



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES



Organisation
mondiale de la Santé

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES AU BENIN 2019-2023

Avec l'appui financier de l'OMS

Avril 2019

PREFACE

Les cancers constituent un problème de santé publique de plus en plus préoccupant au Bénin. Les cancers gynécologiques et mammaires en particulier, représentent la première cause de morbi-mortalité par cancer tous sexes confondus. D'après les statistiques de Globocan, en 2018 au Bénin, le nombre de nouveaux cas de cancers gynécologiques et mammaires était de 2613.

Ce premier plan de lutte contre le cancer du col de l'utérus et les autres cancers gynécologiques et mammaires s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 au Bénin en vue de garantir un accès équitable aux soins à tous les malades. Il traduit la volonté du gouvernement béninois de lutter contre ces affections en vue de l'amélioration de leur prise en charge.

Je voudrais exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance à tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en l'occurrence l'OMS, les experts, les cadres nationaux qui ont contribué à la réalisation de ce document.

Je reste persuadé qu'une bonne coordination, un bon suivi des actions de toutes les parties prenantes et la mise à disposition des ressources nécessaires permettront d'atteindre les objectifs fixés.

J'exhorte donc tous les différents acteurs de la santé à accompagner la mise en œuvre effective de ce plan qui met l'accent surtout sur la prévention en vue de réduire la morbi-mortalité par ces cancers dans notre pays. Je compte sur la collaboration de tous les acteurs afin que la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire soit effective pour l'amélioration des indicateurs.

Prof. Benjamin I. B. HOUNKPATIN

PREFACE	2
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	6
JUSTIFICATION	8
PARTIE I : METHODOLOGIE D’ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L’UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES	10
1.1. Séance de cadrage méthodologique	10
1.2. Revue documentaire	10
1.3. Analyse de la situation	11
1.4. Briefing des experts nationaux	13
1.5. Production du deuxième draft du plan par les experts sur la base du premier draft élaboré par les consultants.....	13
1.6. Elaboration du budget du plan	14
1.7. Validation du plan	14
PARTIE II : CONTEXTE NATIONAL	15
2.1. Caractéristiques démographiques du Bénin	15
2.2. Caractéristiques économiques, sociales et culturelles.....	16
2.3. Profil sanitaire	16
2.3.1 Etat de santé de la population et maladies prioritaires	16
2.3.2 Eau, hygiène et assainissement	17
2.3.5 Déterminants majeurs de la santé.....	18
2.4. Organisation du système de santé	18
2.5. Situation actuelle de lutte contre les principaux cancers gynécologiques et mammaires au Bénin.....	19
2.5.1 Cancer du sein	20
2.5.2. Cancer du col de l’utérus	24
2.5.3. Autres cancers gynécologiques	29
2.6. Capacité actuelle du Bénin à faire face à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	30
2.6.1. Prévention primaire	30
2.6.2. Ressources disponibles pour la mise en œuvre du plan.....	34
2.6.3. Système d’information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant le cancer du col utérin.....	38
2.6.4. Analyse des Forces, faiblesses, opportunités et menaces	38
2.7. Principes directeurs	42
2.8. Cibles.....	44
2.9. Défis liés à l’exécution du plan stratégique de lutte contre le cancer du col de l’utérus et les autres cancers de la femme.....	46
PARTIE III : PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L’UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DE LA FEMME AU BENIN 2019-2023	47
3.1. Vision	47
3.2. Objectifs	47
3.4.1. Objectif Général	47
3.4.2. Objectifs spécifiques (OS).....	47
3.3. Axes stratégiques.....	47
3.4. Interventions et actions définies pour la lutte contre le cancer du col de l’utérus et les autres cancers gynécologiques et mammaires	48

3.4.2.	Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires	48
3.4.2.	Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires	50
3.4.3.	Préventions tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires	51
3.4.5.	Promotion des soins palliatifs	53
3.4.5.	Leadership, gouvernance et promotion de la recherche	53
3.5.	Conditions de réussite	56
3.6.	Indicateurs de performance et de progrès.....	56
3.6.1	Indicateurs de performance	56
3.6.2	Indicateurs de progrès.....	62
3.7.	Ressources requises pour la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le cancer du col de l'utérus	65
3.7.1.	Besoins en ressources humaines.....	65
3.7.2.	Modalité de recrutement des ressources humaines.....	66
3.7.3.	Besoin en ressources matérielles	67
3.7.3.	Mobilisation des ressources financières	67
3.8.	Mise en œuvre et coordination des interventions du plan	68
3.8.1	Cadre institutionnel, de mise en œuvre et de coordination du plan.....	68
3.8.2.	Organes d'orientation et de décision	69
3.8.3.	Organes de soins	69
3.8.4.	Autres organes et institutions impliquées	70
3.9.	Priorisation des interventions	70
3.10.	Déploiement du plan stratégique.....	72
3.11.	Suivi et évaluation	72
3.11.1.	Suivi de la mise en œuvre du plan	72
3.11.2.	Evaluation de la mise en œuvre du plan	73
3.12.	Budget.....	75
	REFERENCES	85
	ANNEXES.....	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classement des différents types de cancers dans le monde (Globocan, 2018)	19
Tableau II : Incidence et mortalité des femmes par cancer du sein dans différentes régions du monde (Globocan, 2018).....	21
2Tableau III : Incidence et Mortalité des femmes par cancer du sein dans la zone CEDEAO (Globocan, 2018).....	22
Tableau IV : Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus dans différentes régions du monde (Globocan, 2018).....	25
Tableau V : Incidence et Mortalité du cancer du col de l'utérus dans la zone CEDEAO (Globocan, 2018).....	26
Tableau VI : Ressources Humaines spécialisées pour la prise en charge du cancer du col utérin.....	36
Tableau VII : Personnel en formation pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus..	37
Tableau VIII : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du système de santé face à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	39
Tableau IX: Indicateurs de performance	57
Tableau X: Indicateurs de progrès	62
Tableau XI : Besoins en ressources humaines spécialisées pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	65
Tableau XII : Besoins en ressources matérielles pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	67
Tableau XIII: Priorisation des différentes interventions	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte géographique du Bénin (Source : Plan de réponse aux MNT 2017-2022, 2017).....	15
Figure 2 : Pyramide Sanitaire du Bénin (Annuaire des statistiques sanitaires, 2017)	18
Figure 3 : Part des sept cancers les plus fréquents et autres dans l'ensemble des cancers au Bénin (Globocan, 2018)	20
Figure 4: Vue d'ensemble des interventions programmatiques délivrées tout au long de la vie dans le but de prévenir les infections à HPV et le cancer du col de l'utérus (OMS, 2013).....	27
Figure 5 : Financement de la lutte contre les MNT (PNLMNT) au Bénin	38

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFCRN	: Appui du Réseau Africain des Régistres du Cancer
AMS	: Assemblée Mondiale de la Santé
ANV	: Agence Nationale de Vaccination
ARCH	: Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
CAME	Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels
CCSC	: Communication pour un Changement Socio- Comportemental
CDEEP	: Comité Départemental du suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHU-MEL	: Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DHIS2	: District Health Information System 2
DNH	: Direction Nationale des Hôpitaux
DSIO	: Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSME	: Direction de la santé de la mère et de l'enfant
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FDR	: Facteurs De Risque
FS	: Formation Sanitaire
GSHS	: Global School-based Student Health Survey
GSM	: Global System for Communications
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune
HPV	: Human Papilloma Virus
IDH	: Indice de Développement Humain
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IVA	: Inspection Visuelle à l'Acide acétique
IVL	: Inspection Visuelle au Lugol
MAPI	: Manifestation Adverse Post Immunisation
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

OMS AFRO et HQ	: Organisation Mondiale de la Santé, Afrique et Siège
ONU	: Organisation des Nations Unies
OS	: Objectif Spécifique
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNLMNT	: Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PSLS	Programme Santé de Lutte contre le Sida
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMAT	: Rayon Moyen d'Action Théorique
TSH	: Traitement Substitutif Hormonal
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

JUSTIFICATION

L'objectif 2 du plan de mise en œuvre de la stratégie mondiale visant à prévenir et à combattre les Maladies Non Transmissibles (MNT), approuvé par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en mai 2008, a insisté sur la nécessité de mettre en place des plans nationaux pour prévenir et combattre les MNT. En outre, ce plan propose que les états membres mettent en œuvre et suivent des approches d'un bon rapport coût/efficacité pour la détection précoce des cancers.

En effet, les cancers constituent un problème majeur de santé publique et une priorité pour les pays en voie de développement. Si l'information sur l'incidence et l'évolution des cas de cancers est disponible dans les pays développés, elle est rare et biaisée dans les pays les moins avancés. La qualité de la prise en charge est aussi meilleure dans les pays développés et émergents.

Par ailleurs, l'insuffisance d'informations judicieuses aux populations et les pesanteurs socioculturelles entraînent les diagnostics tardifs et une absence de comportements protecteurs.

En 2012, 412 100 personnes sont mortes du cancer en Afrique Subsaharienne. Si aucune intervention n'est mise en œuvre, le nombre de nouveaux cas de cancers atteindra 804 000 d'ici 2020.

Au Bénin, la disponibilité du registre des cancers est une force depuis 2013. Cependant, le manque de ressources humaines et financières ne permet pas de disposer des données précises et actualisées sur la situation nationale.

Une étude réalisée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) et au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) sur la période allant de 2000 à 2008, avait retrouvé que sur 210 cas de cancers gynécologiques et mammaires recensés, le cancer du sein venait au premier rang avec 44,3 % des cas. Le cancer du col de l'utérus représentait 26,7 % suivi du cancer des ovaires (18,6 %) et du cancer de l'endomètre (9,05 %). Les cancers de la vulve et du vagin étaient faiblement représentés (1,5 %). Les cancers du col de l'utérus et de l'endomètre étaient retrouvés chez les femmes les plus âgées, alors que le cancer du sein intéressait presque toutes les tranches d'âges chez les femmes en âge de procréer [1].

Dans la grande majorité des cas, ces cancers sont découverts à des stades avancés, après l'apparition des symptômes. En effet, dans l'étude réalisée au CHU-MEL et à la CUGO de 2000 à 2008, le délai de consultation après l'apparition des premiers signes était le plus souvent compris entre un et six mois (32,2 %) et pouvait aller au-delà de trois ans (26,1 %).

La plupart des cancers étaient ainsi diagnostiqués à un stade avancé (stade III ou IV) soit 65 %. La prise en charge onéreuse réduit l'accès aux soins, ce qui ramène à 42 % la survie à cinq ans [1].

Au Bénin, selon les résultats de Globocan 2018, l'incidence estimée du cancer du col de l'utérus était de 783 nouveaux cas, avec une mortalité de 682 cas [2]. Comme dans la plupart des pays de la région africaine, les enjeux et défis concernent : i) la faible disponibilité de données ; ii) la lourde charge économique et psychosociale due au cancer, avec son impact sur les malades, leurs familles et la collectivité ; iii) l'insuffisance, voire l'inexistence d'informations au niveau de la population et des prestataires sur les méthodes de prévention et de prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires ; iv) la faible capacité de prévention du système de santé ; v) l'insuffisance du plateau technique pour le traitement ; vi) l'inexistence d'un sous-programme de prévention à l'échelle nationale dédié à la lutte contre le cancer.

Toutefois, en mars 2017, le Bénin a participé à l'atelier sur le cancer du col de l'utérus organisé à Abidjan par l'OMS AFRO et HQ, qui a permis de formuler des stratégies pertinentes. Dans la même période, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) a élaboré les Directives nationales et guide pour la prévention et le contrôle des cancers du sein et du col de l'utérus au Bénin.

Dans cette même dynamique, le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) en collaboration avec la DSME et la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO), avec l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a entrepris l'élaboration du premier Plan dédié à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires au Bénin, en respectant les étapes recommandées au niveau mondial (Analyse de la situation, formation des experts nationaux etc. ...). La mise en œuvre de ce plan se fera dans le cadre du plan national cancer qui est intégré dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

PARTIE I : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

Suite à une requête faite auprès de l'OMS, deux (02) consultants ont été identifiés pour « l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre le cancer du col de l'utérus et les autres cancers gynécologiques et mammaires 2019 -2023 ». Des experts dans les domaines de la cancérologie, de la gynécologie et de la santé publique ont été aussi identifiés pour être impliqués dans le processus d'élaboration du plan à travers leur avis scientifique. L'approche méthodologique adoptée pour l'élaboration du document du plan stratégique se résume en plusieurs étapes à savoir :

- La séance de cadrage méthodologique ;
- La revue documentaire ;
- L'analyse de la situation ;
- La rédaction du premier draft du plan par les consultants ;
- La formation des experts à la planification stratégique et production du deuxième draft du plan par ces derniers sur la base du premier draft élaboré par les consultants ;
- L'atelier de budgétisation ;
- La finalisation du plan par les experts ;
- La validation du plan.

1.1. Séance de cadrage méthodologique

La réunion de cadrage ayant pour rôle de valider l'approche méthodologique générale, a permis de partager et d'approfondir la compréhension du travail confié aux consultants. La méthodologie de travail a été harmonisée entre le PNLMT et les consultants.

1.2.Revue documentaire

Un inventaire et une collecte de l'ensemble des documents sont nécessaires pour la description de la situation des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin. Pour cela, plusieurs sources ont été consultées telles que les sites de l'OMS, les sites du Ministère de la Santé, les bases de données médicales (Pubmed) ainsi que les bibliothèques universitaires où des documents physiques ont été consultés sur place. Il a également été consulté des plans cancers de différents pays pour s'en inspirer. Une lecture critique de tous ces documents a été

effectuée puis des fiches résumées ont été élaborées pour faciliter la synthèse des informations. La compilation de l'ensemble des informations recueillies a permis de rédiger le 1^{er} draft de l'analyse nationale de la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

Il s'est agi de manière plus pratique de répertorier les données sur :

- les plans stratégiques de lutte contre le cancer de par le monde ;
- les exemples de programmes de prévention et de plans nationaux de lutte contre le cancer ;
- les Facteurs De Risque (FDR) des différents cancers gynécologiques et mammaires, les méthodes préventives et les traitements ;
- l'ampleur des principaux FDR de ces cancers au Bénin ;
- la morbi-mortalité liée aux cancers gynécologiques et mammaires au Bénin ;
- les capacités du système de santé béninois en matière de lutte contre le cancer.

1.3. Analyse de la situation

L'analyse de la situation s'est déroulée en trois phases :

- **Entretiens avec les acteurs clés de la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires**

Différents acteurs de la lutte contre le cancer ont été interviewés pour faire l'état des lieux de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires et du cancer du col de l'utérus en particulier au Bénin ainsi que celui des ressources humaines et équipements disponibles. Les interviews ont eu lieu du 11 au 18 février 2019. Un guide d'entretien ciblé a été élaboré à ce sujet. Il était composé de cinq (05) parties :

- L'évaluation des ressources humaines, des infrastructures et du matériel disponible dans la spécialité et leur répartition sur le territoire national ;
- Les expériences menées par l'expert ou son institution dans le domaine de la lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein ;
- Les résultats obtenus si les expériences ont été concluantes, les leçons apprises le cas échéant ;
- Les forces et faiblesses du système de santé béninois dans le domaine de spécialité de l'expert ;
- Les recommandations de l'expert pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires.

Les personnes identifiées pour être interviewées étaient des acteurs clés de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires et comprenaient entre autres :

- le chef du département d'anatomie pathologique de l'Université de Parakou en sa qualité d'enseignant de rang magistral d'anatomie pathologique ;
- le coordonnateur national du projet Screen and Treat parrainé par le centre international de recherche sur le cancer et la fondation Lalla Salma. Il s'agit d'un projet de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus dans le département du Littoral ;
- le médecin gynécologue d'appui à la DSME ;
- un médecin gynécologue colposcopiste au CHU-MEL de Cotonou ;
- la sage-femme responsable de la colposcopie au CHU-MEL de Cotonou ;
- un médecin anesthésiste réanimateur de l'espace CHU ;
- un médecin interniste à compétences oncologiques exerçant dans l'espace CHU ;
- un médecin pédiatre expert de la vaccination ;
- le président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin (CNGOB) ;
- un médecin chirurgien –oncologue ;
- le responsable national des soins palliatifs ;
- le directeur national des hôpitaux en sa qualité d'enseignant de rang magistral de médecine nucléaire.

- **Analyse des données**

L'analyse des informations recueillies au moyen de la revue documentaire et des entretiens a été faite à travers l'appréciation des forces et faiblesses du système sanitaire ainsi que les opportunités et les menaces. L'appréciation faite a été fondée d'une part sur la triangulation des opinions et avis des personnes rencontrées et d'autre part sur les directives de l'OMS ainsi que sur les orientations du Ministère de la santé.

Les résultats de cette analyse ont ensuite été exploités pour définir les éléments à intégrer dans le plan stratégique.

- **Atelier d'analyse de la situation**

Un atelier a été organisé les 26 et 27 février 2019 à Cotonou. Cet atelier a réuni pour la première fois les experts sélectionnés, les consultants et les responsables et personnel technique du PNLMT. Au cours de la séance, chaque expert a présenté la situation des

cancers gynécologiques et mammaires avec un accent particulier sur le cancer du col de l'utérus suivant son domaine de spécialité. Les différents aspects de la prévention et de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires ont été abordés. Le point de vue des experts et leurs recommandations ont été pris en compte. Suite à cette réunion, le « draft 0 » du plan rédigé par les consultants a été amélioré.

1.4. Briefing des experts nationaux

Il a été organisé un atelier de briefing des experts nationaux sur la planification stratégique et la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires. Cet atelier s'est tenu à Cotonou du 28 février au 1^{er} mars 2019. Les principales thématiques développées étaient :

- définition des concepts en planification ;
- étapes d'élaboration d'un plan stratégique ;
- caractéristiques d'un plan stratégique ;
- prévention des cancers ;
- rappel sur l'épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin;
- état des lieux de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin ;
- infection au Virus du Papillome Humain (HPV).

A l'issue de cette séance, les experts nationaux présents étaient outillés pour la planification stratégique.

1.5. Production du deuxième draft du plan par les experts sur la base du premier draft élaboré par les consultants

Après la formation des experts nationaux, un atelier s'est tenu à Bohicon du 05 au 07 mars 2019. Il a réuni les experts formés et l'équipe du PNLMT sous la direction des consultants. Les experts ont été répartis en groupes de travail en fonction de leur spécialité. Parallèlement, le draft du plan a été divisé en plusieurs parties et chaque groupe s'est vu attribué une partie du draft. Les observations et amendements découlant de cette activité ont été recueillis et discutés au cours des séances plénières et pris en compte par les consultants afin de finaliser le plan qui a été relu entièrement.

1.6.Elaboration du budget du plan

Un atelier réunissant certains experts et des personnes ressources de la DPP a eu lieu à Porto-Novo du 19 au 21 mars pour l'élaboration du budget prévisionnel du plan.

1.7. Validation du plan

Un atelier de validation a eu lieu à Bohicon du 25 au 27 mars 2019. Au cours de cet atelier, il a été présenté et discuté, le budget élaboré par le comité restreint, ainsi que les commentaires et suggestions formulés par les experts des bureaux national et régional (AFRO) de l'OMS sur le document de plan en vue de leur prise en compte. Cet atelier a été aussi l'occasion pour les différents acteurs clés du domaine, impliqués dans l'élaboration du document, ainsi que les autorités ministérielles présentes, de s'assurer de la prise en compte de leurs préoccupations respectives, telles que retenues lors des ateliers précédents. Les corrections nécessaires à l'amélioration du plan ont été apportées. L'équipe des consultants a pris en compte ces amendements dans le document final.

PARTIE II : CONTEXTE NATIONAL

Le Bénin est situé en Afrique de l'Ouest sur le Golfe de Guinée et couvre une superficie de 114 763 Km². Il est limité au Nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 125 Km (Figure 1) [3].

Le territoire national est découpé en douze départements : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces 12 départements se subdivisent en 77 communes avec 546 arrondissements et 5 290 villages et quartiers de ville [4].

2.1. Caractéristiques démographiques du Bénin

La population du Bénin est estimée en 2017 à 11 231 549 habitants dont 5 715 061 de sexe féminin soit 50,9% [5]. L'indice synthétique de fécondité estimé en 2016 est de 5,37. Il s'agit d'une population jeune avec 45,3% d'enfants de moins de quinze ans et 15,9% d'enfants de moins de cinq ans [5].



Figure 1 : Carte géographique du Bénin (Source : Plan de réponse aux MNT 2017-2022, 2017)

2.2. Caractéristiques économiques, sociales et culturelles

Le Produit Intérieur Brut (PIB constant de 2010) par tête d'habitant du Bénin est de 495 730 FCFA en 2017 d'après la Banque Mondiale [6]. La croissance du PIB annuel est estimée à 5,6 % [7]. L'économie du Bénin repose sur une agriculture vivrière dont les principaux produits cultivés sont : le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho et l'arachide. L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. Le secteur industriel est embryonnaire [8].

Sur les 197 pays reconnus par l'ONU, le Bénin est classé au 170^{ème} rang dans le rapport sur le développement humain en 2017, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,515 [9]. Ce qui classe le Bénin dans le groupe des pays à faible IDH, où se retrouvent plus de la moitié des pays africains.

Sur le plan socio-culturel, le Bénin est un Etat laïc où les habitants pratiquent plusieurs religions. Les principales religions sont l'islam (27,7%), le catholicisme (25 ,5%) et le vodou (11,6%). On y retrouve un pluralisme religieux depuis des décennies [3].

Au Bénin, une cinquantaine d'ethnies sont répertoriées et réparties sur des aires géographiques bien déterminées. Les groupes ethniques majoritaires sont : les Fons (39 %), les Adja et apparentés (15 %), et les Yoruba (12 %) et les Bariba (9 %). A chaque ethnie correspond une langue qui porte souvent le même nom que l'ethnie. Aujourd'hui, bien que la langue officielle soit le français, il existe environ une vingtaine de langues locales au Bénin [3].

2.3.Profil sanitaire

2.3.1 Etat de santé de la population et maladies prioritaires

En 2016, le Bénin a enregistré selon l'OMS, un taux de mortalité globale de 9,01 décès pour 1000 habitants [10]. Le profil sanitaire du Bénin au cours de ces dernières années est caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles avec cependant l'émergence des MNT. Bien que l'analyse des causes de décès tous âges confondus attribue la grande part aux maladies transmissibles soit environ 55 %, celle relevant des MNT n'est pas négligeable, soit 36%. Ceci prouve que la transition épidémiologique s'amorce progressivement dans notre pays à l'instar de beaucoup de pays de la sous-région ouest-africaine [10].

Néanmoins, il nous faut préciser ici, que les statistiques issues des formations sanitaires ne reflètent pas toute la réalité car les pathologies telles que les MNT qui ne bénéficient pas d'un enregistrement systématique, sont souvent sous-estimées. De plus, le

taux de fréquentation des formations sanitaires par la population est faible dans plusieurs régions.

Malgré de récents efforts faits pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile, la mortalité maternelle reste élevée au Bénin. La mortalité maternelle recule mais reste importante en passant de 497/100 000 naissances vivantes en 1996 à 335,5/100 000 naissances vivantes en 2013 d'après le RGPH 4 [5]. Le pays présente un taux élevé de mortalité chez les enfants, même si l'on note une tendance régulière à la baisse depuis 1996. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé et des indicateurs multiples du Bénin, le taux de mortalité Infanto-Juvénile est passé de 166,5 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 88,9 en 2011, puis à 78,6 en 2016 [3]. Le paludisme grave et la malnutrition sont au premier rang des causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Au Bénin, trois (3) maladies sont considérées comme prioritaires : il s'agit du paludisme, du VIH/Sida et de la tuberculose [11]. Chacune de ces maladies est prise en charge par un programme national qui coordonne toutes les activités pour réduire la prévalence de ces maladies. En particulier, la prévalence du VIH a été estimée à 1,1% en 2015. Cette prévalence est stable depuis 2002 [12].

2.3.2 Eau, hygiène et assainissement

Le Bénin est caractérisé par une insuffisance de l'accès à l'eau potable. L'utilisation d'eau provenant de puits non protégés, de rivière, des mares et/ou marigots est encore répandue surtout en zones rurales [11]. L'installation de point d'eau n'est pas suffisante. De plus, on assiste à la contamination de l'eau lors de la collecte, du transport, du stockage et de la consommation. Cette situation contribue à l'émergence et à la réémergence de certaines maladies, notamment des maladies liées au péril hydro-fécal telle que le Choléra.

L'insalubrité qui prédomine dans les villes et campagnes constitue un facteur favorisant la multiplication des insectes et des rongeurs, vecteurs de maladies et sources de nuisances notamment les moustiques (anophèles et culex), les mouches, les rats et les souris. La gestion des déchets des formations sanitaires n'est pas maîtrisée. Le taux d'évacuation des ordures est de 17% pour tout le Bénin avec 39% en milieu urbain et 3% en milieu rural [11]. Près de 8% des ménages en milieu urbain ne disposent pas d'installations sanitaires. En zone rurale, dans certains départements, des villages entiers rejettent les latrines pour des raisons culturelles.

2.3.5 Déterminants majeurs de la santé

- **Pauvreté**

Le cancer du col de l'utérus affecte particulièrement les femmes pauvres, c'est une maladie des iniquités [13]. De 2011 à 2015, le seuil de pauvreté global a connu un accroissement d'environ 16,5%. Il est passé de 120 839 FCFA par tête d'habitant en 2011 à 140 808 FCFA en 2015. En référence au seuil de pauvreté calculé en 2015, la proportion de personnes pauvres au Bénin est passée de 36,2% en 2011 à 40,1% en 2015. Toutefois, il existe de fortes disparités de pauvreté monétaire en 2015 au niveau départemental [14].

- **Education**

Le Bénin a réalisé d'énormes progrès dans l'accès à l'éducation et l'équité genre : 9 enfants sur 10 vont à l'école. Selon les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le taux net de scolarisation à l'école primaire est de 92,1% [15]. D'autres formes de disparités demeurent et ont tendance à s'aggraver en termes de maintien des filles à l'école et d'achèvement du cours secondaire.

2.4. Organisation du système de santé

Le système de santé du Bénin a une organisation décentralisée. Il est organisé de façon pyramidale avec trois (3) niveaux : central, intermédiaire et périphérique comme le montre le schéma ci-dessous (Figure 2) [16].

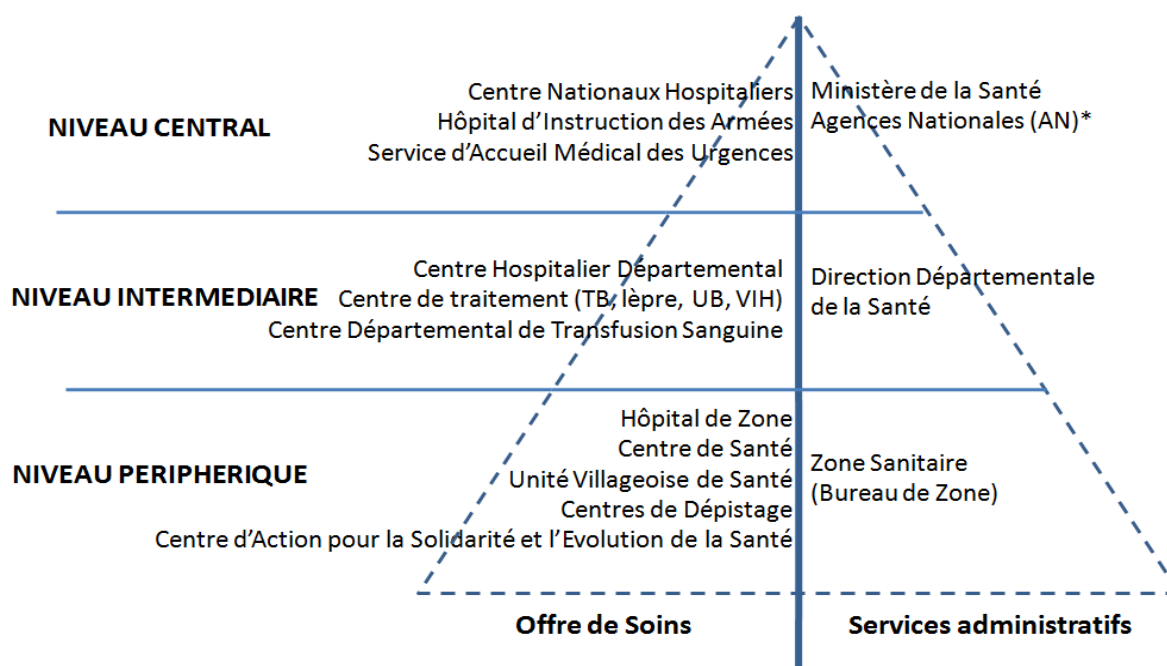


Figure 2 : Pyramide Sanitaire du Bénin (Annuaire des statistiques sanitaires, 2017)

La gouvernance du secteur est assurée par un cabinet, dix (10) directions centrales/techniques et douze (12) directions départementales de la santé.

2.5.Situation actuelle de lutte contre les principaux cancers gynécologiques et mammaires au Bénin

Selon Globocan, il devrait y avoir 18,1 millions nouveaux cas de cancer et 9,8 millions de décès par cancer dans le monde en 2018 [2]. A l'échelle mondiale en termes d'incidence, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme (Tableau 1). Le cancer du col de l'utérus est classé quatrième en termes d'incidence et de mortalité chez les femmes [2] (Tableau 1). A ces deux principaux cancers féminins, s'ajoute le cancer des ovaires, le cancer de l'endomètre, le cancer du vagin ainsi que le cancer de la vulve. Au Bénin, les cancers du sein et du col de l'utérus sont respectivement les premiers et deuxièmes plus fréquents (Figure 3).

Tableau I : Classement des différents types de cancers dans le monde (Globocan, 2018)

Type de cancers	Incidence	Classement du cancer en termes d'incidence (femmes)	Mortalité	Classement du cancer en termes de mortalité (femmes)
Tous les cancers	8 622 539	-	4 169 387	-
Sein	2 088 849	1	626 679	1
Col de l'utérus	569 847	4	311 365	4
Endomètre	382 069	6	89 929	14
Ovaire	295 414	8	184 799	8
Vulve	44 235	-	15 222	22
Vagin	17 600	-	8 062	27

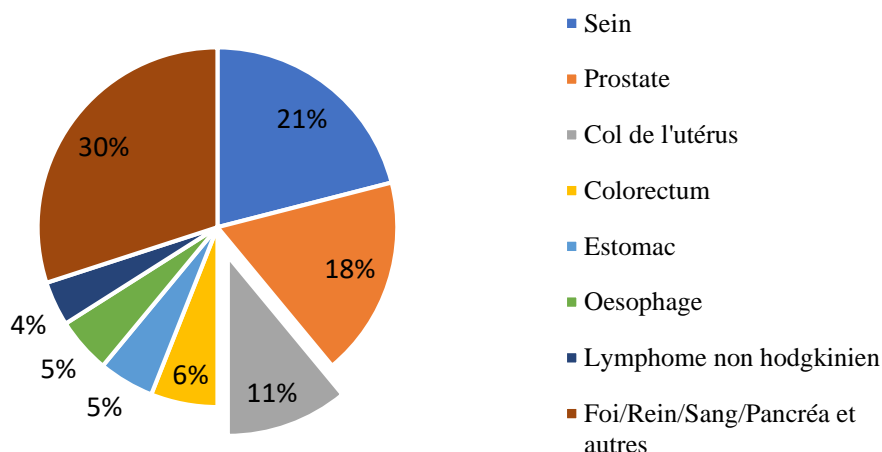


Figure 3 : Part des sept cancers les plus fréquents et autres dans l'ensemble des cancers au Bénin (Globocan, 2018)

2.5.1 Cancer du sein

2.5.1.1 Epidémiologie du cancer du sein

- **Incidence**

En l'absence d'un système de surveillance adéquate au Bénin, peu de données sont disponibles sur la fréquence des cancers. Cependant, d'après les premiers résultats du registre du cancer de Cotonou couvrant la période 2014 à 2016, le cancer du sein était plus fréquent (22,6 sur 100 000) que tous les autres cancers chez les femmes [17]. Une étude réalisée de 2000 à 2008 à la CUGO et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou avait également montré que le cancer du sein venait en tête avec 44,3% [1].

Selon Globocan, l'incidence nationale de tous les cancers confondus devrait atteindre 8 036 nouveaux cas au Bénin en 2018. Les cancers les plus fréquents seraient respectivement le cancer du sein (26,5 sur 100 000) suivi du cancer de la prostate (22,9 sur 100 000) [2].

- **Mortalité**

Environ 2 000 femmes seraient décédées de cancers en 2014 au Bénin. Le nombre de décès dus au cancer du sein représentait 23,3% de l'ensemble des cas [2]. En 2018, le nombre de décès dus aux cancers chez les femmes aurait atteint 2 930. D'après ces mêmes estimations, le cancer le plus en cause des décès est le cancer du sein (756) [2].

- **Comparaison avec d'autres pays**

Au niveau mondial, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et représente 16% de l'ensemble des cancers féminins [18]. L'OMS estime le cancer du sein

comme le 5^{ème} le plus mortel et 571 000 personnes en serait morte dans le monde en 2015. Une majorité de ces décès (69%) survient dans les pays en voie de développement [18]. Le taux de survie du cancer du sein est extrêmement variable d'un pays à l'autre, allant de 80% ou plus à moins de 40% dans les pays à faible revenu. Les faibles taux de survie dans les pays moins développés peuvent s'expliquer essentiellement par l'absence de programmes de dépistage précoce entraînant une proportion élevée de femmes avec des cancers à stade avancé, ainsi que par l'absence d'infrastructures de diagnostic et de traitement appropriées [18].

❖ Pays développés

Les différentes incidences et mortalités par cancer du sein dans le monde sont présentées dans le tableau I. La région du monde la plus touchée par le cancer du col de l'utérus est la région asiatique aussi bien au niveau incidence que mortalité. Cette forte proportion en Asie est due à la taille de la population asiatique qui est la plus importante du monde [2]. La région africaine est la région où l'incidence du cancer du sein est la plus faible mais la mortalité par cancer du sein se rapproche plus de celles des autres régions [2].

Tableau II : Incidence et mortalité des femmes par cancer du sein dans différentes régions du monde (Globocan, 2018)

Zone du monde	Incidence	Classement du cancer en termes d'incidence (femmes)	Mortalité	Classement du cancer en termes de mortalité (femmes)
Monde	2 088 849	1	626 679	1
Afrique	168 690	1	74 072	2
Amérique	462 081	1	99 521	2
Asie	911 014	1	310 577	2
Europe	522 513	1	137 707	1

❖ Pays de la sous-région

Les différentes incidences et mortalités par cancer du sein en Afrique de l'Ouest sont présentées dans le tableau II. Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme en Afrique de l'Ouest et c'est le 2^{ème} cancer le plus mortel [2]. Selon la prise en charge du cancer du sein

dans les différents pays, la mortalité par cancer du sein est classée de la 1^{ère} cause des cancers chez la femme à la 3^{ème} cause.

2^eTableau III : Incidence et Mortalité des femmes par cancer du sein dans la zone CEDEAO (Globocan, 2018)

Zone du monde	Incidence	Classement du cancer en termes d'incidence (femmes)	Mortalité	Classement du cancer en termes de mortalité (femmes)
Afrique de l'Ouest	45 157	1	20 983	2
Bénin	783	2	756	1
Burkina Faso	1 436	2	839	2
Cap vert	50	1	22	3
Côte d'Ivoire	2 659	1	1 317	2
Gambie	48	3	24	3
Ghana	4 693	1	1 871	2
Guinée	605	3	345	3
Guinée Bissau	163	2	93	2
Libéria	414	2	231	2
Mali	1 755	2	920	2
Niger	1 585	1	1 042	1
Nigéria	26 310	1	10 403	2
Sénégal	1 758	2	834	2
Sierra Leone	1 035	1	577	1
Togo	7746	1	929	1

2.5.1.2 Facteurs de risque du cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Les FDR cités ci-après sont impliqués dans la survenue du cancer du sein :

- **L'âge**

Dans le monde, les deux tiers des cancers du sein apparaissent après 50 ans. Les cancers du sein apparaissant avant 35 ans sont plus rares et avant 20 ans exceptionnels [19]. En 2013, une étude à l'HOMEL et à la CUGO a retrouvé que l'âge moyen de survenue du

cancer du sein était de 34,2 ans [1]. Cet âge est relativement jeune par rapport à la moyenne mondiale.

- **Les antécédents personnels de cancer du sein**

Les femmes ayant déjà été traitées d'un cancer du sein ont un risque élevé de développer à nouveau un cancer du sein [20].

- **Facteurs de risque familiaux**

Les antécédents familiaux de cancer du sein augmentent le risque d'apparition d'un cancer du sein. Ce risque est d'autant plus fort que le lien de parenté est proche ou le nombre de personnes atteintes dans la famille élevé [20]. Dans l'étude de 2013 à l'HOMEL et à la CUGO, les antécédents familiaux de cancers du sein sont retrouvés chez 46,2% des patientes [1].

- **Facteurs de risque génétiques**

Les mutations de certains gènes nommés BRCA1, BRCA2 et p53 augmentent fortement le risque de survenue de cancer du sein. Ces mutations restent rares (responsables de 5 à 10 % des cancers dans le monde) et donc représentent une faible partie de la morbidité et de la mortalité [19].

- **Facteurs de risque communs au MNT**

Les FDRs modifiables liés à l'hygiène de vie sont également impliqués dans la survenue du cancer du sein. Ces facteurs sont communs à la plupart des MNT ainsi qu'aux différents cancers dont le cancer du sein. Les principaux sont la consommation nocive d'alcool, la consommation de tabac, le manque d'exercice physique, la mauvaise alimentation, le surpoids, l'obésité, l'hypercholestérolémie, l'HTA et l'hyperglycémie. Au Bénin, la consommation excessive d'alcool est estimée à 7,6%, la consommation de tabac fumé à 5,0%, l'inactivité physique à 15,9% et la faible consommation de fruits et légumes à 93,1% [21]. Selon l'OMS, les FDR communs aux MNT dans le monde sont responsables de 21% des cancers du sein (27% dans les pays à revenus élevés et 18% dans les pays à revenus faibles et intermédiaires) [19].

- **Hyperoestrogénie**

L'exposition prolongée aux œstrogènes peut augmenter le risque de survenue de cancer du sein [19]. L'exposition peut être due aux œstrogènes endogènes suite à une puberté précoce (avant 12 ans) ou une ménopause tardive (après 55 ans). Elle peut également être induite par une prise exogène d'œstrogènes soit par contraceptifs oraux soit par traitement substitutif hormonal (TSH). Cependant la prévalence de l'utilisation des contraceptifs aux

Bénin reste faible (16% chez les femmes en union âgées de 17 à 49 ans) et le TSH est très peu prescrit [22]. L'allaitement a par contre un effet protecteur [13].

2.5.2. Cancer du col de l'utérus

2.5.2.1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

- **Incidence**

D'après les premiers résultats du registre du cancer de Cotonou couvrant la période 2014 à 2016, 104 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été enregistrés. Comptant pour 17.1 % des cancers de la femme, le cancer du col de l'utérus vient en second rang après le cancer du sein [23]. L'étude réalisée à la CUGO et à l'HOMEL de Cotonou avait également montré que le cancer du col de l'utérus était le deuxième cancer le plus fréquent (26,7%) [1]. D'après les estimations de l'OMS, l'incidence du cancer du col de l'utérus était de 781 au Bénin en 2014 [2].

Selon Globocan, l'incidence nationale de tous les cancers confondus devrait atteindre 8 036 nouveaux cas dont 783 pour le cancer du col de l'utérus au Bénin en 2018 [2]. Le cancer du col de l'utérus vient au 3^{ème} rang après les cancers du sein et de la prostate [24].

- **Mortalité**

Selon l'OMS, le cancer du col représentait la première cause de décès dus aux cancers chez les femmes au Bénin en 2014 [2]. En 2018, le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus aurait atteint 652. Le cancer du col de l'utérus vient au deuxième rang des cancers les plus mortels chez les femmes au Bénin [24].

- **Comparaison avec les autres pays**

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est classé au 4^{ème} rang, aussi bien en termes d'incidence que de mortalité chez les femmes [25,26]. Environ 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été estimés pour l'année 2018 et 310 000 personnes seraient décédées du cancer du col de l'utérus dans le monde [24]. Plus de 85% des décès surviennent dans des pays en développement [25]. Cependant ce cancer émergent est en progression constante en Afrique subsaharienne. Avec plus de 75 000 nouveaux cas et 50 000 décès en 2015, le cancer du col de l'utérus est considéré comme le cancer le plus fréquent dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne [26]. D'après l'OMS, les décès par cancer du col de l'utérus sont plus importants dans les pays en voie de développement et d'ici 2030, 90% de ces décès auront lieu dans ces derniers [25].

❖ Pays développés

Les différentes incidences et mortalités dans le monde sont présentées dans le tableau III. La région du monde la plus touchée par le cancer du col de l'utérus est la région asiatique aussi bien au niveau incidence que mortalité [2]. La région africaine est la 2ème région où on retrouve le plus de cancer du col. On peut également constater qu'en Afrique, le cancer du col de l'utérus est le plus mortel contrairement aux autres régions, ce qui témoigne d'une faible efficacité des programmes de prise en charge ou du dépistage [26].

Tableau IV : Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus dans différentes régions du monde (Globocan, 2018)

Zone du monde	Incidence	Classement du cancer en termes d'incidence (femmes)	Mortalité	Classement du cancer en termes de mortalité (femmes)
Monde	569 847	4	311 365	4
Afrique	119 284	2	81 689	1
Amérique	71 689	6	34 170	5
Asie	315 346	4	168 411	5
Europe	61 072	8	25 829	10

❖ Pays de la sous-région

Le cancer du col de l'utérus est pratiquement dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest le plus mortel sauf au Bénin, au Niger, au Nigéria et en Sierra Leone où il arrive au 2^{ème} rang en termes de mortalité [2]. Il est également très fréquent en termes d'incidence souvent derrière le cancer du sein ou au 1^{er} rang [26].

Les différentes incidences et mortalités en Afrique de l'Ouest sont présentées dans le tableau IV.

Tableau V : Incidence et Mortalité du cancer du col de l'utérus dans la zone CEDEAO (Globocan, 2018)

Zone du monde	Incidence	Classement du cancer en termes d'incidence (femmes)	Mortalité	Classement du cancer en termes de mortalité (femmes)
Afrique de l'Ouest	31 955	2	23 529	1
Bénin	783	2	652	2
Burkina Faso	2 517	1	2 081	1
Cap-Vert	50	1	26	1
Côte d'Ivoire	1 789	2	1 448	1
Gambie	184	1	132	1
Ghana	3 151	2	2 119	1
Guinée	1 810	1	1 509	1
Guinée-Bissau	191	1	157	1
Libéria	548	1	449	1
Mali	2 206	1	1 704	1
Niger	543	2	476	2
Nigéria	14 943	2	10 403	2
Sénégal	1 876	1	1 367	1
Sierra Leone	299	2	242	2
Togo	568	2	414	1

2.5.2.2 Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus

L'OMS propose une approche globale dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Cette approche prend en compte la femme tout au long de sa vie génitale et ceci de manière continue (Figure 4).

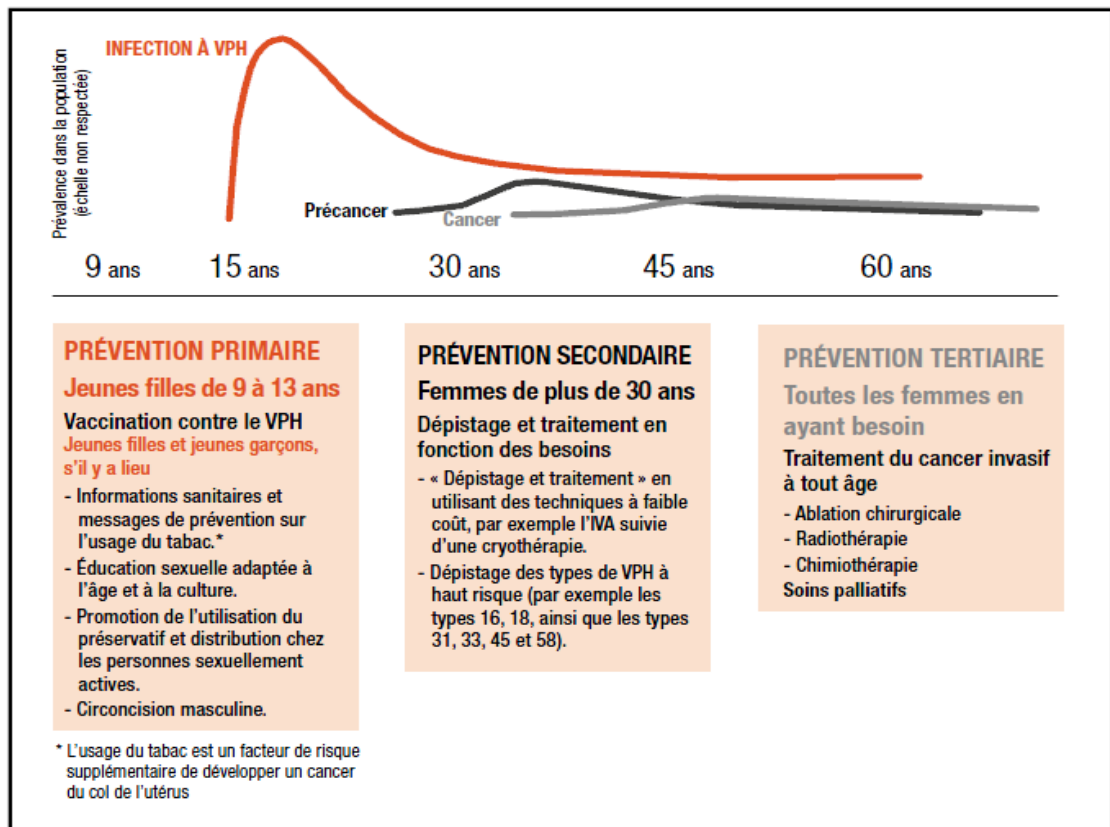


Figure 4: Vue d'ensemble des interventions programmatiques délivrées tout au long de la vie dans le but de prévenir les infections à HPV et le cancer du col de l'utérus (OMS, 2013)

L'infection persistante par un virus, le papillomavirus humain (HPV), est le plus important facteur de risque du cancer du col de l'utérus. Il existe différents types de virus HPV. Treize d'entre eux sont cancérogènes à haut risque. Parmi eux, figurent l'HPV16 et l'HPV18 qui sont impliqués dans 70% des cancers du col de l'utérus [24]. Les facteurs déterminants de l'infection par le HPV, à la fois chez l'homme et chez la femme, sont directement liés au comportement sexuel. Ainsi, les rapports sexuels sans préservatif augmentent le risque d'infection par l'HPV.

L'infection à HPV est une infection courante et son incidence maximale se situe généralement à l'adolescence, peu de temps après le début des activités sexuelles. Seule une petite partie des femmes infectées par des types de HPV à haut risque développent des lésions précancéreuses du col utérin pouvant évoluer vers un cancer. Habituellement une période de 10 et 20 ans est nécessaire pour progresser d'un stade précancéreux précoce au stade de cancer invasif.

A Cotonou, en 2011, lors d'une étude hospitalière l'infection à HPV a été diagnostiquée chez 33,2% des femmes testées. Parmi ces femmes infectées, 88,0% avaient

une infection HPV à haut risque [27]. Les prévalences concernant les phénotypes à haut risque au cours de cette étude étaient les suivantes : 17,6% de HPV-16, 14,8% de HPV-18, 13,4% de HPV-58, 9,9% de HPV-45 et 8,4% de HPV-56 et des génotypes à faible risque tels que 7,7% de HPV-42 et 7% HPV-6 et -11 chez les femmes avec cytologie normale et anormale [27]. A Parakou, une étude réalisée entre 2009 et 2014 montrent que les génotypes les plus fréquents sont les HPV-39 (38 et 37,7%), HPV-18 (35 et 31,3%) et HPV-45 (25 et 9%) [28]

D'autres facteurs de risques contribuent à la survenue du cancer du col de l'utérus. Il s'agit des facteurs suivants [29,30] :

- La déficience immunitaire (les femmes VIH positives, traitement immunosuppresseur, corticothérapie)
- La co-infection avec d'autres germes transmis sexuellement (virus de Herpes, infection à chlamydia ou gonorrhée)
- Le premier contact sexuel à un âge précoce (<15 ans)
- Le tabagisme
- Le multi partenariat sexuel
- La grande multiparité
- L'utilisation prolongée de contraceptifs oraux

Les facteurs de risque du cancer du col utérin autres que l'infection à HPV sont en réalité [13] :

- soit faibles en terme d'importance de l'Association (tabagisme) ;
- soit représentent des corrélations avec la probabilité d'acquisition du HPV (nombre de partenaires sexuels) ;
- soit représentent encore éventuellement des corrélations avec la probabilité de progression de l'infection par le HPV en cancer (âge lors des premiers rapports sexuels, parité et utilisation de contraceptifs oraux).

La prévalence des cofacteurs a été l'objet de plusieurs études au Bénin. Nous en résumons quelques-unes dans les lignes suivantes :

- **Le statut immunitaire**

Au Bénin, la prévalence du VIH en 2016 était de 1,2% dans la population générale de 15 à 49 ans. Cette prévalence plus élevée chez les femmes était estimée à 1,4%, le sexe ratio était de 140 femmes infectées pour 100 hommes [31].

- **Age au premier rapport sexuel**

Au Bénin selon l'enquête Global School-based Student Health Survey (GSHS) de 2016, 40,1% des élèves de 13 à 17 ans avaient déjà eu des rapports sexuels [32]. Parmi eux, 40,8% avaient eu leur premier rapport avant l'âge de 14 ans. Chez les filles ces pourcentages étaient estimés respectivement à 25,7% et 12,2% [32]. Bien que les filles aient en moyenne des rapports sexuels plus tardivement que chez les garçons, elles restent exposées aux rapports sexuels précoces, important FDR du cancer du col de l'utérus.

- **Multi partenariat sexuel**

Dans une étude menée dans la commune de Parakou au Bénin en 2001, le nombre moyen de partenaires sexuels par femme entre 15 et 49 ans était de 3 (min : 1 ; max : 13) [33].

- **Multiparité**

Le nombre d'enfants par femme reste très élevé au Bénin. Il a été estimé à 5,7 enfants par femme par l'INSAE [22]. Ce nombre est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce nombre important augmente le risque de cancer du col de l'utérus au Bénin.

- **Tabagisme**

Au Bénin, selon l'enquête STEPS 2015, les femmes fumaient peu. Une prévalence de 0,5% avait été mesurée chez les femmes dans l'ensemble du pays [21].

- **Usage de contraceptifs oraux**

Selon le rapport de l'Enquête Démographique de Santé (EDS) 2017-2018, seules 16,0% des femmes en union de 17 à 49 ans étaient sous contraceptifs et 12,0% utilisaient des contraceptifs modernes dont font partie les contraceptifs hormonaux [22].

2.5.3. Autres cancers gynécologiques

Le 3^{ème} cancer gynécologique le plus fréquent au Bénin est le cancer des ovaires. Selon l'étude réalisée à l'HOMEL et à la CUGO et qui a porté sur la période 2000-2008, il concernait 18,6% des patientes atteintes de cancers gynécologiques et mammaires. Au Bénin, le cancer de l'endomètre atteignait 9,1% des femmes suivies. Les cancers du vagin et de la vulve sont rares et représentaient respectivement 0,5% et 1,0% de la population étudiée [1].

2.6.Capacité actuelle du Bénin à faire face à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires

2.6.1. Prévention primaire

2.6.1.1.Communication pour un changement socio-comportemental

Elle vise à sensibiliser et à éduquer les populations par des méthodes appropriées pour réduire les comportements sexuels à risque, encourager la vaccination contre le HPV et adopter des comportements propices à la prévention des cancers, connaître les premiers signes et symptômes et encourager le dépistage.

Il n'existe pas un programme spécifique d'information et d'éducation pour un changement socio-comportemental en faveur de la réduction de la morbi-mortalité des cancers gynécologiques et mammaires. Toutefois, il existe des actions de communication intéressant les MNT en général, élaborées par le PNLMNT ; malheureusement ces actions ne sont pas régulières.

2.6.1.2.Vaccination contre le virus du papillome humain

La vaccination contre le HPV est l'une des principales armes pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Les vaccins contre le HPV actuellement disponibles comprennent un vaccin quadrivalent contenant les génotypes 6,11,16 et 18 ; et un vaccin bivalent contenant les génotypes 16 et 18. Les deux vaccins ont démontré l'innocuité et une efficacité supérieure à 90% dans la prévention des infections et des lésions précancéreuses des types HPV 16 et 18, lorsqu'ils sont administrés à des adolescentes avant leur début sexuel. Le vaccin quadrivalent présente en revanche un avantage supplémentaire par rapport au vaccin bivalent, avec une efficacité démontrée contre les HPV6, 11, 16 et 18 qui sont responsables de 90% des cas de verrues génitales.

Un projet de démonstration de la vaccination au Bénin a été conduit avec l'aide de l'Alliance Gavi. Le vaccin utilisé est le bivalent qui protège contre les HPV 16 et 18 avec une protection croisée partielle contre HPV 45 et 31. Il s'agit d'un vaccin liquide conditionné en flacon de 2 doses. Ce projet pilote a couvert deux zones sanitaires dont celle d'Abomey-Calavi-So-Ava au Sud du pays et celle de Djougou-Copargo-Ouaké au Nord du pays. Au total 13 199 filles ont eu la première dose et 10 516 la deuxième (79,7% ont eu les 2 doses). Des démarches sont en cours avec GAVI pour l'intégration de la vaccination contre le HPV dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dès 2021.

2.6.1.3 Dépistage des cancers gynécologiques et mammaires

Selon l'OMS, parmi les cancers gynécologiques et mammaires, seuls ceux du sein et du col de l'utérus doivent être dépistés systématiquement en population générale. Il n'existe pas de programme de lutte contre les cancers en général ni sur les cancers gynécologiques et mammaires en particulier. Des campagnes de dépistage couplées à la formation des sages-femmes au niveau périphérique étaient organisées par la DSME.

- **Cancer du col de l'utérus**

Le dépistage par IVA/IVL est réalisé au profit des femmes essentiellement dans les hôpitaux de référence : le CNHU et le CHU-MEL et de façon systématique mais opportuniste. Dans les autres hôpitaux, le dépistage n'est pas systématique, du fait de défaut de formation du personnel ou de rupture de consommables (acide acétique, Lugol, produits de dilution). La cible est constituée de toutes les femmes consultant en gynécologie et au premier trimestre de grossesse. L'approche « dépister et traiter » n'est pas pratiquée de façon systématique.

Le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) est aussi couramment pratiquée dans les grandes villes (Cotonou, Parakou, Porto-Novo, Bohicon, Abomey-Calavi).

Enfin, en dehors du contexte de recherche scientifique, le typage des HPV par la PCR, n'est pratiquée que dans le cas des frottis de type indéterminé.

- **Cancer du sein**

Etant donné que le CHUD-OP soit le seul centre public qui dispose actuellement d'un appareil de mammographie fonctionnel, il n'est pas organisé de dépistage systématique comme le recommandent les normes internationales. A l'image des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus, des actions sporadiques d'examen des seins par les professionnels de santé ou de formation à l'autopalpation des seins sont organisées par la DSME, la DSIO, le PNLMT et les ONG.

L'auto-examen du sein est recommandé chez toutes les femmes et permet de les sensibiliser à prendre en charge leur propre santé. La sensibilisation sur les premiers signes et symptômes et l'examen clinique du sein sont à encourager pour le dépistage dans les pays à ressources limitées.

La mammographie est la méthode de dépistage de choix en population générale. Le dépistage par mammographie est très coûteux et n'est envisageable que dans les pays disposant d'une bonne infrastructure médicale, qui ont les moyens de mettre en place un programme à long terme. Dans les pays à revenu élevé, elle a permis de réduire la mortalité par cancer du sein de 20 à 30% chez les femmes de plus de 50 ans lorsque le taux de dépistage est supérieur à 70% [34].

2.6.1.4 Traitement des cancers gynécologiques et mammaires

- **Infrastructures sanitaires et équipements médico-techniques disponibles**

Le traitement du cancer se fait après confirmation par des examens anatomo-pathologiques. Au niveau du secteur public, le Bénin dispose de deux laboratoires d'anatomie pathologique (un dans le Sud du pays, à Cotonou à la faculté des sciences de la santé et un autre dans le nord du pays au CHUD/Borgou à Parakou). Dans le secteur privé, on note au Sud, le laboratoire «Foi en Dieu» de la Cité Houéyiho, le laboratoire Dubois, une représentation du laboratoire CERBA et au Nord, le laboratoire de l'hôpital «Saint Jean de Dieu» de Tanguéta.

- **Traitement des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus**

La cryothérapie était disponible dans certains CHU dont le CHU-MEL. Cependant une nouvelle technique est aujourd'hui souhaitée, il s'agit de la thermocoagulation. Cette technique est plus accessible et plus sécurisée. De plus, il est prévu dans le cadre d'un projet pilote avec la fondation Lalla Salma, d'équiper le CHU-MEL de matériel nécessaire pour la réalisation de cette méthode.

- **Chirurgie des cancers gynécologiques et mammaires**

- *Cancer du sein*

La mastectomie radicale et le curage axillaire peuvent être réalisés dans la plupart des CHU par des chirurgiens entraînés. La chirurgie conservatrice est moins souvent réalisée ou alors elle l'est parfois de manière non carcinologique. La technique du ganglion sentinelle n'est pas encore disponible au Bénin mais une unité de médecine nucléaire est en cours d'installation au CHU-MEL avec pour ambition de permettre un accès à cette technique.

- *Cancer du col de l'utérus*

Il s'agit de la colpohystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne jusqu'au stade 1B1. Elle est actuellement réalisée uniquement dans les CHU qui doivent être renforcés en boîtes de chirurgie et en tables d'anesthésie.

- *Autres cancers gynécologiques (ovaires et vulve)*

La chirurgie régionale de l'ovaire y compris le curage lombo-aortique, est actuellement pratiquée par quelques chirurgiens dans l'espace CHU. Il en est de même pour les vulvectomies et le curage inguinal.

- **Radiothérapie**

Elle n'est pas disponible au Bénin. Ce traitement est indispensable pour la prise en charge curative du cancer du col au-delà du stade 1B1, des cancers de la vulve, des cancers du sein localement avancés et métastatiques ou après un traitement conservateur. Les patientes atteintes d'un cancer gynécologique ou du sein et nécessitant une radiothérapie doivent être évacuées à l'étranger (Mali, Côte-d'Ivoire, Ghana, Afrique du sud, Maroc, Tunisie, France). Les patientes agents contractuels ou agents permanents de l'Etat et leur famille peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire prise en charge par l'Etat béninois après validation du dossier par le comité de santé. Les patientes indigentes ne peuvent pas pour le moment bénéficier d'une évacuation sanitaire à l'étranger. Elles peuvent cependant, être prises en charge localement si un dossier de prise en charge à titre indigent est accepté par le comité de santé.

Au cours de l'année 2018, le ministère de la santé a eu à évacuer à l'étranger 126 patientes pour cancers du sein, 15 pour le col et le corps de l'utérus.

- **Chimiothérapie**

Elle est utilisée de manière concomitante à la radiothérapie (radiochimiothérapie concomitante). Elle est utilisée seule dans les traitements palliatifs des cancers métastatiques ou lorsque la radiothérapie est contre-indiquée.

- **Médicaments et Dispositifs Médicaux disponibles**

- **❖ Médicaments de la chimiothérapie**

Actuellement, les molécules disponibles au Bénin sont :

- 5-Fluoro-Uracile ;
- Cisplatine ;
- Carboplatine ;
- Paclitaxel ;
- Navelbine ;
- Epirubicine ;
- Adriamycine ;
- Cyclophosphamide ;
- Docetaxel ;
- Gemcitabine ;

Notons qu'il existe parfois des ruptures de stocks de ces médicaments.

❖ **Médicaments de la thérapie ciblée**

- Le trastuzumab utilisé dans les cancers du sein est disponible de manière irrégulière à la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels (CAME). Cette molécule très onéreuse doit être commandée à l'avance par le patient ;
- Le cetuximab utilisé dans le traitement du col de l'utérus métastatique n'est pas disponible ;
- Le pertuzumab n'est pas disponible ;
- Le bévacizumab utilisé dans le cancer de l'ovaire n'est pas disponible.

❖ **Médicaments d'hormonothérapie**

- Le tamoxifène utilisé dans les cancers hormono-dépendants du sein est disponible et accessible ;
- Les anti-aromatases utilisés dans le cancer du sein hormono-dépendant chez la femme ménopausée ne sont pas disponibles. De plus, leur coût est exorbitant.

❖ **Médicaments des soins palliatifs**

Le médicament principal utilisé aujourd'hui au Bénin en soins palliatifs est la morphine. Elle est aujourd'hui accessible dans le programme de soins palliatifs à un coût abordable de 1 000 FCFA le flacon de 500ml dosé à 1mg/ml. Les soins palliatifs sont dispensés actuellement au CNHU-HKM et à l'hôpital de zone de Comé. A ce jour, 19 personnes ont été formées en Ouganda aux soins palliatifs dont 18 sont des professionnels de santé (7 médecins, une pharmacienne et 10 infirmiers) et la présidente de l'Association Béninoise des Soins Palliatifs (ABSP) qui est un agent de l'administration à la retraite. Ce personnel est appuyé par des volontaires bénévoles non encore formés.

2.6.2. Ressources disponibles pour la mise en œuvre du plan

• **Infrastructures**

Le Bénin compte actuellement cinq (05) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), cinq (05) Centres Hospitaliers Départementaux (CHD), 34 zones sanitaires dont 82,35% sont fonctionnelles avec 18 hôpitaux de zones en bon état, 6 hôpitaux de zones à réhabiliter, 10 hôpitaux à construire ou en cours de construction et 668 centres de santé complets (dispensaires et maternités), 101 maternités seules. Dans l'ensemble du pays, le Rayon Moyen

d'Action Théorique (RMAT) des centres de santé est de 6,4. Le taux de couverture en centres de santé est de 94,3% et le ratio d'équipement en lits des hôpitaux est de 2 223 habitants / Lit [13].

- **Equipements**

Dans les 769 maternités recensées sur le territoire national, plus de 80% disposent de tables gynécologiques et les 100% de spéculum. Les hôpitaux de zone ne disposent pas actuellement de matériel de cryothérapie ou de conisation, ni d'anse diathermique (matériel nécessaire pour le traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus). En ce qui concerne le cancer du sein, ces structures sanitaires ne disposent pas d'appareil de mammographie ni du matériel nécessaire pour les microbiopsies et encore moins du matériel nécessaire pour les biopsies stéréotaxiques. Au niveau central, les cinq CHU (CNHU-HKM de Cotonou, CHU MEL, CHU Suru-Léré, CHUD-OP et CHU Parakou) sont fonctionnels et disposent de bloc opératoire avec une table d'anesthésie utilisable dans le traitement chirurgical radical des cancers gynécologiques. Actuellement, seul le CHUD-OP dispose d'un appareil de mammographie fonctionnel. Il s'agit d'un appareil de type analogique alors que la référence actuelle est la mammographie numérique. Toutefois, aucun de ces hôpitaux de référence ne dispose d'un service de chimiothérapie ou d'oncologie médicale et encore moins d'une unité de radiothérapie [13].

- **Ressources humaines**

L'un des défis majeurs du Bénin est l'insuffisance de ressources humaines qualifiées. Alors que les normes de l'OMS recommandent 2,3 personnels qualifiés pour 1 000 habitants pour les services généraux de santé, le Bénin compte 1 525 sages-femmes (0,57 pour 1 000 femmes en âge de procréer), 1 690 médecins (0,15 pour 1 000 habitants), 43 pédiatres, 88 gynécologues, 74 chirurgiens du secteur public [13].

Aucun oncologue radiothérapeute n'est disponible dans le service public. Ce constat est le même pour les oncologues médicaux. Toutefois, le CNHU dispose de médecins internistes à compétence oncologique et d'un chirurgien-oncologue. Le tableau V résume les ressources humaines actuellement disponibles dans le secteur public tandis que le tableau VI présente celles actuellement en formation dans le domaine de la cancérologie en général et de la cancérologie gynécologique en particulier.

Tableau VI : Ressources Humaines spécialisées pour la prise en charge du cancer du col utérin

Ressources humaines spécialisées	Total en 2018	Dans le secteur public	Dans le secteur privé	Observations
Gynécologues	88	53	35	-
Chirurgiens –oncologues	2	1	1	Celui du privé exerce actuellement à l'étranger
Oncologue- radiothérapeute	1	0	1	Exerce actuellement à l'étranger
Oncologue- médicale	1	0	1	Exerce à l'étranger
Médecins interniste à compétences oncologiques	5	2	3	Les trois du secteur privé exercent actuellement à l'étranger
Infirmier/Sages-femmes spécialisés en soins palliatifs	10	10	-	-
Médecins spécialisés en soins palliatifs	7	4	3	-
Pharmacienne formée aux soins palliatifs (préparation morphine orale)	1	1	0	-
Anatomo-pathologistes	8	3	5	Deux du secteur privé exercent actuellement à l'étranger
Médecin nucléaire	1	1	-	-
Médecins anesthésistes	24	18	6	Quatre du secteur privé exercent actuellement à l'étranger

Tableau VII : Personnel en formation pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus

Discipline	Nombre	Durée de la formation (en années)	Détails (sous réserve des passages en année supérieure)
Oncologie médicale	3	4	- 1 en quatrième année au Maroc. - 1 en troisième année de spécialisation en Côte d'Ivoire. - 1 en première année au Maroc.
Oncologie Radiothérapie	4	4	- 2 en troisième année au Maroc qui ont bénéficié d'une bourse de l'AIEA. - 1 en deuxième année au Maroc - 1 en première année au Maroc.
Médecine Nucléaire	1	4	1 en première année en Algérie.
Chirurgie Oncologique	1	5	1 en deuxième année à Dakar.
Anatomie- pathologique	7	4	Tous sur financement personnel.
Diplôme Inter- Universitaire (DIU) d'Oncologie gynécologique	7	2	Il s'agit de médecins en quatrième année de DES de Gynécologie et inscrit concomitamment au DIU à la FSS.

- **Financement de la lutte contre les maladies non transmissibles**

En 2017, le Bénin a consacré 4,03% de son Budget national aux dépenses publiques à la santé contre 15% selon l'engagement pris par les Chefs d'Etat dans la Déclaration d'Abuja en 2001. Le budget alloué au PNLMNT est variable d'année en année. Le taux de mobilisation de la contribution de l'état pour toutes les activités relatives aux MNT est passé de 96% en 2013 à 26% en 2018 (Figure 4). La majeure partie des dépenses totales du PNLMNT y compris les cancers dépend fortement de la contribution des partenaires techniques et financiers.

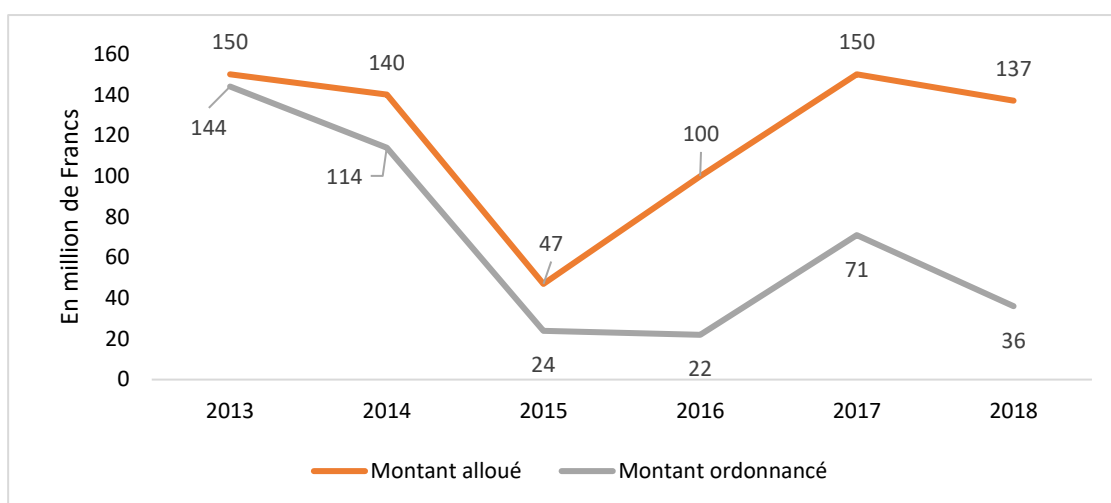


Figure 5 : Financement de la lutte contre les MNT (PNLMNT) au Bénin

2.6.3. Système d'information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant le cancer du col utérin

Le registre du cancer de Cotonou (registre populationnel) est fonctionnel depuis 2014 avec l'appui du Réseau Africain des Régistres du Cancer (AFCRN), mais il connaît des difficultés du fait du manque de ressources humaines (registraire) et de financement. Il convient ici de rappeler qu'aucun plan de lutte contre le cancer ne peut être précis et évaluable sans un registre du cancer performant.

2.6.4. Analyse des Forces, faiblesses, opportunités et menaces

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de santé face au défi que représente la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires se résume dans le tableau VII.

Tableau VIII : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du système de santé face à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Le soutien des partenaires techniques et financiers tels que l’OMS, Région Autonome Friuli Venezia Giulia, la fondation LALLA SALMA, le Centre International de Recherche sur le Cancer, le Réseau Africain des Régistres du Cancer (AFCRN). - L’intégration de certains médicaments anti cancéreux à la liste des médicaments essentiels du Bénin. - Prise de conscience de l’ampleur des cancers en général et gynécologiques et mammaires en particulier. - Existence d’un Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles. - Présence d’un service de maternité dans toutes les communes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les cancers en général et les cancers gynécologiques en particulier ne sont pas encore inscrits comme maladies prioritaires. - La non actualisation de la liste des médicaments anti-cancéreux essentiels. - L’inexistence d’un centre anti-cancéreux et de service spécialisé en cancérologie au Benin. - L’inexistence d’un sous-programme de lutte contre les cancers. - Le faible niveau d’instruction des populations et méconnaissance des facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires. - L’inaccessibilité financière et géographique des populations aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique affichée du président de la république de lutter contre les évacuations sanitaires en faisant la promotion de la prise en charge des cancers au Bénin. - L’existence de partenaires potentiel dans le domaine de la santé maternelle et reproductive tel que le FNUAP, les fondations spécialisées, les ONG. - La possibilité de commande groupée grâce à l’OMS de médicaments anti-cancéreux 	<ul style="list-style-type: none"> - La non atteinte des recommandations issues de la Déclaration d’Abuja en 2001 qui stipulent que les Etats africains doivent allouer 15% du Budget national au secteur de la santé. - Faible mobilisation de ressources financières allouées à la lutte contre les cancers en général et les cancers gynécologiques et mammaires en particulier. - Manque de personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour les soins en santé de la reproduction.

<ul style="list-style-type: none"> - Existence de registres des cancers. - Existence du document des directives nationales pour la prévention et le dépistage des cancers du col utérin et du sein. - Promulgation de loi anti-tabac. - Existence d'un référentiel de prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein. 	<p>oncologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic tardif des cancers gynécologiques et mammaires. - La non disponibilité sur le territoire national des nouvelles thérapies anti cancéreuses et leur coût exorbitant (thérapie ciblée). - Toutes les maternités ne disposent pas de sages-femmes. - Non intégration des activités de prévention des cancers du col et du sein dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires périphériques (centres de santé, hopitaux de zone). - Faible capacité de la PEC des cancers gynécologiques et mammaires (personnel qualifié, matériels, médicaments...). - Difficulté de financement des registres des cancers. - Manque de ressources humaines spécialisées pour les registres des cancers. 	<p>génériques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de former les sages-femmes pour le dépistage des lésions précancéreuses du col et des lésions cliniques du sein en vue d'intégrer ces activités dans le paquet minimum d'actions des maternités . - Couverture Assurance Maladie Universelle (ARCH). - L'existence d'un DU d'oncologie gynécologique et mammaire à la Faculté des Science de la Santé à Cotonou. - La loi sur la sureté nucléaire à été votée. - Budget soins palliatifs voté. 	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none">- Manque de personnel spécialisé en oncologie dans le secteur public (oncologue médical, radiothérapeute, chirurgien).- Le référentiel de prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein n'est pas vulgarisé.		
--	---	--	--

2.7.Principes directeurs

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires au Bénin reposera sur les principes directeurs ci-après :

- **Equité**

L'accent doit être mis sur l'atteinte de toutes les couches de la population, particulièrement les plus vulnérables que sont les femmes travailleuses du sexe, les adolescentes et les filles, notamment celles du milieu rural. L'équité doit être perçue alors comme une valeur sur laquelle repose la réduction harmonieuse de la morbidité et de la mortalité des cancers féminins. Elle est aussi vectrice de l'élargissement de la couverture effective des interventions clés pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des cas.

- **Universalité**

L'universalité doit être comprise comme étant la disponibilité des soins de qualité à tous les niveaux et la répartition uniforme des responsabilités et charges aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elle vient en appui à l'équité pour rendre justice aux populations les plus pauvres ainsi qu'à celles des contrées les plus reculées. Elle doit guider l'élaboration et la mise en œuvre du présent plan stratégique.

- **Approche multisectorielle**

Le coût et l'expertise des interventions nécessaires pour la lutte contre les cancers en général et les cancers gynécologiques et mammaires en particulier, dépassent les compétences du seul secteur de la santé. C'est pourquoi, l'implication non seulement de tous les agents de santé à tous les niveaux du système de soins de santé, mais aussi des autres ministères, des partenaires techniques et financiers et du secteur privé, est indispensable. La santé de la femme, de l'adolescente et de la fille est le domaine par excellence de l'approche multisectorielle et intersectorielle. La qualité des interventions et l'atteinte des objectifs fixés dépendent de la qualité de la collaboration et de la coordination de tous les acteurs. Ainsi, plusieurs Ministères seront impliqués dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires. Outre le secteur de santé, les autres secteurs de développement que sont :

- Le ministère en charge des Affaires Sociales (appui aux patients indigents pour la prise en charge ; le cancer du col étant une maladie des sujets défavorisés) ;

- Le Ministère en charge des enseignements primaires et secondaires (information-éducation-communication pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et la lutte contre les grossesses précoces qui sont deux facteurs de risque du cancer du col de l'utérus) ;
- Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (information-éducation-communication pour la prévention des infections sexuellement transmissibles) ;
- Le ministère en charge de la fonction publique (recrutement du personnel spécialisé au profit du secteur de la santé) ;
- Le ministère en charge de la justice (lutte contre le mariage précoce des filles, le détournement des mineurs, législation contre la consommation d'alcool par les jeunes) ;
- Le Ministère en charge de la communication (information et sensibilisation des populations à travers les mass-médias) ;
- L'assemblée nationale (renforcement des lois sur la radioprotection, protection des mineurs lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme).

- **Communication**

Les facteurs de risque des cancers gynécologiques (sein et col de l'utérus) sont pour la plupart comportementaux (alcool, tabac, multi partenariat sexuel, usage prolongé de contraceptifs oraux, obésité, sédentarité). Par conséquent, une prévention primaire efficace ne peut se concevoir sans une communication efficace pour un changement socio-comportemental.

Par ailleurs les études montrent qu'au Bénin la grande majorité des cancers gynécologiques est découverte à un stade tardif avec comme corollaire une morbi-mortalité élevée. D'autres études lient cet état de chose à :

- d'une part une mauvaise information des patientes ;
- et d'autre part à un mauvais itinéraire thérapeutique (recours à des tradithérapeutes non qualifiés en première intention).

Un accent particulier doit donc être mis sur l'information de toute la population particulièrement les femmes non instruites et non alphabétisées des zones rurales qui ont un faible accès aux réseaux sociaux et aux médias.

- **Participation de la communauté**

En Afrique et au Bénin en particulier, les femmes sont le centre de la famille et lorsqu'elles sont atteintes par une maladie chronique et déshumanisante comme le cancer, c'est toute la communauté qui en pâtit. De plus, certains FDR des cancers gynécologiques comme les mariages précoces, le tabagisme, l'alcoolisme, etc... trouvent leur origine dans la société et dans la communauté. Enfin, l'accès aux soins et l'efficacité de la communication ne peuvent se faire sans l'accord et l'apport de la communauté. La communauté vient donc en appui à l'Etat et aux institutions pour rendre accessible aux populations quelles qu'elles soient la prise en charge dont elles ont besoin. L'adhésion des communautés doit être un pilier de l'élaboration et la mise en œuvre du présent plan stratégique.

- **Priorisation des interventions dans l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)**

Le traitement curatif du cancer du col de l'utérus lorsqu'il est invasif est particulièrement onéreux (radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, chirurgie) et par conséquent, lorsqu'on sait que le SMIG au Bénin est de 40 000 FCFA, il apparaît clair que le commun des béninois ne peut pas faire face à une telle charge financière. De plus, du fait de l'incapacité générée par la maladie, même les citoyens les plus aisés voient leur revenu sérieusement impacté. Par ailleurs, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus constituent des interventions relativement peu coûteuses avec une morbi-mortalité très faible. De ce qui précède, il découle qu'une lutte contre le cancer du col de l'utérus ne peut se concevoir sans une priorisation des interventions dans l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) dont la mise en œuvre semble imminente.

2.8.Cibles

Les cibles seront définies essentiellement pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. Les autres cancers gynécologiques (ovaires, trompes et vagin) ne font pas l'objet de recommandation de l'OMS pour un dépistage systématique en population générale.

- **Pour le cancer du col de l'utérus**

La population cible pour les interventions en rapport avec le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus du plan stratégique de lutte contre le cancer du

col de l'utérus est principalement composée des femmes de 25 à 65 ans si l'on se conforme aux recommandations européennes principalement française. L'OMS suggère que toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans se fassent dépister pour le cancer du col de l'utérus au moins une fois. Vu la précocité des rapports sexuels, la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus, nous proposons d'élargir la cible aux femmes de 25 à 65 ans. Quatre autres groupes cibles doivent être considérés du fait de leur particularité. Il s'agit des :

- Jeunes adolescents (et leur familles) : par la vaccination des plus jeunes filles (9 à 13 ans) contre le HPV avant qu'elles ne soient sexuellement actives et par la prise en compte des garçons dans la sensibilisation et dans les campagnes d'information ;
- Groupes vulnérables : les jeunes filles difficiles à atteindre, les femmes qui vivent loin des lieux de prestation de services et qui disposent de peu de ressources, les travailleuses de sexes, les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH, et autres groupes marginalisés ;
- Leaders communautaires, religieux et autorités municipales : Ils sont d'une grande aide pour gagner le soutien de la communauté toute entière et d'assurer ainsi le succès du programme ;
- Hommes : il est indispensable de toucher et d'impliquer les hommes si l'on veut lutter efficacement contre le cancer du col de l'utérus car, dans les pays d'Afrique subsaharienne comme le Bénin, c'est souvent eux qui décident si leur(s) épouse(s) ou leurs filles bénéficieront ou non des soins de santé.

- **Pour le cancer du sein**

La population cible pour les interventions en rapport avec le dépistage et le traitement des lésions du cancer du sein est principalement composée des femmes de 25 à 65 ans si l'on se conforme aux recommandations européennes principalement françaises. Vu les données hospitalières et celles du registre des cancers de Cotonou qui suggèrent une précocité de la survenue des cancers du sein chez la femme au Bénin, nous proposons d'élargir la cible aux femmes âgées de 21 à 65 ans. Quatre autres groupes cibles doivent être considérés du fait de leur particularité. Il s'agit :

- des jeunes femmes, des adolescentes et leur famille : pour l'adoption dès l'adolescence d'habitude et de comportement visant à réduire les mauvais comportements qui sont des FDR du cancer du sein (obésité, sédentarité, la consommation d'alcool...). Par ailleurs, les jeunes doivent être formées sur

l'autopalpation des seins et les modalités de dépistage de cette affection afin de favoriser un diagnostic précoce ;

- des groupes vulnérables : les jeunes filles difficiles à atteindre, les femmes qui vivent loin des lieux de prestation de services et qui disposent de peu de ressources, et autres groupes marginalisés ;
- Le dépistage par mammographie (tous les deux ans) est réservé aux femmes de 50 ans et plus.

2.9. Défis liés à l'exécution du plan stratégique de lutte contre le cancer du col de l'utérus et les autres cancers de la femme

L'exécution du présent plan stratégique pourrait faire face à plusieurs défis au nombre desquels nous pouvons citer :

- la vaccination systématique de toutes les filles de 9 à 13 ans avant leur premier rapport sexuel ;
- l'identification de toutes les femmes présentant des lésions précancéreuses et leur prise en charge par la thermocoagulation ;
- le dépistage des lésions cancéreuses du sein à l'échelle nationale par la mammographie et l'autopalpation du sein ;
- la prise en charge médicale et chirurgicale subventionnée des cancers gynécologiques et mammaires ;
- le financement effectif de toutes les interventions prévues dans le présent plan ;
- la bonne coordination nécessaire pour la mise en œuvre de ce plan entre programmes qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble : vaccination, santé maternelle et reproductive, santé infantile et des adolescents, santé scolaire ;
- le maintien ou la fidélisation au poste des ressources humaines formées ;
- la disponibilité en temps réel de données de qualité sur la morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus.

PARTIE III : PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES AUTRES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DE LA FEMME AU BENIN 2019-2023

3.1. Vision

Un Bénin où les femmes sont libérées du fardeau des cancers gynécologiques et mammaires.

3.2. Objectifs

3.4.1. Objectif Général

Réduire de 30 % d'ici à 2023 la morbidité et la mortalité dues aux cancers gynécologiques et mammaires.

3.4.2. Objectifs spécifiques (OS)

OS 1 : Réduire de 50% l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus d'ici à 2023 ;

OS 2 : Assurer le diagnostic précoce de 75% des cancers du col de l'utérus, du sein, de l'ovaire, du vagin, de la trompe et de l'endomètre ;

OS 3 : Assurer la prise en charge adéquate de 100% des femmes dépistées des lésions précancéreuses ou diagnostiquées d'un cancer gynécologique ou du sein d'ici à 2023 ;

OS 4 : Assurer les soins palliatifs à 100% des patientes atteintes d'un cancer gynécologique ou mammaire incurable ou qui en présentent le besoin ;

OS 5 : Assurer la coordination, le suivi-évaluation des activités et la promotion de la recherche dans le domaine de lutte contre le cancer du col de l'utérus, du sein et des autres cancers gynécologiques.

OS 6 : Réduire de 30% la prévalence de l'infection aux génotypes oncogènes du HPV chez les filles de 18 à 25 ans.

3.3. Axes stratégiques

Les axes stratégiques sont dégagés au regard de la vision et des objectifs. Afin de faire face efficacement à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires, les grands axes stratégiques ci-après sont définis. Il s'agit de :

- Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires ;

- Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Préventions tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Leadership et gouvernance.

Ces axes stratégiques ont été définis en tenant compte de la faisabilité des interventions, leur acceptabilité par les acteurs et la disponibilité des ressources pour la mise en œuvre des activités.

3.4. Interventions et actions définies pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus et les autres cancers gynécologiques et mammaires

Les interventions sont formulées sur la base des axes stratégiques. Elles permettent d'élaborer le cadre opérationnel de mise en œuvre du Plan Stratégique sur la période 2019-2023. Aussi dans le souci de mener à bien chacune des interventions ci-dessus citées, diverses activités seront mises en œuvre pendant la phase d'exécution du plan. Les interventions identifiées seront intégrées autant que possible dans les services existants afin d'assurer leur pérennité.

3.4.2. Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires

3.4.1.1 Communication pour un changement socio-comportemental (CCSC) en vue de la diminution de l'incidence des cancers gynécologiques et mammaires

- Elaborer des outils de communication ;
- Diffuser les outils de communication ;
- Intégrer la sensibilisation contre les cancers dans les causeries des femmes au niveau des maternités à l'échelle nationale ;
- Décréter une quinzaine de journées de sensibilisation sur les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Sensibiliser la communauté (Organisations de la Société Civile (OSC), Relais Communautaire (RC), tradithérapeutes, associations de femmes, pairs éducateurs, jeunes volontaires de la Planification Familiale (PF), enseignants, élèves, étudiants, apprenants, etc.) sur les cancers gynécologiques et mammaires ;

- Faire un plaidoyer en direction des leaders politiques et religieux, des chefs traditionnels, des élus locaux et des parlementaires pour susciter leur implication et dissiper les rumeurs et perceptions socio culturelles sur les cancers ;
- Faire un plaidoyer en direction des PTF pour mobiliser les ressources financières et matérielles ;
- Organiser des séances de mobilisation sociale (crieurs publics, radio de proximité, autres acteurs de développement ...) ;
- Faire des séances de sensibilisation par les Technologies de l'Information et de la Communication (SMS, WhatsApp, twitter ...) ;
- Organiser des émissions radio et télédiffusées ;
- Faire un plaidoyer pour le renforcement du cadre légal et règlementaire pour le contrôle de qualité des aliments et des boissons ;
- Faire des séances de sensibilisation sur les facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires et les moyens pour les prévenir (particulièrement à l'endroit des femmes en âge de procréer, des secteurs formels et informels, les travailleuses de sexe, les communautés les plus vulnérables) ;
- Sensibiliser les filles et les femmes jusqu'à 65 ans sur l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus notamment par les méthodes visuelles ;
- Sensibiliser les femmes sur la nécessité de faire la mammographie tous les deux ans à partir de 45 ans.

3.4.1.2 Renforcement des capacités

- Former des agents de santé à la communication sur les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Former un pool de journalistes sur les cancers gynécologiques et mammaires.

3.4.1.3 Intégration de la vaccination contre le HPV dans les vaccinations de routine (Programme Elargi de Vaccination)

- Choisir un vaccin adapté aux géotypes de HPV prévalents au Bénin ;
- Assurer l'intégration effective de la vaccination contre HPV dans le Programme Elargi de Vaccination ;
- Impliquer les ministères connexes (éducation, affaires sociales, jeunesse).

NB : Les filles vaccinées contre le HPV auront besoin de faire le dépistage du cancer du col plus tard dans leur vie étant donné que les vaccins utilisés actuellement ne protègent pas contre tous les types de HPV susceptibles de provoquer le cancer du col.

3.4.2. Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires

3.4.2.1 Renforcement des capacités

- Renforcer les capacités de référence et d'orientation des structures de santé primaire ;
- Renforcer les capacités de structures de niveau secondaire dans le diagnostic rapide des cancers ;
- Assurer la formation continue des SFE, des médecins généralistes et des gynécologues sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Assurer la formation continue des agents de santé (sages -femmes, infirmières et médecins généralistes) sur la technique de IVA à l'échelle nationale ;
- Assurer la formation continue des gynécologues obstétriciens à l'échelle nationale sur les techniques de colposcopie, conisation, thermo coagulation, cryothérapie et autres techniques pertinentes ;
- Intégrer un module spécifique de pathologies cervico-vaginales dans les curricula des programmes de formation à l'intention des sages-femmes à l'INMES ;
- Faire des formations continues des gynécologues obstétriciens et des chirurgiens généralistes à l'échelle nationale sur la prise en charge du cancer du sein ;
- Former les radiologues, des gynécologues et des chirurgiens à compétence oncologique sur la microbiopsie du sein.

3.4.2.2 Dépistage

- Implémenter un projet de dépistage des cas de cancer de l'utérus, du sein et des autres cancers gynécologiques ;
- Mettre à disposition des formations sanitaires des intrants et consommables pour la réalisation de l'IVA ;
- Intégrer les activités de dépistage des lésions précancéreuses du col (IVA) dans le paquet minimum d'actions des maternités à l'échelle nationale ;

- Dépister les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans les populations cibles.

NB : D'autres techniques de dépistage peuvent aussi être utilisées tel que la Cytologie (frottis conventionnel, cytologie en milieu liquide) et le test ADN HPV. Des directives techniques pour le dépistage seront adaptées et vulgarisées.

3.4.2.3 Traitement des lésions précancéreuses

- Traiter systématiquement les lésions précancéreuses du col de l'utérus identifiées : l'approche "dépister- et- traiter" sera utilisée pour les lésions précancéreuses ;
- Intégrer dans le paquet minimum d'action des hôpitaux de zones et des hôpitaux de référence à l'échelle nationale, le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par la thermocoagulation et la conisation ;
- Acquérir du matériel pour le traitement des lésions précancéreuses (matériel d'électrocoagulation, matériel de conisation, colposcope, consommables, mammographes, échographes avec sonde de haute fréquence et module biopsie)

3.4.3. Préventions tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires

3.4.3.1 Renforcement des capacités

- Former les gynécologues et chirurgiens à compétence oncologique des centres de référence sur la chirurgie oncologique gynécologique radicale et la chirurgie des cancers du sein ;
- Former 2 agents de santé par an dans un centre expert en cancérologie en France, en Italie, au Maroc ou autres ;
- Organiser la formation continue du personnel spécialisé actuel ;
- Créer un partenariat avec les centres formateurs identifiés pour la formation des spécialistes.

3.4.3.2 Diagnostic et traitement des cas de cancers gynécologiques et mammaires invasifs

- Désigner comme centres experts le CNHU, le CHU-MEL, le CHUD de Parakou, l'Hôpital de Tanguiéta, et le CHD d'Abomey ;
- Désigner les autres CHD (CHDOP) comme centres de relais pour la prise en charge des cas chirurgicaux simples et le suivi des patients sous traitement oncologiques systémiques (Hormonothérapie, chimiothérapie orale, protocole de chimiothérapie simple) ;
- Intégrer la chirurgie des cancers gynécologiques et mammaires aux paquets minimum d'activités des services de chirurgie et de gynécologie des centres experts et des CHD à l'échelle nationale ;
- Créer des hôpitaux de jour ou des unités d'oncologie pour la chimiothérapie dans les centres experts (10 lits au moins avec fauteuils de chimiothérapie) ;
- Subventionner les molécules anti-cancéreuses dans les centres hospitaliers à l'échelle nationale ;
- Mettre en place un système national de référence fonctionnel afin d'assurer la continuité des soins et de permettre aux patients du niveau primaire d'accéder aux établissements disposant de moyens de diagnostic et de traitement ;
- Subventionner à au moins 50 % les soins de chimiothérapie ;
- Créer et équiper six (06) laboratoires d'anatomie-pathologique ;
- Mettre en place un système de référence et de contre-référence des cas de cancer gynécologiques et mammaires dans le pays à l'échelle nationale ;
- Equiper les centres de références (centres experts et centre relais) en boites chirurgicales pour la prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques (colpohystérectomie,) ;
- Equiper les centres de références en écarteurs adaptés (de type THOMPSON ou FRUCHAUT) ;
- Doter au moins trois centres experts d'un scanner pour les bilans d'extension ;
- Rendre fonctionnel l'unité de médecine nucléaire du CHU-MEL ;
- Acquérir les matériels de radiothérapie ;
- Faire un plaidoyer à l'endroit du ministre en charge du travail et de la fonction publique pour le recrutement de 12 gynécologues à compétence colposcopie ou oncogynécologues, 4 chirurgiens-oncologues, 3 anatomo-pathologistes, 10 techniciens de laboratoire, 2 oncologues-radiothérapeutes, 5 médecins radiologues, 10 techniciens de radiologie, 4 physiciens nucléaire, 4 manipulateurs en radiothérapie, 5 oncologues-médicaux, 5 médecins internistes à compétence oncologique, 5 médecins spécialisés en

soins palliatifs, 10 infirmiers spécialisés en soins palliatifs, 5 médecins anesthésistes, 10 infirmiers anesthésistes, 4 techniciens en Epidémiologie.

3.4.5. Promotion des soins palliatifs

- Mettre en place six (6) unités de soins palliatifs à l'échelle nationale y compris les équipes mobiles pour la couverture des centres intermédiaires ;
- Former le personnel de tous les centres experts et centres relais en soins palliatifs à l'échelle nationale ;
- Mettre à disposition des unités de soins palliatifs, des psychologues formés ;
- Rendre disponible la morphine solution orale dans tous les tous les centres experts intermédiaires.

3.4.5. Leadership, gouvernance et promotion de la recherche

3.4.5.1 Coordination

- Instaurer un partenariat public/privé pour la radiothérapie ;
- Identifier un point focal cancer gynécologique par formation sanitaire périphérique ;
- Identifier un point focal cancer gynécologique par zone sanitaire ;
- Identifier un point focal cancer gynécologique par département ;
- Identifier un point focal cancer gynécologique national au niveau du PNLMNT ou de la DSME ;
- Motiver les points focaux (lettre de félicitations, formations et voyages d'échange ...) ;
- Etablir des partenariats avec des centres formateurs (Italie, France, Sénégal, Ghana, Maroc, Turquie, Afrique du Sud) ;
- Organiser des réunions trimestrielles par zone entre les points focaux cancer gynécologiques et mammaires de la zone présidée par le médecin coordonnateur de zone ;
- Organiser des réunions semestrielles par département entre les médecins coordonnateurs de zone du département, les chefs services statistiques, suivi-évaluation et épidémiologique de la DDS présidé par le directeur départemental ;
- Organiser des réunions annuelles au niveau central entre les Services de la Planification de l'Information et de la Recherche en Santé (SPIRS), les directeurs départementaux de la santé et les points focaux régionaux présidé par le PNLMNT et la DSME.

3.4.5.2 Leadership

- Décorer chaque année les meilleures structures publiques et privées qui investissent dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires au cours d'une soirée de gala ;
- Faire le lobbying auprès du bureau de l'Assemblée Nationale et des autres institutions pour la promotion de la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Intégrer la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires dans les activités prioritaires du Comité national multisectoriel de lutte contre les MNT.

3.4.5.3 Suivi-évaluation

- Elaborer les fiches de collectes de données ;
- Former les agents au remplissage des fiches et à leur remontée vers la ZS (pour inclusion dans le DHIS2) ;
- Intégrer les indicateurs des cancers gynécologiques et mammaires dans le monitoring semestriel des ZS ;
- Mettre en place un registre de dépistage des cancers du col de l'utérus et mammaires au niveau des formations sanitaires ;
- Assurer le fonctionnement des registres du cancer de Cotonou et de Parakou (carburant, consommables, matériels informatique) ;
- Recruter quatre techniciens en épidémiologie pour renforcer les ressources humaines des registres du cancer au Bénin ;
- Faire l'évaluation à mi-parcours du plan au deuxième semestre 2021 ;
- Faire l'évaluation finale du plan au premier semestre 2024.

3.4.5.4 Communication

- Elaborer un plan de communication pour la lutte contre les Cancers gynécologiques et mammaires ;
- Organiser six (6) séances de communication ciblée (Conseil des ministres, Assemblée Nationale, ANCB, Patronat, Têtes couronnées, Association des consommateurs/ Société civile, Fondations humanitaires, ONG de lutte contre les cancers...) ;
- Identifier un point focal cancer gynécologique par département ;
- Faire une communication en conseil des ministres pour déclarer l'année 2021 comme année de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;

- Faire un plaidoyer pour l'adoption de mesures réglementaires et légales pour la lutte contre les principaux facteurs de risques des cancers gynécologiques et mammaires (tabac, alcool, mariage précoce, grossesse précoce, pesticides et produits chimiques assimilés dans la production vivrière, sachets plastiques) ;
- Elaborer la loi sur la réglementation de l'usage de pesticides et produits chimiques assimilés dans la production vivrière (notamment celle maraîchère et potagère).

3.4.5.5 Promotion de la recherche

- Faire une recherche nationale sur le génotypage des HPV oncogènes ;
- Signer des conventions de coopération avec les institutions /laboratoires nationaux, régionaux et internationaux de recherche pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Organiser un forum national annuel pour promouvoir les résultats de recherches sur les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Vulgariser les résultats des recherches en sponsorisant la publication des meilleurs travaux dans les revues de renom.

3.4.5.6 Mobilisation de ressources

- Organiser une table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Créer une ligne budgétaire spécifique pour le financement des actions de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Organiser des téléthons pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- Faire un plaidoyer pour que 5% des taxes sur les tabacs, l'alcool, les boissons sucrées, les produits sources de sel, les matières grasses, etc... soient affectés à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

3.5. Conditions de réussite

Pour une meilleure réussite de la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le présent plan stratégique de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires doit être disséminé et connu de tous les acteurs publics comme privés ;
- un Plan de Travail Annuel (PTA) doit être élaboré à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- les directives nationales de prévention et de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein élaborées par la DSME en 2017 doivent être actualisées et vulgarisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- les ressources humaines, financières et matérielles doivent être allouées pour appuyer la mise en œuvre du plan ;
- la gratuité des interventions de préventions primaires et secondaires doit être effective ;
- les prestations doivent être accessibles et abordables aux populations les plus vulnérables tout en respectant le contexte socio-culturel ;
- les interventions de prévention tertiaire doivent être subventionnées;
- le cadre légal doit être renforcé.

3.6. Indicateurs de performance et de progrès

3.6.1 Indicateurs de performance

Les indicateurs de performance apprécient le niveau de réalisation et l'amélioration dans la mise en œuvre des interventions. Au niveau opérationnel, les indicateurs de performance seront détaillés dans le plan de travail annuel à tous les niveaux. Ils seront liés à l'exécution des activités.

L'ensemble des indicateurs de performance qui seront utilisés pour le suivi et l'évaluation du présent plan est résumé dans le tableau VIII :

Tableau IX: Indicateurs de performance

Axes stratégiques (AS)	Interventions	Indicateurs de performance	Risques/Suppositions importantes
AS1 : Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires	Communication pour un changement socio-comportemental (CCSC) en vue de la diminution de l'incidence des cancers gynécologiques et du sein à travers l'organisation de campagnes de sensibilisation visant les communautés, les usagers des formations sanitaires et les principaux acteurs.	Proportion de FS offrant des paquets d'activités de CCSC en milieux scolaire et communautaire	- Facteurs socio-culturels - Manque de moyens financiers
	Renforcement des capacités	Nombre de séance de sensibilisation contre les cancers gynécologiques et mammaires par FS	
	Intégration de la vaccination contre le HPV oncogène dans les vaccinations de routine (Programme Elargi de Vaccination).	Proportion de sages-femmes formée sur la prévention des cancers gynécologiques et mammaires.	
		Proportion de FS offrant des paquets d'activités de vaccination contre le HPV	
		Proportion de filles de 9 à 13 ans qui ont reçu les deux doses recommandées du vaccin contre le HPV au cours d'une année donnée.	
		Taux de MAPI (Manifestation post vaccinale Indésirable).	
AS2 : Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires	Renforcement des capacités pour le dépistage des lésions précancéreuses du col et le dépistage des cancers gynécologiques et mammaires	Proportion de gynécologues formés sur les techniques de conisation et de cryothérapie	- Facteurs socio-culturels - Manque de moyens financiers
		Proportion de sages-femmes formées à l'IVA	
		Proportion de spécialistes formés sur la microbiopsie du sein	

		Proportion de spécialistes formés sur la thermorégulation
		Proportion de FS disposant de sages-femmes formées en technique de prévention.
Dépistage (formation, équipement, approvisionnement en consommables)		Proportion de maternités faisant le dépistage du cancer du col de l'utérus.
		Proportion de maternités pratiquant l'examen systématique du sein
		Proportion d'hôpitaux offrant un dépistage et un diagnostic des lésions précancéreuses aux patientes.
		Nombre de campagnes de dépistage de masse organisée au cours d'une année.
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du col de l'utérus au cours de l'année.
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein au cours de l'année.
		Proportion de femmes âgées de 20 ans et plus réalisant de manière systématique l'auto-examen mensuel du sein.
		Proportion de gynécologues effectuant de manière systématique l'examen du sein chez les patients venus en consultation pour tout motif
		Proportion d'hôpitaux offrant un dépistage par mammographie

		Proportion d'hôpitaux où la microbiopsie des lésions du sein est disponible	
		Proportion des femmes âgées de 50 ans et plus ayant bénéficiées d'un dépistage systématique par mammographie.	
	Traitement des lésions précancéreuses	Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et qui ont été traitées au cours de l'année.	
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives pour le cancer du col de l'utérus et qui ont été traitées au cours de l'année.	
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et traitées systématiquement après identification.	
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein et traitées au cours de l'année.	
AS3 : Prévention tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires	Renforcement des capacités	Proportion de FS disposant du personnel qualifié pour la prise en charge des patientes atteintes des cancers gynécologiques et mammaires.	- Facteurs socio-culturels - Manque de moyens financiers
		Ratio personnel qualifié pour le traitement des cancers gynécologiques et mammaires sur la population féminine de 25 à 65 ans.	
	Traitement des cas invasifs gynécologiques et mammaires	Proportion de centres de référence offrant un traitement médico-chirurgical des cas de cancers invasifs du col de l'utérus aux patients.	
		Proportion des centres de référence offrant des services de radiothérapie.	
		Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives et qui ont terminé au cours d'une année le traitement du cancer invasif.	

		Proportions des patientes traitées de cas de cancers invasifs gynécologiques et mammaires.	
		Proportion de femmes chez qui les lésions remplissaient les critères pour être traitées et chez qui le traitement a été réalisé.	
		Nombre annuel d'évacuations sanitaires pour cause de cancer gynécologique ou mammaire.	
	Promotion des soins palliatifs	Proportion de spécialistes formés en soins palliatifs.	
		Proportions de patientes de cancers invasifs gynécologiques et mammaires traitées en soins palliatifs.	
		Proportion de départements offrant des services de soins palliatifs fonctionnels.	
		Proportion des centres de référence offrant des services de soins palliatifs fonctionnels.	
		Pourcentage de femmes atteintes d'un cancer gynécologique et mammaire à un stade avancé, bénéficiant de soins palliatifs, au cours d'une année.	
AS4 : Leadership, gouvernance et promotion de la recherche	Coordination	Nombre de partenariats obtenus en lien avec les cancers gynécologiques et mammaires.	- Facteurs socio-culturels - Manque de moyens financiers
	Leadership	Nombre de structures publiques ou privées nationales investissant dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.	
		Nombre de structures internationales investissant dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.	

Suivi-évaluation	Proportion de FS disposant d'un registre de dépistage des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin.
	Proportion de réunions de coordination tenues ayant trait aux cancers gynécologiques et mammaires.
Communication	Proportion de femmes ayant connaissance de l'existence des cancers gynécologiques et mammaires.
Promotion de la recherche	Nombre de publications scientifiques sur les cancers gynécologiques et mammaires au Bénin dans des revues indexées.
Mobilisation de ressources	Part du budget du PNLMT alloué à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

3.6.2 Indicateurs de progrès

Les indicateurs seront utilisés pour les analyses au cours de l'évaluation à mi-parcours et de l'évaluation finale du plan.

L'ensemble de indicateurs de progrès sont résumés dans le tableau VIII.

Tableau X: Indicateurs de progrès

Objectifs	Indicateurs	Valeurs actuelles	Valeurs cibles				
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
OS 1 : Réduire de 50% l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus d'ici à 2023.	Incidence brute des cancers invasifs du col de l'utérus (nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants)	13,6	14,0	13	11,5	9,5	6,8
OS 2 : Assurer le diagnostic précoce de 75% des cancers du col de l'utérus, du sein, de l'ovaire, du vagin, de la trompe et de l'endomètre	Proportion de cancers du col de l'utérus, du sein, du vagin, de l'ovaire, de la trompe, de la vulve et de l'endomètre diagnostiqués aux stades I ou II de la FIGO	<35%*	35%	40%	50%	62%	75%
OS 3 : Assurer la prise en charge adéquate de 100% des femmes dépistées ou diagnostiquées d'un cancer gynécologique ou du sein d'ici à 2023	Proportion de femmes traitées parmi les femmes diagnostiquées pour une lésion précancéreuse du col de l'utérus.	ND	50%	100%	100%	100%	100%

Objectifs	Indicateurs	Valeurs actuelles	Valeurs cibles				
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Proportion de femmes traitées parmi les femmes diagnostiquées pour un cancer invasif du col de l'utérus, du sein, de l'ovaire, du vagin, de la trompe et de l'endomètre.	ND	25%	50%	100%	100%	100%
	Taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus (pour 100 000 femmes)	11,3	11,3	10	8,5	7	5
	Taux de mortalité dû au cancer du sein (pour 100 000 femmes)	13,1	13,1	12	10,5	8,5	6
	Taux de mortalité dû aux cancers du vagin, de l'ovaire, de la trompe, de la vulve et de l'endomètre (pour 100 000 femmes)	3,22	3,22	3	2,5	2	2
OS 4 : Assurer les soins palliatifs à 100% des patientes atteintes d'un cancer gynécologique ou mammaire incurable ou qui en présentent le besoin.	Proportion des patientes ayant un cancer à un stade métastatique suivi par une unité de soins palliatifs (mobile ou fixe).	ND	25%	50%	100%	100%	100%
	Proportion des patientes ayant un cancer à un stade métastatique recevant les soins appropriés.	ND	25%	50%	100%	100%	100%

Objectifs	Indicateurs	Valeurs actuelles	Valeurs cibles				
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
OS 5 : Assurer la coordination, le suivi - évaluation et la recherche des actions de lutte contre le cancer du col de l'utérus, du sein et des autres cancers gynécologiques et mammaires.	Proportion de réunions de coordination planifiées et effectivement tenues avec atteinte du quorum et des objectifs fixés	ND	50%	100%	100%	100%	100%
	Proportion d'actions correctrices recommandées et effectivement mises en œuvre	ND	50%	100%	100%	100%	100%
	Proportion d'activités évaluatives planifiées et réalisées	ND	50%	100%	100%	100%	100%
	Proportion de publications scientifiques dans des journaux internationaux planifiées et réalisées	ND	50%	100%	100%	100%	100%
	Proportion d'activités de suivi planifiées et réalisées	ND	50%	100%	100%	100%	100%
OS 6 : Réduire de 30% la prévalence de l'infection aux génotypes oncogènes du HPV chez les filles de 18 à 25 ans.	Taux de réduction de la prévalence des infections à HPV oncogène chez les filles de 18 à 25 ans.	ND	0% ¹	5%	10%	15%	30%

¹ Taux de réduction de la prévalence de base

3.7. Ressources requises pour la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le cancer du col de l'utérus

3.7.1. Besoins en ressources humaines

Les besoins en ressources humaines pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires sont résumés dans le tableau ci-après :

Tableau XI : Besoins en ressources humaines spécialisées pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires

Ressources humaines spécialisés	Nombre requis	Nombre à former	Nombre à recruter
Gynécologue avec compétences en colposcopie et onco-gynécologie	12	12 <i>(Devront être inscrits au DIU d'Oncologie gynécologique)</i>	12
Chirurgiens –oncologues	5	4	4
Anatomo-pathologistes	5	2	3
Techniciens de laboratoire	10	0	10
Oncologue- radiothérapeute	2	0 <i>(3 Médecins sont actuellement en spécialisation en radiothérapie au Maroc. Il s'agira d'octroyer une allocation à deux d'entre eux avec promesse de recrutement à la fin de la formation)</i>	2
Médecin radiologue	5	0	5
Techniciens de radiologie	10	0	10
Physicien nucléaire	4	4	4
Manipulateur en radiothérapie	4	4	4

Oncologue- médical	5	3 <i>(Le Bénin dispose d'un oncologue médical actuellement en Belgique et d'un médecin en spécialisation en oncologie médical au Maroc)</i>	5
Médecins internistes à compétences oncologiques	5	0	5
Médecins spécialisés en soins palliatifs	5	0	5
Infirmier spécialisé en soins palliatifs	10	0	10
Médecins anesthésistes	5	0	5
Infirmiers anesthésistes	10	0	10
Techniciens en Epidémiologie	4	-	4

3.7.2. Modalité de recrutement des ressources humaines

Au Bénin, les agents de santé (agents permanents de l'Etat ou agents contractuels) sont recrutés par la fonction publique et mis à la disposition du Ministère de la Santé. L'incidence financière de leur recrutement n'incombe donc pas au programmes et sous-programmes du Ministère de la Santé mais au budget national. Pour le présent plan, le recrutement d'agent qualifiés et spécialisés dans le domaine de l'oncologie gynécologique et mammaire ne peut se faire que par le biais d'un plaidoyer à l'endroit des ministères en charge des finances et de la fonction publique.

3.7.3. Besoin en ressources matérielles

Tableau XII : Besoins en ressources matérielles pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires

Désignations \ FS	Maternités	Hôpitaux de zone	Autres CHD	Centres experts	Hôpital en projet (hôpital de référence)	Total
Nombre	769	34	5	5	PM	813
Accélérateur linéaire	0	0	0	0	PM	PM
Matériel d'électrocoagulation	0	34	5	5	PM	44
Matériel de conisation (anse diathermique)	0	170	25	25	PM	220
Spéculum inox stérilisable	3845	340	50	50	PM	4285
Pinces à badigeonner	1538	68	10	10	PM	1626
Pinces à biopsie	0	68	10	10	PM	88
Colposcope	0	34	5	5	PM	44
Acide acétique (litre)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Consommables (compresse, gants, seringues, formol)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Mammographes	0	0	5	5	PM	10
Echographes avec sonde de haute fréquence et module biopsie	0	0	5	5	PM	10
Boîte de chirurgie mammaire	0	0	5	5	PM	10
Boîte de chirurgie oncologique-gynécologique	0	0	10	10	PM	20
Colonne de coelioscopie	0	0	0	5	PM	5
Pistolet à biopsie	0	0	10	10	PM	20

3.7.3. Mobilisation des ressources financières

La mobilisation des ressources financières est un impératif et constitue l'une des conditions de réussite de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires. Des efforts doivent être faits par les services compétents pour donner la priorité à la mise en place d'un budget prévisionnel annuel pour la lutte contre ces fléaux. Pour ce faire, les autorités sanitaires doivent faire le plaidoyer à l'endroit du gouvernement pour un relèvement substantiel du budget annuel du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles et de la direction de la santé de la mère et de

l'enfant. Le ministre de la santé devra alors organiser la mobilisation des ressources financières additionnelles. Ainsi, plusieurs pistes peuvent aider à la mobilisation des ressources pouvant financer la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires. Parmi elles, nous pouvons proposer :

- l'organisation d'une table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires ;
- la création d'un fonds pour la lutte contre les cancers en général et surtout les cancers gynécologiques et mammaires. Ce fonds pourrait être alimenté par des taxes prélevées sur l'importation des produits causant des dommages à la santé de la population tels que le tabac, les boissons alcoolisées et sucrées, les produits alimentaires congelés et les réseaux GSM ;
- l'organisation d'un téléthon au profit des activités de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires auprès de toute la population ;
- la mise à disposition de subventions pour les molécules anti-cancéreuses dans les centres hospitaliers à l'échelle nationale ;
- la subvention de l'Etat à hauteur de 50% au moins pour le financement de la chimiothérapie à l'échelle nationale.

3.8. Mise en œuvre et coordination des interventions du plan

3.8.1 Cadre institutionnel, de mise en œuvre et de coordination du plan

La mise en œuvre du Plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le PNLMT pourra réunir une fois par an en session ordinaire tous les experts y compris le point focal cancers au niveau central, les directeurs départementaux et leurs chefs services en charge de l'épidémiologie et du suivi-évaluation, pour faire le point de la mise en œuvre des interventions.

Au niveau départemental, le directeur départemental de la santé organisera par semestre une réunion regroupant les médecins coordonnateurs de zone et leurs points focaux cancers.

Au niveau périphérique, des réunions trimestrielles par zone regrouperont les médecins chefs, les responsables sages-femmes, les points focaux identifiés de la zone présidée par le médecin coordonnateur de la zone sanitaire.

3.8.2. Organes d'orientation et de décision

Les orientations et les décisions viendront du Ministre de la santé à travers le PNLMT.

La coordination et le suivi des interventions du plan seront assurés :

- au niveau national par le PNLMT ;
- au niveau intermédiaire par la Direction Départementale de la Santé ;
- au niveau opérationnel par la zone sanitaire (bureau de zone).

A chaque niveau de la pyramide sanitaire, un référent devra être désigné pour la coordination et l'orientation des actions du présent plan.

3.8.3. Organes de soins

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux :

3.8.3.1 Niveau national

Les centres hospitaliers de référence au niveau national sont responsables de l'exécution des volets soins des interventions contenues dans les quatre axes stratégiques définies dans le plan. A ce titre, des ressources humaines et financières substantielles devront être affectées à ces centres pour la prise en charge efficace et efficiente des cas de cancers gynécologiques et mammaires.

3.8.3.2 Niveau intermédiaire

Les CHUD et les CHD sont responsables de l'exécution des volets soins des interventions contenues dans les quatre axes stratégiques définies dans le plan. A ce titre, des ressources humaines et financières substantielles devront être également affectées à ces centres pour la prise en charge efficace et efficiente des cas de cancers gynécologiques et mammaires.

3.8.3.3 Niveau périphérique

Les hôpitaux de zone et les maternités des centres de santé sont responsables de l'exécution des volets soins et communication pour un changement socio-comportemental des interventions contenues dans les quatre axes stratégiques définies dans le plan. A ce titre, des ressources humaines et financières substantielles devront être également affectées à ces centres pour la prise en charge efficace et efficiente des cas de cancers gynécologiques et mammaires.

3.8.4. Autres organes et institutions impliqués

Pour les actions liées à la formation des ressources humaines spécialisées, leur exécution relèvera des établissements de formation en santé des universités nationales du Bénin à savoir :

- Faculté des sciences de la santé de Cotonou/UAC ;
- Faculté de Médecine de Parakou ;
- Ecole nationale de formation des techniciens supérieurs en santé publique et surveillance épidémiologique ;
- Ecole polytechnique d'Abomey-Calavi/UAC ;
- Institut national médico-sanitaire ;
- Institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux.

Pour les actions liées à la vaccination contre le virus HPV, leur mise en œuvre à l'échelle nationale relèvera de l'Agence nationale de vaccination (ANV) et de ses structures décentralisées.

Pour les actions relatives à la communication pour un changement socio-comportemental, elles doivent être intégrées aux activités du PNLMNT et de la DSME.

La mise en place d'un sous-programme de dépistage des cancers gynécologiques et mammaires relèvera d'une initiative conjointe du PNLMNT et de la DSME.

L'intégration des activités de dépistage des lésions précancéreuses du col (IVA) dans le paquet minimum d'actions des maternités à l'échelle nationale relèvera de la DNH et de la DSIO.

La CAME sera chargée de la disponibilité des molécules anti-cancéreuses dans les centres hospitaliers à l'échelle nationale.

Le ministère de la fonction publique sera chargé du recrutement et de la mise à disposition des ressources humaines qualifiées au profit du secteur de la santé.

3.9. Priorisation des interventions

En raison des importants gaps identifiés et des ressources très limitées, il convient de définir les priorités du plan pour les premières années. Ainsi, certaines interventions devront être réalisées dès les deux premières années en raison de leur rapport coût/efficacité attrayant. Les actions et interventions lourdes sur le plan financier pourront être déployées à partir de la

3ème année. Le tableau suivant détaille le degré de priorisation des différentes interventions contenues dans les axes stratégiques.

Tableau XIII: Priorisation des différentes interventions

AXES STRATEGIQUES	INTERVENTIONS	1ere année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires	Communication pour un changement de comportement (CCC)					
	Renforcement des capacités					
	Intégration de la vaccination contre le HPV dans les vaccinations de routine (Programme Elargi de Vaccination).					
Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires	Renforcement des capacités					
	Dépistage					
	Traitement des lésions précancéreuses					
Prévention tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires	Renforcement des capacités					
	Diagnostic et traitement des cas de cancers gynéco-mammaires invasifs					
	Promotion des soins palliatifs					
Leadership, gouvernance et promotion de la recherche	Coordination					
	Leadership					
	Suivi-Evaluation					
	Communication					
	Promotion de la recherche					
	Mobilisation de ressources					

3.10. Déploiement du plan stratégique

Deux zones pilotes seront sélectionnées (une dans le sud du pays et une dans le nord du pays) pour une phase pilote qui s'étendra pour chaque activité sur un semestre. Les interventions dans ces zones seront ensuite évaluées avant la mise à l'échelle nationale. Par ailleurs, les centres de référence seront identifiés pour la phase pilote des activités de soin.

3.11. Suivi et évaluation

Le but du suivi évaluation est de comprendre dans quelle mesure le plan a permis d'atteindre les objectifs. Le suivi et l'évaluation sont complémentaires et donnent des directives pour le pilotage de la mise en œuvre des interventions pendant et après la période indiquée dans le plan. Le suivi permet de dégager les difficultés et de proposer des approches de solutions qui sont commentées et prises en compte pour le déploiement du plan d'actions de l'année suivante. Pour ce qui est de l'évaluation, elle sera ponctuelle.

3.11.1. Suivi de la mise en œuvre du plan

3.11.1.1. But

Il vise à obtenir de façon permanente le niveau des indicateurs permettant de suivre tant la mise en œuvre que les résultats à court et moyen terme.

3.11.1.2. Suivi des financements

Le suivi de la performance des financements fournit une évaluation périodique des objectifs du plan et comprend un contrôle fiduciaire des dépenses associées au financement. Il est réalisé par l'agent comptable du PNLMT. Ce dernier préparera des rapports trimestriels détaillés sur les financements relatifs à l'exécution du présent plan.

3.11.1.3. Suivi des interventions

A cette étape, l'accent sera mis sur le cadre institutionnel du suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique ainsi que les conditions de succès.

La mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires doit être suivie de façon permanente afin de connaître le niveau d'exécution des interventions planifiées. Les données seront collectées à travers deux dispositifs :

- Les registres des cancers : le Bénin dispose de deux registres de cancers (registre de Cotonou et celui de Parakou) quoique ces derniers connaissent des difficultés. Les données issues de ces derniers seront centralisées par le PNLMT de façon continue et analysées périodiquement pour obtenir des informations sur les différents indicateurs afin d'évaluer la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs du plan. Aussi, des enseignements pourront être tirés du fonctionnement de ces registres afin de les modifier et de les étendre éventuellement à d'autres départements du Bénin.
- le dispositif de suivi-évaluation du DHIS2 : les données seront donc collectées au niveau périphérique et envoyées vers le bureau de zone où l'information sera renseignée dans le DHIS2 et remontée jusqu'au Service de Gestion des Informations Sanitaires du Ministère de la santé.

3.11.2. Evaluation de la mise en œuvre du plan

Les évaluateurs doivent s'accorder avec les cadres du service en charge du suivi-évaluation du PNLMT sur les questions à poser au cours de l'évaluation sans pour autant subir l'influence de ces derniers.

Ces évaluations concernent la vérification de l'atteinte des objectifs à moyen et long terme.

3.11.2.1. But

L'évaluation a pour but d'apprécier les effets de la mise en œuvre du plan à moyen et long terme et de garantir son succès (efficacité, efficience et pertinence). Elle part de l'analyse des données du suivi pour s'intéresser à des indicateurs de progrès. Elle peut être interne ou externe.

L'évaluation du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires se fera en deux étapes que sont l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

3.11.2.2. L'évaluation à mi-parcours

Elle interviendra dans la 3^{ème} année de mise en œuvre du plan. Elle reprendra les différentes étapes de la planification stratégique et dressera un bilan de la situation et des stratégies. Il s'agit, en fait d'une réévaluation des stratégies qui permet de proposer des adaptations du plan stratégique précédemment élaboré.

Les propositions de modifications des stratégies qui émanent de cet exercice seront discutées. Traduites en des termes opérationnels, ces modifications pourront être prises en compte dans le cadre de la mise en œuvre.

3.11.2.3. L'évaluation finale

L'évaluation finale sanctionne toute la période de mise en œuvre du plan. Elle fait appel aux mêmes indicateurs renseignés lors de l'évaluation à mi-parcours qui pourront être complétés au besoin. Elle interviendra six (6) mois après la dernière année du plan.

3.12. Budget

OBJECTIFS STRATEGIQUES	INTERVENTIONS	ACTIVITES	COUT ANNUELS (CFA)					COUT TOTAL (CFA)	SOURCES DE FINANCEMENT
			2019	2020	2021	2022	2023		
Axe Stratégique 1 : Prévention primaire des cancers gynécologiques et mammaires			9 093 855 000	2 314 760 000	2 350 958 000	2 314 760 000	2 314 760 000	18 389 093 000	
OS 1: Réduire de 50% l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus d'ici à 2023	Communication pour un changement de comportement (CCC)	1.1.1. Elaborer des outils de communication	25 285 000	0	0	0	0	25 285 000	
		1.1.2. Diffuser les outils de communication	29 571 000	0	0	0	0	29 571 000	
		1.1.3. Intégrer la sensibilisation contre les cancers dans les causeries des femmes au niveau des maternités à l'échelle nationale	0	0	0	0	0	0	
		1.1.4. Décréter une quinzaine de journées de sensibilisation sur les cancers gynécologiques et mammaires	42 570 000	42 570 000	42 570 000	42 570 000	42 570 000	212 850 000	
		1.1.5. Sensibiliser la communauté (Organisations de la Société Civile (OSC), Relais Communautaires (RC), tradithérapeutes, associations de femmes, pairs éducateurs, jeunes volontaires de la Planification Familiale (PF), enseignant(e)s, élèves, étudiant(e)s, apprenant(e)s, etc.) sur les cancers gynécologiques et mammaires	34 270 000	34 270 000	34 270 000	34 270 000	34 270 000	171 350 000	
		1.1.6. Faire un plaidoyer en direction des leaders politiques et religieux, des chefs traditionnels, des élus locaux et des parlementaires pour susciter leur implication et dissiper les rumeurs et perceptions socio culturelles sur les cancers	0	0	0	0	0	0	
		1.1.7. Faire un plaidoyer en direction des PTF pour mobiliser les ressources financières et matérielles	60 000	0	60 000	0	0	120 000	
		1.1.8. Organiser des séances de mobilisation sociale (crieurs publics, radio de proximité, autres acteurs de développement ...)	10 800 000	0	0	0	0	10 800 000	

		1.1.9. Faire des séances de sensibilisation par les Technologies de l'Information et de la Communication (SMS, WhatsApp, twitter ...)	0	0	0	0	0	0	
		1.1.10. Organiser des émissions radio et télédiffusées	580 000	580 000	580 000	580 000	580 000	2 900 000	
		1.1.11. Faire un plaidoyer pour le renforcement du cadre légal et réglementaire pour le contrôle de qualité des aliments et des boissons	0	0	0	0	0	0	
		1.1.12. Faire des séances de sensibilisation sur les facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires et les moyens pour les prévenir (particulièrement à l'endroit des femmes en âge de procréer, des secteurs formels et informels, les travailleuses de sexe, les communautés les plus vulnérables)	12 340 000	12 340 000	12 340 000	12 340 000	12 340 000	61 700 000	
		1.1.13. Sensibiliser les filles et les femmes jusqu'à 65 ans sur l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus notamment par les méthodes visuelles	0	0	0	0	0	0	
		1.1.14. Sensibiliser les femmes sur la nécessité de faire la mammographie tous les deux ans à partir de 45 ans	0	0	0	0	0	0	
		TOTAL	155 476 000	89 760 000	89 820 000	89 760 000	89 760 000	514 576 000	
	Renforcement des capacités	1.2.1. Former des agents de santé à la communication sur les cancers gynécologiques et mammaires	36 138 000	0	36 138 000	0	0	72 276 000	
		1.2.2. Former un pool de journalistes sur les cancers gynécologiques et mammaires	2 241 000	0	0	0	0	2 241 000	
		TOTAL	38 379 000	0	36 138 000	0	0	74 517 000	
	Intégration de la vaccination contre le HPV dans les vaccinations de routine (Programme Elargi de Vaccination).	1.3.1. Choisir un vaccin adapté aux génotypes de HPV prévalents au Bénin	8 900 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	17 800 000 000	
		1.3.2. Assurer l'intégration effective de la vaccination contre HPV dans le Programme Elargi de Vaccination	0	0	0	0	0	0	
		1.3.3. Impliquer les ministères connexes (éducation, affaires sociales, jeunesse).	0	0	0	0	0	0	
		TOTAL	8 900 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	2 225 000 000	17 800 000 000	
Axe stratégique 2 : Diagnostic précoce et traitement des cancers gynécologiques et mammaires			931 968 800	500 458 800	40 828 000	20 740 000	20 740 000	1 514 735 600	
OS 2 : Assurer le diagnostic précoce de 75% des cancers du	Renforcement des capacités	2.1.1. Assurer la formation continue des SFE, des médecins généralistes et des gynécologues sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein	20 740 000	20 740 000	20 740 000	20 740 000	20 740 000	103 700 000	

col de l'utérus, du sein, de l'ovaire, de la trompe et de l'endomètre		2.1.2.Assurer la formation continue des agents de santé (sages -femmes, infirmières et médecins généralistes) sur la technique de IVA à l'échelle nationale	0	0	0	0	0	0	pris en compte par le 211	
		2.1.3.Assurer la formation continue des gynécologues obstétriciens à l'échelle nationale sur les techniques de colposcopie, conisation, thermo coagulation, et de cryothérapie	0	0	0	0	0	0	pris en compte par le 212	
		2.1.4.Intégrer un module spécifique de pathologies cervico-vaginales dans les curricula des programmes de formation à l'intention des sages-femmes à l'INMES	2 180 000	0	0	0	0	2 180 000		
		2.1.5.Faire des formations continues des gynécologues obstétriciens et des chirurgiens généralistes à l'échelle nationale sur la prise en charge du cancer du sein	0	0	0	0	0	0	pris en compte sur 211	
		2.1.6.Former les radiologues, des gynécologues et des chirurgiens à compétence oncologique sur la microbiopsie du sein	20 088 000	0	20 088 000	0	0	40 176 000		
		TOTAL	0	20 740 000	40 828 000	20 740 000	20 740 000	146 056 000		
	Dépistage		2.2.1. Implémenter un projet de dépistage des cas de cancer de l'utérus, du sein et des autres cancers gynécologiques	0	0	0	0	0	0	
			2.2.2. Mettre à disposition des formations sanitaires des intrants et consommables pour la réalisation de l'IVA	0	0	0	0	0	0	pris en compte plus bas
			2.2.3. Intégrer les activités de dépistage des lésions précancéreuses du col (IVA) dans le paquet minimum d'actions des maternités à l'échelle nationale	0	0	0	0	0	0	
			2.2.4. Dépister les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans les populations cibles	0	0	0	0	0	0	

		2.2.5. Acquérir du matériel de dépistage: Spéculum à usage unique, Pincés à badigeonner, Pincés à biopsie, Acide acétique, Consommables)	479 718 800	479 718 800	0	0	0	959 437 600
		TOTAL	479 718 800	479 718 800	0	0	0	959 437 600
	Traitement des lésions précancéreuses	2.3.1. Traiter systématiquement les lésions précancéreuses du col de l'utérus identifiés	0	0	0	0	0	0
		2.3.2. Intégrer dans le paquet minimum d'action des hôpitaux de zones et des hôpitaux de référence à l'échelle nationale, le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par la thermo coagulation et la conisation	0	0	0	0	0	0
		2.3.3. Acquérir du matériel pour le traitement des lésions précancéreuses (Matériel d'électrocoagulation, Matériel de conisation, Colposcope, Consommables, Mammographes, Echographes avec sonde de haute fréquence et module biopsie)	452 250 000	0	0	0	0	452 250 000
		TOTAL	452 250 000	0	0	0	0	452 250 000
		Axe stratégique 3 : Prévention tertiaire et quaternaire des cancers gynécologiques et mammaires	2 805 171 875	2 243 171 875	1 653 171 875	653 171 875	538 500 000	7 893 187 500
OS 3 : Assurer la prise en charge de 100% des femmes dépistées ou diagnostiquées d'un cancer gynécologique ou du sein d'ici à 2023	Renforcement des capacités	3.1.1. Former les gynécologues et chirurgiens à compétence oncologique des centres de référence sur la chirurgie oncologique gynécologique radicale et la chirurgie des cancers du sein	0	0	0	0	0	0
		3.1.2. Rémunérer 6 pathologistes et 12 techniciens de laboratoire d'anatomie pathologique pour le diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses.	0	0	0	0	0	0
		3.1.3. Former 2 agents de santé par an dans un centre expert en cancérologie en France, en Italie ou au Maroc.	14 900 000	14 900 000	14 900 000	14 900 000	14 900 000	74 500 000
		3.1.4. Organiser la formation continue du personnel spécialisé actuel	0	0	0	0	0	0
		3.1.5. Créer un partenariat avec les centres formateurs identifiés pour la formation des spécialistes	0	0	0	0	0	0

		TOTAL	14 900 000	14 900 000	14 900 000	14 900 000	14 900 000	74 500 000
Diagnostic et traitement des cas de cancers gynécologiques et mammaires invasifs	3.2.1. Désigner comme centres experts le CNHU, le CHU-MEL, le CHD de Parakou, l'Hôpital de Tanguiéta, et le CHD d'Abomey	0	0	0	0	0	0	0
	3.2.2. Désigner les autres CHD (CHDOP) comme centres de relais pour la prise en charge des cas chirurgicaux simples et le suivi des patients sous traitement oncologiques systémiques (Hormonothérapie, chimiothérapie orale, protocole de chimiothérapie simple)	0	0	0	0	0	0	0
	3.2.3. Intégrer la chirurgie des cancers gynécologiques et mammaires aux paquets minimum d'activités des services de chirurgie et de gynécologie des centres experts et des CHD à l'échelle nationale	0	0	0	0	0	0	0
	3.2.4. Créer des hôpitaux de jour ou des unités d'oncologie pour la chimiothérapie dans les centres experts (10 lits au moins avec fauteuils de chimiothérapie)	114 671 875	114 671 875	114 671 875	114 671 875	0	458 687 500	
	3.2.5. Créer un centre d'excellence cancer (qui évoluera vers un institut de cancérologie)	0	0	0	0	0	0	
	3.2.6. Mettre en place un système de référence et de contre-référence et actualiser le référentiel de prise en charge des cas de cancer gynécologiques et mammaires détail	0	0	0	0	0	0	
	3.2.7. Equiper les centres de références (centres experts et centre relais) en boîtes chirurgicales pour la prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques (colpohystérectomie,)	105 000 000	90 000 000			0	0	195 000 000
	3.2.8. Equiper les centres de références en écarteurs adaptés (de type THOMPSON ou FRUCHAUT)	0	0	0	0	0	0	0
	3.2.9. Doter au moins trois centres experts d'un scanner pour les bilans d'extension	1 080 000 000	0	0	0	0	0	1 080 000 000

		3.2.10.Rendre fonctionnelle l'unité de médecine nucléaire du CHU-MEL	467 000 000	0	0	0	0	467 000 000	Co-financée par BN (130000000) et USA(337000000)	
		3.2.11.Mettre en place une unité de radiothérapie (construction et équipement)	500 000 000	1 500 000 000	1 000 000 000	0	0	3 000 000 000	Prise en compte dans le Centre de référence de Calavi	
		3.2.12.Acquérir du matériel de diagnostics et de traitements des cas de cancers gynécologiques et mammaires invasifs (Boîte de chirurgie mammaire, Boîte de chirurgie oncologique-gynécologique, Colonne de coelioscopie, Pistolet à biopsie, Consommable)	223 600 000	223 600 000	223 600 000	223 600 000	223 600 000	1 118 000 000		
		3.2.13 Rendre accessible la chimiothérapie	0	0	0	0	0	0		
		3.2.14. Faire un plaidoyer à l'endroit du ministre en charge du travail et de la fonction publique pour le recrutement de 12 gynécologues à compétence colposcopie ou onco-gynécologue, 4 chirurgiens-oncologues, 3 anatomo-pathologistes, 10 techniciens de laboratoire, 2 oncologues-radiothérapeutes, 5 médecins radiologues, 10 techniciens de radiologie, 4 physiciens nucléaire, 4 manipulateurs en radiothérapie, 5 oncologues-médicale, 5 médecins internistes à compétence oncologique, 5 médecins spécialisés en soins palliatifs, 10 infirmiers spécialisé en soins palliatifs, 5 médecins anesthésistes, 10 infirmiers anesthésistes, 4 techniciens en Epidémiologie	0	0	0	0	0	0		
		TOTAL	2 490 271 875	1 928 271 875	1 338 271 875	338 271 875	223 600 000	6 318 687 500		
OS 4 : Assurer les soins palliatifs à 100% des patientes atteintes d'un cancer gynécologique ou mammaire à des stades métastatiques ou localement avancés	Promotion des soins palliatifs	4.1.1. Mettre en place six (6) unités de soins palliatifs à l'échelle nationale y compris les équipes mobiles pour la couverture des centres intermédiaires.	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	1 500 000 000		
		4.1.2. Former le personnel de tous les centres experts et centres relais en soins palliatifs à l'échelle nationale	0	0	0	0	0	0	0	
		4.1.3. Mettre à disposition des unités de soins palliatifs, des psychologues formés	0	0	0	0	0	0	0	
		4.1.4. Rendre disponible la morphine solution orale dans tous les centres experts intermédiaires.	0	0	0	0	0	0	0	
		TOTAL	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	1 500 000 000	BN (PNSP)

Axe Stratégique 4 : Leadership, gouvernance et promotion de la recherche		164 340 000	56 200 000	64 900 000	56 200 000	64 900 000	406 540 000	
OS 5 : Assurer la coordination, le suivi - évaluation et la recherche des actions de lutte contre le cancer du col utérin, du sein et des autres cancers gynécologiques et mammaires.	Coordination	5.1.1. Instaurer un partenariat public/privé pour la radiothérapie	0	0	0	0	0	0
		5.1.2. Identifier un point focal cancer gynécologique par formation sanitaire périphérique	0	0	0	0	0	0
		5.1.3. Identifier un point focal cancer gynécologique par zone sanitaire	0	0	0	0	0	0
		5.1.4. Identifier un point focal cancer gynécologique par département	0	0	0	0	0	0
		5.1.5. Identifier un point focal cancer gynécologique national au niveau du PNLMNT ou de la DSME	0	0	0	0	0	0
		5.1.6. Motiver les points focaux (lettre de félicitations, formations et voyages d'échange ...)	30 800 000	30 800 000	30 800 000	30 800 000	30 800 000	154 000 000
		5.1.7. Etablir des partenariats avec des centres formateurs (Italie, France, Sénégal, Ghana, Maroc, Turquie, Afrique du Sud)	0	0	0	0	0	0
		5.1.8. Organiser des réunions trimestrielles par zone entre les points focaux cancer gynécologiques et mammaires de la zone présidée par le médecin coordonnateur de zone	0	0	0	0	0	0
		5.1.9. Organiser des réunions semestrielles par département entre les médecins coordonnateurs de zone du département, les chefs services statistiques, suivi-évaluation et épidémiologique de la DDS présidé par le directeur départemental	0	0	0	0	0	0
		5.1.10. Organiser des réunions annuelles au niveau central entre les Services de la Planification de l'Information et de la Recherche en Santé (SPIRS), les directeurs départementaux de la santé et les points focaux régionaux présidé par le PNLMNT et la DSME	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	30 800 000	30 800 000	30 800 000	30 800 000	30 800 000	154 000 000	
	Leadership	5.2.1. Décorer chaque année les meilleures structures publiques et privées qui investissent dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires au cours d'une soirée de gala	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000	4 000 000
		5.2.2. Faire le lobbying auprès du bureau de l'Assemblée Nationale et des autres institutions pour la promotion de la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	0	0	0	0	0	0
		5.2.3. Intégrer la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires dans les activités prioritaires du Comité national multisectoriel de lutte contre les MNT	0	0	0	0	0	0
		TOTAL	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000	4 000 000

Suivi-Evaluation	5.3.1. Elaborer les fiches de collectes de données	4 740 000	0	0	0	0	4 740 000	
	5.3.2. Former les agents au remplissage des fiches et à leur remontée vers la ZS (pour inclusion dans le DHIS2)	0	0	0	0	0	0	Prise en compte par 5.3.1
	5.3.3. Intégrer les indicateurs des cancers gynécologiques et mammaires dans le monitoring semestriel des ZS	0	0	0	0	0	0	
	5.3.4. Mettre en place un registre de dépistage des cancers du col de l'utérus et mammaires au niveau des formations sanitaires	1 500 000	0	0	0	0	1 500 000	
	5.3.5. Assurer le fonctionnement des registres du cancer de Cotonou et de Parakou (carburant, consommables, matériels informatiques)	14 600 000	14 600 000	14 600 000	14 600 000	14 600 000	73 000 000	
	5.3.6. Recruter quatre techniciens en épidémiologie pour renforcer les ressources humaines des registres du cancer au Bénin	0	0	0	0	0	0	
	5.3.7. Faire l'évaluation à mi-parcours du plan au deuxième semestre 2021	0	0	8 700 000	0	0	8 700 000	
	5.3.8. Faire l'évaluation finale du plan au premier semestre 2024	0	0	0	0	8 700 000	8 700 000	
	TOTAL	20 840 000	14 600 000	23 300 000	14 600 000	23 300 000	96 640 000	
	Communication	5.4.1. Elaborer un plan de communication pour la lutte contre les Cancers gynécologiques et mammaires	11 200 000	0	0	0	0	11 200 000
5.4.2. Organiser six (6) séances de communication ciblée (Conseil des ministres, Assemblée Nationale, ANCB, Patronat, Têtes couronnées, Association des consommateurs/ Société civile, Fondations humanitaires, ONG de lutte contre les cancers...)		10 000 000	0	0	0	0	10 000 000	
5.4.4. Identifier un point focal cancer gynécologique par département		0	0	0	0	0	0	
5.4.5. Faire une communication en conseil des ministres pour déclarer l'année 2021 comme année de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires		0	0	0	0	0	0	
5.4.6. Faire un plaidoyer pour l'adoption de mesures réglementaires et légales pour la lutte contre les principaux facteurs de risques des cancers gynécologiques et mammaires (tabac, alcool, mariage précoce, grossesse précoce, pesticides et produits chimiques assimilés dans la production vivrière, sachets plastiques)		0	0	0	0	0	0	

	5.4.7. Elaborer la loi sur la réglementation de l'usage de pesticides et produits chimiques assimilés dans la production vivrière (notamment celle maraîchère et potagère).	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	21 200 000	0	0	0	0	21 200 000
Promotion de la recherche	5.5.1. Faire une recherche nationale sur le génotypage des HPV oncogènes	60 000 000	0	0	0	0	60 000 000
	5.5.2 Signer des conventions de coopération avec les institutions /laboratoires nationaux, régionaux et internationaux de recherche pour la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	0	0	0	0	0	0
	5.5.3. Organiser un forum national annuel pour promouvoir les résultats de recherches sur les cancers gynécologiques et mammaires	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
	5.5.4. Vulgariser les résultats des recherches en sponsorisant la publication des meilleurs travaux dans les revues de renom	2 500 000	0	0	0	0	2 500 000
	TOTAL	72 500 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	112 500 000
Mobilisation de ressources	5.6.1. Organiser une table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	2 300 000	0	0	0	0	2 300 000
	5.6.2. Créer une ligne budgétaire spécifique pour le financement des actions de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	0	0	0	0	0	0
	5.6.3. Organiser des téléthons pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	15 900 000	0	0	0	0	15 900 000
	5.6.4. Faire un plaidoyer pour que 5% des taxes sur les tabacs, l'alcool, les boissons sucrées, les produits sources de sel, les matières grasses, etc... soient affectés à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	18 200 000	0	0	0	0	18 200 000
TOTAL		12 995 335 675	5 114 590 675	4 109 857 875	3 044 871 875	2 938 900 000	28 203 556 100

Le budget global brut du présent plan s'élève à 28 203 556 100 francs CFA. Toutefois, certaines interventions relativement coûteuses (vaccination, radiothérapie) sont déjà prises en compte par des projets ou programmes avec des sources de financement identifiées, ce qui réduit considérablement le budget à mobiliser. Le tableau ci-dessous en donne les détails.

Tableau XIV : Schéma de répartition du budget par source de financement

Sources de financement	Montant
Acquis	22 249 800 000
Projets sur Budget National	4 080 000 000
Projets des PTFs	18 169 800 000
A rechercher	5 953 756 100
Budget National	5 953 756 100

REFERENCES

- 1- Tonato JAB, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, et al. Epidemiology of the gynecological and mammary cancer to the HOMEL and in the CUGO Cotonou. Bénin. Bull Cancer 2013;100: 141-146.
- 2- International Agency for Research on Cancer. [Consulté le 11/01/2019]. Cancer Today, [En ligne]. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/today/explore>.
- 3- Ministère du développement de l'analyse économique et de la prospective ; Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012. Octobre 2013.
- 4- Millenium Challenge account Benin. [Consulté le 08/01/19]. Le Bénin : Histoire et Géographie, [En ligne]. Disponible sur : <http://www.mcabenin.bj/le-b%C3%A9nin-histoire-et-g%C3%A9ographie>.
- 5- Résultats provisoires du quatrième recensement général de la population et de l'habitation de mai 2013 : RGPH 4. 2013.
- 6- La Banque Mondiale. [Consulté le 08/01/19]. Classement selon le PIB, [En ligne]. Disponible sur : <http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table>.
- 7- La Banque Mondiale. [Consulté le 08/01/19]. Bénin, [En ligne]. Disponible sur : <http://data.worldbank.org/country/benin>.
- 8- Ministère de la Santé du Bénin. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018. 2014.
- 9- Programme des nations unies pour le développement. Rapport sur le développement humain 2016. New York : 2016.
- 10- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Statistiques mondiale 2013. Genève. 2013.
- 11- Ministère de la Santé du Bénin. Plan national de développement sanitaire PNDS 2009-2018. Cotonou : 2009.
- 12- Ministère de la Santé du Bénin. Stratégie nationale de lutte contre VIH. Cotonou : 2015.
- 13- International Agence for Research on Cancer (IARC). World cancer report 2014. Lyon : 2014.
- 14- Ministère du développement de l'analyse économique et de la prospective ; Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages 3^{ème} édition (EMICoV-2015). Cotonou : mai 2016.
- 15- UNICEF. [Consulté le 26/02/19]. Statistiques, [En ligne]. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/infobycountry/benin_statistics.html
- 16- Ministère de la santé du Bénin. Annuaire des statistiques sanitaires 2017. Cotonou : septembre 2013.
- 17- Egue M, Gnanngnon FHR, Akele-Akpo M-T, Maxwell Parkin D. Cancer incidence in Cotonou (Benin), 2014-2016: First results from the cancer Registry of Cotonou. Cancer Epidemiol. avr 2019;59:46- 50.
- 18- World Health Organization [Consulté le 26/02/2019]. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index1.html>
- 19- World Health Organization [Consulté le 25/02/2019]. Facteurs de risque du cancer du sein, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index2.html>

- 20- Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer [Consulté le 25/02/2019]. Cancer du sein : les facteurs de risque, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein/facteurs-risque-cancer>
- 21- Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT). Rapport final de l'enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles par l'approche "STEPwise" de l'OMS, enquête « STEPS 2015 » au Bénin. Cotonou : 2016.
- 22- Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Cinquième Enquête Démographique et de Santé 2017-2018 - Indicateurs Clés. Cotonou : Juillet 2018.
- 23- Akele Akpo MT et Egue C. Incidence des cancers dans la commune de Cotonou (Bénin) Période de 2013-2015: Registre du Cancer de Cotonou. 2015.
- 24- Bouassa RSM, Prazuck T, Lethu T, Meye JF, Bélec L. Cervical cancer in sub-Saharan Africa: an emerging and preventable disease associated with oncogenic human papillomavirus. *Médecine et Santé Tropicales*. 1 janv 2017;27(1):16-22.
- 25- World Health Organization [Consulté le 14/01/2019]. Cancer Country Profile, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/cancer/country-profiles/ben_fr.pdf?ua=1
- 26- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. nov 2018;68(6):394-424.
- 27- Piras F, Piga M, De Montis A, Zannou AR, Minerba L, Perra MT, et al. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Benin, West Africa. *Virology journal*. 2011;8(1):514.
- 28- Zohoncon TM, Ouedraogo TC, Brun LVC, Obiri-Yeboah D, Djigma WF, Kabibou S, et al. Molecular Epidemiology of High-Risk Human Papillomavirus in High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia and in Cervical Cancer in Parakou, Republic of Benin. *Pak J Biol Sci*. 2016;19(2):49-56.
- 29- Organisation Mondiale de la santé [Consulté le 11/01/2019]. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer, [En ligne]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
- 30- Ministère de la Santé. Direction de la sante de la mère et de l'enfant (DSME). Directives nationales et guide pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Cotonou : Juin 2017.
- 31- Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Rapport de suivi de la déclaration de Politique sur le VIH/Sida au Bénin 2016. Cotonou : Mars 2016.
- 32- Direction de la Santé de la mère et de l'Enfant (DSME). Global School-based Student Health Survey, Benin 2016 Fact Sheet. Cotonou : 2016.
- 33- Salifou K, Brun L, Akpona LFJ, Obossou AA, Perrin RX. Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au Bénin. *European Scientific Journal*. 2015; 11(36): 275 – 83.
- 34- Organisation Mondiale de la santé [Consulté le 25/03/2019]. Breast cancer: prevention and control, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthode de calcul des indicateurs de performance

Chacun des indicateurs du tableau VII suit une méthode de calcul propre à lui :

- Proportion de FS offrant des paquets d'activités de CCSC en milieux scolaire et communautaire

$$\frac{\text{Nombre de FS offrant des paquets d'activités de CCSC}}{\text{Nombre total de FS}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Nombre de séance de sensibilisation contre les cancers gynécologiques et mammaires par FS

Périodicité : trimestrielle

- Proportion de sages-femmes formées sur la prévention des cancers gynécologiques et mammaires.

$$\frac{\text{Nombre de sages – femmes formées sur la prévention des cancers gynéco – mammaires}}{\text{Nombre total de Sages – femmes}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de FS offrant des paquets d'activités de vaccination contre le HPV.

$$\frac{\text{Nombre de FS offrant des paquets d'activités de vaccination contre le HPV}}{\text{Nombre total de FS}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de filles de 9 à 13 ans qui ont reçu les deux doses recommandées du vaccin contre le HPV au cours d'une année donnée.

$$\frac{\text{Nombre de filles de 9 à 13 ans qui ont reçu les deux doses du vaccin contre le HPV}}{\text{Nombre total de filles de 9 à 13 ans dans la population totale}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Taux de MAPI (Manifestation post vaccinale Indésirable).

$$\frac{\text{Nombre de MAPI signalées}}{\text{Nombre total des filles de 9 à 13 ans vaccinées}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de gynécologues formés sur les techniques de conisation et de cryothérapie

$$\frac{\text{Nombre de gynécologues formés sur les techniques de conisation et de cryothérapie}}{\text{Nombre total de gynécologues}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de sages-femmes formées à l'IVA

$$\frac{\text{Nombre de sages – femmes formées à l'IVA}}{\text{Nombre total de sages – femmes}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de spécialistes formés sur la microbiopsie du sein

$$\frac{\text{Nombre de spécialistes formés sur la microbiopsie du sein}}{\text{Nombre total de spécialistes}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de spécialistes formés sur la thermorégulation

$$\frac{\text{Nombre de spécialistes formés sur la thermorégulation}}{\text{Nombre total de spécialistes}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de FS disposant de sages-femmes formées en technique de prévention.

$$\frac{\text{Nombre de FS disposant de sages – femmes formées en technique de prévention}}{\text{Nombre total de FS}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de maternités faisant le dépistage du cancer du col de l'utérus

$$\frac{\text{Nombre de maternités faisant le dépistage du cancer du col de l'utérus}}{\text{Nombre total des maternités}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de maternités pratiquant l'examen systématique du sein

$$\frac{\text{Nombre de maternités pratiquant l'examen systématique du sein}}{\text{Nombre total des maternités}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion d'hôpitaux offrant un dépistage et un diagnostic des lésions précancéreuses aux patientes.

$$\frac{\text{Nombre d'hôpitaux offrant un dépistage et un diagnostic des lésions précancéreuses aux patientes}}{\text{Nombre total des Hôpitaux}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Nombre de campagnes de dépistage de masse organisées au cours d'une année

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du col de l'utérus au cours de l'année.

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du col de l'utérus au cours de l'année}}{\text{Nombre total de femmes de 25 à 65 ans dépistées}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein au cours de l'année.

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein au cours de l'année}}{\text{Nombre total de femmes de 25 à 65 ans dépistées}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 20 ans et plus réalisant de manière systématique l'auto-examen mensuel du sein

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 20 ans et plus réalisant de manière systématique l'auto – examen du sein}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 20 ans et plus}}$$

- Proportion de gynécologues effectuant de manière systématique l'examen du sein chez les patientes venues en consultation pour tout motif

$$\frac{\text{Nombre de gynécologues effectuant de manière systématique l'examen du sein chez les patientes venues en consultation}}{\text{Nombre total de gynécologues}}$$

- Proportion de sages-femmes effectuant de manière systématique l'examen du sein chez les patientes venues en consultation pour tout motif

$$\frac{\text{Nombre de sages – femmes effectuant de manière systématique l'examen du sein chez les patientes venues en consultation}}{\text{Nombre total de sages – femmes}}$$

- Proportion d'hôpitaux offrant un dépistage par mammographie

$$\frac{\text{Nombre d'hôpitaux offrant un dépistage par mammographie}}{\text{Nombre total des hôpitaux}}$$

- Proportion d'hôpitaux où la microbiopsie des lésions du sein est disponible

$$\frac{\text{Nombre d'hôpitaux où la microbiopsie des lésions du sein est disponible}}{\text{Nombre total des hôpitaux}} \times 100$$

- Proportion des femmes âgées de 50 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage systématique par mammographie

$$\frac{\text{Nombre des femmes âgées de 50 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 50 ans et plus}} \times 100$$

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et qui ont été traitées au cours de l'année.

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et qui ont été traitées}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses}}$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives pour le cancer du col de l'utérus et qui ont été traitées au cours de l'année

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives pour le cancer du col de l'utérus et qui ont été traitées}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives pour le cancer du col de l'utérus}}$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et traitées systématiquement après identification

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses et traitées systématiquement}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées positives pour des lésions précancéreuses}}$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein et traitées au cours de l'année.

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont été dépistées positives pour le cancer du sein et traitées}}{\text{Nombre total de femmes de 25 à 65 ans dépistées}}$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de FS disposant du personnel qualifié pour la prise en charge des patientes atteintes des cancers gynécologiques et mammaires

$$\frac{\text{Nombre de FS disposant du personnel qualifié pour la prise en charge des CGM}}{\text{Nombre total de FS}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Ratio personnel qualifié pour le traitement des cancers gynécologiques et mammaires sur la population féminine de 25 à 65 ans.

$$\frac{\text{Personnel qualifié pour le traitement des CGM}}{\text{Nombre total des femmes de 25 à 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de centres de référence offrant un traitement médico-chirurgical des cas de cancers invasifs du col de l'utérus aux patients.

$$\frac{\text{Nombre de centre de référence offrant un traitement médico – chirurgical}}{\text{Nombre total de centres de référence}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion des centres de référence offrant des services de radiothérapie

$$\frac{\text{Nombre de centres de référence offrant des services de radiothérapie}}{\text{Nombre total des centres de référence}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans diagnostiquées positives et qui ont terminé au cours d'une année le traitement du cancer invasif

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 21 à 65 ans diagnostiquées positives et qui ont terminé au cours d'une année le traitement du cancer invasif}}{\text{Nombre total de femme de 21 à 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion des patientes traitées de cas de cancer invasif gynéco-mammaire

$$\frac{\text{Nombre de femmes traitées de cancer invasif gynéco – mammaire}}{\text{Nombre total de femme diagnostiquées}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes chez qui les lésions remplissaient les critères pour être traitées et chez qui le traitement a été réalisé

$$\frac{\text{Nombre de femmes dont le traitement du cancer du col de l'utérus a été fait}}{\text{Nombre total de femme chez qui les lésions doivent être traitées}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Nombre annuel d'évacuation sanitaire pour cause de cancer gynécologique et mammaire

Périodicité: annuelle

- Proportion de spécialistes formés en soins palliatifs

$$\frac{\text{Nombre de spécialistes formés en soins palliatifs}}{\text{Nombre total de spécialistes}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportions de patientes de cancers invasifs gynécologiques et mammaires traitées en soins palliatifs

$$\frac{\text{Nombre de patients atteints de cancers invasifs gynéco – mammaires traitées en soins palliatif}}{\text{Nombre total des patients ayant un cancer invasifs gynéco – mammaires}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de départements offrant des services de soins palliatifs fonctionnels.

$$\frac{\text{Nombre de départements offrant des services de soins palliatifs fonctionnels}}{\text{Nombre total des départements}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion des centres de référence offrant des services de soins palliatifs fonctionnels.

$$\frac{\text{Nombre de centre de référence offrant des services de soins palliatifs}}{\text{Nombre total des centres de référence}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de femmes atteintes d'un cancer gynéco-mammaire à un stade avancé, bénéficiant de soins palliatifs, au cours d'une année.

$$\frac{\text{Nombre de femmes atteintes du cancer gynéco – mammaire à un stade avancé et bénéficiant de soin palliatifs}}{\text{Nombre total de femmes atteintes du cancer gyneco – mammaire à un stade avancé}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Nombre de partenariats obtenus en lien avec les cancers gynécologiques et mammaires.

Périodicité: annuelle

- Nombre de structures publique ou privée nationales investissant dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

Périodicité: annuelle

- Nombre de structures internationales investissant dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

Périodicité: annuelle

- Proportion de FS disposant d'un registre de dépistage des cancers gynécologiques et mammaires.

$$\frac{\text{Nombre de FS disposant d'un registre de dépistage des cancers gynéco – mammaires}}{\text{Nombre total de FS}} \times 100$$

Périodicité: annuelle

- Proportion de réunions de coordination tenue ayant trait au cancers gynécologiques et mammaires tenues.

$$\frac{\text{Nombre de réunions de coordination tenue ayant trait au CGM tenues}}{\text{Nombre total de réunions prévues}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de femmes ayant connaissance de l'existence des cancers gynécologiques et mammaires.

$$\frac{\text{Nombre de femme ayant connaissance de l'existence des CGM}}{\text{Nombre total des femmes}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Nombre de publications scientifiques sur les cancers gynécologiques et mammaires au Bénin dans des revues indexées.

Périodicité : annuelle

- Part du budget du PNLMT alloué à la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires.

$$\frac{\text{Budget alloué à la lutte contre les CGM}}{\text{Budget du PNLMT}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Taux de complétude des différents registres du cancer

$$\frac{\text{Nombre de cas de cancer capté par le registre}}{\text{Nombre de cas de cancer prévu par le registre}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

Annexe 2 : Méthode de calcul des indicateurs de progrès

- Incidence des cancers invasifs du col de l'utérus (nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants)

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus}}{\text{Nombre total de femmes entre 21 et 65 ans sur la période étudiée}} \times 100$$

Périodicité : période de temps donnée

- Proportion de cancers du col de l'utérus, du sein, du vagin, de l'ovaire, de la trompe, de la vulve et de l'endomètre diagnostiqués aux stades I ou II de la FIGO

$$\frac{\text{Nombre de CGM diagnostiqués aux stades I ou II de la FIGO}}{\text{Nombre total de CGM diagnostiqué tous Stade confondu}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de femmes traitées parmi les femmes diagnostiquées pour une lésion précancéreuse.

$$\frac{\text{Nombre de femmes traitées}}{\text{Nombre total des femmes diagnostiquées pour une lésion précancéreuse}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

Proportion de femmes traitées parmi les femmes diagnostiquées pour un cancer invasif du col de l'utérus, du sein, de l'ovaire, du vagin, de la trompe et de l'endomètre.

- Taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus (pour 100 000 femmes)

$$\frac{\text{Nombre de décès par cancer du col de l'utérus}}{\text{Nombre total des femmes entre 21 et 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Taux de mortalité dû au cancer du sein (pour 100 000 femmes)

$$\frac{\text{Nombre de décès par cancer du col du sein}}{\text{Nombre total des femmes entre 21 et 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Taux de mortalité dû au cancer du cancers du vagin, de l'ovaire, de la trompe, de la vulve et de l'endomètre (pour 100 000 femmes)

$$\frac{\text{Nombre de décès par cancer de chacune des pathologies}}{\text{Nombre total des femmes entre 21 et 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion des patientes ayant un cancer à un stade métastatique suivi par une unité de soins palliatifs (mobile ou fixe)

$$\frac{\text{Nombre de décès par cancer du col du sein}}{\text{Nombre total des femmes entre 21 et 65 ans}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion des patientes ayant un cancer à un stade métastatique recevant les soins appropriés

$$\frac{\text{Nombre de patient recevant les soins appropriés}}{\text{Nombre total de patientes ayant un cancer à un stade métastatique}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de réunions de coordination planifiées et effectivement tenues avec atteinte du quorum et des objectifs fixés

$$\frac{\text{Nombre de réunion effectivement tenues avec atteinte du quorum et des objectifs fixés}}{\text{Nombre de réunions de coordination planifiées}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion d'actions correctrices recommandées et effectivement mises en œuvre

$$\frac{\text{Nombre d'actions correctrices effectivement mises en oeuvres}}{\text{Nombre d'actions correctrices recommandées}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion de publications scientifiques dans des journaux internationaux planifiées et réalisées

$$\frac{\text{Nombre de publications scientifiques réalisées}}{\text{Nombre de publications scientifiques prévues}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Proportion d'activités de suivi planifiées et réalisées

$$\frac{\text{Nombre d'activités de suivi réalisée}}{\text{Nombre total d'activités de suivi planifiée}} \times 100$$

Périodicité : annuelle

- Taux de réduction de la prévalence des infections à HPV oncogène chez les filles de

$$\frac{(\text{Prévalence des infections au HPV à } t) - (\text{Prévalence des infections au HPV initiale})}{(\text{Prévalence des infections au HPV initiale})} \times 100$$

Périodicité : annuelle

Ont contribué à l'élaboration de ce plan :

Dr AMIDOU Ariyoh Salmane	Coordonnateur PNLMT
Dr SEGNON AGUEH Judith	Coordonnatrice Adjointe PNLMT
Prof HOUINATO Dismand	Ex - Coordonnateur PNLMT
Dr GUEDOU Fernand	Consultant Principal
Dr GNANGNON Freddy	Consultant associé
Mme BOI Odile	Planificateur
Dr ZAN Souleymane	OMS-BENIN
Prof OLORY-TOGBE Jean-Leon	Chef service chirurgie viscérale CNHU-HKM
Prof HOUNGBE Fabien	Chef service médecine externe CNHU-HKM
Prof DENAKPO Justin	Gynécologue CUGO CNHU-HKM
Prof AGUEMON Christiane	Gynécologue CUGO CNHU-HKM
Prof TONATO BAGNAN Josiane	Gynécologue CHU-MEL
Prof AKPO AKELE Marie-Thérèse	Anatomopathologiste
Prof BRUN Luc	Anatomopathologiste/ CHDU-Parakou
Dr DANGBEMEY Patrice	Gynécologue CHU-MEL
Dr AGBODANDE Anthelme	Médecine externe CNHU-HKM
M. RADJI Suradjou	DPP/MS
Mme AGONGLO AHANHANZO Clarisse	DSIO
Prof AMOUSSOU-GUENOU Marcellin	DNH
Dr GOUNADON Cossi Pius	DNSP
M. TOUME Yvon Cosme	Epidémiologiste/PNLMT
M. GANHOUNOUTO Eric	PNLMT
M. GOUDJO Gaétan	PNLMT
M. SOTOMEY Chantal	PNLMT
Mme SACCA Hélène	LEMACEN
M. TOTAH Terence	LEMACEN
Mme ATINDEHOU Carine	LEMACEN
M. BOTON Barnabé	LEMACEN