les consommateurs contre les produits cancérigènes	8 000 000	40 000 000
	Améliorer la perception de la population vis-à-vis du cancer	5 000 000	25 000 000
<b>Le dépistage et le diagnostic précoce des cancers</b>	Organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus	50 000 000	250 000 000
	Organiser le diagnostic précoce des cancers	10 000 000	50 000 000
<b>Prise en charge des cancers y compris les soins palliatifs</b>	Renforcer le plateau d'appui au diagnostic	5 000 000	25 000 000
	Renforcer la prise en charge chirurgicale des cancers	200 000 000	1 000 000 000
	Renforcer la prise en charge médicale des cancers	5 000 000	25 000 000
	Renforcer la radiothérapie des cancers	50 000 000	250 000 000
	Offrir des soins palliatifs et un accompagnement psychosocial aux patients et à leurs familles	100 000 000	500 000 000
<b>Formation, recherche et surveillance épidémiologique</b>	Mettre en place une stratégie de formation et de développement des ressources humaines	8 000 000	40 000 000
	Promouvoir la recherche sur le cancer	8 000 000	40 000 000
<b>Coordination et plaidoyer</b>	Assurer la coordination et le plaidoyer	3 000 000	15 000 000
	<b>TOTAL</b>	<b>496 000 000</b>	<b>2 480 000 000</b>



#### **IV.5- Mécanismes de suivi-évaluation**

Afin d'assurer le monitoring et l'évaluation de ce plan, un tableau de bord des activités à mener et des indicateurs sera élaborés par l'équipe de pilotage du PNLCC en collaboration avec la DLM. Il en sera de même des structures décentralisées. Des fiches de suivi spécifiques aux composantes du plan seront conçues et remplies régulièrement à tous les niveaux afin d'assurer un pilotage correct du plan.

Les rencontres prévues par les instances seront tenues régulièrement afin d'assurer l'exécution des activités à chaque niveau sur la base des plans d'action élaborés. .

Les données issues du registre des cancers permettront de suivre les tendances temporelles et géographiques de la distribution des cancers et elles représenteront le meilleur outil d'appréciation des impacts à moyen (10 ans) et à long terme (10-20 ans). Des études d'observations (cas témoins ou de cohorte) ou des enquêtes CAP apporteront des compléments d'informations sur l'efficacité des différentes stratégies utilisées.

#### **Principaux indicateurs de suivi du PNLCC:**

##### **1. La prévention primaire des cancers.**

- Pourcentage de consommateurs de tabac ;
- Pourcentage de personnes obèses ;
- Pourcentage de personnes en surpoids ;
- Pourcentage de personnes ayant de mauvaises habitudes alimentaires ;
- Prévalence d'exposition aux agents cancérigènes ;
- Nombre de lois et règlements adoptés en matière de prévention et de lutte contre le cancer

##### **2. Le dépistage et le diagnostic précoce des cancers.**

- Nombre de campagne de dépistage de masse réalisé par an ;
- Nombre de séances de sensibilisation tenues par an par groupe organisé ;
- Nombre de messages de sensibilisation diffusés par les media par an ;
- Nombre de supports de sensibilisation élaborés et mis en place par an ;
- Pourcentage de malades cancéreux recevant des soins palliatifs ;
- Nombre de campagnes de vaccination contre l'hépatite virale B et le virus HPV organisées par an ;
- Pourcentage des services de santé renforcés dans le cadre du dépistage précoce des cancers ;
- Pourcentage des agents de santé qui ont bénéficié d'un renforcement de capacité en dépistage précoce des cancers.

##### **3. Prise en charge des cancers y compris les soins palliatifs.**

- Taux de lésions précancéreuses diagnostiquées et prises en charge au x trois niveaux des formations sanitaires ;
- Nombre de protocoles diagnostic et thérapeutique élaborés ;
- Taux de disponibilité des médicaments anticancéreux ;
- Taux de disponibilité des médicaments pour les soins palliatifs ;
- Pourcentage de malades cancéreux dépistés, pris en charge au niveau du centre de radiothérapie ;
- Nombre de spécialistes formées en prise en charge des cancers ;
- Nombre de modules de formation élaborés

- Nombre d'agents de santé formés sur les soins palliatifs
- Nombre d'unités de soins palliatifs créées
- 4. Formation, recherche et surveillance épidémiologique**
- Nombre de registres du cancer fonctionnels
- Nombre de personnes formées
- Nombre d'activités de recherches réalisées
- Nombre d'activités de recherches financées
- Existence d'un mécanisme de coordination de la recherche sur le cancer.
- 5. Coordination et plaidoyer**
- Degré d'engagement des autorités et du personnel de santé dans la lutte contre le cancer.
- Ressources mobilisées.
- Amélioration de coordination des actions.

## **Conclusion**

## **ANNEXES :**

### **A/ Listes des membres des groupes techniques**

#### **I. COMITE TECHNIQUE DE PILOTAGE DU PROCESSUS**

**Président :** Dr El Mokhtar Dah Ndioubnane, Conseiller du Ministre de la Santé,

**Membres :**

Dr Cheikh Baye Ould M'Khaitrat – Conseiller Ministre Santé  
Pr Moustapha Ould Mohamedou – CNO  
Dr Abdallahi Ould Lehib – DHP  
Dr Niang Saidou Doro – DLM  
Dr Diop Cheikh Oumar – DLM  
Dr Ba Mamadou Samba - DMH  
Dr Yacoub - OMS

#### **II. GROUPE TECHNIQUES**

##### **1. Groupe Thématique / Prévention**

**Président :** Dr. Cheikh Baye Mkhaitrat, Conseiller Ministre

**Membres :**

Dr. Niang Saidou Doro- DLM  
Dr. Mohamed Ebat S.MNT  
Dr. Abdallahi Ould Abdallahi Ould Ahmed – PNSBD  
Dr Diop Cheikh Oumar - DLM  
Mr Taleb Ould Mohamed El Hadj - Conseiller du MEN  
Dr. Abdallahi Traore- PNLTL  
Dr. Idoumou Ould Mohamed Vall – SENLS  
Dr. Barro Abass - PNLBVG  
Dr. El Yedaly Mohameden –MDR  
Mr Sidaty Ould Hamane - MEN  
Dr. Ahmed Ould Bara –INRSP  
Mr. Salem Naji Ould Mohamed Moussa – ENSP  
Dr. Dieng Abdallahi Diombar - UNFPA  
Mr. Abdel Kader Ould Ahmed –EPS

##### **2. Groupe Thématique / Détection précoce**

**President:** Dr Abdallahi Ould Lehib – DHP

**Membres :**

Dr Niang Saidou Doro – DLM  
Dr Diop Cheikh Oumar – DLM  
Mr Lemrabott Ould Cheikh –DRAS de Nouakchott  
Mme Mariam Bassoum –PNSR  
Mr Abderrahmane Hamoud – ANIDEM  
Mme AISSA Fall –LIMALCC  
Mme Aichettou Mint El haj –ASFM  
Dr Kane Amadou Racine -ASMAGO  
Dr Abdallah Diombar Dieng – FNUAP  
Dr Moustapha Attigh – UNICEF  
Dr Boubacar Abdel Aziz - OMS

### **3. Groupe thématique / Prise en charge diagnostique et thérapeutique**

**Président :** Pr Moustapha Ould Mohamedou – Directeur CNO

**Membres :**

Pr Nacer Eddine – Service d'Anatomie pathologique. –CHN

Dr Mohamed Ould Boubacar - LIMALCC

Dr Ba Mamadou - CNO

Dr NIANG OUMAR – CNO

### **4. Groupe thématique / : Soins Palliatifs**

**Président :** Dr Ba Mamadou Samba – DMH

**Membres :**

Dr Niang Oumar – CNO

Dr Mohamed Ould Moustapha Sejad – CHA

Mme Aissa Fall – LIMALCC

Dr Mohamed Boubacar – CHN

Dr Zeine Ahmed – Hopital Cheikh Zayed (HCZ) et Président de CNOMPCD de Mauritanie

Dr Abdellahi Ndiombar Dieng – UNFPA.

## **B/ Bibliographie.**