



Stratégies des pays Maghrébins dans la lutte contre le cancer

Strategies of the Maghreb countries in the fight against cancer

استراتيجيات البلدان المغاربية في محاربة السرطان

Hyem Khiari, Rym Mallekh, Mohamed Hsairi

Service d'Epidémiologie, Institut Salah Azaiz-Tunis

RÉSUMÉ

Objectifs: Décrire les stratégies de lutte contre le cancer dans les pays du Maghreb et identifier leurs principales insuffisances.

Méthodes: Les données sur l'épidémiologie du cancer et les «Plans Cancer» au Maghreb ont été colligées à travers une recherche dans les bases bibliographiques, sur GLOBOCAN et les sites des organismes internationaux et nationaux, chargés de la surveillance et de la lutte contre le cancer.

Résultats: Au Maghreb, les registres de cancer avaient une faible couverture populationnelle (Maroc: 20%; Tunisie: 60%; Algérie: 82%) et un manque d'informatisation. La prévention primaire des cancers est restée insuffisante comme en témoignait la prévalence élevée du tabagisme en 2018 (Tunisie: 26%; Algérie: 19%; Maroc: 14%). Les taux de couverture par le dépistage des cancers majeurs sont encore faibles au Maghreb, comme l'illustraient les niveaux observés en Tunisie pour les cancers du col de l'utérus et du sein, respectivement de 14% et 10%. La prise en charge des cancers se heurtait à une infrastructure et des équipements peu décentralisés, limitant l'accès aux soins (Maroc: six centres d'oncologie; Algérie: trois centres de carcinologie; Tunisie: un seul Institut spécialisé dans le management des cancers). Les soins palliatifs sont pris en charge essentiellement par la société civile au Grand Maghreb.

Conclusion: Les ressources dédiées à la lutte contre le cancer, au Maghreb, sont limitées, expliquant sa faible performance. Une meilleure gouvernance de la lutte contre le cancer est requise, avec la concrétisation de l'approche multisectorielle pour la prévention, et le renforcement de la surveillance et de la recherche sur le cancer.

Mots-clés: Tumeurs – Epidémiologie – Services de médecine préventive - Prévention primaire – Prévention secondaire – Soins palliatifs - Evaluation de programme – Maroc – Algérie - Tunisie.

SUMMARY

Objectives: Describe the cancer control strategies adopted by the Maghreb countries and identify their main weaknesses.

Methods: Data on cancer epidemiology and "Cancer plans" in the Maghreb were collected through a search in bibliographic databases, on GLOBOCAN and the sites of international and national organizations responsible for surveillance and cancer control.

Results: In the Maghreb, cancer registries observed low population coverage (Morocco: 20%; Tunisia: 60%; Algeria: 82%) and a lack of computerization. Primary prevention strategies remains insufficient as evidenced by the high prevalence of smoking in 2018 (Tunisia: 26%; Algeria: 19%; Morocco: 14%). Screening coverage for major cancers are still low in the Maghreb; In Tunisia for example the levels observed for cervical and breast cancers are respectively 14% and 10%. Regarding cancer care, the main problem is a limited access to cancer health services, due to poorly decentralized infrastructure and equipment (Morocco: six oncology centers; Algeria: three oncology centers; Tunisia: only one institute specializing in cancer care). Palliative care is mainly supported by civil society in the Maghreb countries.

Conclusion: The resources dedicated to cancer control in the Maghreb are limited, explaining its poor performance. Better governance in cancer control is required, with the adoption of multisectoral approach for prevention, and the strengthening of cancer surveillance and research.

Mesh Words : Neoplasms – Epidemiology – Preventive Health Services – Primary Prevention – Secondary Prevention – Palliative Care - Program Evaluation – Morocco – Algeria - Tunisia

Correspondance

KhiariHyem

Service d'Epidémiologie, Institut Salah Azaiz-Tunis

Email : Khiari_hyem@yahoo.fr

LA TUNISIE MEDICALE - 2021 ; Vol 99 (01) : 138-157

الملخص

الأهداف: وصف استراتيجيات مكافحة السرطان التي تتبناها البلدان المغاربية وتحديد أهم النقاط المنهجية: تم جمع البيانات حول وبائيات السرطان و «خطط السرطان» في المغرب الكبير من خلال البحث في قواعد البيانات ومواقع المنظمات الدولية والوطنية المسؤولة عن المراقبة ومكافحة السرطان.

النتائج: شهدت سجلات السرطان نسبة متفاوتة فيما يتعلق بالتغطية السكانية، لا سيما في تونس والمغرب (تغطية 60% بتونس مقابل 82% في الجزائر). مع الافتقار إلى أنظمة معلوماتية. تظل الوقاية الأولية من السرطان نقطة الضعف الرئيسية في استراتيجية مكافحة السرطان في بلدان المغرب الكبير الثلاثة، كما يتجلى ذلك من خلال معدل انتشار التدخين في عام 2018 (25.6% في تونس، و 19.0% في الجزائر، و 14.5% في المغرب لكلي الجنسين). فيما يتعلق بالكشف المبكر للسرطان، تظل معدلات التغطية السكانية منخفضة كما يتجلى ذلك في النتائج المسجلة في تونس لسرطان الثدي وعنق الرحم: 14 بالمائة و 10 بالمائة على التوالي. في مجال الرعاية، المراكز الصحية والمعدات غير كافية لعلاج السرطان وتشهد ضعفا في اللامركزية: المغرب لديه ست مراكز حكومية فقط في علم الأورام. في الجزائر، لا يوجد سوى ثلاثة مراكز و في تونس، يعتبر معهد صالح عزيز المركز الوحيد المتخصص في علاج السرطان. يتم إسداء خدمات الرعاية التلطيفية بشكل رئيسي من قبل المجتمع المدني في البلدان المغاربية

الخلاصة: الموارد المخصصة لمكافحة السرطان في المغرب الكبير محدودة، مما يفرض ضعف أدائها. فالمطلوب حوكمة أفضل في مكافحة السرطان، مع اتباع منهجية متعددة القطاعات للوقاية، وتعزيز مراقبة السرطان والبحوث العلمية

كلمات مفتاحية: الأورام - علم الأوبئة - خدمات الطب الوقائي - الوقاية الأولية - الوقاية الثانوية - الرعاية التلطيفية - تقييم البرنامج - المغرب - الجزائر - تونس

INTRODUCTION

Le cancer continue d'être une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde occasionnant 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès en 2018. La tendance est à la hausse, selon les estimations, il y aurait entre 29 à 37 millions de cas d'ici 2040 (1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré en 2005 une stratégie mondiale de lutte contre le cancer dont les principales composante étaient la surveillance, la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement et les soins palliatifs (2, 3). La prévention à travers la réduction des niveaux des facteurs de risque (tabac, mauvaise alimentation, manque de l'activité physique et exposition aux agents carcinogènes..) pourrait réduire de un tiers le nombre de nouveaux cas de cancer (3); alors que le dépistage et le diagnostic précoce pourraient aboutir à la guérison d'un tiers des malades (1). En 2013, l'OMS a lancé un Plan d'action mondial pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) 2013-2020 (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques) qui partagent les mêmes facteurs de risque modifiables (4). Un des principaux objectifs de ce plan visait à réduire de 25% d'ici 2025 la mortalité prématurée due aux MNT. Les pays

du Maghreb (Tunisie, Algérie et Maroc) qui appartiennent à la catégorie des pays à revenus faible à intermédiaire, passent actuellement par une transition démographique et épidémiologique (5). Ces pays ont initié des plans nationaux de lutte contre le cancer; C'est ainsi qu'on se propose dans cette étude de décrire les stratégies de prévention et de lutte contre le cancer, adoptées par les pays du Maghreb et d'identifier ses principales limites.

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche bibliographique a été faite via les bases de données (PubMed, Science Direct, Google Scholar) afin de colliger les travaux de recherche sur la thématique du cancer, dans les trois pays du Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie). Pour la collecte des données sur la morbidité, la mortalité et les facteurs de risque de cancer, on s'est basé sur les données du Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN 2018) (1), les données de l'OMS (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>; https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_3), de l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (IARC) (<https://www.iarc.fr/>) et des sites des instituts nationaux de statistiques (<http://www.ins.tn/>; <http://www.ins.tn/>)

www.andi.dz/index.php+fr/statistique/demographie-algerienne-2017 ; <https://knoema.fr/atlas/Maroc>); de trois pays du Maghreb. Les Plans cancer, les registres de cancers, les programmes de prévention, les programmes de dépistage et les campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation en rapport avec la lutte contre le cancer pour chaque pays ont été analysés; On a aussi consulté les sites des Ministères de la Santé, les sites de fondations (Fondation Lalla Salma de prévention et lutte contre le cancer) et des articles de presses dans les trois pays du Maghreb.

Plusieurs descripteurs ont été utilisés, en modifiant les croisements à chaque fois pour chaque recherche «cancer, épidémiologie, morbidité, mortalité, facteur de risque, programme, stratégie, plan, surveillance, registre, prévention, dépistage, diagnostic précoce, prise en charge, soins, équité, Maghreb, Maroc, Tunisie, Algérie». La recherche a été faite avec deux langues en français et en anglais.

LE CANCER: PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE AU MAGHREB

Selon l'OMS, les registres de cancer basés sur la population constituent une composante cruciale de la stratégie de lutte contre le cancer (2). Les taux de couverture géographique par les registres du cancer n'étaient pas satisfaisants.

Epidémiologie des cancers dans les pays du Maghreb

En raison du retard accusé par les registres du cancer, et la qualité insuffisante des statistiques des causes de décès, dans les pays du Maghreb, on a opté pour l'utilisation des estimations du Globocan 2018 (1), pour décrire le profil épidémiologique de ces pays. Selon ces dernières, les trois pays du Maghreb (Tunisie, Algérie et Maroc), ont enregistré des taux d'incidence standardisés de cancers très proches allant de 115,4/100 000 habitants en Tunisie, de 130,8/100 000 habitants en Algérie à 139,6/100 000 habitants au Maroc. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge étaient respectivement de 71,3/100 000 en Tunisie et de 73,3/100 000 en Algérie. Alors que ce taux était un peu plus élevé au Maroc soit de 86,9/100.000 (1). Les cancers les plus fréquents en termes d'incidence chez l'homme étaient les cancers du poumon, de la vessie, de la prostate et du colon-rectum. Chez les femmes, ce sont

les cancers du sein qui dominent suivis des cancers du col utérin et des cancers colorectaux (tableau 1). Ces cancers étaient souvent diagnostiqués à un stade tardif et la tendance de l'incidence est à la hausse dans les trois pays maghrébins.

Facteurs associés à l'augmentation de l'incidence des cancers dans les pays du Maghreb.

La tendance à la hausse de l'incidence des cancers au Maghreb serait expliquée par trois grands facteurs: le vieillissement de la population, le tabagisme et l'adoption du mode vie occidental (mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, obésité...) (1, 2)

La transition démographique dans les pays du Maghreb a été marquée par un **vieillissement** rapide de la population, qui a été plus rapide qu'en Occident et avoisinera les 22 % à l'horizon 2050 (6, 7). En Tunisie, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans est passée de 9,3% en 2004 à 13% en 2019. Selon les projections, cette proportion passerait à 16% en 2026 et serait autour de 23% en 2041 (8). Au Maroc, alors que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentaient que 8 % de l'ensemble de la population marocaine en 2004 (9), leur part dans la population totale a été de 9,6% en 2019. En 2040, un marocain sur cinq aura plus de 60 ans (10). En Algérie, la part des personnes âgées de 60 ans et plus est passée de 6,5 en 2004 à 7,7 en 2010 (9) et à 9,5 en 2019 (11).

Le **tabagisme**, facteur de risque majeur du cancer(1, 2), est responsable d'environ 22% du total des décès dus au cancer (12). Il augmente le risque de plusieurs cancers en particulier le cancer du poumon qui constitue le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier (1, 2). La prévalence du tabagisme était de 25,6% en Tunisie, 19,0% en Algérie et de 14,5% au Maroc en 2018 pour les deux sexes (13). La tendance de la prévalence du tabagisme de l'adulte a observé une légère baisse dans les pays du Maghreb (figure 1).

L'insuffisance de l'activité physique est aussi un facteur de risque important essentiellement dans les pays du Maghreb (2, 14). En 2016, la prévalence moyenne de la sédentarité dans les trois pays du Maghreb était de 28,9%: 29.5% en Tunisie, de 31.9% en Algérie et de 25.4% au Maroc (13) (tableau 2).

L'obésité est associée à plusieurs cancers (cancers colorectaux, du sein, de la prostate etc.) (1, 2). La prévalence de l'obésité au Maghreb était de 26,8% en moyenne (27,4%, 26,1% et de 26,9% respectivement en Algérie, au Maroc et en Tunisie en 2016) (13). La tendance de la prévalence était à la hausse, surtout chez le sexe féminin (tableau 3).

Tableau 1: Les cinq cancers les plus fréquents en termes d'incidence dans le Maghreb (Globocan 2018) (13)

		1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}
Tunisie	Masculin	Poumon	Vessie	Colorectal	Prostate	LNH*
	Féminin	Sein	Colorectal	Col utérus	LNH	Lymphome
Algérie	Masculin	Poumon	Colorectal	Prostate	Vessie	Ovaire
	Féminin	Sein	Colorectal	Thyroïde	Col utérus	Ovaire
Maroc	Masculin	Poumon	Prostate	Colorectal	Vessie	LNH*
	Féminin	Sein	Col Utérus	Colorectal	Thyroïde	Ovaire

LNH= Lymphomes Non Hodgkiniens

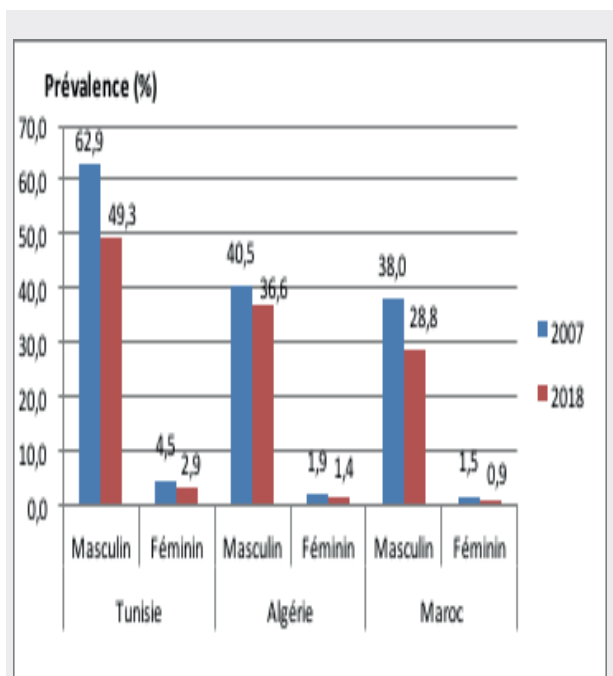


Figure 1: Tendance de la prévalence du tabagisme selon le sexe au Maghreb (13)

Tableau 2: Prévalence en pourcentage (%) de l'insuffisance de l'activité physique en 2016 dans le pays du Maghreb (13)

	Total	Masculin	Féminin
Tunisie	29,5	25,4	33,4
Algérie	31,9	25,0	38,8
Maroc	25,4	19,9	30,6

Tableau 3: Tendance de la prévalence de l'insuffisance de l'activité physique et de l'obésité dans les pays du Maghreb selon le sexe (13)

		Total (%)	Masculin (%)	Féminin (%)
Tunisie	1998	17,2	10,0	24,3
	2010	23,4	15,6	30,9
	2016	26,9	19,1	34,3
Algérie	1998	16,3	9,4	23,0
	2010	23,3	15,8	30,9
	2016	27,4	19,9	34,9
Maroc	1998	15,8	9,7	21,2
	2010	22,1	15,5	28,1
	2016	26,1	19,4	32,2

STRATÉGIES DES PAYS MAGHRÉBINS DANS LA LUTTE CONTRE LES CANCERS

On dispose actuellement d'assez de preuves sur l'importance de la mise en place de «Plans Cancer», associée à une bonne gouvernance pour réduire l'incidence de la mortalité par cancer (2, 12, 15). Les trois pays du Maghreb ont adhéré à la résolution intitulée «Prévention et lutte anticancéreuses» qui appelle les États membres à intensifier leur action contre le cancer, en établissant des programmes complets de lutte contre le cancer ou en les renforçant s'ils existent déjà (2). Les stratégies de lutte contre les cancers dans les pays du Maghreb ont été largement inspirées de la stratégie mondiale de l'OMS pour la lutte contre les MNT (15) et de la stratégie de l'OMS contre le cancer (2), visant à réduire la morbidité et la mortalité due au cancer et à améliorer la qualité de vie des patients dans une population donnée. Les principales approches de cette stratégie sont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs (2).

La **Tunisie** était le premier pays à adhérer à la stratégie de l'OMS de lutte contre le cancer. Depuis 2006, la Tunisie a engagé des plans quinquennaux successifs anti-cancer. Le premier a couvert la période 2006-2010, le deuxième, la période 2010-2015 et le dernier, les années 2015-2019 (16).

Le **Maroc** s'est inscrit en 2010 dans la stratégie internationale de la lutte contre le cancer et s'est mobilisé pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) pour la période 2010-2019, suite à un partenariat entre l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer (ALSC) et l'OMS pour la promotion de la prévention et des soins du cancer (17).

En **Algérie**, c'est qu'en 2014, que des mesures réglementaires ont été prises par la création du «Comité National chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer» qui a été chargé de l'élaboration du «Plan National de lutte contre le Cancer pour la période 2015-2019»(18). Cependant, ces plans n'ont pas été mis en œuvre, en raison d'un sous-financement, associé à un manque d'engagement des parties prenantes.

L'OMS recommande aux pays à moyen ou à faible revenu, de mettre en place les interventions progressivement (3); toutefois, pour garantir la pérennité des programmes, il est fondamental que chaque pays s'engage à investir dans la lutte contre le cancer, en réservant le budget nécessaire et le personnel de soins requis (3).

Le tableau 4 résume les principales lacunes dans les stratégies nationales de lutte contre le cancer dans les trois pays du Maghreb, il s'agissait principalement de l'absence d'évaluation de la performance des plans existants par la détermination d'indicateurs clairs, du caractère non quantifié des objectifs à court, moyen et long terme, de l'absence d'identification des priorités de recherche et de l'absence d'indicateurs clairs pour le suivi et l'évaluation (19).

Tableau 4: Evaluation des stratégies de lutte contre le cancer dans les trois pays du Maghreb

	Tunisie	Algérie	Maroc
Stratégie pour le contrôle des facteurs de risque	±	±	±
Évaluation de la performance de la lutte contre le cancer	-	-	-
Buts et objectifs mesurables à court, moyen et long terme	-	-	-
Plan d'action vise à atteindre des objectifs fondés sur les principes de l'accessibilité et l'équité	-	-	-
Intégration des activités avec les maladies chroniques existantes et d'autres programmes connexes	+	+	+
Domaines de recherche prioritaires pour soutenir la mise en œuvre du plan	-	-	-
Développement d'un système d'information pour le suivi et l'évaluation des priorités	-	-	-
Indicateurs clairs de processus et de résultats pour le suivi et l'évaluation	-	-	-
Coût du plan d'action et des ressources nécessaires à sa mise en œuvre	±	±	±

La surveillance des cancers

Les registres des pays du Maghreb appartiennent à la catégorie de niveau II du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC): Registres de population de haute qualité (inclus dans le Volume X de CI5) et représentatifs à l'échelon régional (couverture < 50%) (20).

Le premier registre du cancer au Maghreb était celui de Sétif en **Algérie**, mis en place en 1989 (21, 22). Progressivement, différents registres du cancer ont été mis en place dans plusieurs régions (Wilayas) du pays. Actuellement l'Algérie a atteint le taux de couverture le plus élevé au Maghreb, soit un taux de couverture de 82% dont 52% de registres validés (23, 24). L'institutionnalisation du Réseau National des Registres des Cancers en Algérie, créée en 2015, dans le cadre du Plan cancer 2015-2019, a permis d'avoir une large couverture d'enregistrement et par conséquent des données d'incidence fiables, représentatives de l'ensemble du pays, avec des projections pour les années à venir (25).

En **Tunisie**, à partir de l'année 1998, il y a eu la mise en place de trois registres régionaux du cancer de population, respectivement à Tunis pour la région du Nord, à Sousse

pour la région du Centre et à Sfax pour la région du Sud (26). Le taux de couverture de ces registres en Tunisie serait de l'ordre de 60% de la population. Les dernières publications étaient relatives à la période 2007-2009 pour la région du Nord, 2003-2007 pour le gouvernorat de Sousse dans le centre et 2000-2002 pour le gouvernorat de Sfax dans le Sud Tunisien.

Au **Maroc**, ce n'est qu'en 2004 qu'a été mis en place le premier registre des cancers du Grand Casablanca (27). Trois rapports ont été publiés couvrant respectivement l'année 2004, la période 2005-2007 et la période 2008 à 2012 (28). Ce registre a fourni en plus des données sur la morbidité, des données sur la survie et sur la mortalité par cancer. Le registre de la ville de Rabat, a regroupé les cas incidents de cancers diagnostiqués durant l'année 2005 (29).

Les problèmes de développement des registres du cancer **étaient** sensiblement communs dans les pays du Maghreb (3, 14, 20, 30,31) à **savoir**: un manque de ressources humaines et financières, des difficultés d'accès aux données des patients et le manque d'informatisation des données des structures sanitaires. La qualité insuffisante des données sur les causes de décès a également constituée un problème supplémentaire pour ces pays. Il est important de souligner que la mortalité est un élément crucial pour avoir des données de qualité sur l'incidence et la survie. Compte tenu de la tendance à la hausse de l'incidence des cancers dans les pays du Maghreb, en raison du vieillissement de la population et l'adoption de en plus en plus fréquente d'un style de vie occidentalisé, il est impératif de renforcer les capacités d'enregistrement du cancer.

La prévention des cancers

La prévention primaire des cancers, notamment en matière de réduction de la prévalence et le niveau des facteurs de risque, demeure le principal point faible dans les trois pays du Maghreb, comme le montrent les prévalences des principaux facteurs de risque. La tendance de la prévalence du tabagisme a montré une légère baisse; cependant ces résultats restent insuffisants, en comparaison aux pays à revenu élevé (13). La mise en place d'une approche multisectorielle s'est heurté à plusieurs difficultés dont le manque de coordination, de leadership et le manque de sensibilisation de la population (4, 30,31). Celle-ci est indispensable pour assurer la

promotion de la santé et la sensibilisation de la population pour l'adoption d'un mode de vie sain et la lutte contre les facteurs de risque, notamment la consommation du tabac, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Un engagement et une mobilisation efficace des décideurs et des différentes parties prenantes est indispensable.

Dépistage et diagnostic précoce

Les trois pays du Maghreb ont mis en place des actions de dépistage ou de diagnostic précoce des cancers du sein, du col utérin, du colon et du rectum. Cependant, il existe plusieurs lacunes dans la mise en œuvre des interventions: des taux de dépistage faibles, des délais de consultation et de prise en charge tardifs (32). En Tunisie, le Cancer du Col de l'Utérus (CCU) était découvert à des stades avancés (III et IV) dans plus de 30% des cas. Pour le cancer du sein, les diagnostics interviennent aussi à un stade tardif (30 % au stade localisé; 40 % au stade régional; 15 % à un stade métastatique) (16). Au Maroc, le diagnostic de cancer du sein était fait au stade I dans seulement 6% des cas, contre 57% des cas au stade III et IV. Quant aux cancers du poumon, leur diagnostic n'a été fait aux stades I ou II que dans 4% des cas, alors que 96% des cas, ils étaient diagnostiqués aux stades III et IV. Bien que le dépistage de masse organisé constitue la meilleure approche; ce dépistage est un processus complexe qui nécessite une infrastructure dédiée et a un coût important (2). C'est ainsi que les pays du Maghreb, qui disposent des ressources limitées, sont amenés à évaluer le rapport coût-efficacité des stratégies de dépistage avant leur introduction (12,31). Il faut rappeler que pour avoir un impact sur la baisse de la mortalité, les programmes de détection précoce devraient atteindre une couverture dépassant 70% de la population cible (12,31). Il est aussi important de souligner qu'en Tunisie, les frais de dépistage ou de diagnostic précoce ne sont pas couverts par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Des variations entre les pays du Maghreb selon le type de cancer ont été notées.

* **Cancer du sein** : Le dépistage de masse organisé par mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, à raison d'une fois tous les deux ans, était la méthode de choix pour le dépistage du cancer du sein; cependant, un tel programme est difficile à mettre en œuvre dans les pays en développement où

les cancers sont généralement diagnostiqués à des stades avancés et où les ressources sont très limitées (2). Le diagnostic précoce par examen clinique des seins trouve pleinement sa place dans les pays en développement afin de faciliter un diagnostic et un traitement à un stade précoce (33).

En Tunisie et au Maroc, la détection précoce se fait une fois par an, à toutes les femmes, quel que soit leur niveau de risque, qui se présentent dans un centre de santé de première ligne, par un Examen Clinique des Seins (ECS), qui peut être réalisé par un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme (16, 17). Celles dont les résultats sont anormaux, sont envoyées faire une mammographie de diagnostic. Une différence dans cette stratégie a concerné l'âge cible des femmes qui était à partir de 30 ans en Tunisie, de 25 ans en Algérie (18) et de 40 ans au Maroc. Cependant, ce programme souffre d'un taux de couverture faible; en Tunisie, il était inférieur à 10% chez les femmes du groupe d'âge cible, ayant bénéficié d'un ECS (16). En plus de cette stratégie nationale, des projets pilotes de dépistage du cancer du sein par mammographie ont été mis en place dans les trois pays.

* **Cancer du Col de l'Utérus:** En Tunisie, le dépistage du CCU est effectué par le frottis cervico-vaginal à intervalles de cinq ans ou de trois ans pour les femmes à risque; l'âge cible est de 35 à 59 ans. Les frottis cervico-vaginaux sont effectués par les médecins et les sages-femmes dans les unités de première ligne, les centres de planification familiale, dans le secteur privé, et dans les services de gynéco-obstétrique. Les femmes doivent revenir chercher les résultats des examens cytologiques où elles sont rappelées pour une confirmation du diagnostic. Cependant, les taux de couverture étaient très faibles; ce taux était de 14% en Tunisie (16). Au Maroc, avant 2010, le dépistage du CCU était réalisé à titre individuel. En 2010, le Ministère de la Santé, a réalisé un projet pilote de dépistage du CCU à Témara. Ce projet n'a été généralisé à tout le Maroc qu'en 2013. La détection précoce du CCU a été introduite dans les activités de santé de reproduction dans les trois niveaux de système de soins. Le dépistage du CCU se fait par inspection à l'acide acétique (IVA). Le test

de dépistage est effectué tous les trois ans au niveau des centres de santé urbains et communaux par un professionnel de santé formé (17). L'Algérie a opté, en 1997, pour la mise en œuvre d'un plan national de dépistage du CCU par cytodiagnostics. La stratégie nationale, adoptée en 2001, a impliqué notamment l'intégration du dépistage dans les structures sanitaires de base, permettant ainsi l'ouverture d'unités de dépistage réparties sur les 48 wilayas. L'action entamée en 2001 a été évaluée en 2014 et a permis de constater que les résultats n'ont pas été à la hauteur des objectifs axés à cause d'insuffisances et de dysfonctionnements qui devraient être corrigés (3, 18).

L'analyse des indicateurs de performance des programmes de détection précoce du CCU dans les trois pays du Maghreb, souligne un faible taux de couverture du programme ainsi que des insuffisances organisationnelles et logistiques (34). D'autres problèmes sont soulevés dans ces programmes, à savoir les retards dans l'obtention des résultats des examens cytologiques, les pertes de suivi et le taux élevé de frottis inadéquats (35 % en Tunisie, principalement en raison d'une inflammation) (16) (tableau 5).

Tableau 5: Pratique du dépistage dans les pays du Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie)

Pays	Type de dépistage du secteur Public	Population cible	Intervalle de dépistage	Type de Test
Tunisie	Opportuniste	35-59 ans	3-5 ans	Cytologie
Algérie	Opportuniste	30-49 ans	3 ans	Cytologie
Maroc	Opportuniste	25-65ans	3 ans	IVA*

*IVA: Inspection à l'acide acétique

- **Cancer colorectal :** Il n'existe pas encore de programme de dépistage de masse du cancer colorectal, dans les pays du Maghreb. Cependant, un projet pilote multicentrique a été mis en œuvre pour le dépistage de ce cancer en Tunisie. Les personnes cibles étaient des hommes et des femmes de 50 à 74 ans sans antécédents médicaux familiaux ou personnels de cancer colorectal qui ne souffraient d'aucune maladie invalidante. Ce projet pilote a révélé l'existence de plusieurs obstacles dont

essentiellement le manque de ressources matérielles (infrastructure et équipements) et financières (16). En **Algérie** aussi, une campagne de dépistage du cancer colorectal dans la Wilaya de Bejaïa a débuté en 2017, ciblant des femmes et des hommes de 50 à 70 ans (18). Cependant, l'objectif formulé en termes de taux de participation n'a pas été atteint. Outre la faible couverture par le dépistage, les malades référés pour colonoscopie ont trouvé beaucoup de difficultés pour bénéficier de cet examen, en plus d'un problème au niveau de l'assurance qualité de ce dépistage (16).

Prise en charge des cancers:

Les pays du Maghreb souffrent d'un problème de diagnostic tardif des cancers qui peut être expliqué par plusieurs facteurs dont essentiellement: la difficulté d'accès aux structures sanitaires, le manque de moyens et aussi les facteurs socioculturels (35,36). Le manque de structures publiques crée une discrimination entre les villes et les régions de l'intérieur, en termes d'accès aux soins. Malgré les progrès réalisés, les inégalités de santé restent importantes et l'accès aux soins reste un problème commun pour les trois pays (37,38). La difficulté à l'accès aux soins et l'insuffisance en structures sanitaires spécialisées a fait que les patients étaient diagnostiqués le plus souvent à des stades avancés de la maladie.

Au **Maroc**, l'accès géographique et économique aux unités de soins en oncologie est un vrai problème de santé publique; le pays ne dispose que de six centres étatiques en oncologie. Corollaire, le délai entre la première consultation et le diagnostic de cancer était supérieur à trois mois dans 52% des cas et supérieur à six mois dans 27% des cas (17).

En **Algérie**, sur les 48 Wilayas (départements) du pays, il existe seulement trois centres de carcinologie: à Oran, à Blida et à Alger. Le diagnostic était aussi souvent tardif: environ 70% des cas pris en charge dans les différents services et centres anticancéreux étaient diagnostiqués à des stades avancés de la maladie et les délais d'attente avant le début du traitement peut aller jusqu'à cinq mois (39).

La **Tunisie** dispose d'un seul centre anti cancéreux, l'Institut Salah Azaiez de Tunis, sept services d'oncologie médicale, quatre hôpitaux de jour et trois services de radiothérapie. Ces établissements ne sont plus en mesure

de répondre à la demande dans des délais raisonnables, comme en témoignent les temps d'attente pour les soins et les rendez-vous très éloignés qui retardent encore le diagnostic (16). En matière de qualité des soins, il existe très peu de référentiels qui ont été élaborés de façon adaptée à chaque pays.

Cette situation en matière de prise en charge du cancer était aussi affectée à plusieurs niveaux: mauvaise coordination entre les disciplines, fragmentation des soins, mauvaise observance et interruption du traitement (14,40). Au Maroc, la durée de suivi des patients atteints de cancer était inférieure à deux ans dans 74% des cas (14, 17). En Algérie, il existe un dysfonctionnement lié à des problèmes d'organisation (le circuit du malade n'est pas bien structuré avec un manque d'information et d'orientation du patient) et à l'absence d'une coordination de la prise en charge interdisciplinaire. En Tunisie, le manque de coordination entre les différents intervenants est un vrai problème, face à la prise en charge multidisciplinaire des patients (16). Le coût exorbitant du traitement et la pénurie en médicaments étaient aussi responsables du retard dans la mise en route et la bonne observance du traitement chez les sujets cancéreux (14). Selon l'OMS, le renforcement des services de lutte contre le cancer dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est une nécessité (5, 14).

Soins palliatifs des cancers

Les programmes de Soins Palliatifs (SP) sont très insuffisants au Maghreb, voire inexistants. Au **Maroc**, le Ministère de la Santé et la Fondation Lalla Salma ont développé un programme de SP, axé sur l'organisation des réseaux hospitaliers et ambulatoires incluant des visites à domicile (41). La ville de Marrakech s'est dotée en 2016 d'un centre de soins palliatifs, aménagé en partenariat avec la Fondation Lalla Salma (41), composée de 18 lits d'hospitalisation et d'une équipe composée d'un spécialiste du service d'oncologie du CHU de Marrakech, de deux médecins généralistes, d'un psychologue, d'une nutritionniste, d'une kinésithérapeute, d'une assistante sociale et de onze infirmiers. Un guide des soins palliatifs pour les patients atteints de cancer a aussi été élaboré en 2018 (42). Ce guide peut être utilisé par tous les professionnels de santé ainsi que toute personne pouvant être impliquée en SP (ONG et bénévoles).

En **Algérie**, une structure de SP a été inaugurée à Oran en septembre 2020. Cette nouvelle structure de SP et de support est constituée d'une unité d'hospitalisation classique, un hôpital du jour et hospitalisation à domicile, une unité de prise en charge de la douleur et un bloc technique de mise en condition pour la réalisation des actes médicaux (43).

En **Tunisie**, la prise en charge et la formation en SP en cancérologie est très limitée. Les malades à des stades avancés sont livrés à leurs familles. Cependant, il existe un projet SP communautaire dans la ville de Gabès au Sud de la Tunisie, en collaboration entre l'Association Tunisienne de Promotion des SP et l'Association de Coopération en Tunisie (45). Ce projet a pour buts d'améliorer la formation des professionnels de la santé et des volontaires, d'améliorer la qualité de vie des patients au SP et l'écoute et l'accompagnement de leurs familles. Ce projet compte élargir le champ de ses activités à d'autres gouvernorats de la Tunisie.

En plus de ces cinq composantes de la stratégie maghrébine de lutte contre le cancer, la recherche scientifique a représenté, dans les différents «Plans cancer» des pays du Maghreb, un axe fondamental de la lutte contre le cancer. En Tunisie et en Algérie, la recherche sur le cancer souffre d'un manque énorme en ressources humaines et financières et d'engagement des décideurs de la santé publique. Au Maroc, grâce au dynamisme de la société civile, le Maroc disposait depuis 2014, d'un Institut de Recherche en Cancérologie (IRC). Implémenté au CHU Hassan II de Fès, l'IRC a pour mission de soutenir la lutte contre le cancer par une recherche centrée sur le bien être des patients et de la population et orientée vers les axes stratégiques du «Plan cancer». La recherche sur le cancer nécessite d'être développé et renforcé par la mutualisation des moyens des différentes équipes pour parvenir à des résultats probants, par une meilleure coordination et structuration de la recherche entre les différents acteurs, publics et privés, institutionnels et associatifs, par le renforcement des partenariats mais aussi le soutien et la volonté des pouvoirs publics.

En conclusion, les pays du Maghreb sont confrontés à plusieurs difficultés, qui ralentissent les progrès vers une réponse satisfaisante au problème du cancer. Les systèmes de santé ne sont pas préparés à lutter contre

la forte augmentation des cas de cancer. Les ressources humaines, matérielles et financières dédiées à la lutte contre le cancer sont très limitées. L'enregistrement et la recherche sur le cancer méritent d'être renforcés. Une meilleure gouvernance de la lutte contre le cancer dans les trois pays du Maghreb est requise, avec notamment la concrétisation de l'approche multisectorielle pour la prévention. Un choix rationnel des interventions de dépistage et de diagnostic précoce, basé sur des études coût-efficacité est fortement recommandé afin d'optimiser les ressources disponibles. Il en est de même pour les protocoles thérapeutiques. Une mobilisation efficace des ressources communautaires nécessite des efforts pour changer les attitudes ainsi que pour inclure divers partenaires, organisations communautaires et institutions gouvernementales et non gouvernementales dans la lutte contre le cancer.

RÉFÉRENCES

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-1953.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la Prévention et lutte anticancéreuses. Genève: OMS; 2005.
3. Dangou J, Sambo B-H, Moeti M, Diarra-Nama A-J. Prévention et lutte contre le cancer dans la région africaine de l'OMS: un appel à l'action. *JAC*. 2009;1(1):56-60.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève:OMS; 2013.
5. Cherif MH. Cancer au Maghreb et au Moyen Orient: Au Cœur de la transition épidémiologique. Algérie: Éditions universitaires européennes; 2017.
6. Moutassem Mimouni B. Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb: enjeux de leur prise en charge. *Insaniyat*. 2013;(59):11-32.
7. Ouadah-Bedidi Z, Vallin J. Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité. *Population et Sociétés* [En ligne]. 2000 [cité le /09/2020]. Disponible à l'URL : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/maghreb-la-chute-irresistible-de-la-fecondite/>
8. Institut Tunisien de la Compétitivité et des Etudes Quantitatives. Le profil démographique de la Tunisie [En ligne]. Tunis : ITCEQ ; 2011 [cité le 25 sept 2020]. Disponible à l'URL: <http://www.itceq.tn/wp-content/uploads/files/Rapports/Profil-demographique.pdf>.
9. Kateb K. Transition démographique en Algérie et marché du travail. *Confluences Méditerranée*. 2010;72(1):155-72. Disponible à l'URL: <https://www.cairn.info/revue-confluences-mediterranee-2010-1-page-155.htm>
10. Sajoux M, Nowik L. Vieillesse de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s. *Autrepart*. 2010;53(1):17-34.

11. Office National des Statistiques. Agence Nationale de Développement de l'Investissement [En ligne]. Alger; 2017 [cité le /09/2020]. Disponible à l'URL: <http://www.andi.dz/index.php/fr/statistique/demographie-algerienne-2017>.
12. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Palliative care. Geneva:WHO; 2007.
13. World Health Organisation. Global Health. Observatory data repository. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH20v>.
14. Cancer in Africa: epidemiology and prevention. IARC scientific publications. 2003; (153):1-414.
15. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010: Résumé d'orientation [En ligne]. Genève, OMS; 2011 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL:https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf?ua=1
16. Ministère de la Santé .Plan pour la lutte contre le cancer 2015-2019 [En ligne]. Tunis, Ministère de la santé; 2015 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL:https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Plan_pour_la_lutte_contre_le_cancer_2015-2019_Tunisie.pdf.
17. Ministère de la Santé .Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019: Axes stratégiques et mesures [En ligne]. Rabat, Ministère de la santé; 2009 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL: http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf
18. Ministère de la Santé. Plan national cancer 2015-2019[En ligne]. Alger , Ministère de la Santé; 2014 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL: http://www.sante.dz/plan_national_cancer.pdf
19. Goss PE, Lee B, T Badovinac-Crnjevic, K Strasser-Weippl, Y Chavarri-Guerra, J St Louis et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean, *The Lancet Oncology*. 2013;14(5):391-436.
20. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte contre le cancer: document d'information. OMS, Bureau régional de l'Afrique; 2019.
21. Abid L. Épidémiologie des cancers en Algérie: problématique des registres des cancers. *JAC*. 2009;1(2):98-103.
22. Laoumri S, Hamdi-Cherif M. Le cancer en Algérie. Données de registres et estimations. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2004;52:75.
23. Fouatih ZA, Ammour N, Guetami N, Benrabah L. Incidence du cancer à Oran selon le Registre du Cancer d'Oran Notifications pour l'année 2017. *RSMO*. 2019;1:20-23.
24. Hamdi-Cherif M, Bidoli E, Birri S, Mahnane A, Laouamri S, Zaidi Z, et al. Le cancer à sétif, algérie, 1986–2010. *J Africain du cancer*. 2014;6(3):166-73.
25. Lakehal A, Hammoudi H, Aissaoui B, Amarouche S, Boussouf N, Nezzal L. Qualité de données du registre de cancer de population de Constantine, Algérie, 2013–2017. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020;68:S125.
26. El-Saharty, Sameh et al. "Etude du secteur de la santé en Tunisie" Département du développement humain, région Moyen-Orient et Afrique du Nord. La Banque mondiale, Washington, DC; 2006.
27. Benider A, Bennani Othmani M, Harif M, Karkouri M, Quessar A, Sahraoui S. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca, Année 2004 [En ligne]. Casablanca, Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer; 2007 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL: http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Registre_des_Cancers_de_la_Re%3C3%BCgion_du_grand_Casablanca_2004.pdf
28. Benider A, Bennani Othmani M, Harif M, Karkouri M, Quessar A, Sahraoui S. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca 2005-2007 [En ligne]. Casablanca, Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer; 2012 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL:http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRC_-_28_mai_2012.pdf
29. Tazi MA, Benjafer N et Erraki A. Registre des cancers de Rabat. Incidence des cancers à Rabat, 2005. Rabat , Ministère de la Santé , 2009.
30. Organisation Mondiale de la Santé. Document technique strategie de lutte contre le cancer dans la Region de la Mediterranee orientale. Genève:OMS; 2009.
31. Organisation Mondiale de la Santé. Programmes nationaux de lutte contre le cancer: instrument d'auto-évaluation de base des capacités. Genève:OMS; 2013.
32. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Programmes efficaces de dépistage du cancer du col dans les pays en développement à revenu faible ou moyen. *Bull World Health Organ*. 2001;79(10):954-962.
33. Skhiri H, Ben Mansour N, Hsairi M: Stratégies de dépistage du cancer du sein. *RTSP*. 2013;1:25-37.
34. Aloulou S, El Mahfoudi A, El Omrani A, Khouchani M. Vers des soins palliatifs pour tous. Factors related to late diagnosis of breast cancer: experience of CHU Mohammed VI Marrakech. *Pan Afr Med J*. 2015;21:162-67.
35. Espina C, McKenzie F, Dos-Santos-Silva I. Delayed presentation and diagnosis of breast cancer in African women: a systematic review. *Ann Epidemiol*. 2017;27(10):659-71.
36. Atek M, Ouchfoun A, Laid Y, Ait MA, Fourar D, Kabrane A et al. La transition épidémiologique et le système de santé en Algérie: Enquête Nationale Santé 2005. Algérie. 2007.
37. Brown S, Castelli M, Hunter DJ, Erskine J, Vedsted P, Foot C, et al. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: a narrative review. *Soc Sci Med*. 2014;116:56-63.
38. Plan d'action du gouvernement pour la mise en œuvre du programme du président de la république. [En ligne]. République Algérienne Démocratique et Populaire; 2017. disponible sur l'URL: http://www.ministerecommunication.gov.dz/sites/default/files/plan-d-action-du-gouvernement-2017-fr_0.pdf
39. Koro Ajob M. L'accès aux médicaments : étude de cas : le Maroc et les médicaments anticancéreux. *Sciences pharmaceutiques*. 2019.
40. Bekkali R. Lutte contre le cancer au Maroc, L'apport de la fondation Lalla Salma. *Int J Med Surg*. 2017;4(1):53-57.
41. Fondation Lalla Salma. Guide des soins palliatifs pour les patients atteints de cancer [En ligne]. Maroc: Rabat , Ministère de la Santé; 2018 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible à l'URL:http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_des_soins_palliatifs_Maroc_-_Edition_2018.pdf
42. Valdelièvre H, Coquelet F, Evain F, Gisquet E, Morin L, Vuagnat A. Prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs dans les établissements de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60:S23-S4.
43. Green S et collaborateurs. Vers des soins palliatifs pour tous. Le développement de soins palliatifs communautaires dans le sud tunisien. 2e congrès international francophone de soins palliatifs et 23e congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec; 2013:Canada.