



Programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc

Etat de la mise en œuvre, organisation et résultats



Préparé en 2017 par :

Le Centre international de Recherche sur le Cancer, Lyon - France

En collaboration avec :

Le Ministère de la Santé, Royaume du Maroc

et

La Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers

Sommaire

Préface	13
Résumé	17
1. Introduction	21
2. Fardeau des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc	23
3. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus	25
3.1. Principes généraux	25
3.2. Assurance-qualité du programme de dépistage du cancer	27
4. Evaluation du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc	29
4.1. Méthodologie	29
4.1.1 Examen des protocoles, des lignes directrices et des précédents rapports d'évaluation	29
4.1.2 Méthodologie des entretiens approfondis	30
4.1.3 Méthodologie des groupes de discussion	30
4.1.4 Supervisions des centres de santé	31
4.1.5 Supervisions des centres de diagnostic du cancer	31
4.1.6 Analyse des données disponibles sur les résultats du programme	31
5. Dépistage du cancer au Maroc - mise en œuvre et organisation du programme	33
5.1. Politique et état de la mise en œuvre du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus	33
5.2. Financement du programme	35
5.3. Protocole pour le dépistage du cancer du sein et orientation des femmes dépistées positives	36
5.4. Protocole pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et orientation des femmes dépistées positives	37
5.5. Identification de la population admissible	38
5.6. Mobilisation communautaire et promotion de la participation	39
5.7. Services de dépistage dans les centres de soins de santé primaires	40
5.8. Tenue des dossiers et gestion des données dans les centres de soins de santé primaires	41
5.9. Lutte contre les infections et élimination des déchets dans les centres de soins de santé primaires	42
5.10. Services de diagnostic dans les centres de diagnostic du cancer	42
5.11. Organisation des services mobiles de proximité pour les femmes dépistées positives à l'examen clinique du sein	43
5.12. Formation des prestataires de services	44
5.13. Centres d'oncologie	44
5.14. Coordination et suivi du programme	45
6. Dépistage du cancer au Maroc - résultats du programme	49
6.1. Analyse des données du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus - 2015 et 2016	49
6.2. Résultats du programme de dépistage du cancer du sein	49
6.3. Résultats du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus	54
6.4. Impact du dépistage sur le nombre de cas et les différents stades de cancers dans les centres d'oncologie	54
6.5. Suggestions/retours reçus des responsables du programme et des prestataires de services afin d'améliorer la qualité du programme de dépistage	59

7. Points forts et faiblesses du programme et recommandations en vue de son amélioration	61
7.1. Politique et protocole du programme	63
7.2. Partenariats stratégiques	64
7.3. Gestion du programme	64
7.4. Formation des prestataires de services	64
7.5. Mobilisation communautaire	65
7.6. Gestion des données	65
7.7. Mise en œuvre de l'assurance-qualité	66
7.8. Lien avec le registre du cancer	68
7.9. Amélioration des résultats du dépistage du cancer du sein	68
7.10. Amélioration des résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus	69
7.11. Amélioration de la lutte contre les infections et du traitement des déchets dans les établissements de dépistage	70
8. Conclusion	71
Références	73
Annexes	77

► Collaborateurs

1. Groupe Dépistage, Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC)

- *Dr Partha Basu*
- *M. Eric Lucas*
- *Dr Richard Muwonge*
- *Dr Rengaswamy Sankaranarayanan*
- *Dr Catherine Sauvaget*
- *Dr Farida Selmouni*

2. Ministère de la Santé, Maroc

- *Dr Loubna Abousselham*
- *Dr Latifa Belakhel*

3. Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers

- *Dr Rachid Bekkali*
- *Prof. Maria Bennani*
- *Dr Youssef Chami Khazraji*

4. Soutien technique et administratif au sein du CIRC

- *Mme Loubna Boulegroun*
- *Mme Krittika Pitaksaringkarn*



**TOUS CONTRE
LE CANCER DU SEIN**

► Remerciements

1. Participants aux entretiens approfondis

- *Loubna Abousselham*
- *Latifa Belakhel*
- *Meriem Benjilali*
- *Youssef Chami Khazraji*
- *Abdelkhalek Hassan*
- *Mohammed Lardi*

2. Participants aux groupes de discussion

- *Mostafa Ahaouche*
- *Rachida Azaguagh*
- *El Malki Benacher*
- *Noureddine Benjaafar*
- *Ibrahim El Ghissassi*
- *Abdelmounaim Loutfi Guennoun*
- *Hafid Hachi*
- *Zaki Hanchi*
- *Nazha El Hmidi*
- *Houda Mouzount*
- *Abdellah Zaki*

3. Responsables des centres de soins de santé primaires visités

- *Ahlam Alami*
- *Aicha Ait Alla*
- *Hmad Amarir*
- *Souad Amor*
- *Naima Aziz*
- *Khadija Bao*
- *Fatna Belfatmi*

- *Hafida Bel Majdouline*
- *Amina Bendahmane*
- *Safaa Bensalah*
- *Hakim Hassi Berkane*
- *Khadija Bnoudifa*
- *Leila Bouchama*
- *Haddou Boudhar*
- *Souad Charrouj*
- *Khadija Chiboub*
- *Awatif Chihab*
- *Zohra Dghouche*
- *Fatima Diddi*
- *Intessar Draoui*
- *Majida Drief*
- *Saadia El Ali*
- *Wafa El Amraoui*
- *Hasnaâ El Khanboubi*
- *Abdelkrim El Malki*
- *Khadija Ennaboulssi*
- *Amina Errahmani*
- *Houria Ezzahir*
- *Bouchra Feddal*
- *Samira Fsahi*
- *Fadoua Haddar*
- *Hafida Haddouchine*
- *Hind Hajji*
- *Khadija Harbal*
- *Rabha Harchaoui*
- *Iahoucine Hassine*
- *Abdellah Idouiden*
- *Fatima Idsaid*
- *Fatima Kaddouri*

- *Loubna Khallati*
- *Kaoutar Kilani*
- *Laila Laassibi*
- *Souad Laassousse*
- *Mohamed Labibe*
- *Afafe Lagziri*
- *Fatima Lhamri*
- *Meryem Limam*
- *Naima Loukili*
- *Hadda Maangar*
- *Houda Marhoum*
- *Saida Mazzane*
- *Khadija Meskini*
- *Ikram Ouaaros*
- *Abdelkrim Oujetti*
- *Malika Oumimouna*
- *Rachida Rahali*
- *Abdellah Razzouk*
- *El Fahsi Said Benour*
- *Hasna Salamate*
- *Fouzia Sedki*
- *Leila Smaili*
- *Bousta Taibi*
- *Amina Tarbi*
- *Nezha Zoubairi*

4. Responsables des centres de diagnostic du cancer visités

- *Fatima Tajany*
- *Jihane Zahrani*
- *Maghraoui Zakaria*

est gratuit dans les centres de santé



Le dépar



► Préface

En lançant un programme de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus par une approche basée sur la population, le Maroc fait figure de pionnier parmi les pays à revenu faible et intermédiaire. Le programme national de dépistage du cancer a été lancé en 2010 par le Ministère de la Santé avec le soutien de la Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers (FLSC), du - Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Depuis lors, le dépistage du cancer du sein a été mis en œuvre dans les 12 régions du pays et le dépistage du cancer du col de l'utérus dans huit régions. En 2016, 1 600 000 femmes ont été dépistées pour un cancer du sein et 200 000 pour un cancer du col de l'utérus.

Une fois les mesures nationales de lutte contre le cancer mises en œuvre, il est particulièrement utile d'évaluer leur performance, pour améliorer la mise en œuvre et ainsi faire bénéficier les autres autorités nationales des enseignements qui en sont tirés. Dans ce contexte, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), en collaboration avec le Ministère de la Santé et la FLSC, a procédé à une évaluation de cette grande initiative de santé publique. Cette recherche supposait de réaliser une analyse circonstancielle approfondie, de mener une supervision de soutien des établissements de santé et des prestataires de services de dépistage et de diagnostic, contribuant ainsi à améliorer les performances, et d'effectuer une analyse des données de performance agrégées pour les années 2015 et 2016. Le travail présenté ici révèle un certain nombre de points forts et de faiblesses, sur la base desquels de nouveaux progrès peuvent être planifiés.

L'approche adoptée au Maroc était en accord avec certaines des meilleures pratiques recommandées pour un programme organisé de dépistage du cancer. Le programme dispose d'une politique nationale de dépistage bien documentée, soutenue par un protocole fondé sur des données probantes et une provision budgétaire pour 10 ans. Les services de dépistage et de diagnostic sont intégrés aux services de soins de santé existants et ils disposent d'une équipe de gestion de programme structurée avec une définition claire des responsabilités respectives. Les services de dépistage et de diagnostic sont fournis gratuitement et sont accessibles aux femmes admissibles dans les centres de soins de santé primaires et dans des centres de détection précoce du cancer bien équipés.

Le programme accuse encore quelques faiblesses, notamment pour ce qui concerne la participation et l'infrastructure : par exemple, la couverture insuffisante du dépistage du cancer du col de l'utérus reflète les obstacles socioculturels qui doivent être surmontés pour améliorer la participation. Le nombre de prestataires de services de dépistage et de diagnostic formés à cet effet est encore insuffisant, et en l'absence d'un système fonctionnel d'information sanitaire, il reste difficile d'assurer une observance élevée des femmes dépistées positives à une évaluation et un traitement plus poussés. Fonder le suivi et l'assurance-qualité d'un programme aussi vaste sur le recueil manuel des données s'avère extrêmement difficile. L'hétérogénéité dans la performance des tests de dépistage et le manque d'exhaustivité des données sur l'évaluation ultérieure des femmes dépistées

négatives pourraient être responsables des taux insuffisants de détection des cancers du sein et du col de l'utérus.

En dépit des observations ci-dessus, cet exercice d'évaluation et les commentaires des différentes parties prenantes ont permis de proposer un ensemble ciblé de recommandations pour améliorer le programme de dépistage. Les questionnaires de programme sont maintenant en mesure d'examiner ces recommandations et de

prendre des mesures correctives. Avec ses politiques et protocoles rationnels, son approche méthodique de la mise en œuvre et son ouverture à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité, le programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc offre une vitrine aux autres pays confrontés à des défis comparables. De tels exemples sont rares et nous espérons que l'expérience marocaine servira d'autres programmes bien au-delà de ses propres frontières.

Dr Christopher P. Wild

Directeur, Centre international de Recherche sur le Cancer

► Préface

Depuis 2010, le Maroc a mis en place le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) pour une période de 10 ans, en partenariat avec la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancers.

Dans ce plan la détection précoce représente un axe stratégique prioritaire pour réduire la mortalité et la morbidité des cancers pour les deux localisations les plus fréquentes chez la femme : les cancers du sein et du col utérin.

Ainsi un programme national a été mis en place, intégré aux soins de santé de base. Cela s'est fait progressivement, région par région, jusqu'à sa généralisation.

Le dépistage du cancer du sein utilise l'examen clinique des seins et le dépistage du cancer du col utérin utilise l'inspection visuelle du col avec l'acide acétique. Le dépistage se fait dans les centres de santé.

Afin de faciliter l'accessibilité des femmes aux services de diagnostic précoce de ces deux cancers, de nombreux centres de référence ont été construits et équipés, au moins un par province. Ces centres jouent un rôle important dans l'orientation et le recours des femmes dépistées et ont permis de réduire sensiblement les délais de prise en charge et l'absence de suivi.

Outre la standardisation des structures de dépistage et de diagnostic et de leur équipement, un plan de formation a bénéficié aux professionnels de la santé impliqués dans le programme, et des campagnes de communication régulières, à l'échelle nationale, ont permis la sensibilisation des populations cibles.

Depuis sa mise en place, ce programme a profité à des centaines de milliers de femmes. Le présent rapport présente les résultats d'une évaluation réalisée par le Ministère de la Santé et la Fondation Lalla Salma, avec le soutien du Centre international de Recherche sur le Cancer. Ces résultats vont, je l'espère, nous aider à améliorer le programme, en travaillant plus sur la qualité et sur un système d'information performant.

Je profite de cette préface pour remercier sincèrement toutes les personnes qui ont participé à ce rapport.

Dr Rachid Bekkali

Directeur Général, Fondation Lalla Salma-Prévention et traitement des cancers

Dépistage & Diagnostic

A photograph of a modern hospital hallway. The hallway is brightly lit with recessed ceiling lights. In the foreground, a person in light blue scrubs is walking away from the camera. In the background, several people are sitting on red chairs in a waiting area. A white coffee table with a small potted plant is in the foreground. A purple banner with white text is overlaid on the left side of the image.

► Résumé

Entre 1990 et 2015, la valeur de l'indice de développement humain (IDH) du Maroc a considérablement augmenté, avec + 41,4 % (augmentation de 0,458 à 0,647) ce qui, selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), classe le pays dans la catégorie de développement humain moyen (Rapport du PNUD sur le développement humain de 2016). Un progrès aussi considérable sur une période relativement courte a été obtenu en grande partie grâce à l'investissement d'envergure du gouvernement marocain pour améliorer l'éducation et la santé de la population. Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) a été lancé en 2010 au Maroc avec un engagement financier de 820 millions de dollars américains sur 10 années. Dans le cadre de ce programme, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus a été lancé en 2010 dans deux régions du pays. Le nombre de centres de dépistage a progressivement augmenté, de sorte qu'en 2017, les femmes avaient accès au dépistage du cancer du sein dans l'ensemble des 12 régions du pays et au dépistage du cancer du col de l'utérus dans huit régions.

Dans le cadre du programme national de dépistage, l'âge cible pour le dépistage du cancer du sein est de 40 à 69 ans, et de 30 à 49 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les infirmières, les sages-femmes et les médecins généralistes formés examinent les femmes admissibles au dépistage du cancer du sein en pratiquant un examen clinique des seins (ECS), et une inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) pour le cancer du col de l'utérus dans les centres de soins de santé primaires (CS). Les femmes positives au dépistage sont adressées aux Centres de Référence pour la Santé Reproductive (CR SR) ou aux hôpitaux provinciaux pour une évaluation plus poussée. Les CR SR (dont le nombre total est de 27 dans tout le pays) sont bien équipés pour effectuer les mammographies, les échographies et les micro-biopsies du sein, les coloscopies, les biopsies cervicales et les résections à l'anse diathermique (RAD).

Une analyse de la situation et une évaluation des performances du programme de dépistage du cancer ont été menées en 2017 par le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) en collaboration avec le Ministère de la Santé du Maroc et la Fondation Lalla Salma-Prévention et traitement des cancers (FLSC). Le processus comprenait les étapes suivantes :

- des entretiens approfondis avec les coordinateurs et les gestionnaires du programme aux niveaux national et régional,
- des groupes de discussion avec les prestataires de services chargés du dépistage, du diagnostic et du traitement,
- des supervisions des CS sélectionnés au hasard et des CR SR dans toutes les régions mettant en œuvre le programme,
- l'analyse des données de performance regroupées pour les années 2015 et 2016, fournies par le Ministère de la Santé.

L'équipe d'investigateurs a porté un regard critique sur les questions relatives à la politique, au protocole et au financement du programme, ainsi que sur les efforts de mobilisation communautaire, la qualité et les résultats du dépistage et les performances des services de diagnostic, des mécanismes d'orientation, de la formation des prestataires de services et des pratiques actuelles en matière de surveillance et de coordination des programmes.

Les atouts majeurs de ce programme sont un engagement politique fort, une structure de gestion bien organisée, une politique et un protocole nationaux documentés et l'intégration des services de dépistage et de diagnostic aux infrastructures de soins de santé primaires et secondaires. Le nombre total de femmes ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein était de 1,1 million en 2015 et de 1,6 million en 2016. Le nombre de cancers du sein détectés au cours du programme était respectivement de 1048 et 1238 en 2015 et 2016. Malgré l'approche opportuniste, la couverture annuelle de la population cible pour le dépistage du cancer du sein a dépassé 30 %, tant en 2015 qu'en 2016. Cela indique que le programme est en bonne voie pour couvrir au moins 60 % de la population cible totale en une seule ronde de dépistage biennal pour le cancer du sein. En dépit de la couverture élevée, le taux de détection du cancer du sein (1/1000 des femmes dépistées) était nettement plus bas que prévu. Cela s'explique par les performances variables des prestataires des examens cliniques des seins conduisant à une faible sensibilité du test, à la non-admissibilité des femmes diagnostiquées positives à l'issue de ces examens pour des examens complémentaires et à l'incapacité du programme à saisir les informations tout au long du processus de dépistage. En fait, l'absence d'un système fonctionnel d'information sanitaire est un obstacle majeur du programme empêchant la supervision, le suivi et l'amélioration de la qualité appropriés.

Près de 0,2 million de femmes ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus tant en 2015 qu'en 2016. Cependant, la couverture annuelle du dépistage et les taux de détection et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus signalées dans le programme restent assez faibles.

Un ensemble de recommandations visant à améliorer la qualité du programme a été suggéré sur la base de l'analyse contextuelle et de l'évaluation du programme. Ces recommandations incluaient la modification du protocole actuel pour qu'il soit davantage fondé sur des données probantes. Il est également question du renforcement des activités de mobilisation communautaire en intégrant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les campagnes annuelles de lutte contre le cancer, de l'augmentation du nombre de centres pouvant effectuer la thermo-coagulation dans le traitement des lésions précancéreuses du col utérin, de l'introduction d'une base de données informatisée dans les CR SR, de l'adoption d'un plan plus structuré en matière d'assurance-qualité, ainsi que de la publication régulière de rapports mettant davantage l'accent sur la formation pratique des prestataires de services, etc.

Un questionnaire de supervision des établissements et un questionnaire d'évaluation des compétences ont été intégrés au présent rapport afin d'assurer une évaluation plus objective du dépistage, des services de diagnostic et des compétences individuelles des prestataires.

Un résumé de l'analyse FFPM (forces, faiblesses, possibilités et menaces) du programme est fourni ci-après.

Forces	Faiblesses	Possibilités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Leadership engagé • Budget engagé sur 10 ans • Politique de dépistage documentée • Protocole complet • Partenariats stratégiques • Programme intégré dans le système de soins de santé de routine • Soutien essentiel des centres de diagnostic du cancer au programme • Gestion du programme bien structurée • Nombreux prestataires de services formés • Campagne annuelle efficace pour promouvoir le dépistage du cancer du sein • Bonne qualité des registres du cancer dans la population • Couverture élevée pour le dépistage du cancer du sein • Services de dépistage et de diagnostic fournis gratuitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des prestataires de services non structurée de manière appropriée • Prestataires de services ne respectant pas toujours le protocole • Pénurie de colposcopistes, de techniciens en radiologie et de radiologues formés • Laboratoires d'histopathologie et de cytologie ne faisant pas partie du programme • Absence de système informatisé pour la gestion des données individuelles des participantes au programme • Activités de mobilisation communautaire insuffisamment efficaces pour obtenir une couverture élevée du dépistage du cancer du col de l'utérus • Communication insuffisamment structurée entre les différents niveaux des établissements de santé • Faibles taux de détection du cancer du sein et des néoplasies cervicales 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Maroc peut être un bon exemple à suivre pour les autres pays en développement. • Le Maroc peut soutenir d'autres pays en développement dans le domaine du renforcement des capacités. • La collaboration et le partenariat peuvent être mis à profit pour améliorer d'autres programmes de santé et de recherche. • Les leçons apprises peuvent être utiles à l'introduction du dépistage du cancer colorectal si les fonds le permettent. • L'action sociale et la sensibilisation de la communauté peuvent faciliter l'introduction de la vaccination contre le VPH. 	<ul style="list-style-type: none"> • La privatisation à grande échelle des services peut faire échouer le programme. • Le manque de fonds peut affecter négativement le programme.



▶ 1. Introduction

Le dépistage systématique de la population asymptomatique des cancers courants est l'une des stratégies les plus efficaces de lutte contre le cancer. Le dépistage en population des cancers du sein et du col de l'utérus chez les femmes dans l'âge cible peut réduire considérablement la mortalité due à ces deux cancers communs [10, 11]. Le Maroc compte parmi les quelques pays du monde en développement à introduire le dépistage à grande échelle pour les cancers du sein et du col de l'utérus. La documentation systématique des expériences et des résultats du programme est essentielle pour guider les autres pays en développement dans la mise en œuvre de programmes similaires destinés aux femmes.

Une approche organisée garantissant une qualité appropriée à tous les niveaux de services est essentielle au succès du dépistage du cancer [1, 16]. Un plan d'assurance-qualité complet réduit les dommages pouvant résulter d'un sous-diagnostic ou d'un sur-diagnostic dans le programme de dépistage et garantit l'utilisation des ressources disponibles de la manière la plus rentable possible.

Le Programme National de Détection Précoce et de Traitement des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (PNDPCSCU) a été lancé en 2010 au Maroc dans le cadre du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010—2019). A ce jour, le programme de dépistage du cancer du sein a été déployé sur l'ensemble des 12 régions du pays, et celui du cancer du col de l'utérus l'a été dans huit régions.

Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), le Ministère de la Santé du Maroc et Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers (FLSC) et le traitement des cancers (FSLPTC) ont conjointement lancé l'évaluation systématique du programme de dépistage en 2016. Le présent document décrit la méthodologie d'évaluation, l'état de mise en œuvre et l'organisation du programme, ainsi que les résultats du programme et le plan pour une assurance-qualité continue. Un ensemble de recommandations visant à améliorer la qualité du programme a également été inclus dans ce rapport. Ces recommandations s'appuient sur les résultats de l'évaluation du programme et sur les retours reçus des responsables clés du programme, des représentants des principaux acteurs et d'une partie des prestataires de services.



المركز المرجعي للصحة الإنجابية
CENTRE DE REFERENCE POUR LA SANTE REPRODUCTIVE
الرصد المبكر لسرطان الثدي و عنق الرحم
DETECTION PRECOCE DES CANCER DU SEIN ET DU COL UTERIN



► 2. Fardeau des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc

Le Maroc a une population totale de 33,8 millions d'habitants, selon les données du recensement de 2014 [9]. L'espérance de vie s'élevant à 74,8 ans a eu pour conséquence l'émergence d'une proportion significative de la population de plus de 65 ans [13]. En raison du vieillissement de la population, d'un meilleur contrôle des maladies transmissibles et de l'adoption croissante des modes de vie « occidentaux », le cancer est devenu la deuxième cause de décès dans le pays.

Des données de bonne qualité concernant l'incidence et la mortalité du cancer sont disponibles dans les registres de population du cancer de Casablanca et Rabat, ces derniers couvrant environ 12 % de la population totale [15]. Chaque année, environ 35 000 nouveaux cas de cancer sont détectés dans le pays. Selon le rapport GLOBOCAN du CIRC, les cancers du sein et du col de l'utérus sont classés parmi les deux cancers féminins les plus fréquents au Maroc en termes d'incidence et de taux de mortalité (Figures 1 et 2). Les taux d'incidence annuels standardisés sur l'âge des cancers du sein et du col de l'utérus ont été estimés à 40,8 pour 100 000 et 14,3 pour 100 000 femmes respectivement en 2012 [8]. Les taux d'incidence du cancer du sein selon l'âge montrent une forte augmentation à partir de 40 ans, conformément aux tendances d'incidence du cancer du sein observées dans d'autres pays africains [3] (Figure 3). L'âge moyen au diagnostic du cancer du sein au Maroc était de 49,5 ans et celui du cancer du col de l'utérus de 52,9 ans [15].

Ces deux cancers sont responsables de près de 4000 décès par an au Maroc, ce qui représente 40 % de tous les décès par cancer féminin dans le pays [8]. Les rapports antérieurs des registres du cancer au Maroc ont révélé qu'une grande partie des cancers du sein et du col de l'utérus étaient diagnostiqués à des stades avancés de la maladie. Selon le registre du cancer du Grand Casablanca, plus de 60 % des cas de cancers du sein diagnostiqués entre 2005 et 2007 étaient au stade III ou IV [18]. Plus de 80 % des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus recensées à l'Institut National d'Oncologie de Rabat en 2006 souffraient d'un cancer localement avancé ou métastatique au moment du diagnostic [7].

En raison du fardeau élevé et du profil démographique de la répartition par âge, les cancers du sein et du col de l'utérus affectent de nombreuses jeunes femmes marocaines d'âge moyen, dans la phase la plus active de leur vie sociale et économique, ce qui a d'importantes répercussions économiques, sociales, physiques et psychologiques. L'initiative visant à lutter contre ces cancers par un dépistage en population est cruciale et, si elle est mise en œuvre de manière appropriée, elle est en mesure d'empêcher de nombreux décès prématurés.

Taux par 100 000 / année

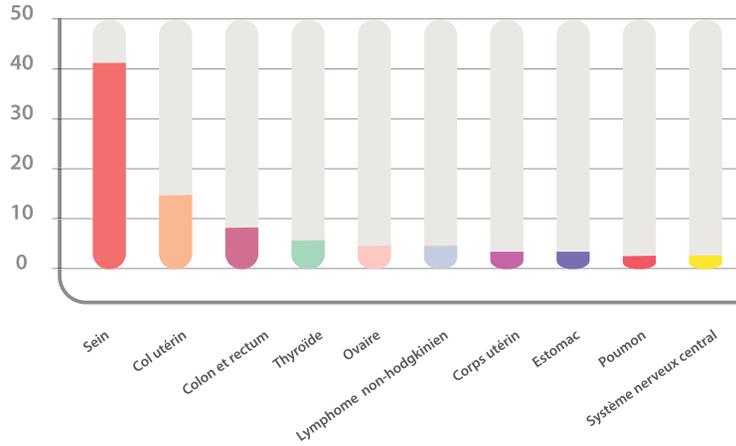


Figure 1 : Estimation des taux standardisés sur l'âge (monde) des cas incidents chez les femmes au Maroc (pour les 10 principales localisations de cancer) en 2012 (source de données : IARC GLOBOCAN 2012)

Taux par 100 000 / année

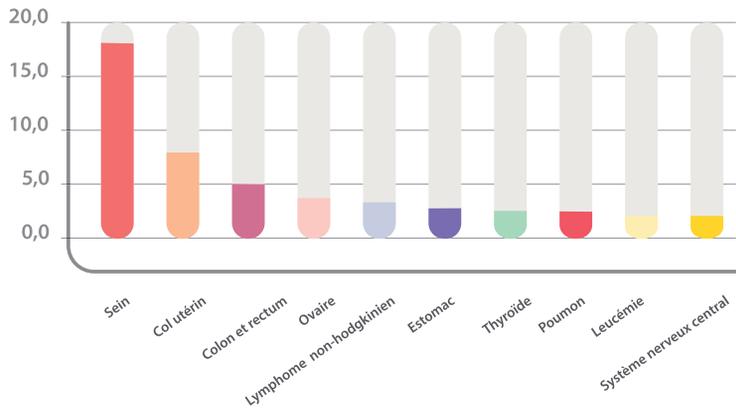


Figure 2 : Estimation des taux standardisés sur l'âge (monde) des décès chez les femmes au Maroc (pour les 10 principales localisations de cancer) en 2012 (source de données : IARC GLOBOCAN 2012)

Taux par 100 000 / année

- Sein (femmes)
- Prostate
- Poumon (hommes)
- Col utérin
- Côlon et rectum (hommes)
- Côlon et rectum (femmes)

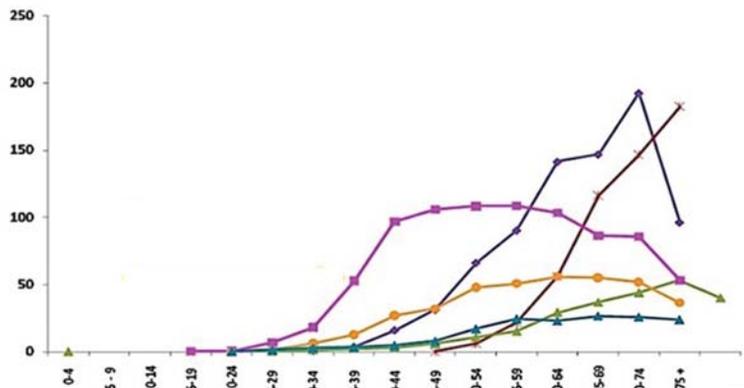


Figure 3 : Taux d'incidence du cancer du sein et de cinq autres principaux cancers selon l'âge au Maroc [Source : Zineb Bouchbika et coll. Incidence du cancer au Maroc : rapport du registre de Casablanca 2005—2007. Pan Afr Med J. 2013;16:31]

► 3. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus

3.1 Principes généraux

Les principaux objectifs du dépistage du cancer sont d'identifier la maladie à un stade précoce chez les personnes asymptomatiques et d'apparente bonne santé et d'assurer un traitement adéquat avant que le cancer n'atteigne un stade trop avancé pour répondre à un traitement curatif. Le cancer du col de l'utérus comprend un stade pré-malin (néoplasie intra-épithéliale cervicale, CIN) qui peut être détecté par des tests appropriés et traité efficacement avec des techniques simples. La détection et le traitement de la maladie au stade pré-malin peuvent prévenir le cancer du col de l'utérus et, par conséquent, réduire son incidence. Il n'est pas possible de réduire l'incidence du cancer du sein car aucun stade pré-malin détectable n'a été identifié jusqu'à présent. Le but du dépistage du cancer du sein est de détecter la maladie à un stade précoce lorsque le traitement peut entraîner un taux de guérison élevé, une meilleure qualité de vie et de survie. Les avantages ultimes du dépistage des cancers du sein et du col utérin sont la réduction de la mortalité due à ces maladies, l'amélioration de la qualité de vie des patientes et la réduction des coûts pour les individus et le système de santé. La mammographie est le test de dépistage le plus largement recommandé pour le cancer du sein. Une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés évaluant le dépistage par mammographie a révélé une réduction de 20 % de la mortalité (RR 0,80 ; IC 95 % : 0,73—0,89) chez les femmes de 40 à 74 ans [22]. Les pays proposant un dépistage

en population par mammographie bien organisé ont observé une baisse significative de la mortalité due au cancer du sein depuis le démarrage de leur programme (Figure 4) [24]. Il n'est cependant pas possible de mettre en œuvre un programme de dépistage du cancer par mammographie au Maroc en raison des contraintes de ressources et des limites logistiques que constituent le nombre insuffisant de radiologues et de techniciens qualifiés. Le dépistage par examen clinique des seins (ECS) peut entraîner une réduction significative de l'incidence des cancers du sein avancés sur une population dépistée par rapport à un groupe témoin ayant bénéficié d'essais contrôlés randomisés [21, 14]. Bien que l'efficacité de l'ECS dans la réduction de la mortalité reste encore à démontrer, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère le test comme une alternative prometteuse à la mammographie quand les ressources sont limitées [11, 26]. Le protocole national de dépistage du cancer du sein du Maroc recommande le dépistage des femmes par ECS.

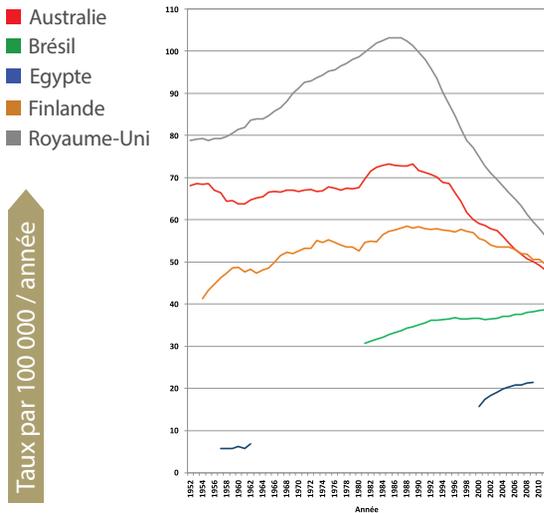


Figure 4 : Tendances de la mortalité par cancer du sein (taux standardisés sur l'âge (monde) dans les pays proposant un dépistage en population (Australie, Finlande, Royaume-Uni) comparés à ceux qui ne bénéficient pas de tels programmes (Brésil, Egypte) (Source des données : Organisation mondiale de la Santé. Département de l'information. Base de données sur la mortalité)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par cytologie et frottis de Papanicolaou montre une réduction significative de l'incidence et de la mortalité dues à ce cancer dans les pays qui ont introduit le dépistage en population [Ponti et al., 2017] (Figure 5). Toutefois, la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus par cytologie dans un contexte de ressources limitées est difficile en raison du nombre insuffisant de cyto-techniciens et de pathologistes formés et des difficultés à fournir des équipements de laboratoire de qualité. Le test est subjectif et présente une sensibilité faible à modérée [Cuzick et al., 2006 ; WHO, 2014b]. Les tests de dépistage alternatifs tels que l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le test de détection du papillomavirus humain (VPH) ont permis une réduction significative de la mortalité due à la maladie dans les essais contrôlés randomisés (jusqu'à 35 % pour le dépistage unique par IVA et 50 % pour le dépistage unique de détection du VPH) [Sankaranarayanan et

al., 2007 ; Sankaranarayanan et al., 2009]. Le test de détection du VPH est plus sensible, mais nécessite plus de ressources car la technologie utilisée est plus coûteuse. En 2013, l'OMS a recommandé l'utilisation du test de détection du VPH, ou l'IVA dans les programmes de dépistage des pays à revenus faibles et intermédiaires en fonction de la disponibilité des ressources [WHO, 2013]. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus du Maroc a décidé d'utiliser l'IVA pour le dépistage.

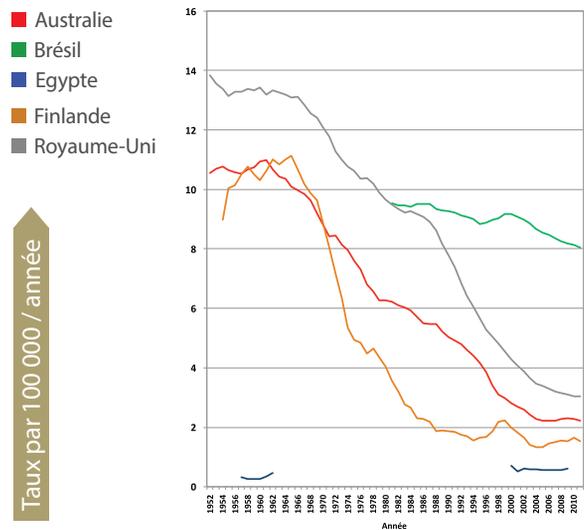


Figure 5 : Tendances de la mortalité par cancer du col de l'utérus (taux standardisés sur l'âge (monde) dans les pays proposant un dépistage en population (Australie, Finlande, Royaume-Uni) comparés à ceux qui ne bénéficient pas de tels programmes (Brésil, Egypte) (Source des données : Organisation mondiale de la Santé. Département de l'information. Base de données sur la mortalité)

Pour être efficace, le programme de dépistage du cancer doit être réalisé sur les populations être bien organisé. Dans un programme de dépistage en population, pour chaque étape du dépistage, les populations admissibles de la zone cible concernée par le programme sont identifiées de manière individuelle et sont personnellement invitées à y participer.

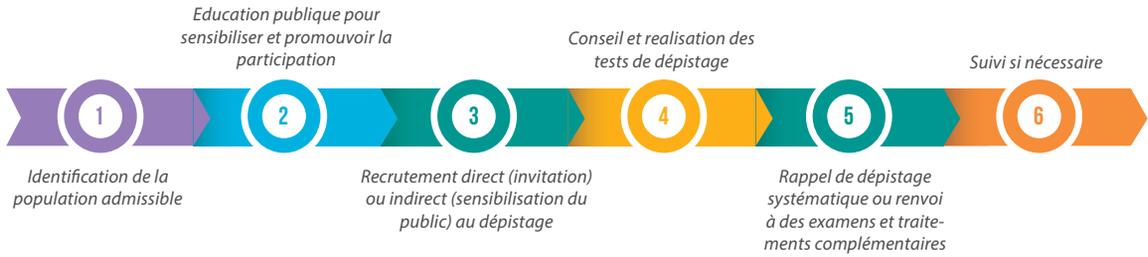


Figure 6 : Etapes du processus de dépistage du cancer

Un programme organisé dispose de procédures d'exploitation standard pour les différents services et d'une équipe responsable qui veille à ce que toutes les étapes du processus de dépistage décrites à la Figure 6 soient correctement mises en œuvre avec un niveau élevé de coordination entre les services.

Les principales caractéristiques d'un programme de dépistage organisé sont les suivantes :

- La politique et le protocole de dépistage doivent être documentés comme une loi ou une recommandation officielle.
- Le programme doit être financé par le secteur public (ou avoir d'autres mécanismes de financement comme le remboursement par l'assurance) afin que les tests de dépistage (de préférence les tests de diagnostic et le traitement) soient fournis gratuitement.
- Une équipe dédiée à la mise en œuvre doit être chargée de définir les procédures opérationnelles permanentes, de coordonner la prestation des services de dépistage, d'assurer le suivi des personnes dépistées positives, de maintenir la qualité requise et d'établir des rapports de résultats.
- Un solide système d'information doit relier les différents services et servir à la coordination et au suivi des programmes.

Un programme de dépistage en population bien organisé permet d'atteindre un niveau de couverture élevé de la population cible, d'assurer une bonne qualité des services et une forte adhésion des femmes dépistées positives aux traitements. Un programme qui n'est pas basé sur la population (opportuniste) ne bénéficie pas du mécanisme permettant d'inviter la population admissible à y participer et offre des tests de dépistage sur demande ou au moment des examens médicaux de routine. Assurer la qualité des services est plus difficile dans les cas de dépistages opportunistes car il est difficile de contrôler l'assiduité des patients, le suivi et la mise en œuvre des services selon les protocoles. Les programmes opportunistes sont moins efficaces car ils ont tendance à proposer trop de tests de dépistage sur les populations à faible risque et trop peu sur celles à haut risque, entraînant ainsi une perte des ressources de soins de santé.

3.2 Assurance-qualité du programme de dépistage du cancer

L'assurance-qualité est un processus faisant appel à un plan de gestion global (le « système ») des programmes de santé visant à garantir une bonne qualité des services. L'assurance-qualité d'un programme de dépistage garantit le développement et l'utilisation des systèmes de façon à permettre la diminution attendue de la mortalité liée au cancer dans le délai imparti. Une solide assurance-qualité est

essentielle pour optimiser les bénéfices du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, minimiser les effets négatifs du sous-diagnostic et du sur-diagnostic et utiliser les ressources limitées de manière plus efficace.

L'évaluation du programme visant à déterminer la qualité des différents services et assurer la prestation des services selon les protocoles fait partie intégrante de l'assurance-qualité. Un suivi effectif du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus garantit la promotion de bonnes pratiques cliniques et une qualité optimale à chaque étape du dépistage, du diagnostic et du traitement.

Afin d'évaluer les performances d'un programme, on utilise un ensemble de repères ou « indicateurs ». Ces indicateurs permettent d'évaluer le processus de dépistage, de diagnostic ou de traitement (indicateurs de processus), le résultat de ces processus (indicateurs de résultat) ou l'impact final du programme (indicateurs d'impact).

Chacun de ces indicateurs devrait avoir une « norme » ou « cible » pour l'évaluation des performances. Ces normes sont décidées en amont sur un retour d'expérience portant sur un projet pilote antérieur ou des programmes similaires dans d'autres pays, ou encore sur des avis d'experts. Les normes peuvent varier d'un programme à l'autre. Les indicateurs d'impact pour les programmes de dépistage du cancer sont généralement la réduction du nombre de cas à un stade avancé ou des taux d'incidence et de mortalité des cancers ciblés ; cela nécessite au minimum une décennie et la tenue de registres de cancer de qualité. L'évaluation actuelle du programme appliqué au Maroc a été réalisée sur la base de plusieurs indicateurs de processus et de résultat utilisant les normes déjà intégrées aux directives nationales.

► 4. Evaluation du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc

4.1 Méthodologie

L'évaluation du programme national de dépistage du cancer du Maroc a été réalisée par le Groupe Dépistage du CIRC en collaboration avec le Ministère de la Santé marocain et la Fondation Lalla Salma-Prévention et traitement des cancers (FLSC) entre juillet 2016 et avril 2017. Les objectifs de cette évaluation étaient d'effectuer une analyse complète de la situation et de préparer un ensemble de recommandations pour une amélioration continue de la qualité du programme.

L'équipe d'évaluation du programme comprenait trois experts en mise en œuvre et évaluation des programmes de dépistage du CIRC, le chef du service de la prévention et de la lutte contre le cancer du Ministère de la Santé marocain et le coordinateur du programme de la FLSC. L'évaluation du programme comprenait les activités suivantes :

1. **l'examen** des protocoles du programme, des lignes directrices et des rapports d'évaluation antérieurs ;
2. **des entretiens approfondis** avec les gestionnaires du programme, y compris les coordinateurs du programme au niveau du Ministère de la Santé, de la FLSC et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ;
3. **des groupes de discussion** avec les prestataires de services chargés du dépistage, de l'évaluation diagnostique et du traitement ;

4. des supervisions aux établissements de santé offrant des services de dépistage et de détection précoce du cancer ;

5. l'analyse des données globales sur les performances du programme collectées par le Ministère de la Santé dans les différents établissements de dépistage et de diagnostic pour 2015 et 2016.

4.1.1 Examen des protocoles, des lignes directrices et des précédents rapports d'évaluation

Les documents suivants ont été examinés par l'équipe d'évaluation :

- Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010—2019

(http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_msures_2010-2019.pdf)

- Guide de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (Directives pour la détection précoce du cancer du sein et du col de l'utérus), Maroc, Edition 2011

(http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_msures_2010-2019.pdf)

- Évaluation de l'Assurance de Qualité du Programme Marocain de Détection précoce et de traitement des cancers du sein et du col de l'utérus, Prof. Groesbeck Parham, janvier 2015
- Évaluation de la révision du système d'information du Programme National de

Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus et son pilotage au niveau d'une région (Evaluation du projet pilote de système d'information du Programme national de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus), Eric Lucas, 2015

- Organisation et évaluation d'un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc par Selmouni et al. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2015; 132: 25-8

4.1.2 Méthodologie des entretiens approfondis

Les membres de l'équipe du CIRC ont mené des entretiens approfondis auprès des responsables suivants du programme de dépistage et des représentants des principales parties :

- Le chef du programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus de la Direction de la population, Ministère de la Santé
- Le chef de l'unité du cancer de la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé
- Les points focaux pour le programme des deux régions du Maroc dans lesquelles le

programme de dépistage a démarré il y a plus d'un an (nommés par le Ministère de la Santé)

- Les points focaux pour le programme des deux provinces dans lesquelles le programme a démarré il y a plus d'un an (nommés par le Ministère de la Santé)
- Le coordinateur du programme, FLSC
- Le point focal, bureau du FNUAP

Les responsables ont été interrogés individuellement après obtention de leur consentement verbal. Un ensemble de questions a été utilisé pour lancer les discussions (Annexe I).

4.1.3 Méthodologie des groupes de discussion

Les groupes de discussion (GD) se sont réunis avec les prestataires de services chargés du programme de dépistage à différents niveaux des établissements de santé pour obtenir leurs points de vue et connaître leurs expériences. Un membre de l'équipe du CIRC a mené quatre GD au total dans deux régions différentes (Rabat et Meknès). Les informations sur les participants aux GD sont fournies au Tableau 1.

Les participants ont été choisis en concertation avec le point focal national du programme et le

Informations sur les GD	Emplacement et nombre	Participants
GD sur le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein (en mettant l'accent sur la sensibilisation de la population, les obstacles au sein de la communauté, les services de dépistage et les problèmes de formation)	Rabat - 1 Meknès - 1	Sages-femmes x 2 Infirmières x 2 Médecins généralistes x 2 Responsable de la clinique de dépistage x 1 Membres d'organisations bénévoles x 2
GD sur le diagnostic et le traitement des femmes positives au dépistage (en mettant l'accent sur le suivi des femmes dépistées positives, le diagnostic, le traitement, les problèmes de formation)	Rabat - 1 Meknès - 1	Chirurgien x 1 ; Gynécologue x 1 Pathologiste x 1 Médecin oncologue x 1 Radio-oncologue x 1

Tableau 1 : Informations sur les GD effectués dans le cadre de l'évaluation du programme

Ministère de la Santé pour être représentatifs des régions où les programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus ont démarré depuis longtemps. Une série de questions a été utilisée pour guider les discussions (Annexe II).

4.1.4 Supervisions des centres de santé

Les supervisions ont été effectuées dans les huit régions où les programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus étaient mis en œuvre depuis plus d'un an.

Une seule province par région a été sélectionnée au hasard dans la liste complète des centres avec une sélection d'échantillons aléatoire du logiciel Stata. Dans chaque province choisie, un centre de dépistage urbain et un centre de dépistage rural ont été sélectionnés au hasard selon la méthode mentionnée plus haut. Les informations sur les centres de dépistage et de diagnostic visités sont reportées au Tableau 2. La province choisie dans la région Casa-Settat ne disposait pas de centre de dépistage rural et la province choisie dans la région de Draa Tafilalet ne disposait pas de centre de dépistage urbain. L'équipe de supervision a visité les 14 centres de dépistage sélectionnés afin de recueillir systématiquement des informations sur la procédure d'inscription, le conseil, le dépistage, le renvoi en consultation, la documentation, les mesures de prévention des infections et la tenue des dossiers à l'aide d'une fiche (Annexe III). Les informations concernant le nombre de femmes dépistées pour les cancers du sein et du col de l'utérus et le nombre de cas détectés positifs au cours de l'année 2016 (avec un intervalle d'un mois) ont été recueillies directement à partir des dossiers archivés dans les centres visités. La proportion de femmes dépistées en dehors des groupes d'âge recommandés a également été notée. Les performances des prestataires d'ECS et d'IVA ont été évaluées lors des supervisions à l'aide d'un

questionnaire d'évaluation des compétences (Annexe IV).

4.1.5 Supervisions des centres de diagnostic du cancer

L'équipe de supervision a visité les Centres de Référence pour la Santé Reproductive (CR SR) de chacune des provinces sélectionnées au hasard, sauf les provinces de Drâa-Tafilalet et de Marrakech-Safi où les CR SR n'étaient pas encore fonctionnels (Tableau 2). Le CR SR de Salé était également en travaux et ne fonctionnait pas à pleine capacité. Les informations concernant la procédure d'inscription, les protocoles suivis pour les tests de diagnostic, le suivi des femmes qui y étaient renvoyées et les résultats des centres pour l'année 2016 ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire d'évaluation des établissements (Annexe V). Différents questionnaires d'évaluation ont été utilisés pour recueillir des informations sur la gestion des femmes dépistées positives suite à l'IVA (Annexe IVa) et celles dépistées positives à l'ECS (Annexe IVb).

4.1.6 Analyse des données disponibles sur les résultats du programme

Tous les centres de dépistage et les CR SR des régions qui mettent en œuvre un programme de dépistage du cancer doivent établir périodiquement des rapports de résultats à adresser au point focal du programme national. Le Ministère a partagé avec nous les données agrégées pour les années 2015 et 2016. Ces données ont été analysées afin d'évaluer divers indicateurs de résultat du programme.

L'analyse finale de la situation et le rapport sur les résultats du programme ont été préparés suite à la synthèse et la collecte des informations recueillies durant les différentes étapes d'évaluation du programme.

Région	Province visitée	CR SR	Type de centre	Année de démarrage des activités de dépistage			Personnel en charge du dépistage				Objectif annuel pour 2016	
				ECS	IVA	Evaluation des effets positifs du dépistage	MG	Infirmière	Sage-femme	ECS	IVA	
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	M'diq	Ahrik	CS urbain	2010	2015	S/O	2	2	0	1271	465	
		Allyine	CS rural	2013	En cours de démarrage	S/O	1	0	0	180	-	
		M'diq Fndiq	CR SR	S/O	S/O	2015	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
Rabat-Salé-Kénitra	Salé	Moulay Ismail	CS urbain	2012	2012	S/O	1	1	2	918	408	
		Laarjat	CS rural	2012	2012	S/O	1	1	1	918	1333	
		Salé	CR SR	S/O	S/O	En travaux*	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
Fès-Meknès	Meknès	Mouley Youssef	CS urbain	2010	2011	S/O	3	2	0	822	1055	
		Oued Jdida	CS rural	2011	2011	S/O	1	2	0	199	264	
		Meknès	CR SR	S/O	S/O	2010	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
Darâa-Taflaïet	Midelt	Aït Izdeg	CS rural	2013	2013	S/O	1	2	0	456	648	
		Quartier Administratif	CS urbain	2010	2012	S/O	1	2	1	550	529	
Béni Mellal-Khénifra	Khénifra	Aguelmous	CS rural	2010	2012	S/O	1	1	3	929	1430	
		Khénifra	CR SR	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
Casablanca-Settat	El Fida	Zellaka	CS urbain	2012	2012	S/O	1	2	0	545	336	
		El Fida	CR SR	S/O	S/O	2011	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
Marrakech-Safi	El Houz	Sidi Ghiate	CS rural	2011	2014	S/O	1	0	4	945	709	
		Amezmit	CS urbain	2011	2014	S/O	1	1	0	1684	1674	
Souss-Massa	Taroudant	Ouled Taima	CS semi-urbain	2015	2015	S/O	3	2	0	1850	668	
		Argana	CS rural	2016	2016	S/O	1	1	1	959	882	
		Taroudant	CR SR	S/O	S/O	2015	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	

Tableau 2 : Informations relatives aux centres de santé et Centres de Référence pour la Santé Reproductive inspectés lors de la supervision [CR SR : Centre de Référence pour la Santé Reproductive ; ECS : examen clinique des seins ; IVA : inspection visuelle après application d'acide acétique ; MG : médecin généraliste ; S/O : sans objet] * Les femmes positives au dépistage sont renvoyées au CR SR de Rabat

► 5. Dépistage du cancer au Maroc - mise en œuvre et organisation du programme

5.1 Politique et état de la mise en œuvre du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus

Le Programme National de Détection Précoce et de Traitement des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (PNDPCSCU) a été lancé en 2010 au Maroc par le Ministère de la Santé en tant que composante du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010—2019), adopté la même année. Le programme a été mis en œuvre en partenariat stratégique avec la Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers (FLSC), le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale (OMS-EMRO), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) sous la direction et le parrainage de SAR la Princesse Lalla Salma, présidente de la FLSC. Les principaux objectifs du programme sont d'assurer l'accès à un dépistage de bonne qualité et à un diagnostic et un traitement précoces des cancers du sein et du col de l'utérus pour l'ensemble des femmes de la population cible au niveau national.

Avant la mise en œuvre du PNDPCSCU, un projet pilote sur le dépistage du cancer du sein a été mené en 2009 dans la province de Temara. Au total, 2350 femmes ont été dépistées par un examen clinique des seins (ECS). Le taux de positivité des ECS était de 9,3 % et le taux de dépistage du cancer du sein de 1,9/1000 femmes dépistées. Pour le cancer du col de l'utérus, aucun projet pilote

n'a été mis en place avant le démarrage du programme de dépistage. Une évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus dans 43 unités de soins primaires de la région de Meknès-Tafilalet a été effectuée en 2016. Au total, 18 586 femmes entre 43 et 49 ans ont été dépistées par IVA, 1628 (8,8 %) d'entre elles étaient positives, parmi lesquelles 1144 (70,3 %) ont subi une colposcopie. Au total, 87 cas de néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) ont été suspectés lors de la colposcopie et trois cancers invasifs ont été diagnostiqués [6].

Le programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus lancé en 2010 dans deux régions (Meknès et Rabat) a été progressivement élargi à l'ensemble des 12 régions pour le cancer du sein et à huit régions pour le cancer du col de l'utérus. L'état du déploiement du programme dans les différentes régions (mis à jour jusqu'en mai 2017) est indiqué au Tableau 3. Alors que les équipements de dépistage du cancer du sein sont disponibles dans l'ensemble des 74 provinces du pays, ceux du cancer du col de l'utérus ne sont disponibles que dans 35 d'entre elles.

Région	Nombre total des provinces de la région	Dépistage du cancer du sein		Dépistage du cancer du col de l'utérus		Nombre de CR SR dans la région
		Année de démarrage	Nombre de provinces fournissant les prestations	Année de démarrage	Nombre de provinces fournissant les prestations	
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	7	2010	7 (100 %)	2014	4 (57,1 %)	4
L'Oriental	8	2010	8 (100 %)	Pas de dépistage	0	1
Fès-Meknès	9	2010	9 (100 %)	2010	8 (88,9 %)	5
Rabat-Salé-Kénitra	7	2010	7 (100 %)	2010	7 (100 %)	5
Béni Mellal-Khémifra	5	2010	5 (100 %)	2012	1 (20 %)	1
Casablanca-Settat	9	2010	9 (100 %)	2011	5 (55,6 %)	6
Marrakech-Safi	8	2010	8 (100 %)	2012	5 (62,5 %)	1
Darâa-Taflalet	5	2010	5 (100 %)	2011	3 (60 %)	2
Souss-Massa	6	2010	6 (100 %)	2015	2 (33,3 %)	2
Guelmim-Oued Noun	4	2010	4 (100 %)	Pas de dépistage	0	0
Laâyoune-Sakia El Hamra	4	2010	4 (100 %)	Pas de dépistage	0	0
Dakhla-Oued Ed-Dahab	2	2010	2 (100 %)	Pas de dépistage	0	0
TOTAL	74		74 (100 %)		35 (47,3 %)	27

Tableau 3 : Etat de la mise en œuvre du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans l'ensemble des provinces des différentes régions du Maroc en 2017

L'une des réalisations majeures du programme est la mise en place des centres de Référence pour la Santé Reproductive (CR SR) équipés d'installations permettant d'examiner les femmes positives au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Jusqu'en 2017, 27 CR SR ont été créés au total dans neuf régions du pays. Dans les régions sans CR SR, les femmes sont invitées à se rendre à l'hôpital provincial disposant des installations appropriées.

5.2 Financement du programme

Le gouvernement du Maroc dépense 5,9 % du produit intérieur brut (PIB) pour la santé [23]. Le Ministère de la Santé finance le

programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le cadre de son budget ordinaire. L'allocation budgétaire directe totale du programme de dépistage et de détection précoce est de 146 millions de dirhams (14,6 millions de dollars américains (USD) sur 10 ans (2010—2019) (Tableau 4). Ce montant représente 1,8 % du budget du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) [2]. Plus de 88 % du budget global du PNPCC sur dix ans est destiné à la gestion du diagnostic et du traitement des patients atteints de cancer, qui comprend également la gestion des patientes détectées positives aux cancers du sein et du col de l'utérus.

Activités du programme	Budget total alloué (x 1000) (USD)	Proportion du budget total de lutte contre le cancer
Prévention du cancer	57 870	7,1 %
Dépistage et détection précoce	14 600	1,8 %
Traitement du cancer		
<i>Infrastructure</i>	78 900	9,6 %
<i>Médicaments</i>	462 900	56,5 %
<i>Maintenance</i>	178 200	21,7 %
<i>Gestion</i>	3 700	0,5 %
Soins palliatifs	8 600	1,0 %
Dépenses supplémentaires	15 000	1,8 %
TOTAL	819 770	100 %

Tableau 4 : Budget du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer - 2010—2019 [Source : <http://www.contrelecancer.ma/fr/>]

Tous les tests de dépistage et de diagnostic (à l'exception de l'histopathologie) sont gratuits pour les femmes participant au programme de dépistage. L'assurance maladie constitue une source majeure de soutien aux populations nécessitant un traitement contre le cancer. Le Maroc a mis en place en 2005 une Assurance Maladie Obligatoire (AMO, couvrant 7,9 millions de personnes). Un régime d'assistance médicale visant à aider les personnes économiquement défavorisées (dont le revenu annuel du ménage est inférieur à 675 USD) à couvrir les dépenses de santé catastrophiques (RAMED, couvrant 8,5 millions de personnes) a également été mis en place en 2007 d'abord comme projet pilote, puis a été déployé dans tout le pays en 2012. Malgré tous ces efforts, une proportion significative de la population (58,4 %) doit prendre en charge certains frais de traitement et de suivi après un diagnostic de cancer.

5.3 Protocole pour le dépistage du cancer du sein et orientation des femmes dépistées positives

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec la FLSC, le FNUAP et l'OMS, a constitué un comité d'experts nationaux et internationaux pour élaborer le protocole et les lignes directrices pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc. Le protocole est disponible sur http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_de_detection_precoce_des_cancers_du_sein_et_du_col_de_l_uterus.pdf

Les femmes âgées de 40 à 69 ans sont admissibles au dépistage du cancer du sein au Maroc. Comme l'incidence du cancer du sein augmente brusquement à partir de l'âge

de 40 ans au Maroc, la limite inférieure de l'âge cible pour son dépistage est passée de 45 à 40 ans en novembre 2016. Les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein au premier degré peuvent bénéficier d'un dépistage à tout âge.

Le test de dépistage recommandé est l'ECS à effectuer dans un centre de soins de santé primaire (CS) par les médecins généralistes, les infirmières ou les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation appropriée. Les prestataires de services sont tenus de conseiller les femmes de manière adéquate et d'obtenir leur consentement verbal avant de les soumettre aux tests de dépistage.

Le protocole de suivi après un ECS s'avérant positif, tel qu'il est recommandé dans les directives nationales, est décrit à Figure 7. Les femmes dont l'ECS est normal doivent être rassurées et on doit leur conseiller de revenir au CS dans un délai de deux ans (sauf si elles ont des antécédents familiaux de cancer du sein parmi les parents de premier degré). Les femmes dont l'ECS est positif, celles ayant des antécédents familiaux de cancer du sein (indépendamment des résultats de l'examen clinique) ainsi que celles se plaignant de symptômes évocateurs d'un cancer du sein doivent être adressées aux CR SR ou aux hôpitaux provinciaux dotés d'équipements de mammographie pour des examens complémentaires.

Au CR SR, un médecin généraliste ou un gynécologue devra refaire un ECS. Si aucune anomalie n'est détectée, la femme doit être rassurée et on doit lui conseiller de refaire un test de dépistage dans un délai de deux ans. Si une anomalie est détectée lors de l'ECS, le gynécologue conseillera une mammographie (+ échographie) et, en fonction des résultats

des examens radiologiques, une micro-biopsie sera effectuée. Les femmes ayant été diagnostiquées positives au cancer du sein suite à la micro-biopsie seront adressées à un centre d'oncologie pour l'organisation et la gestion ultérieure des soins. Le protocole de prise en charge est applicable aux femmes envoyées en consultation en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein ou de symptômes suggérant un cancer.

5.4 Protocole pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et orientation des femmes dépistées positives

L'âge cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc est de 30 à 49 ans. Les femmes admissibles doivent faire l'objet

d'une inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) dans les CS par des médecins généralistes, des infirmières ou des sages-femmes formés. Il sera conseillé aux femmes dont les résultats du dépistage sont négatifs de refaire un test de dépistage à l'IVA dans un délai de 3 ans. Les femmes positives à l'IVA seront adressées à un CR SR pour y subir une colposcopie. Le protocole national recommande que les femmes dont la jonction squamo-cylindrique (JSC) n'est pas totalement visible soient également envoyées aux CR SR pour y subir une colposcopie. Dans les CR SR, les femmes positives à l'IVA ou celles dont la JSC n'est pas visualisée subiront une colposcopie par un gynécologue et la prise en charge ultérieure sera fonction

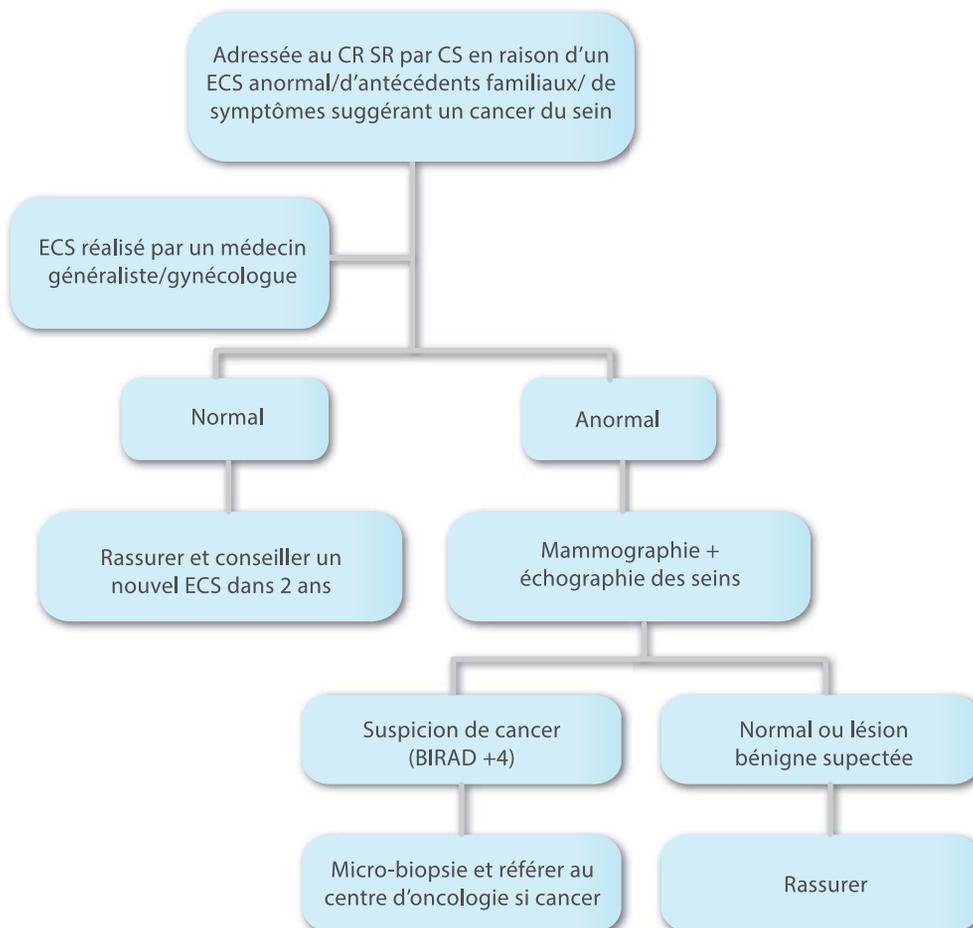


Figure 7 : Protocole de prise en charge des femmes diagnostiquées positives à l'ECS dans les CR SR

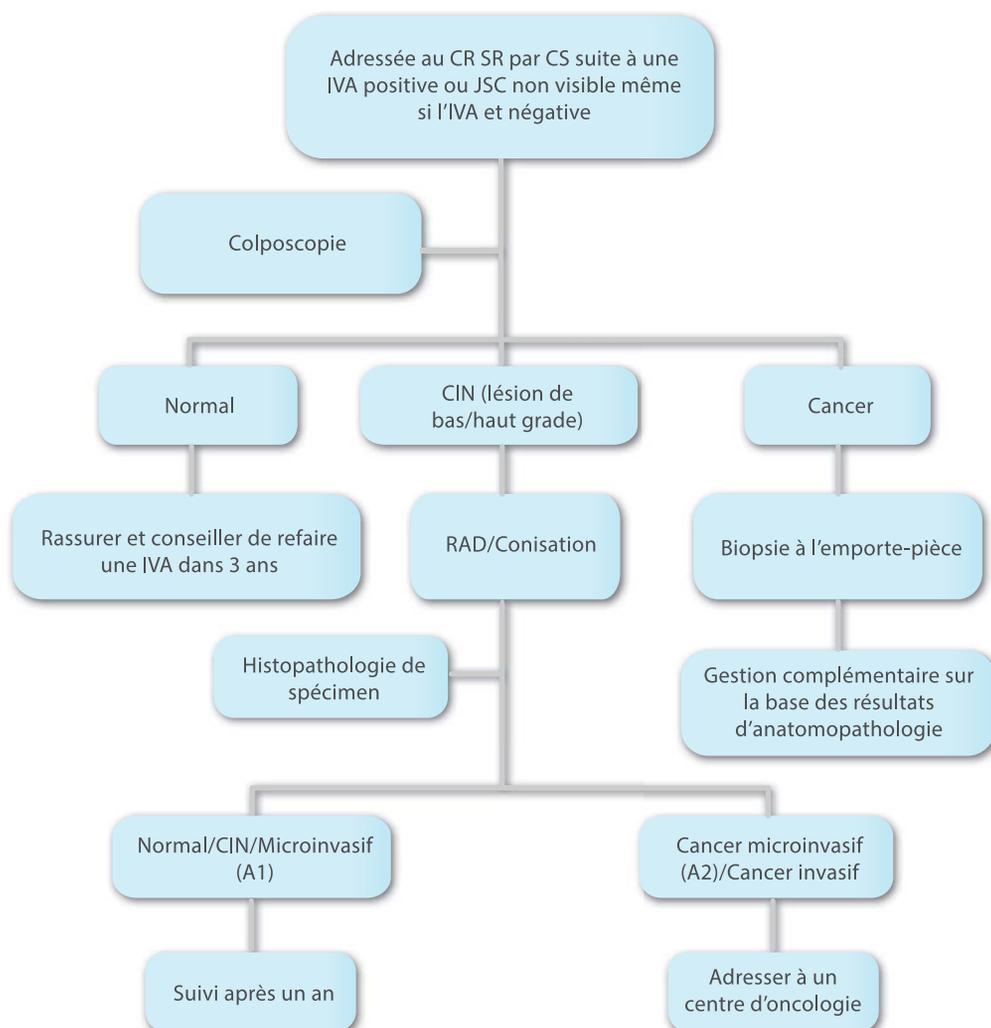


Figure 8 : Protocole de prise en charge des femmes positives à l'IVA dans les CR SR

des résultats de la colposcopie. La Figure 8 présente le protocole appliqué pour le suivi de ces femmes.

Selon les directives nationales de dépistage, tous les grades de lésions CIN suspectées à la colposcopie doivent être traités par excision. Le protocole actuel ne mentionne pas la cryothérapie ni la thermo-coagulation comme option de traitement.

5.5 Identification de la population admissible

À l'heure actuelle, il n'existe aucun mécanisme pour identifier les femmes admissibles de manière individuelle et les inviter à participer

au dépistage du cancer. Par conséquent, le programme est uniquement opportuniste. Chaque centre de santé reçoit un nombre cible de femmes que le point focal de la province doit examiner chaque année. Le nombre cible annuel de dépistages du cancer du sein (chaque cycle de dépistage est de deux ans) est habituellement calculé à 40 % du nombre estimé de femmes entre 40 et 69 ans résidant dans la zone du CS. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (chaque cycle de dépistage est de trois ans), la cible annuelle est généralement calculée à 30 % du nombre total estimé de femmes entre 30 et 49 ans résidant dans la zone du CS. La cible est toutefois fixée à des

nombres inférieurs pour les CS ayant lancé le programme récemment ou ne disposant pas du personnel nécessaire.

5.6 Mobilisation communautaire et promotion de la participation

Chaque année, en octobre ou novembre, une campagne de sensibilisation au cancer du sein est menée à l'échelle nationale via les médias (avec des affiches, la collaboration de la presse écrite, des spots à la radio et à la télévision). Les organisations de la société civile participent également à cette campagne. Celle-ci vise à informer la population sur les premiers symptômes du cancer du sein, les avantages du dépistage et la disponibilité des services de dépistage

dans les CS. Cette campagne a un impact majeur sur le dépistage du cancer du sein, car une forte hausse des taux de dépistage est observée dans les mois qui suivent (Figure 9). Cependant, il n'existe pas de telles campagnes d'éducation publique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et les taux de couverture du dépistage restent presque les mêmes tout au long de l'année (Figure 10). Pendant le reste de l'année, les femmes admissibles en fonction de leur âge qui fréquentent les CS pour d'autres problèmes de santé, pour vacciner leurs enfants ou pour accompagner les membres de leur famille malades sont prises en charge par les prestataires de services qui leur conseillent d'effectuer un dépistage du

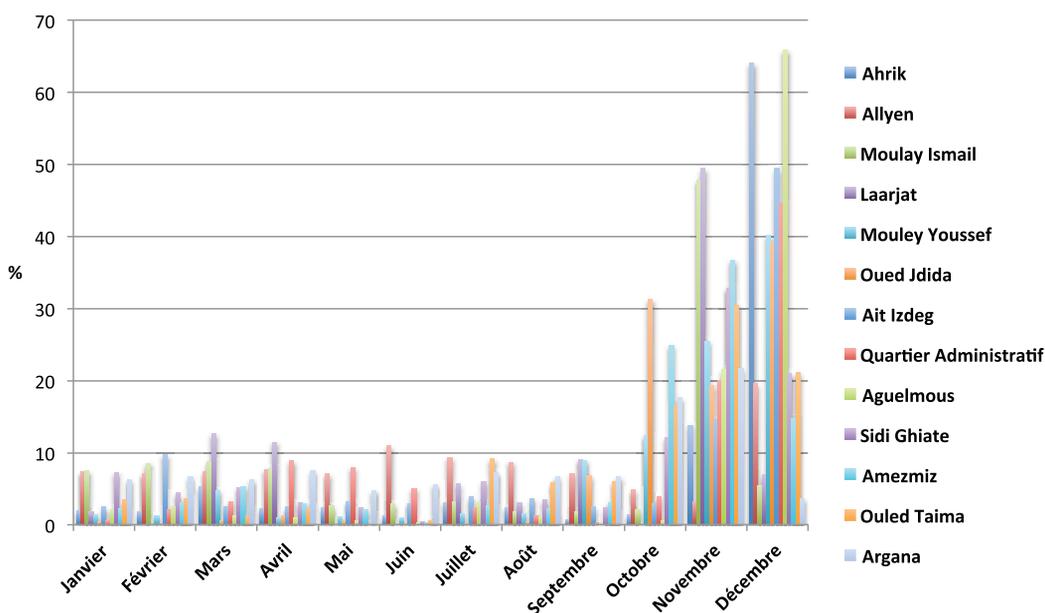


Figure 9 : Proportion des femmes ayant été dépistées pour le cancer du sein par mois en 2016 dans les CS inclus dans les supervisions (une augmentation significative a été observée en novembre et en décembre - les mois de la campagne)

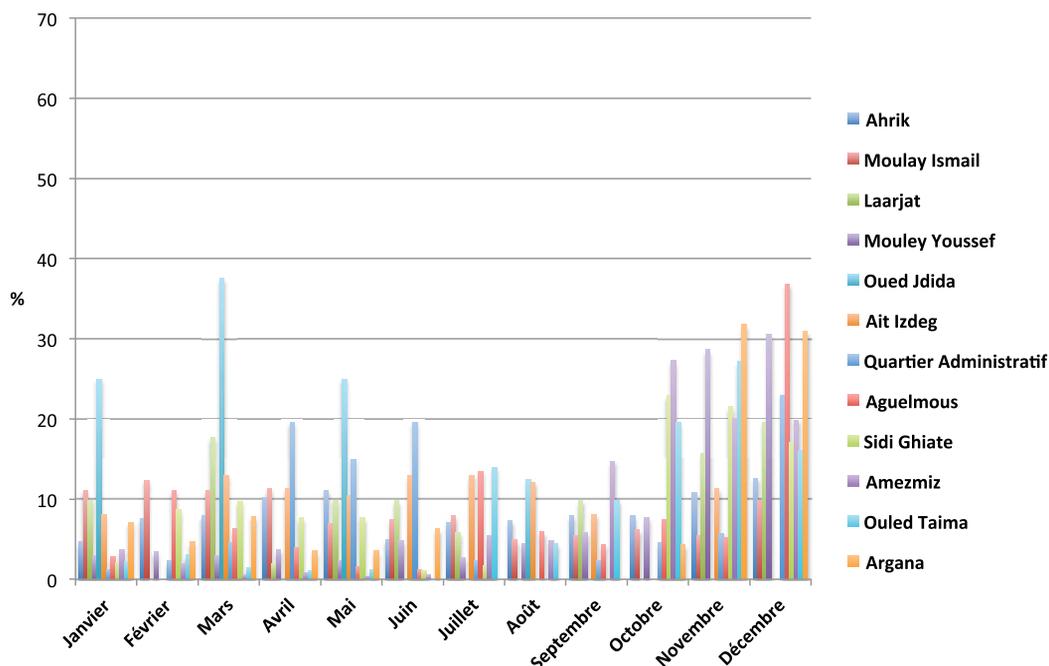


Figure 10 : Proportion des femmes ayant été dépistées pour le cancer du col de l'utérus par mois en 2016 dans les CS inclus dans les supervisions

cancer du sein et du col de l'utérus. Certains CS disposent de brochures et d'affiches éducatives sur le cancer du sein, mais n'en possèdent pas sur le cancer du col de l'utérus.

5.7 Services de dépistage dans les centres de soins de santé primaires

Dans certains CS, le dépistage est proposé aux femmes tous les jours ouvrables alors qu'il l'est seulement quelques jours fixes de la semaine (une ou deux fois par semaine) dans la majorité des autres centres. Certains CS offrent des ECS quotidiennement, alors que l'IVA n'y est effectuée qu'une ou deux fois par semaine. Toutes les cliniques inspectées lors de la supervision sont propres, offrent une protection des données personnelles adéquate et possèdent des lits d'examen et des lumières focales en bon état. Le personnel permanent d'un CS réalisant des tests de dépistage comprend des médecins

généralistes, des infirmières et des sages-femmes. Leur nombre varie en fonction de la charge de travail du centre. Les ECS et les IVA sont effectués par les trois catégories de personnel, à condition qu'ils soient formés pour le faire. Les prestataires de services donnent des conseils aux femmes avant et après les procédures.

Le nombre de femmes ayant subi des tests de dépistage du cancer du sein en 2016 dans les 14 CS visités par l'équipe de supervision variait de 332 à 2108. Plus de la moitié de ces centres (8/14, 57,1 %) ont atteint 90 % de leur objectif annuel d'ECS. Le nombre de femmes soumises au dépistage du cancer du col de l'utérus dans ces CS en 2016 variait de 8 à 871 et seulement un tiers d'entre eux (4/13, 30,8 %, un CS n'ayant pas pratiqué d'IVA) a atteint plus de 90 % de la cible annuelle.

On observe une grande variation dans la positivité des tests de dépistage dans les CS visités : la positivité des examens cliniques des seins variait de 0,5 % à 17,8 % et celle des IVA de 0 % à 34,5 %.

Les rapports de résultats mensuels préparés par les CS n'incluent pas le nombre de femmes dépistées en dehors de l'âge recommandé. Néanmoins, l'équipe de supervision a évalué l'ensemble des chiffres contenus dans les registres conservés aux CS. La proportion était très faible dans la majorité des CS visités et la plupart des femmes n'ayant pas l'âge requis ont été dépistées en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein. Par contre, la proportion de femmes dépistées en dehors de l'âge admissible dépassait 25 % dans trois des 14 CS visités.

Au cours des supervisions, on a également observé que dans certains CS, les femmes ont été réexaminées trop souvent (moins de deux ans pour le cancer du sein et moins de trois ans pour le cancer du col de l'utérus), mais le nombre exact n'a pas pu être calculé.

Toutes les femmes positives au dépistage sont adressées aux CR SR ou aux hôpitaux de leurs provinces respectives avec une fiche de référence et des instructions claires.

Les tests de dépistage sont fournis gratuitement dans tous les centres.

Dans les centres de dépistage, la réalisation des ECS et des IVA par les prestataires de services a été évaluée à l'aide des listes d'évaluation des compétences. Les conseils préalables et consécutifs aux examens étaient appropriés dans la plupart des cas. Près de la moitié des ECS ont été effectués sur les femmes en position couchée uniquement et n'ont pas été poursuivis en position assise. Les examens d'IVA

ont été menés selon les directives par presque tous les prestataires de services. Ces derniers ont également été invités à démontrer leur savoir-faire dans la préparation de 5 % d'acide acétique, et tous ont pu le faire correctement. La solution d'acide acétique est fraîchement préparée avant les IVA selon les directives, et le surplus est jeté en fin de journée.

5.8 Tenue des dossiers et gestion des données dans les centres de soins de santé primaires

Les dossiers des femmes soumises aux tests de dépistage sont conservés dans un registre fourni par le programme. Dans ce registre, sont consignés le nom, le numéro de la carte d'identité nationale, l'adresse, le numéro de téléphone, l'âge/l'année de naissance, si la visite de dépistage est une première visite ou une visite de suivi, les résultats des tests de dépistage et les mesures prises. Il a été noté que les registres étaient à jour, complets et bien tenus dans la majorité des centres inspectés lors des supervisions. Un système permettant de fournir un numéro d'identification unique à chaque femme inscrite au dépistage a été élaboré en 2016. Ce numéro comprend le numéro d'identification du centre (fourni à chaque CS par le point focal du programme), l'année de l'inscription et le numéro de série de la personne dans le registre de l'établissement correspondant à l'année en cours (format du numéro d'identifiant unique - XX / AAAA / NNNN où XX = ID du CS, AAAA = année d'inscription, NNNN = numéro d'inscription de la femme dans le centre de l'année en cours). Ce numéro d'identification doit être inscrit sur la carte de participation au programme pour référence future et une carte doit être donnée à toute femme venant se faire dépister. Toutefois, pendant les visites de contrôle, il

a été observé que seuls deux CS ont délivré des cartes d'inscription avec des numéros d'identification uniques. Il est difficile de créer une base de données informatisée dans les CS en raison du manque de personnel et d'accès à Internet, bien que certaines unités soient équipées d'ordinateurs.

Chaque CS devrait élaborer un rapport de résultats mensuel comprenant le nombre de femmes dépistées, et le nombre de cas dépistés positifs et renvoyés pour la réalisation d'examen complémentaires. Un rapport de résultats mensuel contenant une liste des femmes dépistées positives doit être soumis au point focal du programme pour la province. Il a été observé que certains CS ne soumettaient pas de tels rapports de manière régulière. Il n'existe pas de protocole défini pour le suivi des femmes dépistées positives (précisant le ou les membres du personnel du CS responsables du suivi, la fréquence du suivi, le mode de contact avec les femmes, etc.) qui permet de vérifier si ces dernières ont été vues aux centres de référence. Le point focal de la province est responsable de la vérification croisée de la liste des femmes positives envoyées par les CS avec la liste des femmes qui fréquentent les centres de détection précoce, et fournit des instructions aux CS. En l'absence d'un protocole clair et de toute gestion informatisée des données, le suivi des femmes dépistées positives est difficile et n'est pas effectué régulièrement.

5.9 Lutte contre les infections et élimination des déchets dans les centres de soins de santé primaires

Presque tous les CS utilisent des spéculums vaginaux et des gants jetables pour l'IVA. Les instruments utilisés sont décontaminés dans une solution chlorée et les instruments

réutilisables sont alors stérilisés en autoclave. Tous les centres inspectés lors des supervisions possédaient des autoclaves en bon état. Cependant, il n'y avait pas de protocole clair pour le traitement des déchets dans la plupart des établissements et ceux-ci étaient brûlés ou enterrés dans les locaux des CS ou d'autres lieux désignés. Certains CS urbains avaient délégué la collecte de leurs déchets à une entreprise qui les prenait en charge en même temps que les déchets générés par l'hôpital local.

5.10 Services de diagnostic dans les centres de diagnostic du cancer

Au total, 27 CR SR ont été créés dans neuf régions pour la réalisation d'examen complémentaires chez les femmes dont les résultats de l'ECS et de l'IVA étaient positifs (Tableau 3). Les supervisions ont été effectuées dans six CR SR sélectionnés au hasard dans les régions sélectionnées. Tous les CR SR étaient équipés d'installations de mammographie, d'échographie mammaire et de colposcopie.

Le nombre de femmes adressées aux CR SR suite à un test ECS positif en 2016 variait de 225 à 3507. Les taux de référence des femmes positives à l'ECS et à la mammographie variaient énormément, passant de 23,4 % à 89,4 %. Parmi les six centres visités, cinq étaient équipés d'installations de mammographie numérique. Cependant, dans certains centres, les techniciens en mammographie et les radiologues n'étaient disponibles que deux ou trois fois par semaine.

Les femmes dont les résultats de la mammographie ou de l'échographie mammaire étaient anormaux et celles présentant des masses palpables devaient se soumettre à une micro-biopsie effectuée par un gynécologue dans les CR SR. Nous avons recueilli

des données sur les résultats des mammographies des cinq centres équipés de ce type d'installations. Sur un total de 4910 mammographies réalisées en 2016, 356 (7,2 %) avaient un score BIRAD de 4+. La majorité de ces femmes (344/356 ; 96,6 %) avaient subi des micro-biopsies, et le reste des cytologies par aspiration à l'aiguille fine (FNAC). Au total, 254 cancers du sein ont été détectés chez les femmes dont le score BIRAD était de 4+, ce qui indique une valeur prédictive positive élevée de la mammographie (254/356 ; 71,3 %) au seuil du BIRAD 4. Le taux de détection du cancer du sein chez les femmes ayant été adressées au CR SR suite à un ECS positif pour la réalisation d'une mammographie était 51,7/1000.

Le nombre de femmes positives à l'IVA fréquentant les cinq CR SR visités par l'équipe variait de 18 à 444 en 2016. Dans l'un des CR SR, il a été observé que les gynécologues conseillaient à toutes les femmes positives à l'IVA d'effectuer un test de Papanicolaou et ne faisaient une colposcopie que si les résultats de la cytologie étaient anormaux. Une telle approche n'est pas recommandée par le protocole national. En 2016, 677 colposcopies ont été effectuées dans les six centres sélectionnés et 41 cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués. Seuls deux centres ont affirmé effectuer des résections à l'anse diathermique (RAD) (un total de 17 RAD réalisées en un an dans ces deux centres). Le reste des centres renvoyait les patientes à l'hôpital le plus proche, même si l'unité électro-chirurgicale et d'autres instruments de RAD étaient disponibles. La cryothérapie n'était effectuée dans aucun des centres que nous avons visités et n'était pas recommandée par les lignes directrices nationales. Tous les cas de cancer invasif détectés dans les centres sont adressés au

centre d'oncologie le plus proche.

Aucun des CR SR ne dispose d'installations d'histopathologie ou de cytologie sur place. Les gynécologues du CR SR obtiennent les échantillons pour l'histopathologie ou la cytologie, que les patientes fournissent à l'hôpital public local ou aux laboratoires privés pour examen. Certaines patientes ne reviennent pas avec les résultats des analyses et les centres ne sont pas en mesure de les suivre. Tous les services fournis au sein des CR SR sont gratuits.

Tous les centres de détection disposent d'ordinateurs et d'un responsable de saisie des données et les dossiers informatisés des femmes inscrites y sont tenus. Cependant, ces dossiers ne contiennent pas les détails cliniques du patient ni les résultats des tests de diagnostic effectués.

Il a été observé que seuls deux centres de détection utilisaient les mêmes numéros d'identification délivrés par les centres de dépistage pour l'inscription des femmes qui leur étaient adressées. Certains CR SR contactent les femmes avec un diagnostic de cancer pour vérifier si elles se sont rendues dans les centres d'oncologie. Il n'existe pas de protocole défini pour le suivi des femmes positives.

5.11 Organisation des services mobiles de proximité pour les femmes dépistées positives à l'examen clinique du sein

Dans certaines régions où les CR SR ne sont pas en nombre suffisant ou sont difficilement accessibles, une unité mobile (un véhicule adapté) équipée d'installations pour la réalisation de mammographies et de micro-biopsies est mise en place pour examiner les femmes positives à l'ECS.

Cela permet d'augmenter la participation aux tests de diagnostic. L'emplacement de ces cliniques mobiles et la fréquence des visites sont décidés par le point focal régional en accord avec le point focal de la province. La clinique mobile est particulièrement utile lors de la campagne de sensibilisation au cancer du sein.

5.12 Formation des prestataires de services

La formation des prestataires de services (médecins généralistes, infirmières et sages-femmes) en matière d'ECS et d'IVA est effectuée sur quatre jours et comprend cinq modules : IVA, colposcopie et traitement, ECS, système d'information et communication. Cependant, la formation pratique n'est pas très structurée. Le manuel de formation ne précise pas le nombre de procédures que chaque stagiaire doit effectuer sous supervision ou individuellement avant de pouvoir être considéré comme compétent. Aucun certificat n'est délivré aux participants après la fin de la formation. Lors des GD, les prestataires de services ont exprimé un besoin de formation continue périodique. Au cours des supervisions des centres de dépistage, on a observé que certaines infirmières et sages-femmes effectuaient les ECS et les IVA sans avoir participé au programme de formation. Elles ont été formées dans leurs centres respectifs par des médecins généralistes, des infirmières ou des sages-femmes qualifiés.

Les gynécologues sont formés aux colposcopies et aux RAD pendant deux jours. Il existe un programme de formation pour les gestionnaires de programme (points focaux de région et de province). Des réunions d'orientation sont organisées au profit des représentants des organisations non gouvernementales (ONG) afin qu'ils puissent agir sur la mobilisation communautaire.

Chaque région dispose d'un plan d'action de formation et d'un groupe de maîtres-formateurs. Certains, spécialisés en colposcopie, ont été formés en Inde.

Aucune formation en matière d'orientation n'est menée dans le cadre du programme de dépistage au profit des chirurgiens, des radiologues et des techniciens en radiologie, même s'ils ont un rôle crucial à jouer dans la gestion des cas des femmes dépistées positives.

5.13 Centres d'oncologie

Il existe neuf centres régionaux d'oncologie (RCO) dans le secteur public, et la création de deux autres est prévue dans un avenir proche. Un pôle spécialisé pour lutter contre les cancers gynéco-mammaires a été créé dans les villes de Rabat et de Casablanca. Les services de proximité de chimiothérapie sont disponibles dans trois provinces et deux autres sont en cours de création. La radiothérapie par faisceau externe est fournie par 17 accélérateurs linéaires dans le secteur public et 17 autres dans le secteur privé, bien que leur nombre soit encore insuffisant pour couvrir l'ensemble de la population.

Le Maroc a lancé un programme de soutien aux patients atteints de cancer avec la création des « Maisons de vie » afin d'accueillir les patients et leurs familles pendant la période de traitement. L'objectif est de réduire la demande de lits d'hôpitaux et d'augmenter la participation des patients aux séances de radiothérapie et de chimiothérapie.

Le centre national de traitement de la douleur et des soins palliatifs a été inauguré à Rabat en 2005 et comprend 10 lits et une clinique de soins ambulatoires. Par la suite, trois autres unités de soins palliatifs ont été créées à Marrakech, à Casablanca et à Fès. Trois équipes mobiles de soins palliatifs

comprenant 81 professionnels (35 médecins généralistes, 32 infirmières, 10 bénévoles et quatre gestionnaires de programme) formés aux soins palliatifs et à la réadaptation sont également disponibles. Le Parlement marocain a modifié la réglementation restrictive sur les opioïdes en 2013 en permettant la prescription de la morphine par voie orale pendant 28 jours sans aucune limitation quant à la dose maximale à administrer.

5.14 Coordination et suivi du programme

Le programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus relève directement du Ministère de la Santé qui dispose de plusieurs instances de surveillance de ses différentes composantes (Figure 11). **Le comité technique**, responsable de la mise en œuvre et du suivi du programme dans les régions et les provinces, est constitué des principaux membres suivants :

- Le chef du programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus de *la Direction de la Population, Ministère de la Santé*
- Le chef de l'unité du cancer de *la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Ministère de la Santé*
- Le représentant de la FLSC

Le Directeur Régional de la Santé est responsable de la mise en œuvre du programme dans toute la région. Chaque région et chaque province dispose d'un point focal spécifique pour le programme de dépistage. Les cliniciens en charge des CR SR et des CS agissent en tant que responsables du programme dans leurs centres respectifs.

Le Comité technique se réunit au moins une fois tous les trois mois. A chaque réunion, il est

question de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme dans les différentes régions, du déploiement du personnel, des besoins en formation et des performances des différents centres.

Le comité consultatif, composé d'intervenants clés, dont les responsables suivants :

- Tous les Directeurs du Ministère de la Santé
- Le Directeur Général de la FLSC
- Le représentant du Directeur du bureau du FNUAP (de 2010 à 2014)
- Le gynécologue responsable de la formation

Le comité consultatif se réunit tous les six mois pour évaluer les résultats du programme et apporter conseil et expertise en matière d'amélioration de la qualité selon les besoins. Les Directeurs Régionaux et les points focaux régionaux du programme de dépistage assistent à la réunion.

Une réunion hebdomadaire a lieu dans les CS et une réunion mensuelle a lieu au niveau des provinces afin d'examiner les résultats, la résolution des problèmes et les échanges de commentaires.

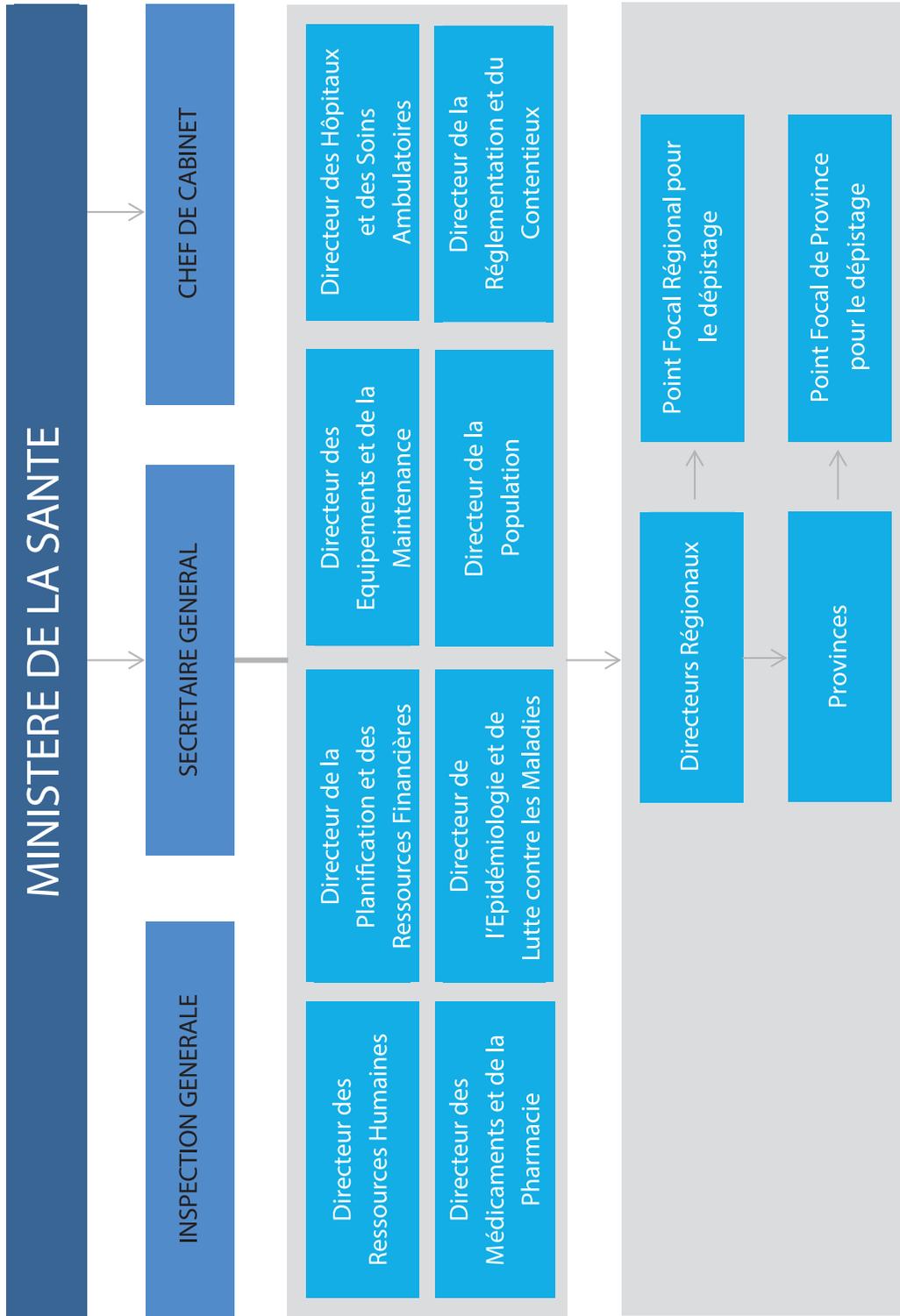


Figure 11 : Organisation de la planification et de la mise en œuvre du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc

Un système de référence et contre-référence a été mis en place entre les différents niveaux du programme (Figure 12). Les CS et les CR SR envoient leurs rapports mensuels (indiquant le nombre de femmes examinées, le nombre de femmes dépistées positives et les coordonnées des cas positifs) aux points focaux de province, et leurs rapports trimestriels aux points focaux régionaux et national. Les points focaux de province transmettent les rapports aux points focaux régionaux qui les envoient à leur tour au point focal national. Les points focaux de province sont responsables de la vérification croisée des listes des femmes dépistées positives avec celles des femmes qui fréquentent les CR SR afin d'évaluer approximativement la participation des femmes dépistées positives aux examens de diagnostic complémentaires. Les hôpitaux régionaux et les centres d'oncologie envoient la liste des femmes traitées tous les trois mois

aux points focaux régionaux, qui peuvent la comparer à la liste des femmes diagnostiquées par le programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le but d'évaluer de manière approximative leur adhésion au traitement. L'ensemble du processus est effectué manuellement en l'absence d'un système de santé informatisé. Le point focal national compile les rapports reçus des différentes régions afin d'évaluer les indicateurs reportés au (Tableau 5) et de les comparer aux normes nationales. Il fournit un retour aux points focaux régionaux et de province afin qu'ils puissent adopter des mesures correctives, si nécessaire. Cependant, en l'absence d'un système de santé informatisé, le processus de flux d'informations n'est pas très efficace. Le protocole d'assurance-qualité ne précise pas les mesures correctives qui doivent être prises si les indicateurs sont inférieurs ou supérieurs aux normes.

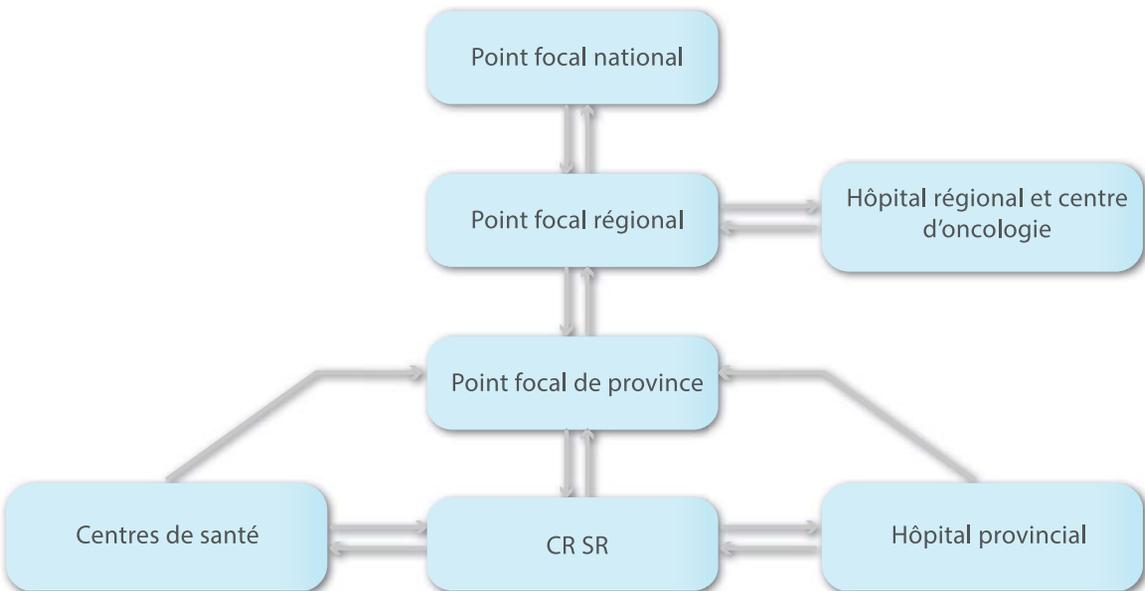


Figure 12 : Diagramme du flux de référence et de contre-référence entre les différents niveaux des services de santé pour la coordination du programme

Indicateur de dépistage	Méthode de calcul	Normes nationales
Taux de participation au dépistage du cancer du sein	Nombre de femmes âgées de 40 à 69 ans dépistées pour le cancer du sein / nombre de femmes admissibles au dépistage du cancer du sein dans la population x 100	60 % sur 2 ans
Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus	Nombre de femmes âgées de 30 à 49 ans dépistées pour le cancer du col de l'utérus / nombre de femmes admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population x 100	60 % sur 3 ans
Taux de positivité à l'ECS	Nombre de femmes positives à l'ECS / nombre de femmes bénéficiant d'un ECS (40–69 ans) x 100	10–13 %
Taux de positivité à l'IVA	Nombre de femmes positives à l'IVA / nombre de femmes bénéficiant d'une IVA (30–49 ans) x 100	10–13 %
Taux de détection du cancer du sein	Nombre de femmes diagnostiquées avec un cancer du sein / nombre de femmes (40–69 ans) examinées par ECS x 1000	Non précisé
Taux de détection du cancer du col de l'utérus	Nombre de femmes diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus / nombre de femmes (30–49 ans) examinées par IVA x 1000	Non précisé
Taux de détection de lésion CIN	Nombre de femmes diagnostiquées avec une lésion CIN / nombre de femmes (30–49 ans) examinées par IVA x 1000	Non précisé
Taux de traitement du cancer du sein	Nombre de femmes traitées pour un cancer du sein / nombre de femmes détectées avec un cancer du sein dans le programme x 100	100 %
Taux de traitement du cancer du col de l'utérus	Nombre de femmes traitées pour un cancer du col de l'utérus / nombre de femmes détectées avec un cancer du col de l'utérus dans le programme x 100	100 %

Tableau 5 : Indicateurs de dépistage, méthode de calcul et normes spécifiées dans les lignes directrices nationales pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc

► 6. Dépistage du cancer au Maroc - résultats du programme

6.1 Analyse des données du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus - 2015 et 2016

Les données agrégées des résultats du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans les différentes régions pour les années 2015 et 2016 ont été compilées par le point focal national et partagées avec l'équipe. Les données régionales pour ces deux années ne sont pas directement comparables puisque les régions ont été redistribuées en 2016, avec un nombre total de régions passant de 16 à 12. Les résultats du dépistage du cancer du sein au cours des années 2015 et 2016 ne sont pas comparables pour une autre raison, l'âge cible pour le dépistage de ce cancer ayant été élargi en 2016 afin d'inclure les femmes entre 40 et 44 ans.

6.2 Résultats du programme de dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein a été déployé dans toutes les régions et provinces du Maroc. L'âge cible pour le dépistage du cancer du sein était de 45 à 69 ans en 2015 et est passé de 40 à 69 ans en 2016. Le nombre de femmes dépistées à l'échelle nationale en 2015 et 2016 était respectivement de 1,1 million et 1,6 million. Le point focal du programme spécifiait un objectif de dépistage (% du total des femmes admissibles pouvant être dépistées dans l'année) pour chaque province et région au début de l'année. L'objectif annuel variait de 30 à 50 % de la population totale admissible dans les différentes régions en 2015 et de 11,4 à 50 % en 2016 (Tableaux 6 et 7). Le programme de dépistage du cancer du sein couvrait 31,4 %

de la population totale admissible en 2015 et l'objectif annuel fixé pour l'année a été atteint à l'échelle nationale avec certaines variations régionales (Tableau 6). En 2016, le programme a atteint un taux de dépistage de 32,8 % de la population admissible totale, ce qui correspond à la cible définie pour l'année (Tableau 7).

Le taux de positivité à l'ECS était de 3,2 % en 2015 au niveau national et variait de 1,3 % à 6,0 % selon les régions (Tableau 8). Dans la même année, environ un tiers (34,7 %) des femmes dont l'ECS était positif ont été soumises à des mammographies dans les CR SR, et 5,0 % de toutes les femmes positives à l'ECS ont été soumises à des micro-biopsies ou à des FNAC (Tableau 8). Au total, 1048 cancers du sein ont été détectés parmi les femmes positives à l'ECS fréquentant les CR SR pour des tests de diagnostic. Le taux de détection du cancer du sein était de 1,0 pour 1000 femmes (âge compris entre 45 et 69 ans) (Tableau 8).

Le taux de positivité à l'ECS en 2016 était de 5,2 % au niveau national et variait de 1,7 % à 14,1 % selon les régions (Tableau 9). Dans la même année, sur un total de femmes positives à l'ECS, seules 18,1 % ont subi des mammographies, 18,7 % des échographies mammaires et 2,0 % des micro-biopsies (Tableau 9). Au total, 1238 cancers du sein ont été détectés au cours de l'année et le taux de détection de ce cancer était de 0,8/1000. Les taux d'examen complémentaires et de détection du cancer moins élevés en 2016 que l'année précédente pourraient être attribuables à la modification de l'âge cible et aux informations incomplètes des examens complémentaires des femmes positives à l'ECS.

Région	Nombre total de femmes admissibles (45–69 ans)	Objectif annuel pour le dépistage du cancer du sein (45–69 ans) *	Population cible annuelle en % du total admissible	Nombre de femmes dépistées (45–69 ans)	% de la population totale admissible dépistée	% de la population cible annuelle dépistée
Tanger-Tétouan	329 864	98 958	30,0 %	107 849	32,7 %	109,0 %
L'Oriental	229 513	70 313	30,6 %	59 409	25,9 %	84,5 %
Fès-Boulemane	200 298	100 150	50,0 %	91 011	45,4 %	90,9 %
Meknès-Taflalet	245 049	91 860	37,5 %	61 629	25,1 %	67,1 %
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	311 090	111 044	35,7 %	75 733	24,3 %	68,2 %
Oued Ed-Dahab-Lagouira	11 283	0	-	0	-	-
Grand Casablanca	451 350	186 326	41,3 %	163 461	36,2 %	87,7 %
Marrakech-Tensift-Al Haouz	348 880	139 552	40,0 %	134 315	38,5 %	96,2 %
Laâyoune-Boujdour-Sakia el Hamra	15 444	9453	61,2 %	8431	54,6 %	89,2 %
Guelmim-Es Smara	42 305	12 802	30,3 %	15 391	36,4 %	120,2 %
Sous-Massa-Drâa	371 121	111 337	30,0 %	119 172	32,1 %	107,0 %
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	190 880	82 802	43,4 %	48 169	25,2 %	58,2 %
Chaouia-Ouardigha	185 165	47 627	25,7 %	35 741	19,3 %	75,0 %
Doukhala-Abda	214 571	86 787	40,4 %	71 422	33,3 %	82,3 %
Tadla-Azilal	156 236	52 533	33,6 %	70 080	44,9 %	133,4 %
Taza-Al Hoceima-Taounate	179 923	60 377	33,6 %	31 725	17,6 %	52,5 %
Total national	3 482 972	1 261 921	36,2 %	1 093 538	31,4 %	86,6 %

Tableau 6 : Dépistage du cancer du sein au Maroc : couverture de dépistage par population totale admissible et par population cible annuelle dans les différentes régions en 2015 (* fixé par le point focal du programme)

Région	Nombre total de femmes admissibles (40–69 ans)	Objectif annuel pour le dépistage du cancer du sein (40–69 ans) *	Population cible annuelle en % du total admissible	Nombre de femmes dépistées (40–69 ans)	% de la population totale admissible dépistée	% de la population cible annuelle dépistée
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	458 883	172 928	37,7 %	136 047	29,6 %	78,7 %
L'Oriental	363 784	103 030	28,3 %	100 491	27,6 %	97,5 %
Fès-Meknès	628 509	314 259	50,0 %	247 958	39,5 %	78,9 %
Rabat-Salé-Kénitra	696 537	208 962	30,0 %	241 747	34,7 %	115,7 %
Béni Mellal-Khénifra	370 612	89 375	24,1 %	114 532	30,9 %	128,1 %
Casablanca-Settat	1 077 211	322 577	30,0 %	354 099	32,9 %	109,8 %
Marrakech-Safi	618 414	185 524	30,0 %	193 099	31,2 %	104,1 %
Darâa-Taflalet	209 962	23 840	11,4 %	59 475	28,3 %	249,5 %
Souss-Massa	388 337	132 737	34,2 %	128 832	33,2 %	97,1 %
Guelmim-Oued Noun	59 356	17 807	30,0 %	16 418	27,7 %	92,2 %
Laâyoune-Sakia El Hamra	43 337	13 001	30,0 %	21 068	48,6 %	162,0 %
Dakhla-Oued Ed-Dahab	12 194	0	-	2715	22,3 %	-
Total national	4 927 136	1 584 040	32,1 %	1 616 481	32,8 %	102,0 %

Tableau 7 : Dépistage du cancer du sein au Maroc : couverture de dépistage par population totale admissible et par population cible annuelle dans les différentes régions en 2016 (* fixé par le point focal du programme)

Région	Nombre de femmes dépistées (45—69 ans)	Nombre de femmes positives à l'ECS (%)	Activités de détection précoce du cancer du sein dans les CR SR				Taux de dépistage du cancer du sein (/1000)
			Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une mammographie (%)	Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une FNAC/micro-biopsie (%)	Nombre de cancers du sein détectés	Taux de dépistage du cancer du sein (/1000)	
Tanger-Tétouan	1 07 849	6 443 (6,0)	1 692 (26,3)	152 (2,3)	193	1,8	
L'Oriental	59 409	2 500 (4,2)	813 (32,5)	53 (2,1)	26	0,4	
Fès-Boulemane	91 011	4 281 (4,7)	1 228 (28,7)	105 (2,4)	50	0,5	
Meknès-Tafilalet	61 629	1 791 (2,9)	680 (38,0)	191 (10,7)	87	1,4	
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	75 733	4 228 (5,6)	1 961 (46,4)	562 (13,3)	175	2,3	
Oued Ed-Dahab-Lagouira	0	-	-	-	-	-	
Grand Casablanca	163 461	2 160 (1,3)	1 402 (64,9)	258 (11,9)	214	1,3	
Marrakech-Tensift-Al Haouz	134 315	3 540 (2,6)	1 115 (31,5)	118 (3,3)	93	0,7	
Laâyoune-Boujdour-Sakia el Hamra	8 431	202 (2,4)	-	-	-	-	
Guelmim-Es Smara	15 391	654 (4,2)	173 (26,4)	7 (1,1)	3	0,2	
Sous-Massa-Draâ	119 172	2 525 (2,1)	753 (29,8)	73 (2,9)	69	0,6	
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	48 169	2 155 (4,5)	494 (22,9)	122 (5,7)	88	1,8	
Chaouia-Ouardigha	35 741	1 342 (3,7)	775 (57,7)	7 (0,5)	6	0,2	
Doukhala-Abda	71 422	2 687 (3,8)	286 (10,6)	37 (1,4)	21	0,3	
Tadla-Azilal	70 080	1 398 (2,0)	612 (43,8)	21 (1,5)	18	0,3	
Taza-Al Hoceïma-Taounate	31 725	866 (2,7)	91 (10,5)	34 (3,9)	5	0,2	
Total national	1 093 538	34 828 (3,2)	12 075 (34,7)	1 740 (5,0)	1 048	1,0	

Tableau 8 : Dépistage du cancer du sein au Maroc : informations relatives aux examens complémentaires des femmes positives à l'ECS dans les différentes régions en 2015 (ECS : examen clinique des seins ; CR SR : Centre de Référence pour la Santé Reproductive ; FNAC : Aspiration cytologique à l'aiguille fine)

Région	Nombre de femmes dépistées (40—69 ans)	Nombre de femmes positives à l'ECS (%)	Activités de détection précoce du cancer du sein dans les CR SR				Nombre de cancers du sein détectés	Taux de dépistage du cancer du sein (/1000)
			Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une mammographie (%)	Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une échographie mammaire (%)	Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une micro-biopsie (%)	Nombre de femmes positives à l'ECS soumises à une micro-biopsie (%)		
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	136 047	9017 (6,6)	2616 (29,0)	1993 (22,1)	164 (1,8)	180	1,3	
L'Oriental	100 491	4380 (4,4)	1157 (26,4)	977 (22,3)	74 (1,7)	67	0,7	
Fès-Meknès	247 958	10 156 (4,1)	2322 (22,9)	3550 (35,0)	483 (4,8)	169	0,7	
Rabat-Salé-Kénitra	241 747	13 215 (5,5)	3349 (25,3)	4090 (30,9)	379 (2,9)	338	1,4	
Béni Mellal-Khénifra	114 532	3279 (2,9)	1018 (31,0)	1018 (31,0)	10 (0,3)	13	0,1	
Casablanca-Settat	354 099	12 033 (3,4)	3052 (25,4)	2782 (23,1)	343 (2,8)	295	0,8	
Marrakech-Safi	193 099	27 214 (14,1)	1067 (3,9)	989 (3,6)	88 (0,3)	73	0,4	
Darâa-Taflalet	59 475	1220 (2,1)	158 (13,0)	156 (12,8)	56 (4,6)	33	0,6	
Souss-Massa	128 832	3028 (2,4)	611 (20,2)	318 (10,5)	79 (2,6)	70	0,5	
Guelmim-Oued Noun	16 418	659 (4,0)	-	-	-	0	0,0	
Laâyoune-Sakia El Hamra	21 068	424 (2,0)	-	-	-	0	0,0	
Dakhla-Oued Ed-Dahab	2715	46 (1,7)	-	-	-	0	0,0	
Total national	1 616 481	84 671 (5,2)	15 350 (18,1)	15 873 (18,7)	1676 (2,0)	1238	0,8	

Tableau 9 : Dépistage du cancer du sein au Maroc : informations relatives aux examens complémentaires des femmes positives à l'ECS dans les différentes régions en 2016 (ECS : examen clinique des seins ; CR SR: Centre de Référence pour la Santé Reproductive)

6.3 Résultats du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le nombre de femmes bénéficiant d'une IVA dans le cadre du programme était de 0,57 million en 2015, ce qui représentait 6,6 % de la population admissible totale dans les régions où le dépistage du cancer du col de l'utérus était en cours (Tableau 10). Le point focal du programme a fixé un objectif annuel de dépistage correspondant à 21,5 % du total des femmes admissibles dans les régions couvertes par le programme et 30,8 % de cet objectif a été atteint au cours de la même année.

En 2016, 0,55 million de femmes ont été dépistées à l'IVA et la couverture annuelle de la population cible dans les régions où le programme a été mis en œuvre était de 7,7 % (Tableau 11). Le programme a atteint 39,1 % de l'objectif annuel fixé par le point focal du programme dans toutes les régions en 2016.

Selon les données nationales, la positivité à l'IVA était de 5,3 % en 2015 (variant de 3,0 à 13,8 % selon les régions) et de 8,9 % (variant de 4,5 à 20,2 % selon les régions) en 2016 (Tableaux 12 et 13).

Parmi les femmes positives à l'IVA, 57,2 % (N = 5412) et 28,1 % (N = 5399) ont eu une colposcopie en 2015 et 2016 respectivement. Des lésions de haut grade ou des cancers ont été suspectés chez 12,2 % (N = 661) des femmes ayant subi des colposcopies en 2015, et 10,1 % (N = 547) en 2016 (Tableaux 12 et 13). Le nombre de femmes recevant une résection à l'anse diathermique (RAD) pour le traitement des lésions CIN était de 155 en 2015 et de 110 en 2016. En 2015, un total de 71 cas de cancers du col de l'utérus a été diagnostiqué, alors qu'aucune information sur le nombre de lésions CIN de haut grade détectées n'est disponible. En 2016, un total

de 67 CIN 2/CIN 3 histologiquement prouvées et 122 cas de cancer du col de l'utérus ont été détectés par les CR SR. Le taux de détection des lésions CIN 2+ en 2016 était de 0,9/1000 femmes admissibles examinées (Tableau 13). Le faible taux de détection s'explique en partie par l'information incomplète sur les examens complémentaires subis par les femmes dépistées positives en 2016.

6.4 Impact du dépistage sur le nombre de cas et les différents stades de cancers dans les centres d'oncologie

Afin d'évaluer l'impact du programme de dépistage sur le nombre de cas et la répartition des différents stades de cancers du sein et du col de l'utérus chez les femmes qui en sont atteintes, nous avons examiné les données d'une étude portant sur ces deux cancers dans les deux principaux centres de cancérologie de Rabat et de Casablanca.

L'étude rétrospective a recueilli des données de patientes atteintes de cancers du sein et du col de l'utérus inscrites dans les deux centres d'oncologie les plus renommés du Maroc sur une période de 7 ans (2008—2014), deux mois par année d'étude (janvier—février 2008, mars—avril 2009, mai—juin 2010, juillet—août 2011, septembre—octobre 2012, novembre—décembre 2013, janvier—février 2014). Pour évaluer l'impact du programme de dépistage, nous nous sommes concentrés sur les données recueillies pour les années 2012 à 2014.

Les quelques dossiers (0—3,5 % seulement) des patientes atteintes de cancers du sein et du col de l'utérus inscrites dans les centres d'oncologie de Rabat et de Casablanca en 2012—2014 ont montré qu'elles y ont été envoyées pour consultation dans le cadre du programme de dépistage.

Région	Nombre total de femmes admissibles (30—49 ans)	Objectif annuel pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (30—49 ans) *	Population cible annuelle en % du total admissible	Nombre de femmes dépistées (30—49 ans)	% de la population totale admissible dépistée	% de la population cible annuelle dépistée
Tanger-Tétouan	195 630	21 779	11,1 %	2 294	1,2 %	10,5 %
L'Oriental	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Fès-Boulemane	270 177	81 053	30,0 %	42 322	15,7 %	52,2 %
Meknès-Tafilalet	329 506	127 550	38,7 %	18 529	5,6 %	14,5 %
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	427 592	69 161	16,2 %	11 545	2,7 %	16,7 %
Oued Ed-Dahab-Lagouira						
Grand Casablanca	619 606	73 242	11,8 %	37 803	6,1 %	51,6 %
Laâyoune-Boujdour-Sakia el Hamra	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Guelmim-Es Smara	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Marrakech-Tensift-Al Haouz	466 798	140 039	30,0 %	47 465	10,2 %	33,9 %
Sous-Massa-Drâa	109 541	10 954	10,0 %	1 312	1,2 %	12,0 %
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	255 694	50 138	19,6 %	15 741	6,2 %	31,4 %
Chaouia-Ouardigha	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Doukhala-Abda	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Tadla-Azilal	Pas de dépistage	--	--	--	--	--
Taza-Al Hoceima-Taounate						
Total National	2 674 544	573 916	21,5 %	177 011	6,6 %	30,8 %

Tableau 10 : Dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc : couverture de dépistage par population totale admissible et par population cible annuelle dans les différentes régions en 2015 (* fixé par le point focal du programme)

Région	Nombre total de femmes admissibles (30—49 ans)	Objectif annuel pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (30—49 ans) *	Population cible annuelle en % du total admissible	Nombre de femmes dépistées (30—49 ans)	% de la population totale admissible dépistée	% de la population cible annuelle dépistée
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	253 429	25 069	9,9 %	4662	1,8 %	18,6 %
L'Oriental	Pas de dépistage	-	-	-	-	-
Fès-Meknès	507 102	131 123	25,9 %	63 181	12,5 %	48,2 %
Rabat-Salé-Kénitra	682 946	133 057	19,5 %	28 398	4,2 %	21,3 %
Béni Mellal-Khénifra	51 033	15 310	30,0 %	3672	7,2 %	24,0 %
Casablanca-Settat	582 314	95 310	16,4 %	53 752	9,2 %	56,4 %
Marrakech-Safi	478 230	95 646	20,0 %	51 646	10,8 %	54,0 %
Darâa-Taïlalet	90 462	42 376	46,8 %	2870	3,2 %	6,8 %
Souss-Massa	146 338	14 633	10,0 %	7956	5,4 %	54,4 %
Guelmim-Oued Noun	Pas de dépistage	-	-	-	-	-
Laâyoune-Sakia El Hamra	Pas de dépistage	-	-	-	-	-
Dakhla-Oued Ed-Dahab	Pas de dépistage	-	-	-	-	-
Total national	2 791 854	552 524	19,8 %	216 137	7,7 %	39,1 %

Tableau 11 : Dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc : couverture de dépistage par population totale admissible et par population cible annuelle dans les différentes régions en 2016 (* fixé par le point focal du programme)

Région	Nombre de femmes dépistées (30—49 ans)	Nombre de femmes positives à l'IVA avec non-visualisation de JSC (%)	Activités de détection précoce du cancer du col de l'utérus dans les CR SR					Taux de détection de CIN 2+ (CIN 2, CIN 3 et cancer) (/1000)
			Nombre de femmes positives à l'IVA soumises à une colposcopie (%)	Nombre de lésions de haut grade ou cancers suspects après une colposcopie (%)	Nombre de RAD effectuées	Nombre de CIN de haut grade détectés suite à une histopathologie	Nombre de cancers cervicaux détectés suite à une biopsie	
Tanger-Tétouan	2 294	317 (13,8 %)	264 (83,3 %)	58 (22,0 %)	5	-	18	-
Fès-Boulemane	42 322	2011 (4,7 %)	760 (37,8 %)	95 (12,5 %)	23	-	5	-
Meknès-Taflalet	18 529	1 314 (7,1 %)	802 (61,0 %)	113 (14,1 %)	30	-	6	-
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	11 545	959 (8,3 %)	1363 (142,1 %)	216 (15,8 %)	63	-	14	-
Grand Casablanca	37 803	2 432 (6,4 %)	953 (39,2 %)	82 (8,6 %)	14	-	9	-
Marrakech-Tensift-Al Haouz	47 465	1 407 (3,0 %)	530 (37,7 %)	73 (13,8 %)	15	-	5	-
Sous-Massa-Drâa	1 312	64 (4,9 %)	50 (78,1 %)	5 (10,0 %)	5	-	2	-
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	15 741	949 (6,0 %)	690 (72,7 %)	19 (2,7 %)	0	-	12	-
Total National	177 011	9453 (5,3 %)	5412 (57,2 %)	661 (12,2 %)	155	-	71	-

Tableau 12 : Dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc : informations relatives aux examens complémentaires des femmes positives à l'IVA dans les différentes régions en 2015 (JSC : jonction squamo-colonnaire ; CR SR : Centre de Référence pour la Santé Reproductive ; RAD : résections à l'anse diathermique ; CIN : néoplasie cervicale intra-épithéliale)

Région	Nombre de femmes dépistées (30—49 ans)	Nombre de femmes positives à l'IVA (%)	Activités de détection précoce du cancer du col de l'utérus dans les CR SR					Taux de détection de CIN 2+ (CIN 2, CIN 3 et cancer) (/1000)
			Nombre de femmes positives à une colposcopie (%)	Nombre de lésions de haut grade ou cancers suspects après une colposcopie (%)	Nombre de RAD effectuées	Nombre de CIN de haut grade détectés suite à une histopathologie	Nombre de cancers cervicaux détectés suite à une biopsie	
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	4 662	666 (14,3 %)	327 (49,1 %)	87 (26,6 %)	0	22	25	10,0
L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-
Fès-Meknès	63 181	2 836 (4,5 %)	1599 (56,4 %)	103 (6,4 %)	7	18	17	0,5
Rabat-Salé-Kénitra	28 398	1 841 (6,5 %)	1782 (96,8 %)	164 (9,2 %)	62	13	41	2,0
Béni Mellal-Khémifra	3 672	282 (7,7 %)	7 (2,5 %)	0	0	0	0	0
Casablanca-Settat	53 752	2 564 (4,8 %)	1032 (40,2 %)	170 (16,5 %)	27	14	27	0,8
Marrakech-Safi	51 646	10 430 (20,2 %)	337 (3,2 %)	4 (1,2 %)	9	0	0	0
Darâa-Tafilalet	2 870	179 (6,2 %)	269 (150,3 %)	3 (1,1 %)	0	0	2	0,7
Souss-Massa	7 956	421 (5,3 %)	46 (10,9 %)	16 (34,8 %)	5	0	10	1,2
Guelmim-Oued Noun	-	-	-	-	-	-	-	-
Laâyoune-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	-	-
Dakhla-Oued Ed-Dahab	-	-	-	-	-	-	-	-
Total national	216 137	19 219 (8,9 %)	5 399 (28,1 %)	547 (10,1 %)	110	67	122	0,9

Tableau 13 : Dépistage du cancer du col de l'utérus au Maroc : informations relatives aux examens complémentaires des femmes positives à l'IVA dans les différentes régions en 2016 (IVA : inspection visuelle après application d'acide acétique ; CR SR : Centre de Référence pour la Santé Reproductive ; RAD : résections à l'anse diathermique ; CIN : néoplasie cervicale intra - épithéliale)

Cela indique que le lien entre le programme et les centres d'oncologie est médiocre et que les antécédents de dépistage ne sont pas correctement documentés dans le dossier patient, alors que ces informations sont très utiles pour le suivi du programme de dépistage.

La répartition des cancers selon leur stade lors du diagnostic est également un bon indicateur d'un programme de dépistage réussi, car on s'attend à observer une diminution de la proportion de stades avancés dans le temps.

Les Figures 13 et 14 montrent la répartition par stades des cas de cancer du sein des participantes de l'étude de 2008 à 2014. Au centre d'oncologie de Rabat, le pourcentage des formes précoces de la maladie (\leq IIA) a augmenté entre 2012 et 2014, alors qu'à Casablanca aucune tendance particulière n'a été observée.

6.5 Suggestions/retours reçus des responsables du programme et des prestataires de services afin d'améliorer la qualité du programme de dépistage

- Etant donné la difficulté de disposer d'un nombre suffisant de gynécologues formés pour la réalisation de colposcopies et l'administration des traitements aux femmes positives à l'IVA dans les CR SR, la formation des femmes médecins généralistes et des infirmières chargées de la réalisation de ces examens devrait être considérée.
- Un système d'information de santé approprié peut résoudre

le problème d'échange d'informations (référence, contre-référence) entre les centres d'oncologie, les CR SR et les CS.

- La coordination entre les différents départements du Ministère de la Santé doit être améliorée.
- Les prestataires de services ont besoin d'une formation continue et ils doivent respecter davantage les directives nationales relatives au dépistage, au diagnostic et au traitement.
- Il faut former davantage de gynécologues pour le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

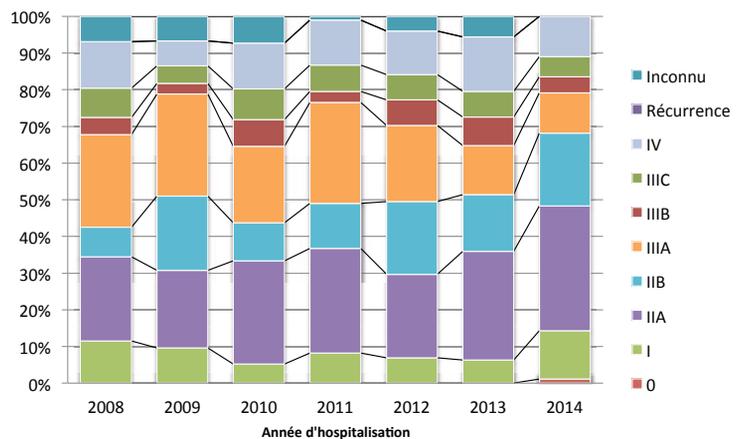


Figure 13 : Répartition des cas de cancer du sein par année d'hospitalisation au centre d'oncologie de Rabat

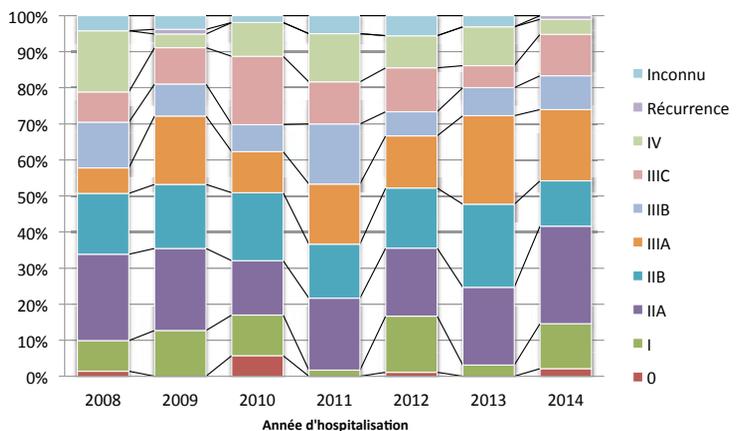


Figure 14 : Répartition des cas de cancer du sein par année d'hospitalisation au centre d'oncologie de Casablanca

- Les CR SR ne disposent pas d'équipements d'histopathologie. Les patientes doivent se rendre au laboratoire de l'hôpital régional ou dans des cliniques privées. Bien que les honoraires payés aux cliniques privées soient remboursés par l'assurance maladie, la qualité de l'histopathologie ne peut être garantie.
- Les équipements de mammographie ne sont pas disponibles dans certaines provinces en raison du manque de techniciens et/ou de l'approvisionnement irrégulier en consommables.
- Les colposcopistes de certains CR SR ne sont pas disposés à traiter les CIN 1 ou à administrer un traitement basé uniquement sur les résultats de la colposcopie.
- Un système amélioré pour le suivi des femmes dépistées positives est nécessaire.

► 7. Points forts et faiblesses du programme et recommandations en vue de son amélioration

Le Maroc est l'un des pionniers parmi les pays en développement pour le lancement d'un programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus et ce, grâce à une approche systématique et un engagement de financement d'une durée de 10 ans du Ministère de la Santé.

En dépit de sa nature opportuniste, le programme a permis une couverture importante de la population cible pour le dépistage du cancer du sein (contrairement au dépistage du cancer du col de l'utérus) ces dernières années.

Il est important de se concentrer sur la mise en œuvre des éléments qui permettront une meilleure organisation du programme afin de réduire la mortalité due à ces cancers dans les plus brefs délais et de la manière la plus rentable.

Sur la base de l'analyse situationnelle et de l'évaluation des résultats obtenus, une analyse formelle FFPM forces, faiblesses, possibilités et menaces, décrite au (Tableau 14), a été réalisée.

Dans les sections suivantes, nous donnons nos recommandations pour améliorer les aspects suivants du programme :

- Politique et protocole du programme
- Partenariats stratégiques
- Gestion du programme
- Formation des prestataires de services
- Mobilisation communautaire
- Gestion des données et système d'information
- Mise en œuvre de l'assurance-qualité
- Lien avec le registre du cancer
- Amélioration des résultats du dépistage du cancer du sein
- Amélioration des résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus
- Amélioration de la lutte contre les infections et du traitement des déchets dans les centres de dépistage

Forces	Faiblesses	Possibilités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Leadership engagé du Ministère de la Santé • Ligne budgétaire engagée pour 10 ans • Politique de dépistage documentée dans le cadre d'un plan national complet de lutte contre le cancer • Protocole complet s'appuyant sur des données factuelles relatives au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus • Partenariat stratégique entre le Ministère de la Santé, la Fondation Lalla Salma, le FNUAP, l'OMS et le CIRC pour soutenir le programme • Programme intégré dans le système de soins de santé de routine • Centres de diagnostic du cancer mis en place dans tout le pays et fournissant un soutien essentiel au programme • Plan de gestion du programme bien structuré avec des points focaux désignés à chaque niveau • Grand nombre de prestataires de services du système de santé déjà formés • Grande campagne annuelle pour promouvoir le dépistage du cancer du sein ayant un impact positif sur l'amélioration de la participation • Registres du cancer dans la population de bonne qualité dans le Grand Casablanca et à Rabat • Couverture élevée atteinte pour le dépistage du cancer du sein • Services de dépistage et de diagnostic gratuits pour tous (sauf l'histopathologie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des prestataires de services non structurée de manière appropriée avec une formation pratique • Prestataires de services aux centres de diagnostic ne se conformant pas toujours au protocole • Pénurie de colposcopistes, de techniciens en radiologie et de radiologues formés • Laboratoires d'histopathologie et de cytologie non inclus dans le programme • Absence de système informatisé de gestion des données et de suivi individuel des femmes dans les différents centres, rendant leur suivi difficile • Activités de mobilisation communautaire insuffisamment efficaces pour obtenir une couverture de dépistage élevée pour le cancer du col de l'utérus • Système de référence et contre-référence mal structuré entre les différents niveaux • Taux de détection du cancer du sein et des néoplasies cervicales (précancer de haut grade et cancer) inférieurs aux prévisions 	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisation et la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer au Maroc peuvent servir d'exemple pour d'autres pays en développement. • Sur la base de l'expérience acquise grâce à son vaste programme, le Maroc peut aider d'autres pays en développement en matière de renforcement des capacités. • La collaboration et le partenariat développés entre différentes organisations nationales et internationales peuvent être mis à profit pour améliorer d'autres programmes de santé et de recherche. • Les leçons apprises peuvent être utiles à l'intégration progressive du dépistage du cancer colorectal si les ressources le permettent. • L'action sociale et la sensibilisation de la communauté mises en place dans le cadre du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus peuvent faciliter l'introduction de la vaccination contre le VPH 	<ul style="list-style-type: none"> • La privatisation à grande échelle des services peut faire échouer le programme. • Le manque de fonds peut affecter négativement le programme

Tableau 14 : Résumé de l'analyse FFPM (forces, faiblesses, possibilités et menaces) du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc

7.1 Politique et protocole du programme

La plus grande force du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus au Maroc est l'engagement pris par le gouvernement. Le Ministère de la Santé a fait d'énormes investissements au cours des dernières années pour améliorer l'infrastructure sanitaire pour l'ensemble des soins contre le cancer et a attribué des ressources financières de manière pragmatique. Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (2010—2019) est une politique inscrite dans la durée avec des objectifs spécifiques et des stratégies bien définies visant à réduire le fardeau que représente le cancer dans la population.

Le protocole développé par des experts nationaux avec le soutien d'experts internationaux est relativement raisonnable. Il est fondé sur des données factuelles et s'avère complet. Quelques modifications du protocole sont nécessaires pour tenir compte des nouvelles données et améliorer l'efficacité du programme. *Le protocole de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait inclure la thermo-coagulation en tant que méthode de traitement des lésions CIN (de tous grades), prescrite comme traitement ablatif. La thermo-coagulation est très efficace, sûre, peu coûteuse et réalisable dans tous les environnements [Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer, 2009]. La pratique actuelle consistant à demander une colposcopie pour toutes les femmes négatives à l'IVA pour lesquelles la JSC n'est pas totalement visible devrait également être revue.* Il est admis que la sensibilité de l'IVA est plus faible chez certaines femmes, mais il n'existe aucune preuve que la colposcopie (qui évalue principalement l'exocol) permettra d'identifier un nombre significatif de lésions chez ces femmes. Il serait intéressant de

récupérer les résultats de la colposcopie de ces femmes et de documenter le nombre de CIN détectées à la colposcopie et à l'histologie.

Le protocole de dépistage du cancer du sein recommande le dépistage de toutes les femmes ayant des antécédents familiaux (parmi les parents de premier degré) de cancer du sein sans limite d'âge. *Une limite d'âge minimal pour l'ECS devrait être spécifiée dans ce groupe à haut risque (par exemple, cinq ans avant l'âge du diagnostic le plus précoce du cancer du sein dans la famille ou âge de 30 ans, selon l'âge le plus jeune).*

Afin d'améliorer la qualité et l'organisation du programme, il est important que tous *les prestataires de services respectent le protocole.* Les femmes en dehors de l'âge recommandé ne devraient pas être dépistées dans le cadre du programme. Si une femme en dehors de l'âge cible subit un examen mammaire ou gynécologique en raison de symptômes, les résultats de ces examens ne doivent pas être reportés dans le registre de dépistage. De même, effectuer un dépistage plus tôt que l'intervalle recommandé devrait être déconseillé, à moins que la femme ne présente des symptômes. Au cours de la supervision, on a observé que certains gynécologues avaient conseillé à toutes les femmes positives à l'IVA de faire des frottis cervicaux à la place de colposcopies. Il a été conseillé à certaines des femmes atteintes de CIN de subir une hystérectomie. De telles pratiques, non recommandées par le protocole, devraient être déconseillées. Le respect du protocole « examiner et traiter » (traitement basé sur un diagnostic colposcopique sans examens histopathologiques complémentaires) devrait être promu pour améliorer le suivi du traitement.

7.2 Partenariats stratégiques

Les partenariats établis entre le Ministère de la Santé, la Fondation Lalla Salma et les organismes internationaux tels que l'OMS, le FNUAP, l'UICC et le CIRC ont grandement bénéficié au programme de dépistage du cancer en fournissant un soutien technique et en mobilisant des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre du programme. Les organisations nationales de la société civile contribuent également à la réussite du programme et soutiennent également les patients (remboursement des frais des examens histopathologiques ou de traitement). Cette collaboration devrait être poursuivie et le rôle des organisations de la société civile devrait être également examiné dans les domaines de la mobilisation de la communauté et de la mobilité des patients.

7.3 Gestion du programme

La gestion du programme est bien structurée et les points focaux responsables de la mise en œuvre et de la coordination du programme ont été identifiés à chaque niveau. Leur rôle dans la mise en œuvre est également bien délimité. L'absence d'un système de suivi individuel informatisé des participantes constitue un obstacle majeur dans la gestion efficace du programme. Il est très difficile de développer une base de données informatisée pour le suivi individuel dans les différents CS au Maroc. Cependant, il est relativement simple d'avoir une plateforme internet pour la saisie des données agrégées recueillies tous les mois dans les CS (nombre total de femmes dépistées par mois, nombre de femmes positives au test de dépistage, nombre de femmes recevant différents tests de diagnostic et traitements, etc.). Les coordinateurs du programme devraient

accéder à cette application et examiner les résultats selon leurs besoins.

Le système existant de tenue des dossiers dans les CS et la génération des résultats mensuels/annuels devraient se poursuivre jusqu'à ce qu'une solution alternative soit trouvée. Il est important, lors du programme de formation, d'informer tous les prestataires de services et les gestionnaires des établissements de l'utilité de la tenue de dossiers bien renseignés, de la réalisation de rapports de bonne qualité et de leur partage avec les coordinateurs de programme.

7.4 Formation des prestataires de services

Un grand nombre de prestataires de services (environ 3000) ont été formés pour fournir des services de dépistage et/ou de diagnostic tout au long du programme. Chaque région a un nombre minimal de maîtres-formateurs chargés de former le personnel dans la région. Les suggestions pour améliorer la qualité du programme de formation en comblant les lacunes existantes sont présentées ci-dessous :

- Le programme de formation devrait mettre davantage l'accent sur la formation pratique et active. Le plan de formation devrait spécifier le nombre d'examens (ECS, IVA, etc.) que chaque stagiaire doit effectuer sous supervision directe et de manière individuelle avant d'être considéré comme compétent.
- Chaque stagiaire doit subir une évaluation post-formation (évaluation des connaissances et des compétences) et recevoir un certificat en fin de formation et après l'évaluation. Seuls les prestataires de services certifiés devraient être autorisés à effectuer les ECS et les IVA.

- Si nécessaire, des modèles de simulation (des seins pour pratiquer des ECS, du col l'utérus et du vagin pour pratiquer la RAD, etc.) devraient être utilisés pour la formation pratique.
- Le point focal national ou régional devrait évaluer les besoins en formation au début de chaque année et préparer un plan de formation annuel. Ce plan devrait inclure les dispositions pour la réorientation du personnel formé.
- Certains établissements de formation doivent être reconnus comme centres d'excellence. Ces centres peuvent examiner les programmes de formation et les critères de certification de manière régulière, former de nouveaux maîtres-formateurs, organiser des cours de formation médicale continue (FMC) pour maintenir le niveau de compétences du personnel et participer à l'encadrement approprié et à l'assurance-qualité du programme.
- Davantage de médecins généralistes doivent être formés à l'évaluation des femmes positives à l'ECS (et à la micro-biopsie du sein), aux coloscopies et à la thermo-coagulation dans les CR SR.
- Les FMC sur les techniques et l'interprétation des mammographies devraient être organisées pour les techniciens en radiologie et les radiologues. Bien que les radio-techniciens et les radiologues apprennent ces techniques dans le cadre de leur programme de routine, une formation de perfectionnement améliorera leurs compétences et les orientera vers les besoins du programme.
- Les chirurgiens des centres de référence doivent également être sensibilisés aux nécessités d'adhérer au protocole, aux objectifs et aux besoins du programme.

- Pour empêcher le départ du personnel qualifié, les personnes désirant rester en place plusieurs années devraient être recrutées et formées.

7.5 Mobilisation communautaire

En dépit de la nature opportuniste du programme, la couverture du dépistage du cancer du sein est assez encourageante. La campagne de sensibilisation organisée au mois d'octobre ou de novembre visant à améliorer la couverture de dépistage du cancer du sein est assez efficace. Il n'existe pas de campagne similaire pour améliorer la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Les gestionnaires de programme peuvent envisager de relancer une campagne après six mois et inclure aussi des messages liés au dépistage du cancer du col de l'utérus. D'autres outils visant à augmenter la sensibilisation (par exemple, des affiches dans les établissements de santé, des dépliants, des panneaux publicitaires dans les endroits stratégiques, etc.) devraient également être développés et diffusés dans tout le pays. D'autres mécanismes novateurs de sensibilisation de masse via les téléphones portables et/ou les réseaux sociaux peuvent être explorés si les réglementations nationales le permettent.

7.6 Gestion des données

A l'heure actuelle, les dossiers des femmes fréquentant les CS sont conservés dans les registres fournis par les points focaux du programme. Presque tous les CS tiennent des dossiers actualisés dans le même type de registre. Une tenue appropriée du registre et l'exhaustivité des dossiers devraient être encouragés. Un système fournissant un numéro d'identification unique à chaque femme inscrite a été élaboré. Les points focaux

du programme doivent veiller à ce que tous les CS utilisent ce nouveau système et que le même numéro d'identification unique soit utilisé à chaque fois qu'une femme se rend au CR SR ou au centre d'oncologie. L'utilisation de ce numéro simplifiera le suivi des femmes, surtout si un système informatisé peut être introduit à l'avenir. Il faudrait envisager de développer à l'échelle nationale une base de données informatisée exploitable sur le Web pour collecter les statistiques globales mensuelles des différents CS, comme mentionné précédemment.

Il est essentiel et également possible de développer une base de données informatisée au sein des CR SR afin d'enregistrer les détails cliniques, les résultats des tests de diagnostic et les informations sur le traitement avec la référence de chaque femme inscrite. Chaque CR SR dispose d'ordinateurs et d'opérateurs de saisie des données. Un logiciel de données communes doit être développé pour être utilisé dans tous les CR SR. Cela permettra le suivi des femmes dépistées positives qui sont inscrites dans les CR SR, l'amélioration du suivi des traitements et contribuera grandement au suivi régulier et à l'assurance-qualité des activités dans ces centres de diagnostic.

7.7 Mise en œuvre de l'assurance-qualité

L'assurance-qualité devrait être un processus continu plutôt qu'une activité occasionnelle. Dans le cadre de l'assurance-qualité mise en place au Maroc, les directives nationales de dépistage du cancer décrivent le processus de collecte de données dans les différents établissements, le personnel chargé du suivi des programmes, les indicateurs de qualité à utiliser et les repères de ces indicateurs. Voici les suggestions pour améliorer le processus d'assurance-qualité actuel :

- Le terme « taux de participation » devrait être remplacé par le terme « couverture par test de dépistage » pour permettre une comparaison des données à l'échelle internationale. Habituellement, le taux de participation est défini comme la proportion d'hommes/de femmes soumis à un test de dépistage au cours d'une année donnée par rapport au nombre total d'hommes/de femmes invités à y participer dans la même année [5,26]. Comme le programme du Maroc n'invite pas systématiquement les femmes à se soumettre à un test de dépistage, il est préférable d'utiliser le terme « couverture par test de dépistage », qui est défini comme la proportion de femmes soumises à un test de dépistage sur la population cible admissible. Cette population est calculée en divisant le nombre total de femmes dans le groupe d'âge cible d'une zone définie par l'intervalle de dépistage [exemple : s'il y a 30 000 femmes entre 40 et 69 ans dans une province, l'objectif annuel admissible pour le dépistage du cancer du sein dans la province sera de $30\,000/3 = 10\,000$].
- La norme relative au taux de positivité à l'ECS devrait être révisée. Cette norme (10—13 %), comme mentionné dans la directive, est trop élevée au Maroc. En 2015, la moyenne nationale de positivité à l'ECS chez les femmes de 45 à 69 ans était de 3,2 % et la moyenne la plus élevée enregistrée dans une région au cours de la même année était de 6,0 % (Tableau 7). La moyenne nationale de positivité à l'ECS était supérieure (5,2 %) en 2016, probablement en raison de la modification de l'âge cible (Tableau 8). Sur la base de ces données, la norme peut être révisée à 2—7 %.
- La norme relative au taux de positivité à l'IVA devrait être révisée. Cette norme

(10—13 %), comme mentionné dans la directive, est également trop élevée pour le Maroc. En 2015, la moyenne nationale de positivité à l'IVA chez les femmes de 30 à 49 ans était de 5,3 %, ce qui est attendu dans un pays à faible positivité au VIH avec une prévalence relativement plus faible du cancer du col de l'utérus. La moyenne nationale de positivité à l'IVA en 2016 était beaucoup plus élevée (8,9 %) en raison de la très forte positivité à l'IVA enregistrée dans la région de Marrakech-Safi, orientant ainsi le taux de positivité global vers la hausse. La moyenne nationale recalculée après exclusion de la région Marrakech-Safi était de 5,3 %. Par conséquent, la norme de positivité à l'IVA devrait également être révisée et un taux compris entre 3—7 % serait probablement plus approprié.

- La directive sur l'assurance-qualité devrait spécifier les actions à mener si les normes sont trop élevées ou trop faibles. Par exemple, si la positivité à l'ECS est trop faible ou trop élevée, les prestataires de services devraient suivre à nouveau une formation et l'âge des femmes dépistées devrait être revu (le dépistage de trop de jeunes femmes augmentera la positivité à l'ECS). Une supervision des centres de dépistage dont le rendement n'est pas satisfaisant peut être utile pour identifier les problèmes.
- Le plan d'assurance-qualité devrait inclure à la fois des supervisions aux centres et une analyse des données de performance annuelles.
- Un plan de supervision devrait être préparé chaque année. Des supervisions peuvent être effectuées dans les CS et les CR SR de manière systématique ou aléatoire, en fonction de leur faisabilité et de leur utilité. Les responsables des supervisions devraient être identifiés. Les questionnaires d'évaluation des installations des CS et des CR SR et les questionnaires d'évaluation des compétences servant à évaluer les performances des ECS et des IVA devraient être utilisés pendant la supervision de soutien. Toutes ces listes sont disponibles dans les annexes.
- Les observations faites pendant toute supervision d'un établissement devraient faire l'objet d'une discussion avec l'ensemble du personnel de cet établissement, de préférence immédiatement après la visite, et une décision conjointe devrait être prise pour améliorer la qualité des services.
- L'assurance-qualité des services de mammographie (et d'échographie) dans les CR SR sera effectuée de manière régulière par les experts nationaux. Habituellement, le protocole d'assurance-qualité de la mammographie est élaboré par la Société marocaine de Radiologie ou d'autres organismes compétents, recommandant essentiellement des tests de performance dans les trois principaux domaines suivants :
 - Acquisition des images (le stade où les tests sont les plus intensifs)
 - Traitement des images (suite aux recommandations du fabricant)
 - Affichage des images (incluant le test du moniteur et de l'imprimante)
- L'assurance-qualité des services de retrait supplémentaire de manière régulière par des experts nationaux devrait également être lancée.

Les performances de la colposcopie peuvent être évaluées sur la base des indicateurs et des normes de performance suivants :

- Proportion de colposcopies jugées insuffisantes - < 2 %
 - Proportion de cas diagnostiqués avec des lésions de haut grade - < 20 %
 - Proportion de lésions CIN suspectées suite à une colposcopie puis traitées -> 80 %
 - Proportion de biopsies pratiquées sur des lésions suspectées de CIN ou de cancers avec un diagnostic histopathologique de CIN ou de cancer -> 50 %
- Un mécanisme devrait être développé pour obtenir des contre-références de la part de tous les centres d'oncologie sur les cas enregistrés de cancers du sein et du col de l'utérus, à fournir à une fréquence régulière au point focal national. L'information devrait inclure le numéro d'identification unique et d'autres renseignements d'identification, le stade du cancer, le traitement conseillé et le suivi du traitement. Il sera très utile que les centres d'oncologie recueillent systématiquement les antécédents de dépistage des cas de cancers du sein et du col de l'utérus et incluent de telles informations dans le rapport.
 - Les rapports d'assurance-qualité devraient être publiés annuellement et les résultats envoyés à tous les gestionnaires du programme et aux responsables des établissements avec des recommandations spécifiques. Le responsable de chaque établissement devrait en informer tout le personnel et mettre en œuvre les actions recommandées.

7.8 Lien avec le registre du cancer

Les registres du cancer dans la population du Grand Casablanca et de Rabat peuvent aider à évaluer l'impact du programme. Un lien formel entre le programme de dépistage et le registre du cancer nécessite un système hautement organisé de collecte des données qui n'est actuellement pas possible au Maroc. Toutefois, si les registres recueillent des informations sur la répartition des stades des cancers du sein et du col de l'utérus et partagent régulièrement ces informations avec le programme de dépistage, l'impact du programme peut être documenté. Au cours des premières années de mise en œuvre du programme de dépistage, l'incidence des cancers du sein et du col de l'utérus augmentera probablement en raison de la détection accrue des cancers sub-cliniques.

7.9 Amélioration des résultats du dépistage du cancer du sein

La couverture annuelle de dépistage de la population cible au Maroc au cours des années 2015 et 2016 était supérieure à 30 %, ce qui est tout à fait remarquable (une couverture de dépistage supérieure à 60 % peut être obtenue en deux années). Cependant, le taux de détection du cancer du sein (~ 1/1000) est toujours faible. Le taux moyen de détection des cancers du sein chez les femmes de 45 à 69 ans dans les programmes de dépistage à la mammographie des Etats membres de l'Union européenne était de 4,1/1000. Le faible taux de détection du cancer du sein au Maroc peut s'expliquer par plusieurs raisons : une sensibilité plus faible à l'ECS, un faible taux de réalisation des examens complémentaires de la part des femmes positives à l'ECS, des informations manquantes sur les femmes

adressées et prises en charge dans le secteur privé, et une faible prévalence de la maladie. Mettre l'accent sur les formations pratiques et les formations périodiques de réorientation améliorera les compétences des prestataires d'ECS. Des efforts doivent être faits pour améliorer le suivi des examens complémentaires dans les CR SR par les femmes positives à l'ECS en améliorant l'accès à ces examens et en réduisant les retards. Un meilleur conseil des femmes positives à l'ECS peut également améliorer le taux de réalisation des examens complémentaires. Les médecins généralistes des CR SR devraient être formés pour effectuer les évaluations cliniques des femmes positives à l'ECS et des micro-biopsies des seins afin que ces services soient disponibles tous les jours de la semaine. Les installations de mammographie et d'échographie mammaire devraient être disponibles tous les jours de la semaine. A l'heure actuelle, aucun des CR SR ne peut traiter ni interpréter les échantillons de biopsie et les femmes doivent emmener les échantillons aux laboratoires soit du secteur public, soit du secteur privé, et revenir chercher les résultats de ces examens. Certaines d'entre elles ne reviennent pas avec leurs résultats et le programme perd la trace de ces femmes. Il est important de relier chaque CR SR au laboratoire régional du secteur public afin que les échantillons des biopsies puissent y être envoyés directement et que le laboratoire puisse envoyer les résultats au CR SR lorsque ces derniers sont prêts. Un tel dispositif garantira également des rapports uniformes et de bonne qualité. Un partenariat peut être développé avec un laboratoire du secteur privé si aucun service de laboratoire n'est disponible dans le secteur public dans certaines zones géographiques.

7.10 Amélioration des résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus

La couverture de la population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore faible (moins de 10 % par an dans les régions où le programme existe). Les raisons de cette faible couverture sont un dépistage par IVA non généralisé, l'IVA non effectuée tous les jours ouvrables de la semaine, la faible acceptation de l'examen gynécologique dans la population, l'absence de campagne massive de promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les infirmières et les médecins généralistes doivent être davantage motivés à effectuer des IVA sur toutes les femmes admissibles tous les jours ouvrables. Le taux de détection des lésions CIN 2+ (CIN 2, CIN 3 et cancer) dans le programme est également très faible (0,9/1000 en 2016 contre 4,4/1000 dans les Etats membres de l'Union européenne). Le nombre de cancers invasifs détectés dans le programme est presque le double du nombre de CIN 2/CIN 3 détecté ; idéalement, ce devrait être l'inverse. Ces résultats peuvent être attribuables au dépistage des femmes majoritairement symptomatiques, à une faible sensibilité à l'IVA, à un faible taux d'observance par les femmes positives des colposcopies prescrites, à une faible sensibilité de la colposcopie, à une qualité sous-optimale des rapports d'histopathologie et à une faible adhésion au traitement. Les données d'évaluation consécutives sont manquantes pour de nombreuses femmes positives à l'IVA. Cela peut également être la cause d'un taux de détection apparemment faible. Le nombre de RAD effectuées est nettement inférieur au nombre de lésions de haut grade suspectées lors de la colposcopie, bien que le protocole

national recommande les RAD pour toutes les lésions CIN suspectes suite à une colposcopie. Il est évident que le protocole « examiner et traiter » n'est pas suivi. Comme mesures correctives, la réorientation des colposcopistes, l'amélioration des installations de traitement, l'introduction de la thermo-coagulation et la liaison des CR SR au laboratoire d'histopathologie régional du secteur public devrait être envisagée. Les médecins généralistes des CR SR peuvent également être formés pour effectuer des colposcopies, des biopsies cervicales et au moins un traitement de thermo-coagulation.

7.11 Amélioration de la lutte contre les infections et du traitement des déchets dans les établissements de dépistage

Il a été observé que les activités de lutte contre les infections étaient de bonne qualité dans tous les centres de dépistage inspectés lors de la supervision. Chaque centre devrait disposer d'un diagramme de protocole de lutte contre les infections à exposer bien en vue à l'intérieur de l'établissement.

Les installations de traitement des déchets dans les centres de dépistage doivent être revues et un protocole applicable aux établissements ruraux et urbains doit être

élaboré. L'élimination des spéculums en plastique jetables peut être problématique. Les questionnaires du programme devraient examiner la possibilité de remplacer les spéculums en plastique par des spéculums en métal réutilisables. Cela peut également permettre de réduire les coûts. Les protocoles de lutte contre les infections et de traitement des déchets devraient être inclus dans les directives du programme.

▶ 8. Conclusion

Le dépistage du cancer est une intervention complexe de santé publique. Il faudra peut-être plusieurs décennies pour que le programme se stabilise et ait l'impact souhaité. Il est essentiel d'organiser progressivement l'ensemble des différentes composantes du programme pour le centrer sur la population et le rendre efficace.

Un suivi continu, la supervision et l'assurance-qualité permettront non seulement d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du programme, mais aussi de minimiser les dommages résultant d'un sous-diagnostic ou d'un sur-diagnostic. Le programme de dépistage du cancer au Maroc est actuellement largement opportuniste, certaines des exigences du programme organisé étant déjà mises en œuvre.

Les gestionnaires du programme, en concertation avec toutes les parties prenantes et tous les prestataires de services, doivent examiner les insuffisances et les problèmes identifiés dans le présent document et agir sur les recommandations.



▶ Références

1. Arbyn M, Antilla A, Jordan J, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Brussels: European Communities, 2008.
2. Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019. Rabat: Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer, 2009.
3. Bouchbika Z, Haddad H, Benchakroun N, et al. Cancer incidence in Morocco: report from Casablanca registry 2005-2007. *Pan Afr Med J* 2013;16:31.
4. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006;119(5):1095-101.
5. Dolman L, Sauvaget C, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Meta-analysis of the efficacy of cold coagulation as a treatment method for cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. *BJOG* 2014;121(8):929-42.
6. El Fakir S, Najdi A, Khazraji YC, et al. Breast Cancer Screening in Morocco: Performance Indicators During Two Years of an Organized Programme. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(15):6285-8.
7. Elmajjaoui S, Ismaili N, El Kacemi H, Kebdani T, Sifat H, Benjaafar N. Epidemiology and outcome of cervical cancer in national institute of Morocco. *BMC Womens Health* 2016;16(1):62.
8. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013.
9. Haut-Commissariat au Plan du Maroc. Note sur les premiers résultats du recensement général de la population et de l'habitat 2014. Voir : http://www.hcp.ma/downloads/RGPH-2014_t17441.html.
10. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbook of Cancer Prevention Volume10: Cervix cancer screening. Lyon: IARC, 2005.
11. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbook of Cancer Prevention Volume15: Breast Cancer Screening. Lyon: IARC, 2016.
12. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013;108(11):2205-40.
13. Ministère de la Santé du Maroc. Stratégie sectorielle de santé 2012-2016. 2016. Voir : <http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>.
14. Mitra I, Mishra GA, Singh S, et al. A cluster randomized, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. *Int J Cancer* 2010;126(4):976-84.



15. Obtel M, Lyoussi B, Tachfouti N, Pelissier SM, Nejari C. Using surveillance data to understand cancer trends: an overview in Morocco. *Arch Public Health* 2015;73:45.
16. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Brussels: European Communities, 2006.
17. Ponti A, Antilla A, Ronco G, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Brussels: European Commission, 2017.
18. Registre des Cancers du Grand Casablanca. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca 2005-2006-2007. Casablanca: Registre des Cancers du Grand Casablanca, 2012.
19. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet* 2007;370(9585):398-406.
20. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med* 2009;360(14):1385-94.
21. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, et al. Clinical breast examination: preliminary results from a cluster randomized controlled trial in India. *J Natl Cancer Inst* 2011;103(19):1476-80.
22. The Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: An Independent Review. A report jointly commissioned by Cancer Research UK and Department of Health (England). 2012.
23. The World Bank. World Development Indicators. 2018. Voir : <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.TOTL.ZS&country=>
24. World Health Organization. WHO Cancer Mortality Database. 2017. Voir : <http://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>.
25. World Health Organization. WHO position paper on Mammography Screening. Geneva: WHO, 2014a. Voir : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1.
26. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice - second edition. Geneva: WHO, 2014b.
27. World Health Organization. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO, 2013.



▶ ANNEXES

Annexe I

Questions utilisées pour les entretiens approfondis

Entretien avec les points focaux nationaux

1. Quand le programme a-t-il été lancé (dans l'ensemble du pays et dans les différentes régions et provinces) ?
2. Y a-t-il un engagement administratif pour soutenir et élargir le programme ?
3. Comment le programme est-il coordonné aux niveaux national, régional et provincial ?
4. Existe-t-il un comité/groupe qui supervise le projet ? Si oui, quel est son rôle et sa contribution ?
5. Quel est le budget alloué au programme de dépistage ?
6. Quand le protocole du programme a-t-il été élaboré et quel était le processus ?
7. Comment le protocole a-t-il été diffusé ? Existe-t-il un plan pour réviser le protocole ?
8. Existe-t-il un système de surveillance sanitaire informatisé dans le pays ? Si oui, est-il lié ou est-il prévu qu'il soit lié aux activités de dépistage ?
9. Comment la formation des différentes catégories de prestataires impliqués dans le dépistage est-elle organisée ?
10. Existe-t-il des manuels de formation et des aide-mémoires adéquats pour former les professionnels de santé ?
11. Quelles sont les stratégies d'éducation et de sensibilisation de la communauté ?
12. Comment le suivi et la supervision du programme sont-ils effectués aux différents niveaux ?
13. Le dernier rapport de supervision du programme est-il disponible ?
14. Quelles sont les capacités du programme en termes de personnel (nombre d'infirmières, sages-femmes, radiologues, colposcopistes, gynécologues, chirurgiens, pathologistes, cytologistes, etc.) et d'infrastructures (unités de colposcopie, unités de mammographie, laboratoires d'histologie, unités de chirurgie) ?
15. Quels sont les obstacles perçus ?
16. Quelles sont les possibilités d'amélioration ?

Entretien avec les points focaux régionaux et de province

1. Comment les services de dépistage sont-ils organisés dans la région/province (au niveau de l'établissement de santé, du nombre de ces établissements, des services fournis, de la structure administrative, etc.) ?
2. Quels sont les professionnels de santé impliqués dans le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus aux différents niveaux des établissements de santé ?
3. Comment la mobilisation communautaire est-elle organisée ?
4. Existe-t-il d'autres intervenants au programme dans la région/province et quel est leur rôle ?
5. Existe-t-il un plan pour améliorer l'adhésion au dépistage ?
6. Y a-t-il une stratégie permettant de suivre les femmes dépistées positives ?
7. Comment le programme de formation est-il organisé ? Et qu'en est-il du programme d'orientation ?
8. Y a-t-il des dossiers disponibles sur les programmes de formation (combien, pour qui, sur quelle durée, dans la région/province) ?
9. Existe-t-il un protocole d'assurance-qualité aux niveaux de la région/province ?
10. Quels sont les centres d'oncologie dans la région/province ?
11. Quels sont les défis pour la mise en œuvre/l'extension du programme dans la région/province ?

Entretien avec les points focaux des parties prenantes

1. Comment votre institution participe-t-elle au programme national de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus ?
2. Avez-vous un engagement limité dans le temps pour soutenir le programme ?
3. Avez-vous déjà évalué le programme ? Si oui, le rapport est-il disponible ?
4. Quelles sont les lacunes du programme existant que vous aimeriez aborder ?
5. Avez-vous développé du matériel éducatif, du matériel de formation ou d'autres outils pédagogiques pour le programme ? Est-il possible de partager ce matériel ?
6. Avez-vous une allocation budgétaire distincte pour le programme de dépistage ?
7. Quels sont les obstacles perçus à la mise en œuvre du programme ?
8. Quelles sont les possibilités d'amélioration ?

Annexe II

Questions utilisées pour guider les groupes de discussion

1. Les prestataires connaissent-ils le protocole national et ses recommandations ?
2. Y a-t-il des difficultés à suivre les recommandations et l'application des recommandations dans la pratique quotidienne ?
3. A qui le dépistage est-il proposé (aux femmes sensibilisées de la communauté, aux femmes qui vont aux centres de santé pour d'autres raisons) ?
4. Quel est le niveau de prise de conscience au sein de la population féminine de l'importance du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et avec quelle facilité les femmes l'acceptent-t-elle ?
5. Comment les centres de dépistage sont-ils organisés (en tant que centres indépendants ou intégrés aux soins ambulatoires de routine du centre de santé) ?
6. Quel est le nombre moyen de femmes dépistées (hebdomadaire, mensuel, en augmentation ou constant) ?
7. Combien de femmes sont prises en charge, en moyenne, par centre de santé ?
8. Y a-t-il un objectif mensuel/annuel à atteindre et est-il réalisable ?
9. Comment les femmes dépistées positives sont-elles examinées ?
10. Quels sont les services disponibles dans les centres de diagnostic ?
11. Existe-t-il un système de suivi des femmes dépistées positives si elles n'effectuent pas les examens de diagnostic/ne suivent pas de traitement ?
12. Les femmes doivent-elles payer pour tous les services/certains services ?
13. Dans quelle mesure les programmes de formation sont-ils utiles et comment peuvent-ils être améliorés ?
14. Quels sont les défis et les possibilités d'amélioration ?
15. Les équipements et consommables sont-ils fournis en quantité suffisante ?
16. Existe-t-il un système de contre-référence des hôpitaux de province/région tertiaires autres ? Lorsqu'une femme est envoyée dans un établissement ?

Annexe III

Visite des centres de santé

Questionnaire 1. Visite des centres de santé prodiguant des services de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus		
(Nom du centre de santé : _____ date de visite : _____)		
Procédures à vérifier	Informations à collecter/procédures à observer	Réponse/observation
Inscription des femmes	Existe-t-il un registre destiné au programme de dépistage ?	
	Le registre est-il mis à jour ?	
	Combien de femmes ont été inscrites au cours de l'année 2016 (par mois) ?	
	Combien d'entre elles ont été dépistées pour la première fois en 2016 ?	
	Combien d'entre elles se sont rendues à leur 2ème visite de dépistage en 2016 ?	
	Les femmes reçoivent-elles une carte d'inscription ?	
	Existe-t-il un système d'identification unique ? Si oui, quel numéro est utilisé comme identifiant unique ?	
Conseil et consentement éclairé	Qui est responsable de fournir aux femmes des informations éducatives ?	
	Les femmes sont-elles informées et reçoivent-elles des conseils avant et après les procédures de dépistage ?	
	Les femmes doivent-elles donner un consentement éclairé écrit ?	
	Existe-t-il un matériel promotionnel et éducatif de sensibilisation imprimé et distribué à toutes les femmes ?	
Dépistage	Les prestations ECS/IVA sont-elles proposées régulièrement dans les centres de santé ou dans un centre distinct ?	
	Par qui l'IVA est-elle effectuée (profil) ?	
	Par qui l'ECS est-il effectué (profil) ?	
	Les résultats sont-ils documentés dans un registre tenu à jour au niveau du centre de santé ?	
	Combien d'ECS ont été effectués en 2016 (par mois)	
	Nombre de femmes positives à l'ECS en 2016 (par mois) ?	
	Combien d'IVA ont été effectuées en 2016 (par mois) ?	
	Nombre de femmes positives à l'IVA en 2016 (par mois)	
	Combien de femmes examinées cliniquement en 2016 sont en dehors du groupe d'âge recommandé ?	
	Combien de femmes examinées par IVA en 2016 sont en dehors du groupe d'âge recommandé ?	
	Combien de femmes ont répété l'ECS (2ème dépistage ou suivi post-traitement) ?	
	Combien de femmes ont répété l'IVA (2ème dépistage ou suivi post-traitement) ?	
	A quel établissement les femmes positives à l'ECS sont-elles adressées ?	
A quel établissement les femmes positives à l'IVA sont-elles adressées ?		

Contrôle des infections	Qui est le responsable qui contrôle la prévention des infections ?	
	Quelles sont les procédures à suivre pour :	
	La désinfection	
	La stérilisation	
	La décontamination	
	Existe-t-il un protocole normalisé pour la gestion des déchets ?	
Gestion des dossiers des femmes et des données	Qui est le responsable de la tenue des dossiers/registres ?	
	Les dossiers/registres des femmes sont-ils consignés sur papier ou informatisés ?	
	Les dossiers/la base des données sont-ils actualisés ?	
	Les dossiers sont-ils archivés régulièrement ?	
	Le registre/la base des données sont-ils utilisés pour suivre les femmes positives à l'IVA/ECS ?	
Questions générales	Combien de membres du personnel sont impliqués dans le dépistage ?	
	Combien de membres du personnel impliqués dans le dépistage sont formés et certifiés ?	
	La salle d'examen est-elle propre ? Dispose-elle d'une intimité suffisante ?	
	Les produits consommables et les fournitures sont-ils adéquats ? (gants, acide acétique, cotons-tiges/écouvillons, matériel de prévention des infections, dossiers, registres)	
	L'équipement est-il en bon état de fonctionnement ? (table d'examen, source de lumière, speculum, stérilisateur)	
	Les femmes doivent-elles payer les services ?	
	Le centre de santé envoie-t-il régulièrement la liste des femmes positives au centre de diagnostic et/ou au coordinateur de province/région du programme ?	
	Existe-t-il un système permettant d'obtenir un retour des centres de diagnostic (système de référence/contre-référence) ?	
	Existe-t-il un système d'information qui génère régulièrement des rapports d'activité ?	

Autres commentaires :

Signature

Annexe IVa

Les étapes de l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA)

Vérification de la procédure de l'IVA	
Activités	Oui/non
1. Préparation de l'IVA	
Préparez le matériel nécessaire (voir la liste des équipements).	
Vérifiez la disponibilité des consommables (voir la liste des consommables).	
Assurez-vous que la source lumineuse est opérationnelle.	
Disposez les instruments et les fournitures sur un plateau ou récipient bien désinfecté.	
2. Conseil et consentement	
Présentez-vous et saluez la patiente avec respect.	
Fournissez les informations générales sur la prévention du cancer par la détection précoce.	
Expliquez l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'IVA.	
Décrivez comment le test IVA est effectué et les résultats possibles du test.	
Expliquez les options possibles de diagnostic si l'IVA est positive.	
Répondez aux préoccupations éventuelles de la patiente.	
3. Renseignements personnels et antécédents (anamnèse/informations du dossier)	
Renseignements personnels : nom, âge, nom du mari, adresse, numéro de téléphone et dernière période menstruelle	
Antécédents gynéco-obstétricaux	
Antécédents médicaux	
Dépistage des cancers du col antérieurs	
Demandez si l'un des symptômes suivants est présent : écoulement nauséabond fétide et persistant, saignement post-coïtal, saignement post-ménopausique et règles irrégulières.	
Notez tous les renseignements pertinents dans le dossier de la patiente.	
4. Procédures de l'IVA	
Vérifiez que la patiente a vidé sa vessie.	
Aidez la patiente à se mettre sur la table d'examen, aidez-la à se déshabiller et utilisez un drap pour la couvrir durant l'examen.	
Lavez soigneusement vos mains à l'eau et au savon et séchez-les avec un chiffon propre et sec.	
Portez des gants adéquats.	
Examinez les organes génitaux externes et inspectez l'orifice de l'urètre.	
Choisissez un spéculum de taille appropriée et lubrifiez-en les lames avec un lubrifiant ou une solution saline.	
Insérez le spéculum et ajustez-le jusqu'à ce que le col utérin soit visible.	
Fixez les lames du spéculum en position ouverte pour une bonne visibilité du col utérin.	
Ajustez la source de lumière de sorte que vous puissiez voir le col de l'utérus clairement.	
Recherchez les signes de vaginite et/ou cervicite (pertes, rougeurs), les kystes de Naboth, les ectropions, les condylomes ou plaques de leucoplasies.	

Identifiez l'exocol, la jonction pavimento-cylindrique (JPC) et la zone de transformation.	
Trempez un coton-tige propre dans de l'acide acétique à 3—5 % et appliquez-le sur le	
Attendez 1 minute pour que l'acide acétique soit absorbé et que tout changement acidophile apparaisse.	
Inspectez soigneusement la JPC.	
Recherchez une tâche blanchâtre (zone acidophile) apparaissant sur le col.	
S'il y a une zone acidophile, recherchez les caractéristiques suivantes :	
i. Densité	
ii. Caractéristiques des marges de la lésion	
iii. Localisation de la lésion par rapport à la JPC ou l'exocol	
iv. Nombre de quadrants atteints par la lésion	
Lorsque l'inspection visuelle est terminée, utilisez un écouvillon neuf pour enlever l'acide acétique restant du col et du vagin et éliminez l'écouvillon.	
Retirez le spéculum.	
Aidez la patiente à se relever de la table d'examen et à s'asseoir confortablement.	
5. Tâches après l'IVA	
Jetez les écouvillons dans des sacs de déchets appropriés.	
Plongez le spéculum dans une solution de chlore à 0,5 %.	
Retirez les gants à l'envers et plongez-les dans une solution à 0,5 % de chlore.	
Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon et séchez-les à l'aide d'un chiffon propre et sec.	
Enregistrez les résultats du test IVA, ainsi que les autres informations dans le dossier de la patiente.	
En cas de changement acidophile, schématisez le col utérin et mentionnez la zone de changement sur le schéma.	
Après l'examen IVA, demandez à la patiente si elle est à l'aise pour discuter les résultats du test	
Demandez-lui si elle préfère que son mari ou un autre membre de la famille soit présent avec elle.	
Informez la patiente des possibles résultats du test IVA et de la signification d'un test IVA positif (si le test IVA est positif).	
Si le test IVA est positif , donnez à la patiente des informations détaillées sur les examens complémentaires.	
Fournissez des informations détaillées sur le centre de diagnostic.	
Si le test est négatif , conseillez à la patiente de revenir dans 3 ans.	
Encouragez-la à poser des questions et répondez-lui clairement.	
Remerciez la patiente pour le temps passé à l'examen	

*Les textes mis en évidence sont considérés comme importants

Remarques

Annexe IVb

Les étapes de l'examen clinique du sein (ECS)

Vérification de la procédure de l'ECS	
Activités	Oui/non
1. Conseil et consentement	
Saluez la patiente avec respect et présentez-vous.	
Fournissez des informations générales sur la prévention du cancer par la détection précoce.	
Expliquez l'importance du dépistage du cancer du sein par l'ECS.	
Décrivez comment le test ECS est effectué et les résultats possibles du test.	
Expliquez les options possibles de diagnostic si l'ECS est positif.	
Répondez aux préoccupations éventuelles de la patiente.	
2. Renseignements personnels et antécédents (anamnèse/informations du dossier)	
Renseignements personnels : nom, âge, nom du mari, adresse, numéro de téléphone et dernière période menstruelle	
Antécédents gynéco-obstétricaux	
Antécédents médicaux	
Dépistage de cancers du sein antérieurs	
Demandez si l'un des symptômes suivants est présent : masse au sein, écoulement mammaire, douleurs persistantes aux seins, changements récents de la peau, changements du mamelon.	
Notez tous les renseignements pertinents dans le dossier de la patiente.	
3. Etapes de l'ECS	
Demandez à la patiente de se dévêtir jusqu'à la ceinture.	
Demandez-lui de s'asseoir sur la table d'examen, les bras le long du corps.	
Lavez-vous soigneusement les mains et séchez-les.	
4. Inspection visuelle des seins	
Regardez les seins et notez : <ul style="list-style-type: none"> • différence de forme • différence de taille • rétraction du mamelon ou plissement ou éruptions cutanées autour de l'aréole • structure de la peau d'orange visible sur les zones affectées 	
5. Position assise	
Demandez à la patiente de lever ses mains au-dessus de sa tête et vérifiez si les deux seins ont exactement les mêmes dimensions et la même forme.	
Demandez à la patiente d'appuyer ses mains sur ses hanches et vérifiez si les deux seins ont exactement les mêmes dimensions et la même forme.	
6. Position couchée	
Installez la patiente sur la table d'examen et demandez-lui de placer ses bras au-dessus de sa tête.	
Explorez la totalité du sein avec votre main à plat (avec l'extrémité de l'index et du majeur) en spirale. Commencez par l'extérieur en remontant vers le mamelon.	

Palpez le sein sur « toutes les heures du cadran ».	
Palpez la glande mammaire et le mamelon avec une légère pression à la recherche des masses. Si la patiente a signalé un écoulement mamelonnaire, vous pouvez lui demander de pincer le mamelon afin de reproduire l'écoulement.	
Répétez ces étapes sur l'autre sein.	
Examinez les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires pour vérifier l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques (vous pouvez mettre des gants durant cette partie de l'examen).	
Pendant que vous examinez l'aisselle de la patiente, vous devez soutenir totalement le poids de son bras avec le vôtre. Examinez l'aisselle avec l'autre main en essayant de sentir les quatre plans (antérieur, postérieur, médian et latéral) ainsi que le creux axillaire.	
Palpez la zone sus-claviculaire des deux côtés pour vérifier la présence de lymphadénopathie.	
Après avoir terminé l'examen, demandez à la patiente de se rhabiller.	
7. Conseils après l'ECS	
Après l'examen ECS, demandez à la patiente si elle est à l'aise pour discuter les résultats du test.	
Demandez-lui si elle préfère que son mari ou un autre membre de la famille soit présent avec elle.	
Informez la patiente sur les possibles résultats de l'ECS et la signification d'un ECS positif (si le test ECS est positif).	
Si l'ECS est anormal, donnez à la patiente des informations détaillées sur les examens complémentaires.	
Fournissez des informations détaillées sur le centre de diagnostic précoce.	
Si l'ECS est normal, conseillez à la patiente de revenir dans 2 ans.	
Encouragez-la à poser des questions et répondez-lui clairement.	
Remerciez la patiente pour le temps passé à l'examen.	

**Les textes mis en évidence sont considérés comme importants*

Remarques

Annexe V

Visite des centres de diagnostic

Questionnaire 2a. Visite des centres de diagnostic - cancer du sein		
(Nom du centre de santé : _____ date de visite : _____)		
Procédures à vérifier	Informations à collecter/procédures à observer	Réponse
Inscription des patientes	Existe-t-il un registre réservé aux femmes présentant un ECS anormal et adressées au centre de diagnostic ?	
	Le registre est-il mis à jour ?	
	Combien de femmes ont été inscrites en 2016 ?	
	Combien d'entre elles ont été adressées pour un examen ECS positif en 2016 ?	
	Le numéro unique d'identification utilisé au centre de diagnostic est-il identique à celui utilisé au centre de santé ?	
ECS réalisé par les médecins	Qui examine les femmes positives à l'ECS adressées par les centres de santé (profil) ? (gynécologue, chirurgien, non-spécialiste)	
	Combien de femmes positives à l'ECS ont été examinées en 2016 ?	
	Combien de femmes positives à l'ECS réalisé par les infirmiers/ médecins généralistes des centres de santé ont été diagnostiquées sans anomalie au cours de l'examen clinique effectué par les gynécologues en 2016 ?	
	Pour combien de femmes positives à l'ECS y a-t-il eu suspicion de cancer à l'examen clinique effectué par un gynécologue en 2016 ?	
	Combien de femmes positives à l'ECS ont été adressées pour une mammographie en 2016 ?	
Mammographie	La mammographie est-elle disponible au centre de diagnostic ?	
	La mammographie est-elle numérique ?	
	Combien de mammographies ont été effectuées en 2016 ?	
	Combien de mammographies ont été effectuées chez les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	
	Combien de mammographies ont été signalées comme BI-RADS 4/5 parmi les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	
	Combien de vues sont habituellement prises (vue craniocaudale, vue médiolatérale oblique, autre) ?	
Echographie	L'échographie mammaire est-elle disponible ?	
	Combien d'échographies mammaires ont été effectuées en 2016 ?	
	Combien d'échographies mammaires ont été effectuées pour des femmes positives à l'ECS et envoyées pour consultation en 2016 ?	
	Combien de cancers du sein ont été suspectés par échographie chez les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	

Biopsie/ aspirations à l'aiguille fine (FNA)	Le service d'histopathologie est-il disponible ?	
	Combien de biopsies ont été effectuées chez les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	
	Un service de cytologie est-il disponible ?	
	Combien de FNA ont été effectuées chez les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	
	Combien de cancers du sein (y compris cancers <i>in situ</i>) ont été détectés à l'histologie chez les femmes positives à l'ECS en 2016 ?	
Référence	Combien de femmes ont été adressées à l'hôpital régional/au centre d'oncologie en 2016 pour suspicion d'un cancer du sein ?	
	Vers quel hôpital régional/centre d'oncologie les femmes ont-elles été adressées ?	
	Est-il possible de suivre les femmes adressées pour consultation ?	
	Si oui, comment le suivi est-il assuré ? Qui en est le responsable ? A quelle fréquence les femmes sont-elles contactées ?	
	Le centre reçoit-il des retours sur les cas adressés à l'hôpital régional/au centre d'oncologie ?	
Tenue des dossiers	Les résultats des examens de diagnostic sont-ils conservés sur un registre ou sur ordinateur ?	
	Les dossiers sont-ils mis à jour ?	
Aspects généraux	Combien de techniciens de radiologie sont affectés au centre ?	
	Combien de radiologues font des mammographies ?	
	Les radiologues sont-ils bien formés et certifiés en mammographie ?	
	Les produits consommables et les fournitures sont-ils adéquats ? (films, aiguilles et seringues, gants, aiguilles de biopsie cytologique)	
	Les équipements sont-ils en bon état de fonctionnement ? (mammographie, films radiographiques)	
	Existe-t-il des procédures standard opérationnelles de la mammographie ?	
	Existe-t-il un système d'assurance-qualité du service ?	
	Les femmes doivent-elles payer les services au centre ?	

Autres commentaires :

Signature

Questionnaire 2b. Visite des centres de diagnostic - cancer du col de l'utérus

(Nom du centre : _____ date de visite : _____)

Procédures à vérifier	Informations à collecter/procédures à observer	Réponse/observation
Inscription des patientes	Existe-t-il un registre réservé aux femmes adressées au centre de diagnostic pour un examen gynécologique ?	
	Le registre est-il mis à jour ?	
	Combien de femmes ont été inscrites en 2016 ?	
	Combien d'entre elles ont été adressées pour un examen IVA positif en 2016 ?	
	Le numéro unique d'identification utilisé au centre de diagnostic est-il identique à celui utilisé au centre de santé ?	
Colposcopie	Qui effectue la colposcopie (profil) ?	
	Combien de femmes positives à l'IVA ont eu une colposcopie en 2016 ?	
	Pour combien de femmes positives à l'IVA y a-t-il eu suspicion de lésion de haut grade lors d'une colposcopie en 2016 ?	
	Pour combien de femmes positives à l'IVA y a-t-il eu suspicion de cancer lors d'une colposcopie en 2016 ?	
Biopsie	Le service d'histopathologie est-il disponible ?	
	Combien de biopsies cervicales ont été effectuées chez des femmes positives à l'IVA en 2016 ?	
	Combien de lésions de haut grade (CIN2/CIN3) ont été diagnostiquées par l'examen histologique chez les femmes positives à l'IVA en 2016 ?	
	Combien de cancers ont été diagnostiqués par histologie chez les femmes positives à l'IVA en 2016 ?	
Traitement	Combien de femmes ont été traitées par thermo-coagulation en 2016 ?	
	Combien d'entre elles avaient une histologie confirmant une CIN2/CIN3 ?	
	Combien de femmes ont été traitées par la RAD en 2016 ?	
	Combien d'entre elles avaient une histologie confirmant une CIN2/CIN3 ?	
	Combien de femmes ont été traitées le jour même de la colposcopie (diagnostiquer et traiter) ?	
	Combien de femmes ayant une CIN2/CIN3 confirmée par histologie n'ont pas reçu de traitement ?	
Référence	Combien de femmes ont été adressées à l'hôpital régional/au centre d'oncologie en 2016 ?	
	Vers quel centre d'oncologie les femmes ont-elles été orientées ?	
	Est-il possible de suivre les femmes envoyées en consultation ?	
	Si oui, comment le suivi est-il assuré ? Qui en est le responsable ? A quelle fréquence les femmes sont-elles contactées ?	
	Le centre reçoit-il des retours sur les cas adressés aux centres d'oncologie ?	

Système d'information	Les résultats des examens de diagnostic sont-ils conservés sur un registre ou sur ordinateur ?	
	Les dossiers sont-ils mis à jour ?	
Aspects généraux	Combien de colposcopistes travaillent au centre ?	
	Les colposcopistes sont-ils bien formés et certifiés ?	
	Les produits consommables et les fournitures sont-ils adéquats ?(gants, acide acétique, Lugol, coton, formaldéhyde, flacons de prélèvement, anses et boules de coagulation, produits anesthésiques, seringues et aiguilles, produits nécessaires pour le contrôle des infections)	
	L'équipement est-il en bon état de fonctionnement ? (source de lumière, colposcope, speculums, thermo-coagulateur, pinces à biopsie)	
	Les femmes doivent-elles payer les services au centre ?	
	Existe-t-il un système d'assurance-qualité du service ?	

Autres commentaires :

Signature

Centre international de Recherche sur le Cancer



Organisation
mondiale de la Santé

**FONDATION
LALLA SALMA**
PRÉVENTION ET TRAITEMENT
DES CANCERS



مؤسسة
للأسلمى
للوقاية وعلاج
السرطان



وزارة الصحة
+٩٥٥٥٠١ | +٨٨٥٤
Ministère de la Santé