



---

**POLITIQUE NATIONALE  
DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

---

## SOMMAIRE

<b>SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS</b> .....	3
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PREMIERE PARTIE: CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	7
<b>1- CONTEXTE GENERAL DU PAYS</b> .....	8
1.1 Caractéristiques sociodémographiques et administratives.....	8
1.2 Caractéristiques sociopolitique et économique.....	9
1.3 Contexte sanitaire.....	10
1.4 Environnement juridique.....	12
<b>2- PROBLEMATIQUE DU CANCER</b> .....	13
2.1 Epidémiologie.....	13
2.2 Différents types de cancers.....	14
2.3 Problèmes.....	15
2.4 Etat actuel de la lutte contre le cancer.....	17
2.5 Justification d'une politique de lutte contre le cancer.....	17
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRAGE POLITIQUE</b> .....	18
<b>1- VISION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER</b> .....	19
1.1 Vision de l'Etat de cote d'Ivoire.....	19
1.2 Mission.....	19
<b>2- FONDEMENTS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER</b> .....	19
2.1 Au plan International.....	19
2.2 Au plan régional.....	20
2.3 Au plan national.....	20
<b>3- BUT ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE</b> .....	22
3.1 But.....	22
3.2 Objectifs .....	22
<b>4- AXES STRATEGIQUES</b> .....	22

<b>TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE .....</b>	<b>25</b>
<b>1- CADRE INSTITUTIONNEL.....</b>	<b>26</b>
1 .1 Tutelle.....	26
1 .2 Coordination.....	26
<b>2- NORMES ET DIRECTIVES.....</b>	<b>26</b>
2 .1 Au niveau central.....	27
2 .2 Au niveau intermédiaire et périphérique .....	27
<b>3- SECTEURS D’INTERVENTION .....</b>	<b>27</b>
3 .1 Le secteur de la santé.....	27
3 .2 Autres ministères.....	28
3 .3 Les institutions de formation et de recherche .....	28
3.4 Les collectivités territoriales, les communautés et les ménages. ....	29
3.5 Les Organisations Non Gouvernementales. ....	29
3.6 Le secteur privé .....	29
3 .7 Les Partenaires au développement .....	29
3 .8 Les médias .....	30
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>34</b>

## **SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS**

<b>AIBEF</b>	: Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial
<b>AILC</b>	: Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer
<b>CCC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement.
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNO</b>	: Centre, Nord, Ouest
<b>DAF</b>	: Direction des Affaires Financières
<b>DC</b>	: Direction de Coordination
<b>DD</b>	: Direction Départementale
<b>DGS</b>	: Direction Générale de la Santé
<b>DR</b>	: Direction Régionale
<b>DSC</b>	: Direction de la Santé Communautaire
<b>DSRP</b>	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>FN</b>	: Forces Nouvelles
<b>GSA</b>	: Groupe Scientifique d'Appui
<b>HG</b>	: Hôpital Général
<b>IDH</b>	: Indice de Développement Humain
<b>IEC</b>	: Information, Education, Communication
<b>INFAS</b>	: Institut National de Formation des Agents de Santé
<b>INS</b>	: Institut National de la Statistique
<b>LICC</b>	: Ligue Ivoirienne contre le Cancer
<b>MSHP</b>	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ORL</b>	: Oto-Rhingo-Laryngologie
<b>PEV</b>	: Programme Elargi de Vaccination
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLCa</b>	: Programme National de Lutte contre le Cancer
<b>PNLTATA</b>	: Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcool, la Toxicomanie et autres Addictions
<b>PNPMT</b>	: Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
<b>PNSSU</b>	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement

<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RTI</b>	: Radio Télévision Ivoirienne
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise. :
<b>SIG</b>	: Système d'Information de Gestion
<b>SOS</b>	: Save Our Souls (sauvons nos âmes)
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **PREFACE**

En Afrique noire en général et en Côte d'Ivoire en particulier, la pandémie du VIH Sida, de la tuberculose et du paludisme a été pendant longtemps le défi majeur de notre système de santé.

Cependant, la transition épidémiologique, les changements de modes et styles de vie engendrent de plus en plus d'affections chroniques non transmissibles telles que le cancer.

En Côte d'Ivoire, les résultats du registre du cancer d'Abidjan montrent que le cancer est une affection fréquente dans notre pays avec près de 15 000 à 20 000 nouveaux cas chaque année dominés essentiellement par les cancers du sein et du col de l'utérus chez la femme, le cancer du foie et de la prostate chez l'homme et le lymphome de Burkitt chez l'enfant. Le diagnostic du cancer est souvent tardif avec une mortalité élevée.

La présente politique nationale qui sera mise en œuvre par le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa) traduit l'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans la lutte contre la maladie cancéreuse.

Je voudrais, à travers cette politique, inviter tous nos partenaires à se joindre à nous pour entamer de manière coordonnée ce vaste chantier qu'est la lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire.

Il existe par ailleurs de réelles raisons d'espérer avec dans un avenir proche la création du Centre d'Oncologie Radiothérapie d'Abidjan et la mise en place du Certificat d'Etude Spéciale en cancérologie médicale.

Aussi me plaît t-il en ma qualité de premier responsable du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique d'encourager tous les acteurs de la lutte contre le cancer de s'y référer pour toute initiative visant à réduire le fardeau du cancer en Côte d'Ivoire afin de garantir à nos populations, un avenir où le cancer ne brisera plus les rêves.

**Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique**

**Dr AKA Aouélé**

## INTRODUCTION

Le cancer est une affection largement répandue à travers le monde. Chaque année plus de 10 millions de nouveaux cas sont rapportés, dont 6 millions dans les pays aux ressources limitées représentant ainsi la moitié des cas mondiaux ; 4 millions en mourront [14]. Le fardeau du cancer dans le monde varie en fonction de la communauté. La variation de l'incidence du cancer s'explique tout d'abord par l'influence de facteurs de risque particuliers dont elle est aussi l'indicateur. La distribution du cancer évolue dans le temps et des évaluations spécifiques sont généralement liées à une période donnée. Dans les pays en développement ce lourd fardeau ne reçoit pas toute l'attention qu'il faut.

Le cancer est devenu un problème de santé publique en Côte d'Ivoire.

Selon le registre du cancer d'Abidjan son incidence est élevée avec 83,7 pour 100 000 par an chez l'homme, 98,6 pour 100 000 par an chez la femme et 37,6 pour 100 000 par an chez l'enfant.

En effet un nombre élevé de facteurs de risque tel que certaines maladies infectieuses, les facteurs liés au mode de vie (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, inactivité physique) et la pollution environnementale sont en augmentation en Côte d'Ivoire, occasionnant une augmentation de la survenue des cancers. Cette situation alarmante a polarisé l'attention du gouvernement qui a créé le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa).

La déclaration faite par les chefs d'état et de gouvernements de l'Union Africaine à Durban, en 2002, par laquelle ils s'engageaient à prendre des mesures appropriées dans leur politique de développement pour lutter contre le cancer , la stratégie régionale de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles , la stratégie régionale relative à la promotion de la santé ,la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac et la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, font toutes partie des efforts déployés par la communauté internationale pour s'attaquer au cancer[9].

Le présent document qui est l'acte détaillé de la politique ivoirienne de lutte contre le cancer vise à créer le cadre propice de référence pour apporter la réponse nationale au problème du cancer en Côte d'Ivoire.

# **PREMIERE PARTIE**

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATION.**



## **1 - Contexte général du pays.**

Située en Afrique occidentale dans la zone sub-équatoriale entre le 4<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> degré de latitude Nord, le 3<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

### **1.1 Caractéristiques sociodémographiques et administratives**

#### **1.1.1 Données démographiques**

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2007, à 20 581 770 habitants selon les perspectives de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS, 43 % de la population à moins de 15 ans. Les femmes représentent 49% de la population totale dont 51% sont en âge de procréer [1].

Le taux de croissance démographique annuel est estimé en 2006 à 2,8% selon l'INS. 52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine. En 2006, le dynamisme démographique est caractérisé par une fécondité élevée et précoce avec un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme.

#### **1.1.2 Données socio culturelles et administratives**

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque).

Le Français est la langue officielle.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53% en 2005 dont 61% d'hommes et 39% de femmes. [5]

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

L'avènement de la II<sup>ème</sup> République en 2000, a permis la création de nouvelles entités administratives en dehors des communes et des villes. Ainsi, en 2002, la Région, le Département et le District ont été adoptés. La Côte d'Ivoire comptait en 2007, 19 régions, 56 départements, 335 sous-préfectures, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), et 718 communes.

## **1.2 Caractéristiques sociopolitiques et économiques**

### **1.2.1 Contexte sociopolitique**

La Côte d'Ivoire est une République avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considéré comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, a entraîné une partition du pays en deux zones : le Sud sous contrôle gouvernemental et le Centre, le Nord et l'Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). En mars 2007, les Accords de Ouagadougou, ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise sous l'égide de la communauté internationale, par la tenue d'élections libres et transparentes.

### **1.2.2 Contexte économique**

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux en volume ont été respectivement -2,3%, et -1,7% [2].

Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale, a connu une légère amélioration depuis 2004, grâce aux ressources issues de l'extraction pétrolière, du développement du secteur des télécommunications et du commerce.

Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006[2].

Cependant, le rapport du PNUD 2006 sur le développement humain indique pour la Côte d'Ivoire, un Indice de Développement Humain (IDH) de 41,5% et un rang de 164 sur 177

pays. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté évaluée à 38,4% en 2002 selon une enquête menée par l'INS et de 44% selon le rapport 2006 du PNUD.

Les données récentes révèlent un indice de pauvreté estimé à 48%, soit environ 1 personne sur 2 [6].

La baisse générale des activités consécutives à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques, malgré les performances des régies financières. Les dettes intérieures et extérieures accumulées par l'Etat ont réduit ses capacités financières.

### **1.3 Contexte sanitaire**

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. L'évolution récente du système est surtout marquée par l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires et par la création des districts sanitaires et de programmes nationaux pour lutter contre certaines épidémies et certains problèmes majeurs de santé. L'implication des Conseils Généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la Santé.

#### **1.3.1 La politique sanitaire et l'organisation des soins**

Le système de santé ivoirien est une structure pyramidale à deux versants comprenant chacun trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

Le système de santé dominé par un secteur public fort dispose d'un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle est relativement importante.

D'une politique centrée sur la gratuité des soins jusqu'en 1993, les populations contribuent à la prise en charge de leurs problèmes de santé à la suite de l'institution d'une politique de recouvrement des coûts (décret 93-216 du 3 février 1993 et loi 94-201 du 8 avril 1994).

Le système sanitaire a évolué en adoptant la stratégie des soins de santé primaires, avec comme unité opérationnelle le district sanitaire, et la définition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) aux échelons de la pyramide sanitaire.

Cependant, l'absence à ce jour d'un mécanisme de couverture universelle du risque maladie limite l'impact des politiques sanitaires.

### **1.3.2 Les ressources sanitaires et le financement du secteur**

Le secteur public est composé en 2007 de 1 591 établissements sanitaires de premier contact, soit 1 pour 13 831 habitants, 77 établissements de première référence dont 58 Hôpitaux Généraux (HG), 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Pour le secteur sanitaire privé, l'on dénombre 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires et 113 cabinets dentaires [11].

En matière de ressources humaines, les ratios de couverture s'élevaient en 2007 à :

- 1 Médecin pour 5 695 habitants (contre 1 pour 9 739 en 2000);
- 1 infirmier pour 2 331 habitants (contre 1 pour 2 374 en 2000) ;
- 1 Sage-femme pour 3 717 femmes en âge de reproduction (contre 1 pour 2 081 en 2000).

Pour l'année 2008, environ 400 cadres supérieurs de la santé sont en voie de recrutement dans la fonction publique pour le renforcement du système sanitaire.

L'importance numérique du personnel de santé cache d'importantes disparités dans sa répartition. Avec un ratio national de 1 médecin pour 5 695 habitants, l'on note que le ratio en dehors d'Abidjan s'élève à 1 médecin pour 20 000 habitants [11].

En ce qui concerne le financement du secteur, il est principalement assuré par l'Etat appuyé par ses partenaires et les communautés. L'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé. Le budget total alloué à la santé représente 5% du budget global de l'Etat [7].

### **1.3.3 L'accessibilité aux soins et le partenariat**

Globalement, en 2007, la couverture en infrastructures sanitaires demeure faible dans les régions avec un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural. Seulement 44% de la population vit à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 Km, et 29 % à plus de 15 Km [4].

Sur le terrain, la résolution des problèmes de santé n'utilise pas toujours l'approche multisectorielle qui met en œuvre des actions complémentaires et synergiques.

Sous l'impulsion du Ministère de la santé et des agences d'aide au développement, plus d'une centaine d'associations et organisations non gouvernementales se sont développées et apparaissent comme de nouveaux acteurs et partenaires du système de santé.

### **1.3.4 Les conséquences de la crise militaro-politique sur le système de santé**

La crise militaro-politique de septembre 2002 avait entraîné une désorganisation du dispositif sanitaire, marquée par la cessation d'activités dans sept (7) DR et dans vingt quatre (24) DD.

Environ 85% du personnel de santé des zones CNO avait quitté leur poste, réduisant considérablement la disponibilité et la qualité des prestations de santé.

Aussi, les déplacements de personnes vers les zones sécurisées ont conduit à une surcharge aussi bien des établissements sanitaires que du personnel de santé.

Au niveau de la surveillance épidémiologique, cette situation a affecté le système de notification. Certains districts sont restés sous silence. Les données de promptitude et de complétude ont chuté. L'arrêt brusque du système de recueil des données alimentant le SIG a constitué le dysfonctionnement le plus gênant pour le système national de santé.

La fermeture des INFAS de Bouaké et de Korhogo a eu pour conséquence un retentissement sur la formation des personnels paramédicaux.

La plupart des actions de santé dans ces zones a été assurée par les ONG internationales et les partenaires au développement, en absence de l'administration sanitaire.

Avec l'Accord Politique de Ouagadougou (APO) on assiste à une progression vers la normalisation de la situation sanitaire du pays.

### **1.4 Environnement juridique de la lutte contre le cancer**

D'une manière générale, le système de santé ivoirien présente des faiblesses au plan législatif, réglementaire et institutionnel.

La problématique concerne l'inexistence d'une loi d'orientation sur la santé publique. Un code de la santé publique est en cours de rédaction.

On note l'absence de système d'information lié aux maladies professionnelles. Il en résulte un problème d'actualisation de la liste des maladies professionnelles indemnifiables en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, il n'existe pas de texte de lois sur la transplantation d'organe.

La loi n° 96-766 du 3 octobre 1996 portant Code de l'Environnement n'est pas appliquée.

Des politiques, des lois et des règlements portant sur la prévention et la lutte contre le cancer sont indispensables pour garantir l'accès de toutes les populations aux services de lutte contre le cancer. Ces textes devraient avoir pour but de protéger la population contre les agents infectieux qui causent des cancers et de réduire l'exposition à la fumée de tabac, aux substances chimiques telles que les pesticides, aux toxines telles que les aflatoxines, à la pollution atmosphérique et aux radiations. Un document définissant la politique de prévention

et de lutte contre le cancer devrait être adopté et mis en œuvre selon une approche intégrée, dans le cadre de la politique et du plan national de santé.

## **2 - Problématique du cancer**

### 2.1 Epidémiologie

#### 2.1.1 Descriptive

Dans les pays africains, et particulièrement en Côte d'Ivoire, la situation du cancer est gravissime et virtuellement mortelle chez des malades vus essentiellement à un stade avancé et ayant un faible accès au traitement. Le cancer a un effet sur le malade et sa famille aussi bien sur le plan physique, psychologique et social.

Les premières données du Registre du Cancer d'Abidjan recueillies entre 1995 et 1997 et publiées en 2000, révèlent un total de 2.815 nouveaux cas de cancer dans la ville d'Abidjan [3]. Les taux d'incidence spécifiques sont de 83,7 pour 100 000 par an chez l'homme, 98,6 pour 100 000 par an chez la femme et 37,6 pour 100 000 par an chez l'enfant.

La fréquence des cancers en Côte d'Ivoire se répartie comme suit :

- le lymphome de BURKITT (35,8%);
- le cancer du sein (25,2%);
- le cancer du col de l'utérus (23,6%);
- le cancer de la prostate (15,3%);
- le cancer du foie (14,6%);
- les leucémies aiguës (8,8%)

Le nombre de cas de cancers dans notre pays reste préoccupant. En effet, les données ajustées du Registre du Cancer de 2004 à 2006 font état de 3248 nouveaux cas.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y a entre 15 000 et 20 000 nouveaux cas de cancer par an en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, trois quarts des diagnostics de cancers en Côte d'Ivoire sont faits à un stade avancé ou métastatique avec une mortalité élevée.

En effet une étude menée de 1985 à 1996 au service de cancérologie portant sur 789 cas de cancers a montré une forte mortalité à 5 ans qui est de 88% avec une médiane de survie de 11 mois [8].

#### 2.1.2 Causale

Les agents infectieux sont à l'origine de 25% des décès dus au cancer dans les pays en développement. On peut citer les virus de l'hépatite B et C, le virus du papillome humain

(VPH), le virus d'Epstein Barr, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les schistosomes, l'helicobacter pylori.

L'usage du tabac est la cause de cancer la plus facile à éviter. Le tabac provoque des cancers des poumons, du larynx, du pancréas, des reins, de la vessie, de la cavité buccale et de l'œsophage. La prévalence de l'usage du tabac est de 22,4 % en Côte d'Ivoire.

La pollution environnementale est en augmentation en Côte d'Ivoire, elle affecte essentiellement les eaux et l'air. Les menaces liées à la pollution industrielle ont pris un tournant dramatique avec le déversement au cours de l'année 2006 dans le district d'Abidjan, de 396,3 tonnes de déchets hautement toxiques. Le risque cancérigène est élevé pour les populations les plus exposées. La modélisation de la catastrophe faite selon les standards internationaux a permis d'estimer à plusieurs centaines de milliers les personnes ayant été exposées. Cet incident a entraîné 108 924 consultations médicales gratuites avec 69 hospitalisations et 12 décès [13].

## 2.2 Différents types de cancers

Répartition des cancers en Côte d'Ivoire de 1995 à 1997 à Abidjan [3]

### ***HOMMES (1364 cas)***

Type de cancer	Fréquence
Cancer de la prostate	15,3%
Cancer du foie	14,6%
LMNH	10%
Sarcome de Kaposi	7,5%
Cancer du poumon	5,1%
Cancer de l'estomac	4%

### ***FEMMES (1681 cas)***

Type de cancer	Fréquence
Cancer du sein	25,2%
Cancer du col de l'utérus	23,6%
LMNH	7,2%
Cancer de l'ovaire	4,8%
Cancer du foie	4,2%

### ***ENFANTS (203 cas)***

Type de cancer	Fréquence
Lymphome de Burkitt	35,8%
Leucémie	8,8%
Tumeur cerveau et moelle épinière	6,6%
Tumeur osseuse	5,8%
Tumeur de wilms	5,1%

## 2.3 Problèmes

L'analyse de la situation du cancer a permis d'identifier les problèmes qui affectent les populations vivant en Côte d'Ivoire. La sélection de ces problèmes majeurs s'est reposée sur les critères du nombre de personnes touchées, des effets néfastes sur l'individu, de la sensibilité populaire au problème et la disponibilité de solutions efficaces.

Les problèmes majeurs qui se dégagent de cette analyse de la situation du cancer traduisent une demande élevée et une offre insuffisante des soins en matière de cancer.

### **2.3.1 Demande de soins élevée.**

Comme l'illustre l'analyse de la situation, la demande des soins en matière de cancer se caractérise par les principaux indicateurs suivants :

- Une morbidité élevée;
- Une mortalité élevée;
- Une létalité élevée ;
- Une incidence élevée.

### **2.3.2 Offre de soins insuffisante**

Les caractéristiques de l'offre des services sont les insuffisances liées à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des soins. Ces insuffisances se situent à plusieurs niveaux :



- *Les ressources humaines*

Il y a une insuffisance de personnel de santé formé à la cancérologie pour la prise en charge. On note aussi un manque de formation des autres prestataires de soins (infirmiers, sage femmes, médecins généralistes, spécialistes d'organes) à la prévention, au diagnostic des cancers et en soins palliatifs.

La formation initiale des professionnels de la santé en matière de cancérologie connaît des insuffisances. Il en est de même pour le renforcement des capacités des prestataires.

- *Les ressources matérielles et les médicaments*

Les infrastructures se résument à un seul service de cancérologie avec 14 lits, éclaté, non individualisé et à quelques services spécialisés tous regroupés à Abidjan traduisant une disparité dans l'offre des soins.

Le plateau technique est insuffisant voire même inexistant. L'on note l'absence de radiothérapie, d'immunohistochimie et de greffe de moelle osseuse.

Par ailleurs, le Registre du cancer d'Abidjan est non fonctionnel depuis 2002

Les médicaments (anticancéreux, morphiniques, ...) sont coûteux, ne sont pas suffisamment sécurisés et connaissent des ruptures fréquentes de stocks malgré les efforts de la PSP.

- *Les prestations de soins*

Les populations n'ont pas suffisamment accès aux services de prévention et de prise en charge des malades du cancer. L'accessibilité et la qualité des services de consultation demeurent insuffisantes.

Ces insuffisances concernent aussi les prestations telles que la prévention et la prise en charge des cancers.

- *L'organisation du système*

Les problèmes rencontrés sont la non disponibilité de structures de prévention et de prise en charge en dehors d'Abidjan.

Le système est également confronté à l'insuffisance d'intégration des activités de lutte contre le cancer, à la défaillance du système de référence et de contre référence ainsi que du système des évacuations sanitaires.

### **2.3.3 Des mesures politiques et réglementaires encore insuffisantes**

Des mécanismes de subvention substantielle pour la prise en charge des médicaments anticancéreux sont inexistants. De plus, l'Etat contribue insuffisamment dans l'approvisionnement en produits anticancéreux.

Par ailleurs, si les mécanismes formels de motivation des prestataires sont inexistant, les mécanismes de sanction des prestataires indélicats sont insuffisamment appliqués. L'on note également qu'il existe très peu de textes législatifs et réglementaires formels pour lutter contre les facteurs de risques.

#### **2.4 Etat actuel de la lutte contre le cancer**

La lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire se résume actuellement à l'action de quelques ONG (AILC, LICC, SOS cancer) qui, par des campagnes d'information et de sensibilisation ont essayé de faire prendre conscience aux gouvernants et à la population le fléau que constitue le cancer.

Des entreprises privées avec le concours de cancérologues, de spécialistes d'organes tels que les gynécologues et les urologues organisent des séances de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate.

La prise en charge des cas de cancer se fait dans le service de cancérologie et dans d'autres services par les spécialistes d'organes.

Mais ces actions sont limitées et trop sporadiques. Le manque d'une politique coordonnée et l'insuffisance de ressources rendent ces actions peu efficaces.

#### **2.5 Justification d'une politique de lutte contre le cancer**

Le fardeau du cancer et ses facteurs de risques sont en augmentation en Côte d'Ivoire. La plupart des ressources disponibles sont consacrées au traitement de cancers dépassés et à l'évacuation onéreuse des malades à l'étranger. Par contre, très peu de moyens sont investis dans la prévention, tandis que les services de santé ne sont pas bien préparés pour affronter la menace posée par les cancers.

La mise en œuvre d'une politique nationale de lutte contre le cancer contribuera à réduire les risques de cancer et à diminuer l'incidence et la mortalité par cancer, entraînant ainsi une amélioration de la santé et de la qualité de la vie.

# **DEUXIEME PARTIE**

## **CADRAGE POLITIQUE**

## **1 - Vision nationale du cancer et ses composantes**

### **1.1 Vision de l'Etat de Côte d'Ivoire**

Face aux problèmes majeurs du cancer qui se dégagent de l'analyse de la situation nationale, la présente politique est guidée par une vision qui intègre toutes les étapes de la lutte contre le cancer.

La vision de l'Etat en matière de cancer est la suivante : « **Une Côte d'Ivoire où le cancer n'est plus un drame mais une maladie chronique** ».

### **1.2 Mission de l'Etat**

A travers les institutions étatiques et sa vision de la santé en matière de cancer, l'Etat a pour mission d'assumer son rôle régalien en matière de santé et le devoir de garantir le droit à la santé. Il assurera également l'équité aussi bien dans l'accès de tous aux services de prise en charge du cancer que dans la contribution financière.

## **2 - Fondements et principes de la politique de lutte contre le cancer**

La communauté internationale a adopté des stratégies, des déclarations et des conventions qui font partie des efforts déployés pour lutter contre le cancer.

### **2-1 Au plan international**

- La Prévention des maladies chroniques (Organisation Mondiale de la Santé, 2000) Genève.
- La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
- La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2004).
- La Prévention des maladies chroniques (Organisation Mondiale de la Santé, 2005) Genève.
- La Déclaration mondiale sur le Cancer 2006 présentée lors du Congrès Mondial de l'UICC sur le Cancer du 8 au 12 juillet 2006 Washington, DC (Etats Unis).
- La Déclaration mondiale sur le cancer développée par l'UICC, adopté par le Sommet mondiale contre le cancer 2008.

## 2-2 Au plan régional

- La stratégie de la région africaine pour les maladies non transmissibles (OMS, Bureau régional de l'Afrique 2000).
- La déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine à Durban en 2002.
- La stratégie de la région africaine relative à la promotion de la santé (OMS, Bureau régional de l'Afrique 2003).
- La stratégie de prévention et lutte contre le cancer pour la région africaine (OMS, Comité Régional de l'Afrique Yaoundé 2008).

## 2-3 Au plan national

Aucune déclaration n'a été adoptée mais, la Politique nationale en matière de cancer tire son essence de valeurs et de principes directeurs sur lesquels devront reposer la lutte contre ce fléau.

### 2.3.1 Valeurs fondamentales

Elles constituent le fondement de la Politique nationale. Elles sont celles du Plan National de Développement Sanitaire [11]: la dignité humaine, la solidarité et l'accès aux soins.

- ***Dignité humaine***

Tout être humain a droit à un traitement qui respecte sa dignité, son intelligence, ses croyances et son libre arbitre. Cela implique notamment que toute personne doit avoir accès aux informations qui lui sont nécessaires pour apprécier librement les différents moyens permettant de prévenir ou de traiter le cancer.

Le droit à l'information inclut la consultation de son dossier médical. Les décisions prises en toute connaissance de cause par le patient doivent être respectées, même si elles sont contraires à l'opinion de la majorité des professionnels de la santé ou aux connaissances généralement admises.

Par ailleurs la confidentialité des éléments du dossier médical doit être de rigueur.

- ***Solidarité***

La solidarité entre malades et personnes en bonne santé signifie en particulier que les malades du cancer sont acceptés et soutenus, qu'ils font partie intégrante de notre société et que nous assumons collectivement le coût de la prévention et des soins en fonction de nos capacités financières.

La solidarité vise aussi à identifier et à combattre toute discrimination institutionnelle sociale ou individuelle à l'encontre de personnes atteintes de cancer.

- ***Accès aux soins***

Tous les habitants de Côte d'Ivoire doivent bénéficier d'un accès équitable aux services préventifs, de dépistage et de soins, quelle que soit leur capacité financière ou leur position sociale. Etant donné les profondes inégalités sociales face au cancer, l'égalité d'accès ne peut devenir réalité que si un effort particulier est fait pour atteindre ceux qui sont moins instruits ou ont moins de ressources ou encore ceux qui vivent dans des zones reculées.

### **2.3.2 Principes directeurs**

La Côte d'Ivoire est un pays souverain qui a souscrit à l'objectif social de la Santé Pour Tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires en 1978 ainsi qu'aux objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment l'Objectif 6, inscrits dans la Déclaration du Millénaire de 2000 des Nations Unies.

Elle a également souscrit à tous les engagements mondiaux, régionaux et sous-régionaux en faveur de la santé de sa population.

C'est pourquoi tous les principes directeurs qui sous-tendent la Politique nationale en matière de cancer et qui guideront la lutte contre ce fléau se fondent sur des instruments légaux, notamment sur la Déclaration des Droits Universels de l'Homme, la Constitution Ivoirienne et les textes de lois sur la Politique Ivoirienne de Santé.

Ces principes directeurs qui prônent l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle, sont définis dans les termes suivants :

- 1- Tous les Ivoiriens sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de religion et de convictions.
- 2- Le droit à l'accès aux soins de santé pour les personnes souffrant d'un cancer doit être appliqué sans discrimination sur toute l'étendue du territoire national.
- 3- Les services de détection et de prise en charge des cas de cancer doivent être disponibles et être accessibles géographiquement, culturellement et économiquement aux populations.
- 4- La prévention, lorsqu'elle est possible, doit être la priorité de la lutte contre certains cancers.
- 5- Les personnes et les communautés doivent être dotées de connaissances et de moyens en vue de participer activement à la lutte contre le cancer. Elles doivent

considérer la prévention du cancer comme un engagement personnel et communautaire au processus global de la lutte contre ce fléau.

- 6- La responsabilité de la santé de chaque Ivoirien relève d'abord de lui-même, de sa famille, de sa communauté et de l'Etat. De ce fait, la lutte contre le cancer sera individuelle, communautaire et nationale.
- 7- Tous les efforts qui seront déployés pour la lutte doivent s'inscrire dans le cadre et le plan stratégique édictés pour la réponse nationale au problème du cancer.

### **3- But et objectifs de la politique nationale**

#### **3.1 But**

La présente Politique Nationale de lutte contre le cancer a pour but de contribuer à améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés dans la perspective d'un développement humain durable en réduisant la mortalité et la morbidité liée aux cancers.

#### **3.2 Objectifs**

- Accroître le niveau de connaissance de la population sur les principaux facteurs de risque des cancers et les moyens possibles de prévention.
- Réduire l'incidence des cancers par la prévention.
- Augmenter le taux de détection précoce des cancers.
- Assurer la prise en charge globale des cas de cancer.
- Promouvoir des travaux de recherche sur le cancer en Côte d'Ivoire.

### **4 - AXES STRATEGIQUES**

A la lumière des problèmes majeurs identifiés ainsi que des objectifs visés par la présente politique nationale de lutte contre le cancer, six (6) axes d'intervention prioritaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs:

### ***Axe prioritaire 1 : la prévention des cas***

#### *Objectifs:*

1. Promouvoir les activités de prévention contre le cancer
2. Combattre les facteurs de risques.
3. Renforcer le cadre juridique de protection de l'environnement.

### ***Axe prioritaire 2 : la détection précoce des cas***

#### *Objectifs:*

1. Sensibiliser la population
2. Renforcer les capacités de tous les intervenants en matière de lutte contre le cancer;
3. Renforcer les capacités des centres de diagnostic précoce ;
4. Accroître l'accès et l'utilisation des centres de diagnostic ;
5. Renforcer le système de référence et de contre référence;

### ***Axe prioritaire 3 : la prise en charge globale des cas***

#### *Objectifs:*

1. Promouvoir la mise en place de directives et de services de soins palliatifs;
2. Intégrer la prise en charge de la maladie cancéreuse aux niveaux régional et départemental du système sanitaire ;
3. Mettre en place des services de prise en charge ;
4. Renforcer l'accès et l'accessibilité aux soins et aux médicaments anticancéreux et adjuvants ;
5. Assurer la disponibilité et l'accessibilité des substances à base de morphine;
6. Développer la prise en charge et les soins à domicile;



#### ***Axe prioritaire 4 : la formation des intervenants***

##### *Objectifs:*

1. Promouvoir la formation initiale des professionnels de santé dans la prise en charge du cancer ;
2. Renforcer les capacités des acteurs en matière de cancer par des formations continues ;

#### ***Axe prioritaire 5 : la promotion de la recherche***

##### *Objectifs:*

1. Renforcer la surveillance épidémiologique des cancers ;
2. Promouvoir la recherche opérationnelle sur le cancer.

#### ***Axe prioritaire 6 : la gestion, la coordination et le partenariat***

##### *Objectifs:*

1. Promouvoir la coordination multisectorielle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation du Plan stratégique national de lutte contre le cancer ;
2. Intégrer les stratégies de lutte contre le cancer dans les plans nationaux de développement ;
3. Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le cancer ;
4. Renforcer le suivi et l'évaluation du Plan stratégique national de lutte contre le cancer.

# TROISIEME PARTIE

## MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE

## **1- CADRE INSTITUTIONNEL**

### **1-1 Tutelle**

La politique de lutte contre le cancer relève avant tout de la responsabilité du Ministère en charge de la santé qui en assure la tutelle à travers la Direction de la Santé Communautaire (DSC), structure coordinatrice des Programmes nationaux de santé.

### **1-2 La coordination**

Conformément à son arrêté de création (Arrêté n° 163/MSHP/CAB du 21 juin 2007 modifié par l'Arrêté n°061 /MSHP/CAB du 11 mars 2008, modifié par l'Arrêté n° 119 MSHP/CAB du 06 mai 2009), le PNLCa a pour mission de contribuer à la réduction de l'impact de la maladie cancéreuse par des activités de types promotionnels, préventifs, curatifs, et de recherches.

L'administration, l'animation sont assurées par la Direction de Coordination du Programme. Le PNLCa est dirigé par un Directeur Coordonnateur, secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint. Ils sont aidés par cinq (05) Chargés d'Etudes qui ont la charge des services suivants :

- Service de Communication
- Service de Multisectorialité et de Développement de Partenariat
- Service de la Prise en Charge des Cas
- Service de Planification de Suivi et Evaluation
- Service Administratif et Financier

Le PNLCa est assisté par un groupe d'experts constitués en Groupe Scientifique d'Appui (GSA). Le GSA appuie la mise en œuvre du PNLCa, la finalisation des outils de gestion élaborés par la Direction de Coordination du Programme.

## **2- NORMES ET DIRECTIVES**

Les normes et directives fixent les orientations pour la lutte contre le cancer en tenant compte des réalités du système de santé ivoirien. Elles se situent à trois niveaux :

## **2-1 Au niveau central**

Le niveau central est chargé :

- de l'élaboration et de la conception des politiques
- de la coordination
- du plaidoyer
- du suivi, de la supervision et de l'évaluation
- de la recherche opérationnelle

## **2- 2 Au niveau intermédiaire et périphérique**

Les niveaux intermédiaire et périphérique assurent la mise en œuvre opérationnelle des activités planifiées par le niveau central.

## **3- SECTEURS D'INTERVENTION**

La mise en œuvre des activités du PNLCa implique l'intervention de différents secteurs.

### **3.1 Le secteur de la santé**

- Le Ministère en charge de la santé a pour mission de concevoir et élaborer les textes régissant les activités de lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire tout en veillant à impliquer les autres intervenants. Il assure la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services en matière d'équipement et de renforcement des capacités.
- La Direction de coordination du PNLCa est responsable de l'animation et de l'atteinte des objectifs du programme

Dans le cadre de la lutte contre le cancer, le PNLCa collabore avec les autres programmes nationaux et Projets de Santé.

- La Direction Régionale de la Santé est chargée de la coordination, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités des directions départementales.
- La Direction Départementale de la Santé est chargée au niveau local de :
  - appliquer la politique nationale de lutte contre le cancer

- animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées
- mobiliser les ressources et ordonner leur utilisation pour la mise en œuvre du plan d'action
- assurer la promotion de la qualité des soins et des services et la liaison avec les autorités politiques, administratives et coutumières.

### **3.2 Autres ministères**

Plusieurs ministères interviennent dans la lutte contre le cancer, chacun dans le domaine qui le concerne. Il s'agit :

- le ministère en charge de l'économie et des finances;
- le ministère en charge de l'éducation;
- le ministère en charge de la jeunesse;
- le ministère en charge de la femme, de la famille et des affaires sociales;
- le ministère en charge de la communication;
- le ministère en charge de la justice;
- le ministère en charge de la défense et de la sécurité;
- le ministère en charge du VIH/sida;
- le ministère en charge de la planification;
- le ministère en charge de la fonction publique;
- le ministère en charge des infrastructures et des travaux publics.
- le ministère en charge du commerce
- le ministère en charge de l'environnement
- le ministère en charge de l'énergie et des mines

### **3.3 Les institutions de formation et de recherche**

Plusieurs institutions de formation et de recherche doivent appuyer et faciliter le PNLCa dans le cadre de la formation initiale et du renforcement des capacités des prestataires. Il s'agit des institutions suivantes :

- les UFR de sciences de la santé
- les autres UFR

- l'INFAS
- l'INSP
- l'INFS
- l'INHP
- les CHU

### **3.4 Les collectivités territoriales, les communautés et les ménages.**

Les collectivités territoriales (Conseils municipaux et Conseils Généraux de département), les communautés et les ménages sont également chargées du développement sanitaire au niveau local. Elles doivent concourir à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer.

Les individus, les ménages, et les communautés doivent s'impliquer à l'atteinte des objectifs de la politique à travers leurs actions de promotion de la santé.

### **3.5 Les Organisations Non Gouvernementales**

Les Organisations non Gouvernementales constituent des relais importants pour la promotion de la Santé et la mobilisation des populations.

Elles appuient soit financièrement, techniquement et matériellement la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer pour les ONG internationales, soit elles interviennent dans le cadre de la mobilisation, de la sensibilisation et des actions de prévention en ce qui concerne les ONG nationales

### **3.6 Le secteur privé**

Eu égard à l'essor actuel du secteur privé sanitaire, celui-ci devra être impliqué dans tout le processus afin de contribuer efficacement à la mise en œuvre de la politique nationale.

Un plaidoyer doit également être fait à l'endroit des autres secteurs privés pour une mobilisation de ressources indispensables à la lutte contre le cancer dans le respect des lois et règlements.

### **3.7 Les Partenaires au développement**

Les partenaires au développement sont parties prenantes de la réalisation des objectifs de la politique nationale de lutte contre le cancer. Leurs interventions s'inscrivent dans le domaine

du plaidoyer, de la mobilisation de ressources, du financement, de l'appui technique et dans le domaine de la coordination opérationnelle.

Ils sont sollicités par le Gouvernement s'il y a lieu, ou interviennent dans l'exécution des différentes phases de la mise en œuvre de la politique nationale avec l'accord préalable du gouvernement et dans le cadre des objectifs poursuivis.

Au nombre des partenaires figurent :

- les agences du système des Nations Unies,
- les agences de coopération bilatérale et multilatérale
- les fondations et autres donateurs

### **3.8 Les médias**

Les médias devront œuvrer à la promotion des programmes de lutte contre le cancer par l'information, la sensibilisation, la mobilisation sociale à l'adoption et au respect des pratiques favorables à la santé.

## CONCLUSION

Avec la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa), la Côte d'Ivoire s'engage résolument dans le combat contre ce fléau. La définition d'une Politique nationale de lutte est l'expression du renforcement de cet engagement de l'Etat Ivoirien à travers les stratégies et les options retenues pour atteindre les buts et les objectifs du PNLCa.

C'est un document dynamique, par conséquent révisable à échéance. Il constitue l'outil de référence en matière de cancer pour les responsables et acteurs socio-sanitaires, les responsables politiques et administratifs, la société civile et les communautés ainsi que pour les partenaires au développement. C'est pourquoi l'Etat Ivoirien invite tous les acteurs impliqués à se l'approprier et à œuvrer dans le strict respect de ses dispositions, afin que leurs contributions techniques et financières trouvent un cadre propice à la satisfaction de leurs intérêts et de ceux de la promotion d'une meilleure santé pour les populations ivoiriennes.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Bases de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006
2. Côte d'Ivoire – Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire (2008)
3. Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, M'bra K, D'horpock A, Diomande M, Anongba S, Mensah Adoh, Parkin DM Cancer incidence in Abidjan, IVORY COAST: first result from the cancer registry, 1995-1997. *Cancer*, 2000, 86, 3: 653-63
4. Evaluation du DSRP I, 2008
5. Institut National de la Statistique (INS), 2005, Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS)
6. Institut National de la Statistique (INS), 2008
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique / Direction des Affaires Financières, 2006
8. Nassar Mohamed « Etude de la mortalité dans le service de cancérologie du CHU de Treichville à propos de 789 cas de cancers, 1985-1996 » Thèse Med. Abidjan 1999, 62.
9. OMS, Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine, Harare, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2000 ( WHO AFR/RC50/10) ; OMS, Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2003 ( WHO AFR/RC51/12 Rév.1) ; résolution WHA56.1, Convention- cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ( WHA 56/2003/REC/1) ; OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 ( WHA 57.17/2004)
10. OMS, Prévention des maladies chroniques : Un investissement vital, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

11. Plan National de Développement Sanitaire 2008
12. Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005
13. Rapport sur la situation des déchets toxiques, DGS/MSHP, janvier 2007
14. World Health Organization (2004) The World health report 2004: changing history. WHO, Geneva.

# ANNEXES