

République Algérienne Démocratique et Populaire

# PLAN NATIONAL CANCER 2015 2019

*Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade*

Octobre 2014

République Algérienne Démocratique et Populaire

# Plan National Cancer 2015 2019

## Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade

Octobre 2014

*" La protection et la promotion de la santé des citoyens demeureront des fondements de la politique nationale de santé.*

*A ce titre elles bénéficient de manière continue du caractère de priorité avec des plans et des programmes nationaux intégrés et intersectoriels."*

*Monsieur le Président de la République*
*Septembre 2012*



Monsieur le Président de la République a déclaré le cancer problème majeur de santé publique et a érigé la lutte contre le cancer en priorité nationale et chantier présidentiel à un niveau de mobilisation sans précédent.

# PREAMBULE

***Une nouvelle vision stratégique de lutte contre le cancer centrée sur le malade***

Monsieur le Président de la République a déclaré, il y a déjà plusieurs années, le cancer comme problème majeur de santé publique. Il a érigé la lutte contre le cancer en priorité nationale et en tant que chantier présidentiel, à un niveau de mobilisation sans précédent.

En effet, le cancer représente un phénomène tout à fait particulier dans le domaine de la santé. Le nombre de patients atteints de cancer continue d'augmenter de manière constante. Dans le monde, on a dénombré 14,1 millions de nouveaux cas durant l'année 2012 avec 8,2 millions de décès déclarés dans la même année. 70% de ces cas sont signalés dans les pays en développement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que ces chiffres pourraient doubler d'ici 2030. La mortalité baisse de plus en plus, les progrès scientifiques et technologiques ayant permis une meilleure prise en charge des patients, mais cependant, on constate qu'aucun pays au monde n'a encore réussi à infléchir de manière significative la courbe de progression de cette maladie.

En Algérie, les registres du cancer reconnus par les instances internationales, confirment cette tendance : actuellement on comptabilise environ 45 000 nouveaux cas de cancer par an, avec 24 000 décès. Ce chiffre s'explique par le caractère particulièrement accéléré de la transition démographique et épidémiologique dans notre pays et d'un développement socio-économique très rapide traduisant une profonde mutation des modes de vie de nos concitoyens.

Au-delà de ces chiffres, le cancer représente surtout une charge particulièrement lourde parce qu'il entraine plus de souffrances et de drames que n'importe quelle autre maladie sur le plan personnel et familial ; il est responsable aussi du plus grand nombre d'années de vies perdues. Enfin sa charge financière particulièrement élevée et en constante augmentation risque de déséquilibrer toute l'architecture financière du système de santé.

Depuis son indépendance, l'Algérie a déployé d'énormes efforts pour la promotion et la défense de la santé notamment ces quinze dernières années dans le domaine du cancer. Sur le plan des moyens, l'Algérie a ainsi investi dans la lutte contre le cancer de grandes ressources en financements, infrastructures, équipements et moyens humains.

Parallèlement, de multiples initiatives ont été menées sous forme de programmes intersectoriels intégrés ainsi que sur le plan législatif et réglementaire pour se mettre au niveau des standards internationaux. Ces efforts qui ont permis des progrès substantiels, devront être consolidés voire amplifiés tant les défis à venir sont encore importants. Mais en même temps tous les professionnels admettent qu'il existe une impérieuse nécessité à mieux les organiser et les rationnaliser afin d'en améliorer les résultats.

Les tendances actuelles, relatives au cancer au niveau mondial et les recommandations les plus autorisées font ressortir la nécessité d'élaborer des « plans cancer » pour opposer une stratégie efficace au phénomène de croissance actuelle et continue de ce fléau.

Aujourd'hui, il s'agit donc pour nous, à travers ce « Plan National Cancer 2015-2019 », d'impulser un nouvel élan porteur d'une vision stratégique renouvelée centrée sur le malade.

Ce plan a donc , comme principal objectif la réduction de la mortalité des patients par cancer et l'amélioration de la démarche préventive contre les facteurs de risque et de la qualité de vie pendant et après le traitement, dans le cadre de la sauvegarde de la stricte équité dans l'accès aux soins pour tous les Algériens, comme l'a souligné à maintes reprises Monsieur le Président de la République.

La stratégie de cette lutte s'appuiera aussi, sur des modes d'action prioritaires tels qu'ils ont été soulignés par Monsieur le Premier Ministre dans sa lettre de mission.

Le domaine de la prévention primaire et secondaire, dont notre pays a une riche expérience, peut s'avérer l'investissement le plus rentable en gain de santé et même en termes économiques pour la maladie cancéreuse. Une meilleure efficience des traitements, notamment en radiothérapie devra être recherchée et s'appuyer sur les bénéfices de la concertation multidisciplinaire.

Une attention particulière devra être portée sur les soins de suivi et de soutien qui constituent un maillon essentiel de la chaine des soins. Les efforts concernant la formation et la recherche, domaines qui sont liés, nécessitent des réformes aussi bien conjoncturelles que structurelles, visant d'une part, à mieux adapter le contenu des enseignements aux nouvelles mutations de tous ordres et d'autre part, à mieux rentabiliser les résultats de la recherche au profit des patients.

Le cancer étant un phénomène particulièrement complexe, ce "Plan National Cancer 2015-2019" devra être une œuvre de longue haleine et rester dynamique et évolutif dans le temps pour s'adapter régulièrement aux profondes mutations et innovations scientifiques et technologiques. Pratiquement, il nous servira de feuille de route en fixant des objectifs précis et évaluables et devra être un exemple, voire un élément moteur efficace pour le secteur de la santé dont les préoccupations majeures dans l'avenir seront dominées par les Maladies Non Transmissibles.

Il sera enfin nécessaire, de prévoir des instruments efficaces de pilotage et de suivi fixés par une instance compétente qui évaluera au moins annuellement l'application des mesures sur la base d'indicateurs de performance.

Ce plan ambitieux, devra s'inscrire de manière harmonieuse dans le plan de développement quinquennal du Plan du Gouvernement en application du programme de Monsieur le Président de la République, ce qui permettra une articulation plus cohérente avec les autres programmes, garantissant ainsi une meilleure efficience.

Le succès attendu des objectifs de ce plan représentera non seulement une avancée sur le plan sanitaire mais encore et surtout la victoire d'un combat soutenu de toute la société pour la dignité humaine dans un cadre d'union et de solidarité.

Abdelmalek BOUDIAF
Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| **ACP** | Anatomo Cyto Pathologie |
| **AIEA** | Agence Internationale de l'Energie Atomique |
| **ANDS** | Agence Nationale de Documentation de la Santé |
| **CAC** | Centre Anti Cancer |
| **CCLAT** | Convention Cadre de Lutte contre le Tabac |
| **CHU** | Centre Hospitalier Universitaire |
| **CIM 10** | Classification Internationale des Maladies |
| **CIM** | Conseil Inter Ministériel |
| **CNAS** | Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés |
| **CASNOS** | Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés |
| **CPMC** | Centre Pierre et Marie Curie |
| **DNS** | Dépense Nationale de Santé |
| **DSP** | Direction de la Santé et de la Population |
| **EHS** | Etablissement Hospitalier Spécialisé |
| **EHU** | Etablissement Hospitalier Universitaire |
| **EPH** | Etablissement Public Hospitalier |
| **EPSP** | Etablissement Public de Santé de Proximité |
| **FNUAP** | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| **GATS** | Global Adult Tobacco Survey |
| **GHPSS** | Global Health Professionals Student Survey |
| **GSHS** | Global school-based student health survey |
| **HAD** | Hospitalisations A Domicile |
| **HPV** | Papillomas Virus Humains |
| **HBV** | Hépatite B Virus |
| **IACR** | Association Internationale de Recherche sur le Cancer |
| **INSP** | Institut National de Santé Publique |
| **IRM** | Imagerie par résonance magnétique |
| **MESRS** | Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique |

**MNT** Maladies Non Transmissibles

**MSPRH** Ministère de la Santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière

**MT** Maladies Transmissible

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ONS** Office National des Statistiques

**ORS** Observatoire Régional de la Santé

**PCH** Pharmacie Centrale des Hôpitaux

**PET Scan** Tomographie par Emission de Positons

**PEV** Programme Elargi de Vaccination

**PSA** Antigène Prostatique Spécifique

**RCP** Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

**SEMEP** Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive.

**TAHINA** Transition and Health Impact In North Africa *Ou « transition Epidémiologique et Impact sur la Santé en Afrique du Nord »*

**VEA** Valorisation des Expériences Acquises

**VIH** Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

Introduction 13

## PREMIÈRE PARTIE

I- Epidémiologie et ampleur du problème 17

II- Evaluation du problème du cancer dans le contexte général 23

2.1- Evolution du système de santé 23

2.2- Cadre législatif et réglementaire 26

2.3- Ressources générales 28

2.4- Organisation des soins 32

III- Méthodologie 33

## DEUXIÈME PARTIE

I- Objectif principal : Réduire la mortalité et la morbidité par cancer 39

II- Huit axes stratégiques et focus 41

Axe stratégique 1 Améliorer la prévention contre les facteurs de risque 43

FOCUS : LE TABAGISME

Axe stratégique 2 Améliorer le dépistage de certains cancers 55

FOCUS : LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Axe stratégique 3 Améliorer le diagnostic du cancer 63

FOCUS : L'ANATOMOCYTOPATHOLOGIE

Axe stratégique 4 Redynamiser le traitement 71

FOCUS : L'INTERDISCIPLINARITÉ

Axe stratégique 5 Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du Patient 81

FOCUS : LES CELLULES D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

Axe stratégique 6 Développer le système d'information et la communication sur les cancers 87

FOCUS : LES REGISTRES DU CANCER

Axe stratégique 7 Renforcer la Formation et la Recherche sur les cancers 95

FOCUS : LES NOUVEAUX MÉTIERS ET LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

Axe stratégique 8 Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers 105

FOCUS : OPTIMISER ET RATIONALISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES DISPONIBLES

Conclusion 121

Synthèse 125

ANNEXES

Annexe 01 : Evaluation et suivi du Plan de lutte contre le Cancer - Synthèse 133

Annexe 02 : Plan National Cancer : Rapport d'évaluation et suivi - Synthèse 139

Annexe 03 : Bilan financier 145

Annexe 04 : Echéanciers 153

Annexe 05 : Liste des contributeurs et participants 171

# INTRODUCTION

La décision des pouvoirs publics de mettre en place un "Plan National Cancer " pour la période 2015-2019 vise à rassembler et organiser, face à ce fléau qu'est le cancer, les moyens de lutte pour réduire à terme la morbidité et la mortalité de cette maladie. Une telle démarche n'a été envisageable qu'après avoir évalué précisément la qualité du niveau de réponse de notre système de santé.

Le cancer constitue la maladie incontestablement la plus redoutée et elle est assimilée à un véritable fléau moderne. Sa réputation de gravité et d'évolution rapide voire fatale déclenche à son annonce, un sentiment de panique chez le malade et un bouleversement de la vie familiale.

Lors de la conférence de l'OMS de 1978 à Alma Ata, seul le délégué de l'Inde qui faisait partie des pays en développement avait soulevé le problème des Maladies Non Transmissibles (MNT) dont le cancer et exprimé sa crainte de voir leur progression rapide dans ces pays à l'instar de ce qui se passait déjà dans les pays industrialisés.

Cette prémonition s'est effectivement réalisée ; en effet si en 1970 on enregistrait dans les pays en développement seulement 15% des cancers enregistrés dans le monde, les estimations pour l'année 2012 anticipaient une augmentation substantielle de 19,3 millions de nouveaux cas de cancer par an d'ici à 2025, en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale.

En 2012, plus de la moitié de tous les cancers, soit 56,8%, et des décès par cancer, soit 64,9%, ont été enregistrés dans les régions les moins développées du monde et ces proportions augmenteront encore d'ici à 2025. C'est dire la gravité de la menace qui pèse sur les pays en développement et ceci, d'autant plus que ces pays restent confrontés à la problématique du " double fardeau " ainsi qu'en témoigne aujourd'hui l'épidémie du virus Ebola.

En Algérie, dans le cadre de la planification sanitaire du pays en 1975, le cancer avait été identifié comme le 17ème problème de santé. C'est seulement au cours des années 2000 que les spécialistes ont pris conscience de l'ampleur du problème. A titre d'indication, en 1997, lors des conférences régionales préparatoires des Assises Nationales de la Santé qui ont eu lieu en 1998, une seule région sur les cinq régions sanitaires du pays, la région Est, mentionnait le cancer comme un problème de santé majeur. Or, il est important de signaler que ces dernières années, l'incidence et la mortalité du cancer ont connu dans notre pays, une progression particulièrement rapide, voire inquiétante.

Depuis plusieurs années, des programmes et réalisations engageant d'énormes moyens humains et matériels ont été mis en œuvre. Ces efforts ont certes, généré des résultats substantiels, mais apparemment insuffisants en terme d'efficience des parcours de soins. Le constat établi a été que l'approche médicale restait centrée sur le curatif et qu'il n'existait pas

de réflexion stratégique sur l'analyse factuelle concernant le patient et son environnement ainsi que sur la prévention. De plus, les grandes mutations et innovations scientifiques, technologiques et économiques sont actuellement tellement rapides et profondes qu'elles nécessitent une vigilance soutenue pour qu'à l'avenir, et en cas de besoin, l'Algérie puisse s'adapter rapidement.

C'est pour ces raisons que Monsieur le Président de la République a érigé la lutte contre le cancer en une grande priorité nationale et l'a inscrite en tant que chantier présidentiel à un niveau de mobilisation sans précédent.

C'est dans le cadre de cette mobilisation, que se sont inscrits les deux rapports d'évaluation de 2013 dont les recommandations ont conduit tout naturellement à l'élaboration d'un "Plan National Cancer 2015-2019 ".

Le nouvel élan suscité par la réflexion en vue de l'élaboration de ce plan, a traduit le vif intérêt de la part des professionnels, du mouvement associatif et des patients.

Les thèmes qui ont été les plus mobilisateurs sont incontestablement :

- L'approche centrée sur le malade et la constitution des réseaux de soins.
- L'intérêt de la prévention.
- La nécessité d'une approche intersectorielle et interdisciplinaire.
- La promotion de la formation dans tous les domaines.

Nous pouvons considérer que nous sommes arrivés à un stade où il devient évident qu'il nous serait difficile de réaliser tous les projets auxquels nous aspirons sur la seule période des cinq années à venir. Les huit objectifs que nous nous sommes fixés, nous semblent incontournables, dans la mesure où seule leur atteinte permettra de concrétiser un véritable changement de notre système de santé. C'est pour cela, que nous devons être particulièrement attentifs aux choix des priorités et à la nécessité que notre vision englobe le long terme.

Un aspect important qui doit retenir également notre attention concerne l'éthique

Les thèmes abordant entre autres le respect du malade, depuis l'annonce du diagnostic, son suivi et les soins palliatifs, doivent bénéficier d'une attention particulière car plus que les autres maladies, la prise en charge de la maladie cancéreuse nécessite des qualités qui dépassent les aptitudes techniques et scientifiques des professionnels de la santé et requièrent un sentiment de don de soi.

L'étroite collaboration organisée entre les différents acteurs responsables que sont les institutions centrales et locales, les milieux professionnels du terrain, les sociétés scientifiques d'enseignants et chercheurs, le secteur privé, les associations représentatives des malades garantira la réussite de ce premier Plan National Cancer.

# PREMIERE PARTIE

# EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS EN ALGERIE ET AMPLEUR DU PROBLEME

Le cancer est un problème majeur de santé publique dans le monde. Selon l'OMS, le nombre de nouveaux cas de cancer en 2012 est estimé à 14,1 millions et le nombre de décès à 8,2 millions. Il a été estimé en 2008 que 70% des décès par cancer dans le monde survenaient dans les pays en développement. La fréquence des cancers pourrait augmenter de 50 % dans le monde, avec 15 millions de nouveaux cas par an en 2020.

A l'horizon 2030, il est prévu que le nombre de décès par cancer dans le monde s'élève à 13,1 millions.

Bien que son incidence soit en augmentation dans la plupart des régions du monde, les taux d'incidence demeurent les plus élevés dans les régions les plus développées, mais la mortalité est relativement beaucoup plus élevée dans les pays en développement, faute de détection précoce et d'accès aux traitements.

L'Algérie a connu à partir des années 90, une transition démographique profonde et rapide qui a entraîné une modification structurelle du profil épidémiologique de sa population. Celle-ci a connu une baisse de la mortalité générale qui a été divisée par 4 en l'espace de 50 ans (16,45 pour mille à la fin des années 60 à 4,41 pour mille habitants en 2008) et une baisse importante de la mortalité infanto-juvénile corrélée à une augmentation progressive de l'espérance de vie estimée à 25 années au cours des 50 dernières années, ce qui a eu pour conséquence un vieillissement progressif de la population avec une part de plus en plus importante des personnes âgées de plus de 60 ans dans la pyramide des âges.

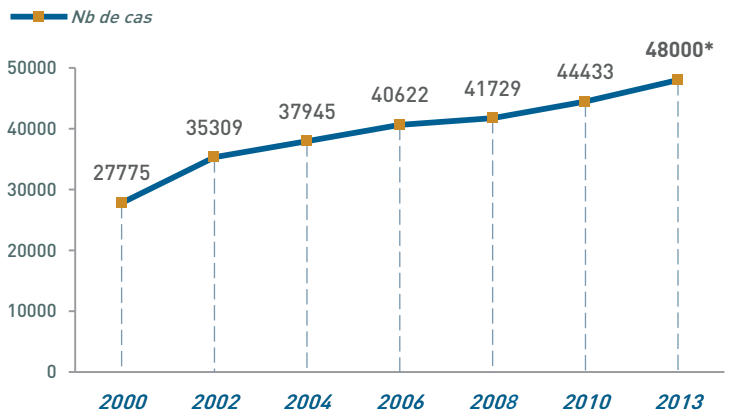
Par ailleurs, une modification profonde du mode de vie collectif et individuel (augmentation du tabagisme, du stress, de la sédentarité, de l'urbanisation..) et d'un mode alimentaire déséquilibré sont à l'origine de l'émergence des Maladies Non Transmissibles (MNT) dont le cancer. Ces maladies constituent aujourd'hui plus de 80% des causes de maladies et ont en commun un certain nombre de facteurs de risque d'où la nécessité d'une politique commune de prévention contre ceux-ci.

*Si rien n'est fait dans le cadre de cette prévention, il est prévu, comme cela a été prouvé dans les études internationales concernant les pays en développement, qu'un citoyen âgé de plus de 65 ans sur deux contracte une maladie cancéreuse.*

Profil épidémiologique des cancers dans le contexte algérien

L'augmentation de l'incidence de cette maladie qui est passée de 80 nouveaux cas pour 100.000 habitants en 1990 à plus de 130 nouveaux cas pour 100.000 habitants en 2010 est significative et il est prévisible qu'elle va progresser, pouvant atteindre rapidement 50.000 cas par an (Figure 01).

Figure 01: Évolution estimée du nombre de cas de Cancer




Algérie/source MSPRH

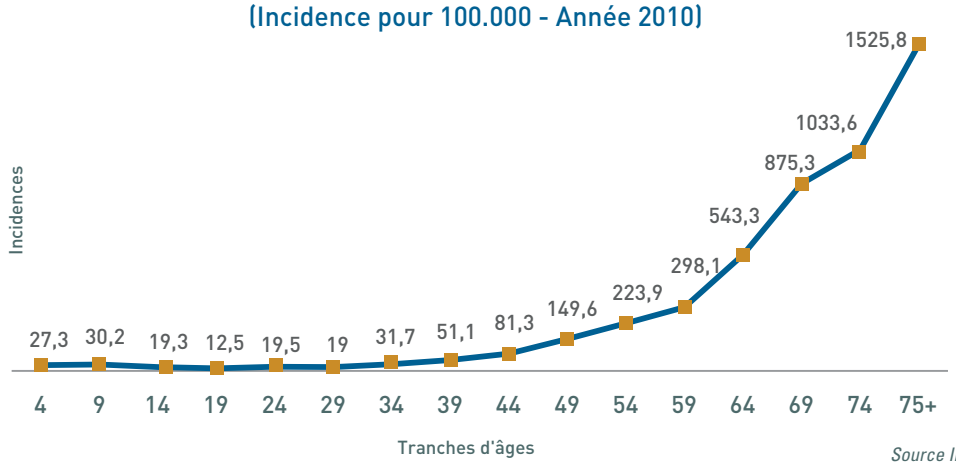
L'enquête nationale réalisée en 2004 par l'Institut National de Santé Publique (INSP) sur l'incidence et la prévalence des cancers sur la base des 31 000 cas de cancers enregistrés en 2002 relevait que seul un 1/3 des cancers était diagnostiqué à un stade précoce, les 2/3 restants l'étant à des stades invasifs et métastatiques.

Près de 40% des patients n'étaient pas retrouvés dans le circuit thérapeutique et seul 1/3 des malades bénéficiait d'un protocole thérapeutique complet. Le délai moyen d'attente pour une cure de radiothérapie était de six (06) mois.

C'est sur ces éléments, d'ailleurs, qu'ont reposé les recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des cancers.

Actuellement, l'âge moyen pour tous les cancers est de 54 ans. Cet âge est bas comparé à l'âge médian des cancers dans les pays développés (62 ans en moyenne). L'ascension de la courbe d'incidence s'amorce tôt, avant 40 ans puis évolue de manière exponentielle jusqu'à la fin de la vie. Dès l'âge de 60 ans, les taux d'incidence enregistrés en Algérie s'alignent sur ceux enregistrés dans les pays développés, particulièrement ceux d'Europe du Sud. Ceci se vérifie autant pour les hommes que pour les femmes.

Figure 02 : Cancers Hommes : Répartition de l'incidence par tranches d'âges (Incidence pour 100.000 - Année 2010)

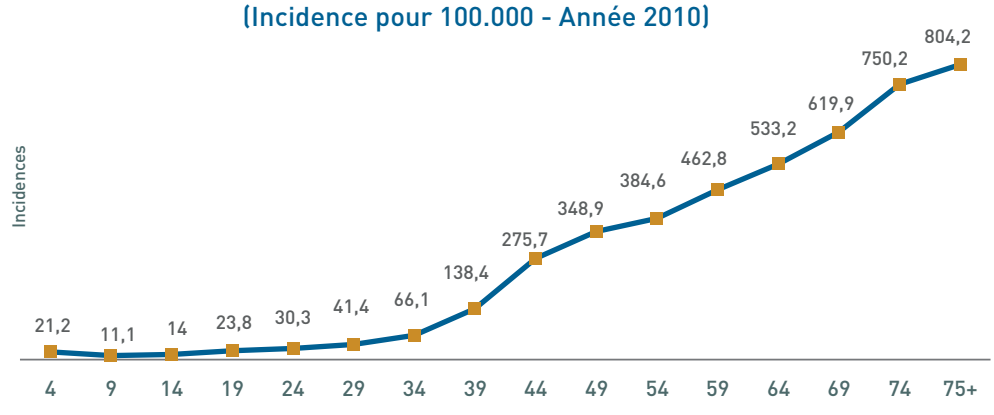



Source INSP

L'incidence brute des cancers en Algérie est en augmentation constante depuis 10 ans avec près de 128 nouveaux cas pour 100.000 hommes et 132 pour 100.000 femmes en 2011.

La répartition des cancers par tranches d'âges souligne bien la tendance observée depuis le début de leur enregistrement, à savoir, un nombre de cas plus élevé chez les femmes, une apparition plus précoce du cancer chez les femmes (39 ans) que chez les hommes (49 ans) et une diminution du nombre de cas à partir de 65 ans chez les femmes, âge auquel commence l'ascension de l'incidence masculine.

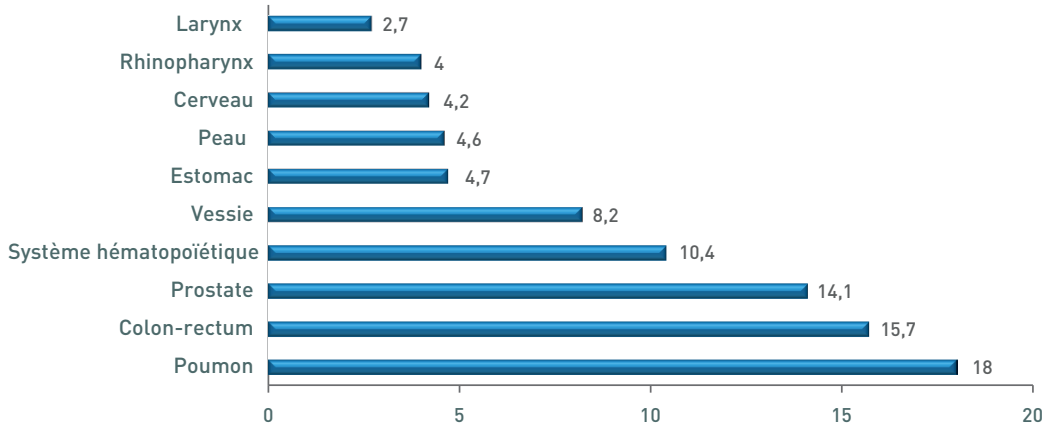
Figure 03 : Cancers Femmes : Répartition par tranches d'âges (Incidence pour 100.000 - Année 2010)




Source INSP

Les formes de cancer les plus fréquentes chez l'homme sont ceux du poumon, du colo-rectum, de la vessie, de la prostate et de l'estomac. Ils constituent 52,5% de tous les cancers masculins. Le cancer du poumon à lui seul représente environ 15% des cancers masculins. Ceci confirme et consolide les tendances depuis 2001 avec la prédominance, chez l'homme, des cancers liés au tabagisme (poumon - vessie), du cancer de la prostate qui connaît une augmentation rapide depuis le début des années 2000 et des cancers digestifs notamment colorectaux. L'élévation de l'incidence des cancers de la prostate se confirme. Il est, aujourd'hui, le 3ème cancer chez l'homme.

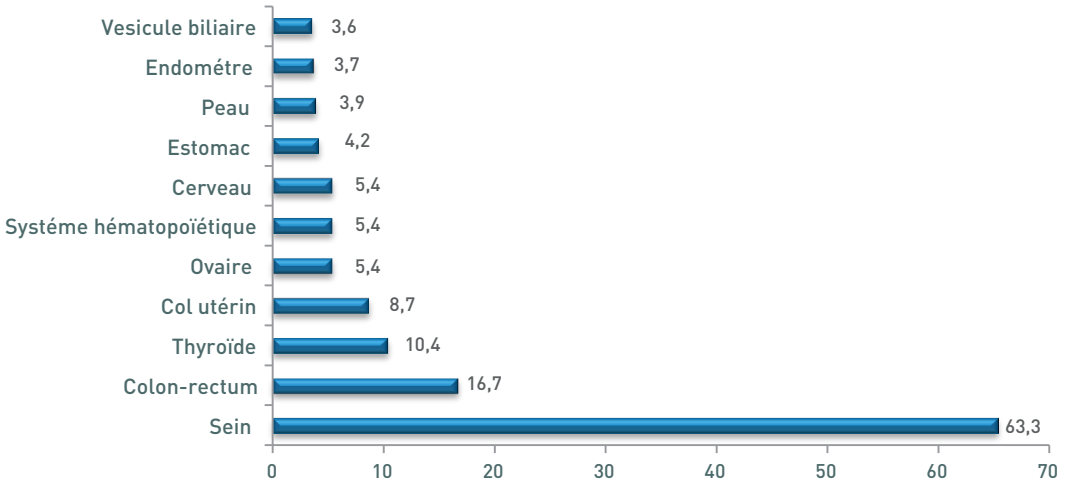
Figure 04 : Les formes de cancers les plus fréquents chez l'homme en Algérie
Année 2010




*Source INSP*

Les formes de cancer les plus fréquentes chez la femme sont celles du sein, du colo rectum, de la thyroïde, du col de l'utérus, et de l'ovaire. Ils constituent 68,2% de tous les cancers féminins. Les cancers du sein (40,45%) et du col de l'utérus (12,5%) qui totalisent, à eux deux, 52,95% de tous les cancers féminins.

Figure 05 : Les formes de cancers les plus fréquents chez la femme en Algérie
Année 2010




*Source INSP*

Par ailleurs, de plus en plus d'enfants et d'adolescents sont touchés par le cancer. L'incidence du cancer augmente, tous les ans, de 1% chez les enfants et de 1,5% chez les adolescents. Les formes de cancer les plus fréquentes chez l'enfant sont celles du système hématopoïétique, des ganglions lymphatiques, de l'encéphale, de l'os et du rein. Ils constituent 59,4% de tous les cancers de l'enfant de sexe masculin et 58,3% de tous les cancers de l'enfant de sexe féminin.

**L'analyse des cancers par localisations montre la nette progression de 5 cancers qui devront bénéficier d'une attention particulière (figures 06 et 07).**

- **Le cancer du sein** dont la forte progression prend des proportions épidémiques inquiétantes avec plus de 9 000 nouveaux cas en 2009, soit 54 nouveaux cas pour 100 000 femmes ; actuellement ce chiffre est estimé à 11 000, soit une augmentation de 500 nouveaux cas par an. De plus, le cancer du sein, en Algérie touche autant la femme jeune que la femme ménopausée, ce qui complique son dépistage : l'âge médian est de 47 ans c'est-à-dire que 50% des cancers du sein ont déjà eu lieu avant cet âge.

- **Les cancers du poumon** dont la progression constante avec une incidence standardisée qui a pratiquement doublé passant de 11 à 20 pour 100 000 hommes en 25 ans (de 1986 à 2010) et **les cancers de la vessie** avec plus de 10 nouveaux cas pour 100 000 hommes touchent l'adulte de plus en plus jeune et montrent la nécessité et l'importance du renforcement du programme de lutte anti tabac.

- **Le cancer colorectal** dont la progression ininterrompue depuis le milieu des années 2000 le place maintenant à la deuxième localisation chez l'homme comme chez la femme. Une étude a montré qu'il est passé de 3,2 à 11 pour 100 000 habitants en 25 ans.

- **Le cancer de la prostate** dont la progression croissante le classe aujourd'hui en 3ème position des cancers chez l'homme. Cette progression risque encore de s'aggraver comme cela s'est passé dans les pays développés.

Par ailleurs, **le cancer de la thyroïde**, peu fréquent chez l'homme, est, depuis quelques années, le troisième cancer féminin. Il touche autant l'adolescente et la jeune femme que la femme âgée. Il nécessite une étude sur ses facteurs de risque spécifiques en Algérie. Il devrait aussi bénéficier d'un enregistrement à part en raison de la progression particulièrement rapide de son incidence durant la dernière décennie.

Il faut noter enfin la stagnation, voire une petite diminution de l'incidence brute du cancer du col de l'utérus qui a été longtemps le deuxième cancer féminin. Cette stagnation a été signalée dans la wilaya d'Alger, il y a quelques années déjà mais aussi dans la wilaya de Sétif. La même tendance à la stagnation s'observerait pour les cancers de l'estomac et du nasopharynx tant chez l'homme que chez la femme.

Figure 06 : Evolution des cancers chez les hommes

Source adaptée, Registre des cancers (Sétif)

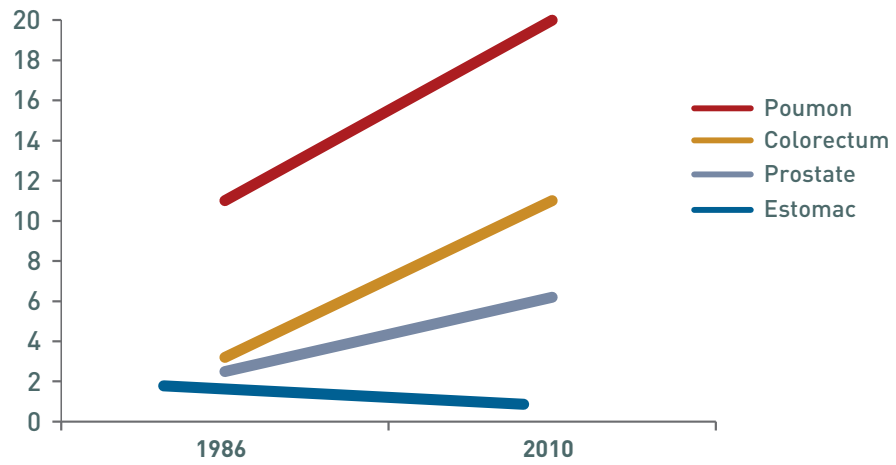
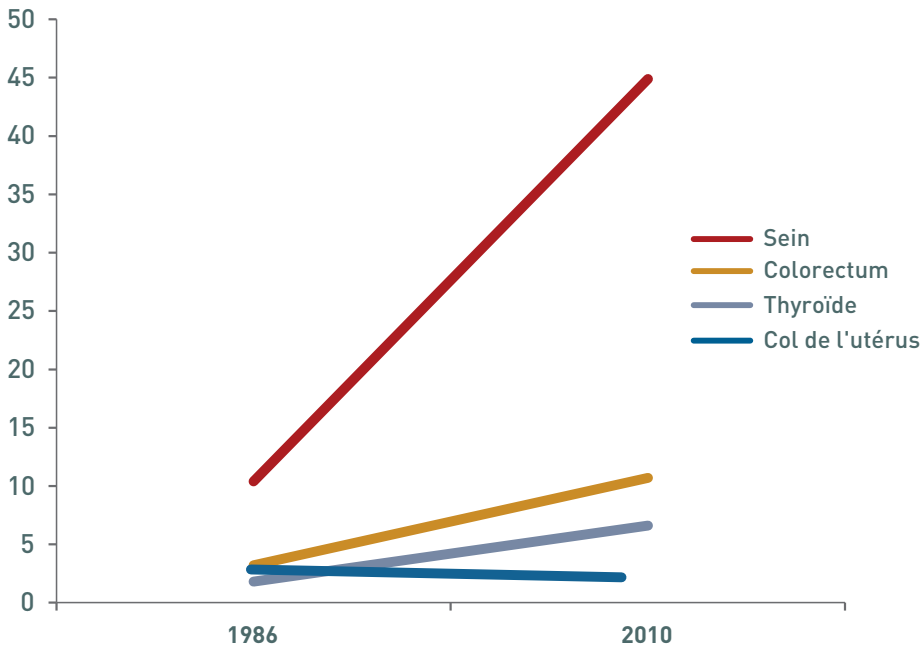



Figure 07 : Evolution des cancers chez les femmes

Source adaptée, Registre des cancers (Sétif)



# EVALUATION DU PROBLÈME DU CANCER DANS LE CONTEXTE GÉNÉRAL

Après avoir présenté l'épidémiologie des maladies cancéreuses en Algérie, nous allons décrire le contexte général dans lequel se situe le système de santé, dont l'une des missions consiste à prendre en charge les patients atteints de cancer. Nous aborderons dans ce chapitre un bref rappel de l'évolution du système national de santé, le cadre législatif et réglementaire dans lequel s'inscrit la prise en charge du cancer, les ressources dédiées à cette pathologie et une hiérarchisation dans l'organisation des soins mise en place.

## 2.1- EVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Quatre périodes essentielles s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003, et de 2004 à aujourd'hui, ont marqué l'évolution de notre système de santé.

1- **La période 1962-1972 :** Elle est marquée par une pénurie dramatique en personnels de santé. Le premier état des lieux établi par le ministère de la santé en 1966 sur les personnels de santé, comptabilisait 1 378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens-dentistes, dont 86 algériens, et 4 834 agents paramédicaux. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de soins de santé de base de la population et de prévention vis-à-vis des maladies transmissibles prévalentes, ainsi qu'aux carences nutritionnelles notamment des mères et des enfants.

2- **La période 1973-1986 :** Elle est marquée par des mesures très importantes :

- L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins.
- L'ordonnance instituant le code de la santé
- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.

- La création par décret du "secteur sanitaire" et des "sous-secteurs sanitaires".
- La construction de plus de quarante hôpitaux qui a amélioré la couverture nationale en lits, mais a pêché malheureusement par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois par leur architecture inadaptée au milieu environnant.
- La publication de la loi sanitaire 85-05.

**3- La période 1987-2003 :** Elle est marquée par l'essor du secteur libéral, qui accapare de plus en plus les soins ambulatoires sans que ce secteur soit soumis à un encadrement juridique approprié ni à une programmation nationale des investissements, et il n'existe pas de coordination avec le secteur public.

La période, des années 90 a été particulièrement éprouvante pour l'ensemble des personnels, qui ont montré leur attachement au système de santé et n'ont pas ménagé leurs efforts pour préserver les acquis. La fin de cette période a été marquée par la mise en place d'un "Conseil National de la Réforme Hospitalière" dont malheureusement les recommandations figurant dans un rapport n'ont pas été suivies d'effet.

**4- La période 2004 - 2014 :** Elle a été marquée par une modification de l'organisation sanitaire par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007 et son application depuis janvier 2008 transformant les Secteurs Sanitaires en Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP).

Un certain nombre d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) appelés Centres Anti Cancéreux (CAC) prennent en charge les patients cancéreux. D'autres EHS spécialisés dans certains organes sont également susceptibles de prendre en charge les cancers tout comme les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), les Etablissements Hospitaliers (EH), les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHU).

Cette réorganisation qui a consacré la coupure entre les structures d'hospitalisation et les structures de base a été très préjudiciable au parcours des patients cancéreux.

Suite aux débats engagés dans le contexte de la Réforme Hospitalière, un consensus général concernant la nécessité de mettre rapidement en application certaines actions telles que :

- La rentabilisation d'un certain nombre de structures ne disposant pas de tous les moyens nécessaires en vue de la prise en charge du cancer, par exemple comment doter un CHU d'un service de radiothérapie performant.

- L' identification de toutes les ressources d'une aire géographique pour être exploitées à bon escient dans le cadre d'une approche régionale. La question qui est alors posée est de savoir comment mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer à un échelon régional et local avec la perspective d'initier la mise en place de **pôles régionaux de développement du système de santé.**

- L'identification des postes de travail dans une équipe et les nouveaux métiers susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients cancéreux et veiller à la revalorisation de certains postes de travail et à l'amélioration des carrières.

- L'engagement d'une profonde réflexion sur la réforme des programmes d'enseignement vu l'urgence dans le domaine du cancer.

A partir des années 2006, plusieurs groupes de travail ont élaboré des documents relatifs à la problématique du cancer et de nombreux investissements notamment en ce qui concerne les équipements ont été mis en œuvre. Toutefois, peu d'attention a été accordée aux problèmes de la maintenance des équipements et des axes stratégiques tels que la formation, la recherche, l'évaluation et la prévention n'ont pas été pris en considération.

Actuellement, le système public de santé doit répondre à une demande de plus en plus exigeante par une classe moyenne en expansion continue en même temps qu'il doit s'adapter à la nouvelle donne des MNT dont le cancer, qui exigent quant à elles des ressources plus importantes et une organisation sanitaire mieux adaptée.

## 2.2- CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

Le secteur de la santé est régi par la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée et par un certain nombre de textes réglementaires organisant les institutions publiques sous-tutelle, les établissements publics et privés, ainsi que certaines activités de prévention et de soins.

Il existe deux sortes de textes avec lesquels la lutte contre le cancer a une relation : d'une part, les conventions internationales et d'autre part, la réglementation nationale.

Les conventions internationales ratifiées par notre pays sont la convention des droits de l'enfant ratifiée en 1992, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, signés par Monsieur le Président de la République à New-York en 2002, la Convention Cadre de Lutte contre le Tabac adoptée en 2003 et ratifiée par notre pays en 2006 et la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies de septembre 2011, concernant la mise en place d'un cadre de coordination multisectoriel de prévention et de lutte contre les facteurs de risques communs des maladies non transmissibles.

De plus, quelques textes juridiques sont venus renforcer le secteur de la santé en moyens financiers et ce, entre 2002 et 2013. Il s'agit notamment de :

- La loi de finances pour 2002 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux" et ses textes d'application (le décret exécutif n° 02-247 du 23 juillet 2002 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées, entre autres, à la prévention et à la prise en charge des soins relatifs aux maladies liées à la consommation de produits tabagiques.

- La loi de finances pour 2011 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-138 intitulé « fonds de lutte contre le cancer » et ses textes d'application (décret exécutif n° 12-343 du 17 septembre 2012 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées aux dépenses pour la prévention, le dépistage et certains traitements du cancer.

- L'arrêté ministériel du 06 février 2013 publié au Journal Officiel n° 50/2013 fixant les programmes de prévention et plans nationaux nécessitant une subvention à allouer à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux pour l'achat des produits pharmaceutiques y afférents. Parmi ces programmes et plans figure le plan cancer.

Il est évident que les textes censés procurer l'assise réglementaire et juridique à l'action des acteurs de la lutte contre le cancer aux multiples niveaux de la prévention, du diagnostic, du traitement sous ses différentes formes, de la mise en réseau de soins, du suivi du patient et de la recherche sont très insuffisants essentiellement en raison du fait que le dispositif juridique existant est caractérisé par l'absence d'une vision globale du problème.

Il est donc urgent de procéder à une première mise à niveau du cadre juridique en procédant à une normalisation des moyens humains et matériels nécessaires aux structures et services en charge de la pathologie cancéreuse ou y concourant, et à une organisation des réseaux. Cette mise à niveau devra permettre également le rétablissement de la hiérarchisation des soins.

> ***Celle-ci ne peut être effective, de l'avis des organisations internationales et des experts Algériens, que lorsque " le système de santé aura une approche régionale et territoriale consacrée par des textes législatifs et réglementaires ".***

L'amélioration de la prise en charge du cancer doit s'appuyer sur la planification des besoins et des moyens correspondants. La loi à venir devrait instituer le principe de la révision périodique du schéma directeur d'organisation du système national de santé par voie réglementaire, l'objectif étant de maîtriser l'offre de soins et d'assurer sa répartition de manière rationnelle et équilibrée.

Enfin, la mise en œuvre du Plan National Cancer 2015-2019 nécessite des moyens humains et organisationnels pour un management efficace et efficient. Il devra se traduire éventuellement par un comité de pilotage Dans le même ordre d'idées, ce plan pourrait être le terrain de la relance de la contractualisation et des relations avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNAS-CASNOS). Celle-ci est par ailleurs partie prenante dans la lutte contre le cancer à travers certaines de ses missions et actions (remboursement de médicaments, transfert pour soins à l'étranger, actions de dépistage du cancer du sein...).

## 2.3- RESSOURCES GENERALES : INFRASTRUCTURES ET RESSOURCES HUMAINES

Dans l'évaluation de l'état des lieux rapportée dans le rapport préliminaire de Juin 2013, nous avons pu constater les nombreux atouts qui caractérisent notre système de santé.

L'Algérie, dispose en termes d'infrastructures d'une très large couverture du territoire assurée par un tissu très dense d'établissements allant de la salle de soins aux CHU (Tableau 01).

Un nombre important de ces établissements participent à la prise en charge des patients cancéreux pour le diagnostic et le traitement (excepté la radiothérapie) avec un personnel qualifié.

Ce qui explique le fait qu'au point de vue du diagnostic plus de 85% des patients atteints de cancer bénéficient d'un diagnostic de certitude avant le traitement. Les traitements sont aussi réalisés dans de bonnes conditions et sans problèmes particuliers, sauf pour les délais des rendez-vous de la Radiothérapie. De plus, l'apport du secteur privé (Tableaux 02 et 03) en progression très nette, est actuellement assez conséquent avec une participation de plus en plus importante aussi bien dans le domaine du diagnostic que du traitement.

La radiothérapie est pratiquée dans des structures spécialisées -CAC- (Tableau 04) au nombre de 11 qui ont le statut d'EHS. Deux structures privées bien équipées dispensent les activités de diagnostic de radiothérapie et d'oncologie (Tableau 05).

D'autres EHS spécialisés dans certains organes sont également susceptibles de prendre en charge les cancers.

L'Algérie, dispose de 14 CHU actuellement. Ce chiffre doit passer à 20 d'ici à la fin du plan.

De même que les hôpitaux généraux devront passer à 250 à la même échéance. Il est prévu une réorganisation dans le fonctionnement des structures de proximité dans le cadre du projet de la nouvelle loi portant créations des districts sanitaires.

Le personnel médical et paramédical correspond à des normes de fonctionnement suffisant, sauf pour certaines spécialités ou certaines régions, ce que montrent certains indicateurs. L'Algérie dispose d'une densité médicale d'un médecin pour moins de 600 habitants. A travers le pays la grande majorité des habitants réside à moins de 10 Km d'une structure santé (Enquête TAHINA 2007) et sont à de moins de 15 minutes d'une pharmacie.

Comme cela a été recommandé dans le rapport préliminaire et eu égard aux disparités régionales, des conventions entre les hôpitaux du nord du pays et les établissements moins privilégiés ont été signées en vue de prendre en charge les patients notamment en chirurgie spécialisée et en cancérologie. Cette pratique qui est d'un grand intérêt pour rééquilibrer l'offre de soins régionale dans un sens plus égalitaire doit être évaluée pour y introduire les compléments et les correctifs.

Tableau 01 : Infrastructures sanitaires et ressources humaines dans le secteur public
Données générales

| *Niveaux de soins* | *Structures* | *Nombre* | *Nombre de lits* | *Personnel Médical* | *Personnel Paramédical* |
|---|---|---|---|---|---|
| **1- Primaire** ***Proximité*** | ***(EPSP)*** | 272 | | 15 300 | 19 349 |
| | *Polycliniques* | 1 616 | - | | |
| | *Salles de soins* | 5 810 | - | | |
| **2- Secondaire** ***Régional*** | ***(EPH) + (EH)*** | 198 | 45 000 | 16 950 | 38 620 |
| **3- Tertiaire** ***National*** | ***(CHU)*** | 14 | 14 000 | 15 000 | 15 609 |

*Source : MSPRH, Statistiques sanitaires (année 2011 MSPRH)*

Tableau 02 : Infrastructures Sanitaires et ressources humaines dans le secteur privé

| Structures | Nombre |
|---|---|
| Cliniques avec hospitalisation | 163 |
| Cliniques de jour | 74 |
| Cabinets Médecins Spécialistes | 6 457 |
| Cabinets Médecins Généralistes | 6 334 |
| Médecins spécialistes | 7 650 |
| Médecins généralistes | 6 860 |

*Source : MSPRH, Statistiques sanitaires (année 2011 MSPRH)*

Tableau 03 : Cliniques Radiothérapie et Oncologie dans le secteur Privé

| *Etablissements* | *Nombre de lits* | *Radiothérapie Equipement* | *Chimiothérapie Hôpital de jour* | *Personnel* |
|---|---|---|---|---|
| **Constantine Clinique ATHENA** | 30 | Accélérateur 02 | | Radiothérapeutes 03<br>Physiciens 04<br>Manipulateurs 04 |
| **Blida Clinique Bergueul** | 25 | Accélérateur 02<br>Curiethérapie 01 | 15 lits | Radiothérapeutes 02<br>Radio physiciens 02<br>Manipulateurs 08<br>Médecins 02 |

Tableau 04 : Centres Anti Cancer Fonctionnels - Octobre 2014
Personnel de Radiothérapie dans le secteur public

| *Etablissements* | *Equipements* | *Nombre de lits* | *Personnel Médical* | *Personnel Paramédical* |
|---|---|---|---|---|
| **CPMC** | 01 accélérateur (AC),<br>02 télé cobalts (TC),<br>et 03 sources de curiethérapie (SC) | 484 | 27 | 201 |
| **CAC Blida** | 01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC),<br>03 sources de curiethérapie (SC), et 01 M3<br>pour la radiothérapie stéréotaxique | 238 | 24 | 59 |
| **CAC Messerghine (Oran)** | 02 accélérateurs linéaires (AC) | 62 | 25 | 35 |
| **CHU Oran** | 02 télé cobalts (TC) | 173 | 27 | 16 |
| **CHU Constantine** | 01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC),<br>et 03 sources de curiethérapie (SC) | 40 | 45 | 27 |
| **Hôpital Central de l'Armée** | 02 accélérateurs (AC) | 600 | 25 | 30 |
| **CAC Ouargla** | 01 accélérateur (AC) en cours d'installation<br>et 01 télé cobalts (TC) | 120 | 7 | 17 |
| **CAC Sétif** | 03 accélérateurs (AC) | 140 | 8 | 11 |
| **CAC Batna** | 03 accélérateurs (AC) | 240 | 8 | 7 |

Dans le secteur privé, il est prévu pour 2015 l'ouverture de deux Cliniques Radiothérapie et Oncologie multidisciplinaires. Cliniques bien équipées en matériel moderne de radiothérapie : Clinique El Azhar (Dr Khodjabache) à Dely Brahim et Clinique de Tizi Ouzou (Dr Mahmoudi)

On remarquera l'importance relative du secteur privé aussi bien dans le domaine des infrastructures que dans celui des ressources humaines (Tableaux 01 et 02) et notamment dans le domaine de la radiothérapie.

Sur le plan quantitatif, le nombre de physiciens médicaux à former pour les 05 prochaines années, estimé sur la base de la carte sanitaire pour la cancérologie et le développement des techniques d'Imagerie Médicale et des techniques de traitement en radiothérapie est de 50 à 100 physiciens.

Actuellement le nombre de physiciens médicaux en fonction est de 34 dont 28 dans le secteur public et 6 dans le secteur privé.

Le nombre de physiciens médicaux en formation est de 47 dont 32 en Master et 15 en Magister.

Tableau 05 : Prévision de CAC à réceptionner dans le secteur public 2015-2018

| *Localisation* | *Nombre de lits* | *Appareils radiothérapie* | *Date prévue de mise en service* | *Observations* |
|---|---|---|---|---|
| **Tizi-Ouzou** | 140 | 03 | 2016 | Phase de réalisation et d'équipement |
| **Chlef** | 120 | 02 | 2016 | Phase des gros œuvres |
| **Médéa** | 150 | 02 | 2018 | Phase des études |
| **Bejaia** | 140 | 03 | 2018 | Phase des études |
| **Annaba** | 150 | 03 | 2015 | En phase d'équipement |
| **Jijel** | - | - | - | Projet inscrit en 2013 |
| **Tlemcen** | 150 | 03 | 2016 | |
| **Sidi Bel Abbes** | 120 | 03 | 2016 | |
| **Laghouat** | 140 | 02 | 2016 | Phase de réalisation |
| **Djelfa** | - | - | - | Projet inscrit en 2013 |
| **Tiaret** | 120 | 02 | 2018 | |
| **El Bayedh** | - | - | - | Projet inscrit en 2013 |
| **Adrar** | 120 | 02 | 2016 | En phase de réalisation TCE |
| **Béchar** | 140 | 02 | 2016 | En phase réalisation des gros œuvres |
| **El Oued** | 150 | 02 | 2017 | Phase de terrassements |

## 2.4- ORGANISATION DES SOINS

L'organisation des soins en Algérie a été basée jusqu'en Mai 2007, sur le secteur sanitaire, entité constituant un bassin de population et sur le principe d'une hiérarchisation pyramidale permettant un continuum de la prise en charge des malades, dont ceux atteints de cancer, depuis les structures de proximité jusqu'aux centres de référence. Il s'agissait incontestablement, d'un atout très apprécié garant d'une plus grande efficience des soins qu'il s'agira de sauvegarder et d'améliorer en l'adaptant aux nouvelles données épidémiologiques.

La maladie cancéreuse se traduit par une demande de soins nécessitant des moyens lourds essentiellement hospitaliers. Une fois le diagnostic posé et les premiers traitements entrepris, le patient reste très largement tributaire de l'hôpital, alors que son traitement d'entretien et les traitements palliatifs éventuels, pourraient être envisagés à domicile ou à proximité de son domicile, à condition qu'une liaison efficace soit organisée avec l'hôpital.

Le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007 a modifié la gestion et l'organisation sanitaire des services publics. Cette modification a eu pour conséquence la dislocation de la pyramide des soins de santé et du système d'information existant du fait du repositionnement au niveau des structures périphériques, des services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP).

La coordination entre les structures hospitalières et extra hospitalières n'est plus réellement formalisée ce qui a des conséquences fâcheuses pour le fonctionnement et l'exécution des programmes de prévention et notamment ceux de lutte contre le cancer. De plus, les trois secteurs du système de santé, public, parapublic et privé fonctionnent actuellement de façon totalement autonome sans complémentarité ni coordination ce qui entraine des dysfonctionnements dans l'organisation des programmes de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des cancers.

L'organisation pyramidale des soins doit être rétablie et enrichie en y incluant notamment le secteur privé sans oublier le rôle des structures loco régionales dont la coordination devrait être organisée, ce qui est d'ailleurs prévu dans la future loi de la santé.

Par ailleurs, cette organisation devra s'inscrire dans une option visant le succès et axée sur la valorisation des facteurs clés de l'efficience que sont la qualification des ressources humaines, la modernisation de la gestion et de l'organisation se référant aux standards internationaux. ***Les atouts préalables à développer pour la réussite de cette stratégie concernent plus précisément une gestion décentralisée suivant le principe de subsidiarité, une formation des personnels mieux adaptée et modernisée, une recherche plus agressive.***

# METHODOLOGIE

Entamée en mars 2014, la rédaction du "Plan National Cancer 2015-2019" s'est largement inspirée des propositions et recommandations faites lors de l'évaluation qui a permis l'élaboration des rapports de juin et d'octobre 2013. Il nous parait important de montrer comment à partir de l'évaluation pratiquée lors du premier semestre 2013, les propositions émanant d'un grand nombre de professionnels de la santé ont constitué les jalons de ce " Plan National Cancer 2015-2019". L'idée de ce plan était déjà suggérée dans le rapport préliminaire de juin 2013 qui se concluait de la façon suivante : "Sur la base des recommandations des groupes de réflexion qui seront formés, il sera nécessaire d'élaborer un plan de lutte contre le cancer rédigé, organisé, consensuel et surtout structuré autour d'objectifs clairs, précis, ambitieux tout en étant réalistes et réalisables avec un échéancier raisonnable entre cinq et dix ans".

Cette idée s'est progressivement développée lors de l'élaboration du rapport d'octobre 2013, qui lui, a confirmé avec un large consensus la forte attente vis à vis de la mise en place d'un plan cancer. Afin d'aider à une meilleure compréhension de la construction de ce plan, il nous semble instructif de joindre en annexe les synthèses des deux rapports de 2013. La démarche qui a permis l'élaboration de ce plan a comporté en fait, deux étapes distinctes :

La première étape s'est elle-même déroulée en deux temps.

- Le premier temps a abouti à l'élaboration du rapport d'étape intitulé " Evaluation et Suivi du Plan National Cancer " dont les travaux ont été dirigés par un groupe d'experts. La méthode de travail de ce dernier, s'est appuyée sur trois domaines essentiels :

  - La constitution d'un fond documentaire
  - Les visites sur le terrain
  - L'expertise internationale

Le Conseil Inter Ministériel (CIM) du 03 juillet 2013 a été consacré à ce rapport d'étape. Il en a pris acte et a souligné le fait que « le diagnostic présenté dénotait une avancée relative, en dépit des dysfonctionnements identifiés ».

- Le deuxième temps a consisté à mettre en application la proposition validée par le CIM concernant la création de sept (07) groupes de réflexion sur les grandes thématiques du cancer. Les coordinateurs de chaque groupe, organisés en conseil d'experts ont été chargés de rassembler les propositions-actions portant sur les problèmes identifiés et notamment sur les problèmes urgents.

Ce travail effectué dans un cadre multidisciplinaire et multisectoriel a permis une large concertation qui a abouti à des propositions consensuelles mentionnées dans le rapport d'octobre 2013 intitulé « Evaluation du Plan National Cancer» .

La deuxieme étape, fait suite à l'arreté Ministériel N°64 en date du 24 mars 2014, portant création du « Comité National chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer » installé par Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière le 27 avril 2014.

Dans l'article 2 de cet arrêté, il est stipulé que ce comité a pour missions :

- L'élaboration du Plan National de lutte contre le Cancer pour la période 2015-2019.
- La mise en œuvre et le suivi des mesures d'urgence pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

L'article 3 de cet arrêté mentionne que « Monsieur le Professeur Messaoud ZITOUNI est désigné en qualité de coordonnateur du comité national ».

Ce comité a organisé ses travaux en huit (08) réunions plénières dont la dernière s'est tenue le 1er octobre 2014. Son travail a consisté à identifier les axes stratégiques de ce plan qui ont été hiérarchisés selon l'ordre prioritaire suivant :

- Améliorer la démarche préventive contre les facteurs de risque
- Améliorer le dépistage de certains cancers
- Améliorer le diagnostic de cancer
- Redynamiser le traitement
- Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient
- Développer le système d'information et de communication sur les cancers

- Renforcer la Formation et la Recherche sur les cancers
- Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers.

En parallèle, en prenant en considération les lignes directrices du comité, les propositions contenues dans le rapport d'octobre ont été réunies et soumises à discussion, sous la forme d'un « cadre logique" qui constitue le socle du plan.

De plus, une large diffusion des rapports de juin et d'octobre 2013, de la matrice du cadre logique et de contributions diverses a été assurée, ce qui a permis de maintenir un échange permanant avec les professionnels de terrain.

Les Assises Nationales de la Santé tenues les 16 et 17 juin 2014 ont permis de présenter aux participants des assises une analyse rétrospective de l'état des lieux du cancer en Algérie et de présenter brièvement la nouvelle vision stratégique.

Des réunions élargies du comité ainsi que des séances de travail portant sur la problématique du cancer en présence de Monsieur le Ministre se sont tenues les 11 juin 2014, et le 15 septembre 2014 et ont permis d'approfondir la réflexion .

Trois séminaires de validation tenus du 13 au 15 octobre 2014, portant respectivement sur :

- L'information sanitaire, la prévention et le dépistage
- L'accueil, le diagnostic, le traitement et le suivi
- La Formation - Recherche et le Financement.

Ces séminaires ont réuni des experts de différentes spécialités et de différentes régions du pays. Ceux-ci ont veillé au respect de la cohérence d'ensemble pour construire un enchainement partant des objectifs et des résultats attendus pour arriver enfin aux mesures à mener durant la période impartie à l'exécution du plan. Le cadre logique élaboré a pris en considération toutes les remarques apportées par les experts. Cette méthode de travail a largement bénéficié à toutes les étapes de la mobilisation et de l'adhésion la plus constante et positive venue de gisements humains proches du terrain.

Il est attendu pour donner leur véritable sens aux objectifs, actions et mesures contenus dans ce plan, qu'ils soient enrichis et encadrés sur des aspects très importants qui sont :

- l'adaptation de la réglementation,
- la dynamisation effective de l'intersectorialité
- l'estimation rigoureuse des contraintes budgétaires.

Au total, l'élaboration du "Plan National Cancer 2015-2019" repose sur la méthode de travail adoptée depuis le début de la mission. Elle s'est voulue pragmatique, proche du terrain avec une analyse de l'expérience vécue par les malades, mais également par les professionnels du secteur de la santé et aussi par ceux des autres institutions de l'Etat impliquées dans la lutte contre le cancer. Elle a également pris en compte le contexte international, les stratégies adoptées par différents pays industrialisés et celles recommandées par les organisations internationales.

# DEUXIEME PARTIE

*Pour un nouveau départ vers la maitrise et la prévention du cancer fondées sur une vision innovante prenant la personne humaine comme centre de l'action*

# OBJECTIF PRINCIPAL

## DIMINUER LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DU CANCER

L'objectif principal de ce plan est la diminution de la mortalité et de la morbidité du cancer. Il représente en fait un axe stratégique essentiel seul capable de témoigner de l'efficience d'un système de santé.

Ce Plan National Cancer 2015-2019 essaie de tracer une nouvelle démarche qui doit se poursuivre par la mise en place ultérieure de structures de pilotage et d'évaluation qui pourront juger régulièrement des modalités de son application et de son efficacité.

Visant essentiellement à l'amélioration de la survie et de la qualité de vie des malades, cette politique devra être basée sur les trois principes que sont :

- l'amélioration de la fluidité du parcours du malade,
- le renforcement de la prévention et du dépistage
- le développement de l'efficacité des méthodes thérapeutiques dans lesquelles les soins palliatifs trouveront une place plus significative.

L'amélioration des résultats attendus de ce plan resteront fondamentalement tributaires de la revalorisation des compétences et des qualifications humaines à tous les stades de la chaine de soins qui devra être elle-même remise à niveau sur des bases plus efficaces.

Les futures dispositions législatives prévues par le projet de loi de la santé devraient représenter une assise solide garantissant la pérennité et l'efficacité de cette nouvelle vision.

Il ne faut pas perdre de vue, que la lutte contre le cancer constitue une entreprise qui s'inscrit dans la durée et qu'il faut tenir compte du génie évolutif de cette pathologie et des changements constants dans les domaines scientifiques et technologiques.

Ce plan est le fruit de la participation massive de tous les professionnels de santé et traduit une mobilisation sans précédent dont la continuité profitera certainement à l'efficacité des mesures préconisées.

# HUIT AXES STRATÉGIQUES

*Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade*

| | |
|---|---|
| AXE STRATÉGIQUE 1 | Améliorer la prévention contre les facteurs de risque<br>Focus : Lutte contre le tabac |
| AXE STRATÉGIQUE 2 | Améliorer le dépistage de certains cancers<br>Focus : Dépistage du cancer du sein |
| AXE STRATÉGIQUE 3 | Améliorer le diagnostic du cancer<br>Focus : Anatomo CytoPathologie |
| AXE STRATÉGIQUE 4 | Redynamiser le traitement<br>Focus : Interdisciplinarité |
| AXE STRATÉGIQUE 5 | Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient<br>Focus : Les cellules d'accuiel et d'orientation des patients cancèreux |
| AXE STRATÉGIQUE 6 | Développer le système d'information et la communication sur les cancers<br>Focus : Les registres des cancers |
| AXE STRATÉGIQUE 7 | Renforcer la formation et la recherche sur les cancers<br>Focus : Initiation aux nouveaux métiers et la recherche translatioinnelle |
| AXE STRATÉGIQUE 8 | Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers<br>Focus : Optimiser et rationaliser les resources financières disponibles |

08 AXES STRATÉGIQUES

19 OBJECTIFS

60 ACTIONS

239 MESURES

*Ces objectifs, actions et mesures ont été élaborés sur la base des deux rapports d'évaluation de juin et octobre 2013, enrichis et complétés par des groupes d'experts après de larges débats. Ils ont été définitivement validés lors d'un séminaire du 13 au 15 octobre 2014 à l'INSP.*

*Dans leur majorité, ces actions ne nécessitent pas de moyens financiers importants ; elles exigent des efforts pour une organisation innovante, une coordination plus importante et une exploitation plus pertinente et valorisante du capital humain.*

# AXE STRATÉGIQUE 1

# AMÉLIORER LA PRÉVENTION CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE

## Focus : Lutte contre la tabac

**OBJECTIF 1**

- Réduire le tabagisme dans toute la population et en particulier chez les enfants, les adolescents et les jeunes

**OBJECTIF 2**

- Renforcer la protection contre l'exposition à la fumée du tabac

**16 ACTIONS**

**OBJECTIF 3**

- Créer des environnements favorables à la réduction de la demande de tabac

**37 MESURES**

**OBJECTIF 4**

- Offrir une aide au sevrage tabagique

**OBJECTIF 5**

- Créer un dispositif de surveillance du tabagisme et ses conséquences

# AXE STRATÉGIQUE 1

## AMÉLIORER LA PRÉVENTION CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé identifie plusieurs facteurs de risque[1] à l'origine des cancers. La prévention est incontestablement la stratégie à long terme la plus rentable pour lutter contre ce fléau.

Les facteurs de risque favorisant la survenue de cancers sont communs à plusieurs Maladies Non Transmissibles (MNT). La prévention des facteurs de risque des MNT est un axe majeur de la politique de santé du pays. Elle s'appuie sur les résolutions de l'OMS en la matière et la déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT, tenue en septembre 2011. Elle s'est traduite par l'adoption d'un plan stratégique national de lutte intégrée contre les facteurs de risque des MNT 2014-2018 et la création récente par décret exécutif du comité national multisectoriel de prévention et de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.

De tous les facteurs de risque communs aux MNT, le tabac est le plus important. C'est aussi celui qui peut être évitable, d'où l'intérêt d'agir de manière conséquente pour réduire sa prévalence et préserver la santé des individus.

La relation de cause à effet entre la consommation de tabac et la survenue de cancers n'est plus à démontrer. En Algérie, le tabagisme est principalement responsable de 70 % des cancers de la trachée, des bronches et du poumon, de 42% des cancers de la bouche et de l'oropharynx, de 42 % des cancers de l'œsophage, de 28 % des cancers de la vessie et de 22% des cancers du pancréas.

[1] Tabagisme, sédentarité, facteurs diététiques, obésité et surpoids, consommation d'alcool, infections, pollution environnementale, cancérogènes professionnels, exposition aux rayonnements.

Axe stratégique majeur de prévention contre le cancer la lutte contre le tabagisme est une œuvre de longue haleine ; ce n'est qu'au bout de plusieurs décennies d'efforts que certains pays ont réussi à passer sous la barre de 20% de fumeurs (Australie = 16%).

La réduction sensible de la prévalence du tabagisme implique l'adoption d'une stratégie basée sur trois axes :

- La réduction du tabagisme de toute la population en particulier chez les enfants, les adolescents et les jeunes ;
- La protection des non-fumeurs exposés à la fumée ;
- L'aide au sevrage tabagique.

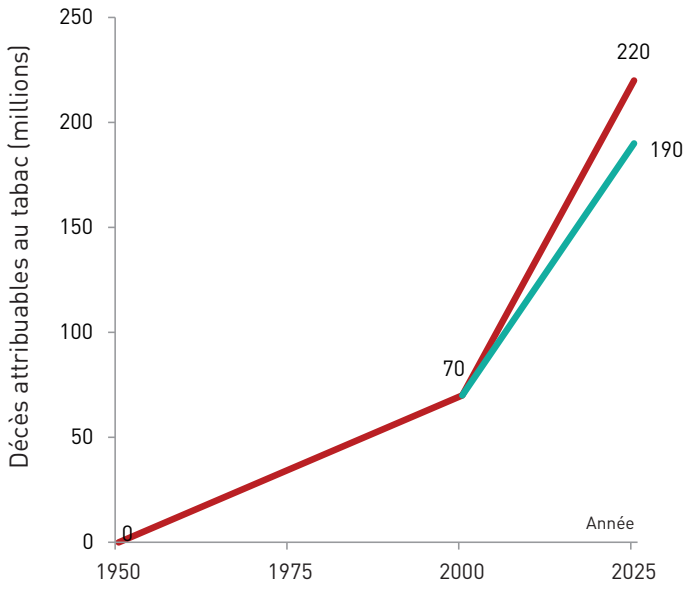
## OBJECTIF 1

- RÉDUIRE LE TABAGISME DANS TOUTE LA POPULATION ET EN PARTICULIER CHEZ LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

1

La consommation de tabac en Algérie a triplé ces trois dernières décennies et la tendance est au maintien de cette évolution. La lutte contre le tabagisme est plus que jamais une priorité.

Evolution du nombre de décès attribuables au tabac sur la longue durée. 1950-2025




Sur ces deux courbes, on constate nettement que les pays ayant introduit un programme rigoureux de lutte contre le tabac (courbe verte) enregistrent une mortalité progressivement plus faible que les autres pays (courbe rouge). Les résultats positifs n'ont été obtenus qu'au bout de plusieurs années voire décennies. Ceci prouve que le plan de lutte contre le tabagisme doit s'inscrire dans la durée et être appliqué de manière constante et rigoureuse.

L'Algérie a marqué sa volonté de renforcer[2] la lutte contre ce fléau en ratifiant la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) adoptée à Genève le 21 mai 2003, par le décret présidentiel n° 06-120 du 20 mars 2006.

[2] L'Algérie fait partie des pays pionniers dans l'interdiction totale de la publicité en faveur du tabac. Il y a un recul depuis la levée du monopole de la SNTA.

La protection contre l'exposition à la fumée du tabac, la promotion du sevrage tabagique, la réduction de la consommation de tabac et la sensibilisation des enfants et des adolescents contre les risques du tabagisme sur la santé font partie des principes directeurs de la lutte antitabac de la CCLAT.

Cependant, la prévention dans ce domaine, enregistre un certain retard qui n'est pas dû à l'absence de lois ni de textes règlementaires qui sont très nombreux mais qui sont rarement appliqués ; les chiffres sur le tabagisme n'ont pas montré une inflexion significative.

La consommation de tabac en Algérie est appréciée à travers les données d'enquêtes et d'études locales. Certaines enquêtes sont mondiales et entrent dans le cadre du système de surveillance du tabagisme développées par l'OMS, l'Algérie en a réalisé quatre.

Bien que les indicateurs fournis par ces études soient parcellaires, ils sont suffisants pour justifier et orienter la lutte anti-tabac en Algérie.

La prévalence du tabagisme chez les enfants âgés de 13 à 15 ans révolus selon des données de l'enquête nationale ***GSHS*** Algérie 2011 réalisée en milieu scolaire est de 9,2% avec des prévalences respectives de 18,0% chez les garçons et 1,4% chez les filles.

La prévalence de la consommation du tabac à fumer chez les adultes âgés de 15 ans et plus selon l'enquête ***GATS*** Algérie 2010 est de 14,9% avec des prévalences respectives de 27,4% chez les hommes et de 2,5 % chez les femmes.

La prévalence du tabac sans fumée (tabac à chiquer) est de 5,3% avec des prévalences respectives de 9,8% chez les hommes et de 0,8% chez les femmes.

La prévalence du tabagisme selon l'enquête ***GHPSS*** réalisée parmi les professionnels de la santé au niveau de trois universités en 2007 est de 9,0% tout sexe et discipline confondus. Plus de 50% des étudiants ont déclaré avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 16 ans.

La prévalence de la consommation du tabac à fumer selon l'Enquête Nationale de Santé ***TAHINA*** réalisée en 2005 est de 11,2%, elle est respectivement de 26,4% chez les hommes et 0,4% chez les femmes. L'âge moyen de début de consommation quotidienne du tabac à fumer est de 19,13 ans. La consommation de tabac sans fumée est retrouvée dans 9,48% des cas avec une nette prédominance masculine (21,44% vs 1,08%).

Enquête ***Step Wise*** de l'OMS, 2003, réalisée au niveau de deux wilayas pilotes Sétif et Mostaganem donne une prévalence du tabagisme actuel de 19, 8% chez les 25-64 ans révolus avec une nette prédominance masculine (39,1% vs 0,5%). L'âge moyen de début de consommation est de 17 ans.

## Action 1.1 Elaborer et lancer des campagnes de sensibilisation de masse d'intérêt général

## Action 1.2 Créer un programme "Etablissements scolaires et universitaires sans tabac"

[Mesure 01] Développer un programme national de communication sur le tabagisme dans les établissements scolaires et universitaires et les établissements de formation professionnelle ;

[Mesure 02] Introduire des cours et des animations sur les méfaits du tabac, dans les programmes scolaires, en direction des élèves, comme facteur de risque évitable contre le cancer ;

[Mesure 03] Introduire des séances de sensibilisation " le tabac comme facteur de risque évitable contre le cancer " en direction des enseignants, des encadreurs (méfaits du tabac, méfaits de l'exposition à la fumée du tabac des non-fumeurs) ;

[Mesure 04] Créer un label " Ecole sans tabac ", " Université sans tabac ".

## Action 1.3 Créer un programme "Sport et tabac" en direction du grand public

[Mesure 05] Elaborer et mettre en œuvre un programme de communication sur les avantages de l'activité physique comme moyen de lutte contre le tabagisme.

## Action 1.4 Rendre moins accessibles les produits du tabac

[Mesure 06] Réduire l'accessibilité aux produits tabagiques par une fiscalité dissuasive ;

[Mesure 07] Interdire toute forme de publicité sur le tabac et toute promotion ou parrainage d'activités par des opérateurs du tabac.

### Action 1.5 Renforcer les textes relatifs à la mise en application de la CCLAT

[Mesure 08] Mettre le dispositif législatif et réglementaire en vigueur en conformité avec les dispositions de la convention cadre de l'OMS de lutte antitabac(CCLAT) ;

- Renforcer le dispositif actuel de lutte antitabac notamment dans le cadre de la future loi sur la santé ;
- Mettre en conformité le décret exécutif n°04-331 du 18 octobre 2004 portant réglementation des activités de fabrication, d'importation et de distribution des produits tabagiques avec la CCLAT ;

[Mesure 09] Prévoir dans la future loi sur la santé des sanctions pénales en cas de violation des dispositions antitabac

## OBJECTIF 2

- RENFORCER LA PROTECTION CONTRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DU TABAC

2

La loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée, prévoit une disposition relative à la protection contre l'exposition à la fumée. Plusieurs textes réglementaires pour la protection des non-fumeurs ont été pris depuis 2001, en application de la loi dont le décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

### Action 2.1 Etablir un état des lieux de l'application du décret exécutif n°01-285

### Action 2.2 Elaborer un plan multisectoriel de généralisation de l'interdiction du fumer dans les lieux publics

## OBJECTIF 3

- CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

Outre les actions visant à protéger contre la fumée du tabac, des programmes d'éducation, de sensibilisation, de formation et d'information doivent être développés en direction du grand public et de toutes catégories socioprofessionnelles autour des méfaits de la consommation de tabac.

### Action 3.1 Créer un programme " Hôpitaux sans tabac "

[Mesure 10] Développer un programme national de communication sur "le tabagisme, facteur de risque évitable pour le cancer" dans les établissements sanitaires ;

[Mesure 11] Introduire des animations sur "le tabac et le cancer", dans les salles de consultation ;

[Mesure 12] Réduire l'attractivité des produits du tabac en mettant des affiches et des panneaux dissuasifs à l'attention des patients et leurs accompagnateurs ;

[Mesure 13] Introduire des séances de sensibilisation sur "le tabac et le cancer" en direction du personnel de santé et du personnel non médical (méfaits du tabac, méfaits de la fumée du tabac sur les non-fumeurs) ;

[Mesure 14] Sensibiliser les femmes enceintes et les familles sur les méfaits du tabac sur le fœtus.

[Mesure 15] Créer un label "Hôpitaux sans tabac".

### Action 3.2 Créer un programme "Entreprises sans tabac"

[Mesure 16] Développer un programme pilote de communication dans les entreprises sur "le tabac, facteur de risque évitable pour le cancer" dans les entreprises ;

[Mesure 17] Introduire des séances de sensibilisation, des animations sur "le tabac et le cancer" sur les lieux de travail

[Mesure 18] Créer un label " Entreprise sans tabac ".

### Action 3.3 Créer un programme " Milieux et structures sportifs sans tabac "

[Mesure 19] Développer un programme pilote de communication dans les structures sportives sur "le tabac, facteur de risque évitable pour le cancer" ;

[Mesure 20] Créer un label "Stade sans tabac".

## OBJECTIF 4

- OFFRIR UNE AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

4

L'aide au sevrage est un des principes directeurs de la CCLAT. Il doit faire partie de la stratégie de la lutte antitabac. Les expériences en matière d'aide au sevrage, menées notamment à Sétif et à Alger, méritent d'être généralisées à tout le pays. Le compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux" dont les recettes proviennent essentiellement de la taxe sur les produits tabagiques pourra être mis à profit pour fournir les produits nécessaires à l'aide au sevrage.

### Action 4.1 Communiquer sur l'aide au sevrage tabagique

[Merure 21] Développer un programme national de communication pour faire connaitre le sevrage tabagique sur tous les lieux de travail (milieux sanitaires, milieux professionnels, milieux éducatifs, milieux sportifs, etc.) ;

[Mesure 22] Créer des consultations spécialisées de tabaccologie par niveau d'intervention;

[Mesure 23] Elaborer, diffuser et vulgariser un guide national d'aide au sevrage tabagique à l'usage des professionnels de santé..

### Action 4.2 Intégrer des consultations d'aide au sevrage tabagique dans les structures de santé

[Mesure 24] Intégrer l'aide au sevrage tabagique dans les structures de santé de proximité ;

[Mesure 25] Rendre disponibles et accessibles les moyens thérapeutiques d'aide au sevrage ;

[Mesure 26] Définir un service en matière d'aide au sevrage tabagique par niveau d'intervention.

## OBJECTIF 5

- CRÉER UN DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DU TABAGISME ET SES CONSÉQUENCES

On ne peut envisager une série de mesures et d'actions pour la réduction de la demande de tabac sans disposer d'un instrument de surveillance de sa consommation et d'évaluation de la politique de prévention mise en œuvre. L'article 20 de la convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) consacre un ensemble de dispositions sur la nécessité de mettre en place un système national de surveillance épidémiologique de la consommation de tabac et des indicateurs sociaux, économiques et sanitaires y relatifs.

### Action 5.1 Créer une unité de surveillance du tabagisme et de ses conséquences au niveau de l'INSP avec des relais au niveau de ses 5 annexes (ORS)

**En conclusion de ces actions et mesures, les résultats attendus à la fin du plan sont de :**

- Diminuer la prévalence du tabagisme de 5% par an chez l'adulte et de 10% par an chez les jeunes
- Augmenter régulièrement les espaces sans tabac pour arriver avant la fin du plan à 100 % de lieux publics sans tabac ;
- Augmenter l'arrêt du tabagisme chez 10 % des fumeurs actuels par an.

### Action 6.1 Contribuer à rendre l'environnement favorable à l'adoption de modes de vie sains en agissant sur les comportements selon une approche de proximité

[Mesure 27] Promouvoir une alimentation saine et équilibrée ;

[Mesure 28] Améliorer les connaissances sur le risque nutritionnel ;

[Mesure 29] Promouvoir l'exercice physique en ayant une attention particulière pour les milieux éducatifs et faciliter l'accès aux structures sportives de proximité.

## Action 6.2 Réduire l'exposition au risque cancérigène potentiel en milieu de travail et dans l'environnement

[Mesure 30] Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement (microparticules, substances toxiques, gasoil…) ;

[Mesure 31] Renforcer le suivi médical préventif pour les travailleurs exposés aux agents cancérigènes professionnels (amiante, produits chimiques et agents physiques) et assurer une réparation au titre des maladies professionnelles ou d'affections de longue durée.

[Mesure 32] Renforcer et mettre en application les bonnes pratiques de protection en milieu professionnel ;

[Mesure 33] Engager un programme de dépistage des cancers professionnels parmi les populations exposées dans le cadre des visites de la médecine du travail ;

[Mesure 34] Instituer des contrôles périodiques sur l'application des réglementations en vigueur par les entreprises utilisant des produits cancérigènes.

Les instruments de prévention des cancers professionnels ont un ancrage juridique assez large : loi n° 88-07 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail ; décret exécutif n° 2000-253 portant création, organisation et fonctionnement de l'Institut National de la Prévention des Risques Professionnels, Décret exécutif n° 06-223 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'organisme de prévention des risques professionnels dans les activités du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique, arrêté interministériel du 05 mai 1996 fixant la liste des maladies présumées d'origine professionnelle.

## Action 6.3 Réduire les cancers d'origine infectieuse

[Mesure 35] Consolider et améliorer le taux de couverture vaccinale contre l'HVB chez les populations cible.

[Mesure 36] Préconiser l'introduction de la vaccination contre l'HPV selon des modalités à définir après avis du comité technique de vaccination et les recommandations de l'OMS.

[Mesure 37] Favoriser la prévention et la prise en charge précoce des cancers chez les personnes vivant avec le VIH.

# AXE STRATÉGIQUE 2

# AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DE CERTAINS CANCERS

## Focus : Dépistage du cancer du sein

**OBJECTIF 1**

- Organiser le dépistage du cancer du sein

1

**03 ACTIONS**

**19 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 2

## AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DE CERTAINS CANCERS

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

## OBJECTIF 1

- ORGANISER LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

1

L'augmentation rapide et importante du nombre de cancers du sein chez la femme est un phénomène nouveau particulièrement inquiétant et qui mérite un développement particulier.

Dans le monde, selon l'OMS le cancer du sein est le premier cancer de la femme avec un nombre de nouveaux cas estimé à 1,67 millions soit 25% de l'ensemble des cancers de la femme en 2012.

En Algérie, il représente plus de 40% de l'ensemble des cancers de la femme avec 11 000 nouveaux cas estimés par année, ce pourcentage traduisant probablement un biais de recrutement. C'est un cancer qui est en nette augmentation depuis plus de 20 ans. Les données des registres du cancer d'Alger et de Sétif illustrent bien cette augmentation passant de 20 nouveaux cas /100 000 femmes à de 60 nouveaux cas/100 000. Dans la wilaya de Sétif l'incidence est passée de 9,3 cas/100 000 Femmes en 1986, à 49,2 cas pour 100 000 en 2010.

Selon une série hospitalière, 40% des patientes consultent à un stade localement avancé ou métastatique, la taille tumorale moyenne au diagnostic est de 3,6 cm. Il est à noter que le cancer du sein à un stade avancé, nécessite souvent une mastectomie (80% dans la série hospitalière) ce qui n'est pas un geste anodin, sans oublier le retentissement psychologique et social qu'elle peut engendrer chez la jeune femme.

Parmi les principales caractéristiques du cancer du sein chez la femme en Algérie, la moyenne d'âge est plus faible d'environ 10 ans par rapport à celle observée chez les femmes des pays occidentaux et l'âge moyen de survenue est de 47 ans.

39,4% de l'ensemble des cancers du sein étaient retrouvés chez des femmes âgées entre 40 à 49 ans. Les formes familiales représentent 10% des cancers du sein.

Le dépistage organisé de cette affection est, à l'heure actuelle, la seule arme pour améliorer l'état dans lequel les malades sont vues. Il permet de réduire la mortalité de ces cancers, d'assurer une meilleure survie des patientes voire une guérison totale et de réduire les coûts de prise en charge.

Il est admis qu'un dépistage de qualité du cancer du sein entraine une baisse de la mortalité de 15 à 30%.

Le dépistage du cancer du sein repose actuellement sur la mammographie qui est l'examen de référence, couplée à l'échographie voire à l'IRM dynamique dans certaines indications bien précises. Le coût moyen d'un examen de dépistage chez une femme avoisinerait 15 000 DA.

Les normes à satisfaire pour assurer cette bonne qualité au programme de dépistage du cancer du sein sont d'ordres techniques, professionnels et organisationnels. Celles-ci doivent impérativement intégrer une structure d'évaluation de la performance de ce programme pour éventuellement le réorienter, le renforcer ou le corriger

Les initiatives de dépistage dans notre pays sont multiples de la part de différents secteurs comme par exemple la caisse nationale d'assurance sociale, les associations et autres. Elles restent inefficaces du fait de la dispersion des efforts et de la divergence des stratégies. Aussi, les experts préconisent de manière unanime que le dépistage du cancer du sein soit organisé sur des bases nouvelles. Nous devons nous appuyer sur notre propre modèle en tenant compte des règles du dépistage, en fonction des moyens humains et matériels existants en concertation avec tous les intervenants dans la chaine épidémiologique de la maladie. Ce dépistage doit être basé sur un protocole standardisé et validé par des experts avec une préparation extrêmement rigoureuse et une gestion de toutes les étapes, depuis le choix des équipements avec leur assurance qualité jusqu'à la qualification des personnels impliqués. Il nécessite la mobilisation de moyens humains, matériels, financiers et organisationnels conséquents.

L'implication de nombreux secteurs est indispensable pour la réussite d'un tel projet mettant en exergue l'intérêt fondamental de l'intersectorialité qui doit être obligatoire pour son aboutissement.

Dans ce cadre, il est prévu, au niveau du Ministère du Travail et la Sécurité Sociale un dispositif de conventionnement (décret exécutif n°09-116) du médecin traitant, généraliste et spécialiste pour sa contribution, dans le cadre d'une mission de santé publique, à la réalisation du plan national de prévention et de dépistage organisé du cancer. Cela se fera à travers la mise en place d'instances de coordination des programmes, la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, la formation complémentaire des professionnels de santé et la rémunération des médecins conventionnés.

Par ailleurs, l'intégration des Centres Régionaux d'Imagerie Médicale et des Centres de diagnostic et de dépistage de la CNAS, dans les plans et programmes nationaux de prévention

et de dépistage organisés (Décret exécutif n° 05-69) devrait être sérieusement envisagée. Quatre centres d'Imagerie de la CNAS bien équipés (Echographie-Mammographie, Scanner-IRM) sont situés au niveau des villes de Laghouat, Constantine, Jijel et Maghnia ; celui de Ouargla est en projet.

Une des actions phare du Plan National Cancer 2015-2019 serait de créer 05 centres pilotes de référence dont un dans le grand sud en y mettant tous les moyens humains et matériels avec une prise en charge de l'ensemble des étapes de la chaine de soins de ce cancer. Les étapes de l'évaluation doivent être prévues de façon périodique.

Compte tenu du fait que ce genre d'expérience est nouveau pour la grande majorité des équipes médicales, l'indicateur de performance devra être fixé par un groupe d'experts lors de la préparation de l'étude de faisabilité qui précédera la mise en œuvre.

## Action 1.1 Créer un comité d'experts en vue de l'organisation du dépistage du cancer du sein

[Mesure 01] Elaborer et valider un protocole standard normalisé et adapté de dépistage du cancer du sein.

[Mesure 02] Elaborer et valider des recommandations en matière de qualité du dépistage du cancer du sein.

[Mesure 03] Lancer un appel d'offre pour designer 05 wilayas dont une au sud susceptibles d'organiser le dépistage du cancer du sein dans la population cible.

[Mesure 04] Identifier les praticiens et/ou les structures privés ou publiques dédiés au dépistage du cancer du sein.

[Mesure 05] Etudier les modalités de l'utilisation de façon optimale des clino mobiles dans le dépistage du cancer du sein.

[Mesure 06] Uniformiser les méthodes de recueil et de transmission des données concernant les mammographies de dépistage en suivant la terminologie, les définitions et les classifications internationales.

[Mesure 07] Identifier les besoins en formation (initiale et continue selon les normes internationales) sur le dépistage du cancer du sein.

[Mesure 08] Identifier les femmes susceptibles d'être invitées au dépistage du cancer du sein à partir de registres précis et accessibles (données de recensement ou registre de population).

[Mesure 09] Inciter les femmes à se faire dépister par le biais de campagne d'information sur le dépistage du cancer du sein.

[Mesure 10] Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation sur la mammographie et l'échographie mammaire.

[Mesure 11] Faire un suivi-évaluation continu du dépistage (en faisant un rapprochement des données avec celles des registres cancers).

[Mesure 12] Mettre en place avec des services de références des réseaux de lecture d'Imagerie médicale (lecture de mammographie et prise d'image) pour assurer l'équité d'accès au dépistage et à la qualité du diagnostic dans les zones enclavées.

## Action 1.2 Renforcer le programme national de prévention du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col est souvent diagnostiqué à des stades avancés d'où l'importance du dépistage qui seul permet la réduction de l'incidence des stades invasifs et un traitement efficace surtout en cas de lésions précancéreuses.

L'Algérie a opté en 1997 pour la mise en œuvre d'un plan national de dépistage du cancer du col utérin par cytodiagnostic, en coopération avec l'OMS et le FNUAP en assurant notamment une formation annuelle de screeners et de colposcopistes au niveau du laboratoire de Référence de Cytodiagnostic de l'INSP. La stratégie nationale, adoptée en 2001, a impliqué notamment l'intégration du dépistage dans les structures sanitaires de base, permettant ainsi l'ouverture d'unités de dépistage réparties sur les 48 wilayas. L'action entamée en 2001 a été évaluée de manière objective en 2014 a permis de constater que les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés, ceci à cause d'insuffisances et de dysfonctionnements qui devraient être corrigés par à une couverture plus adéquate du dépistage par cytologie conventionnelle traditionnelle et aussi en partie grâce à l'introduction de nouvelles techniques de dépistage plus modernes mondialement reconnues. Par ailleurs le recours à des établissements centralisés experts serait d'un grand intérêt par le volume important d'examens effectués, l'encadrement hautement qualifié bien sélectionné, le contrôle de qualité organisé et la gestion informatisée des dossiers.

[Mesure 13] Redynamiser le programme de dépistage du cancer du col utérin et l'évaluer annuellement.

[Mesure 14] Identifier les besoins en formation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (formation initiale et continue de tout le personnel soignant impliqué dans le programme).

[Mesure 15] Introduire **la formation à distance** en cytopathologie.

[Mesure 16] Introduire la pratique des tests HPV en centralisant le dépistage dans les trois structures dotées de plateformes d'ADN d'HPV-HR.

### Action 1.3 Améliorer les pratiques professionnelles en matière de cancer du sein et du col

[Mesure 17] Procéder à un état des lieux et une analyse des pratiques professionnelles en matière de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques.

[Mesure 18] Introduire des tests de dépistage de la prédisposition génétique aux cancers.

[Mesure 19] Mettre en place un programme de communication.

Les cancers **colo rectaux** dont le diagnostic est souvent tardif devraient bénéficier d'une détection plus précoce grâce à une meilleure formation du médecin généraliste pour adresser plus souvent et plus tôt au spécialiste les malades présentant une symptomatologie clinique suspecte.

Enfin pour ce qui est du dépistage du cancer de la prostate, de nombreuses études concordantes ont montré que les dosages des PSA dans un but de dépistage de masse sont globalement inopérants.

Le dosage des PSA reste efficace dans le suivi du cancer de la prostate.

Pour les cancers congénitaux et héréditaires, un programme de dépistage du rétinoblastome doit être introduit.

# AXE STRATÉGIQUE 3

# AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC

## Focus : Anatomo CytoPathologie

**OBJECTIF 1**

- Améliorer les services offerts par les laboratoires d'ACP

**OBJECTIF 2**

- Améliorer les services d'Imagerie Médicale

**OBJECTIF 3**

- Renforcer les services de Médecine nucléaire

**OBJECTIF 4**

- Renforcer les services de Biologie

**06 ACTIONS**

**29 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 3

## AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC

**L'AnatomoCytoPathologie (ACP)** constitue une spécialité déterminante dans le parcours du patient cancéreux, seule capable de poser un diagnostic de certitude du cancer.

L'ACP intervient dans :

1. La Prévention ;
2. Le Diagnostic histopathologique précoce ;
3. Le Diagnostic initial et le suivi des tumeurs malignes ;
4. Le Pronostic ;
5. La Recherche

L'Anatomo-cytopathologiste participe à l'observation des cancers et à la surveillance épidémiologique. Son rôle est primordial dans l'élaboration des registres de surveillance des cancers. La prise en charge des patients présentant un cancer doit être pluridisciplinaire, faire l'objet d'une concertation permanente et d'une décision collégiale incluant les AnatomoCyto Pathologistes en vue d'une indication thérapeutique ciblée et un suivi approprié avec un impact direct sur les dépenses de santé.

### Etat des lieux et acquis :

La plupart des contributions s'accordent à reconnaitre qu'il existe une désorganisation des services d'AnatomoCytoPathologie qui ne répondent pas aux normes : (répartition inégale des structures à travers le territoire national, absence de laboratoire dans certaines wilayas, manque de techniciens biologistes, de personnels de soutien, équipements obsolètes, absence de maintenance et manque de consommable...).

L'examen extemporané très important dans le choix de l'acte chirurgical est très rarement pratiqué actuellement.

## OBJECTIF 1

- AMÉLIORER LES SERVICES OFFERTS PAR LES LABORATOIRES D'ACP

1

### Action 1.1 Réorganiser les structures d'ACP sur le territoire Algérien

[Mesure 01] Prévoir un laboratoire d'ACP dans les wilayas qui en sont dépourvues (à identifier) dans chaque établissement hospitalier ;

[Mesure 02] Mettre en place un réseau de connexion entre les différentes structures d'ACP (publiques ou privées) ;

[Mesure 03] Mettre à niveau tous les laboratoires d'ACP existants selon les normes et standards internationaux ;

[Mesure 04] Doter chaque service d'ACP public ou privé d'une unité de morphologie de base et d'une unité d'immuno-histochimie ;

[Mesure 05] Faciliter l'accès aux tests de prédisposition génétique ;

[Mesure 06] Organiser le circuit du Compte Rendu d'Anatomie Pathologie en respectant l'éthique et la déontologie.

### Action 1.2 Instaurer des laboratoires de référence

[Mesure 07] Identifier et renforcer les laboratoires de référence d'ACP (publics et privés) sur le plan national et y intégrer des plateformes moléculaires en cas de nécessité à raison d'une par région.

[Mesure 08] Mettre en place un service de contrôle de qualité interne et externe (fiabilité des techniques et de l'interprétation des résultats) qui doit répondre aux normes.

[Mesure 09] Définir et élaborer des normes et des référentiels pour les laboratoires d'ACP.

### Action 1.3 Mettre les laboratoires d'ACP aux normes universelles

[Mesure 10] Renforcer les moyens en équipement en veillant à assurer une maintenance spécifique et préventive en consommables ;

[Mesure 11] Réviser la nomenclature des actes ;

[Mesure 12] Proposer un statut pour les biologistes moléculaires dans les structures hospitalières ;

[Mesure 13] Soutenir le développement de tumorothèques et les organiser sur le plan fonctionnel et organisationnel ;

[Mesure 14] Introduire la télé pathologie (doter les services de pathologie de scanner, de lames et de système de vidéoconférence et d'un réseau internet avec un débit adéquat).

## OBJECTIF 2

## AMÉLIORER LES SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE

L'imagerie médicale participe de manière importante à l'ensemble des étapes de la prise en charge de la maladie cancéreuse (dépistage, diagnostique, thérapeutique avec la radiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique qui est de plus en plus utilisée, suivi et surveillance). Elle est tributaire des moyens technologiques qui sont couteux et en perpétuel progrès ; ce qui nécessite une normalisation des équipements, une formation adaptée et évolutive des personnels permettant d'assurer des soins de qualité respectant les normes d'assurance qualité et de sécurité.

### Action 2.1 Identifier et renforcer les structures de référence (publiques et privées)

[Mesure 15] Renforcer les moyens d'équipements des services d'Imagerie Médicale en qualité et en quantité suffisante et mettre en place une politique de maintenance régulière de ces équipements ;

[Mesure 16] Normaliser les moyens humains : Médecins radiologues, manipulateurs, ingénieurs et techniciens de maintenance ;

[Mesure 17] Améliorer la sécurité des professionnels en matière de radioprotection au niveau des services d'Imagerie Médicale en général et des services de Médecine Nucléaire en particulier en raison de l'usage de radioéléments ;

[Mesure 18] Mettre en place des systèmes RIS/PACS nécessaires et indispensables pour le suivi des patients (base technique pour la création du dossier médical informatisé) ;

[Mesure 19] Développer l'ingénierie biomédicale ;

[Mesure 20] Institutionnaliser la physique médicale en imagerie médicale et renforcer les programmes de radioprotection, d'assurance qualité et de sécurité ;

[Mesure 21] Accréditer des centres aptes à entreprendre un programme de dépistage du cancer du sein selon les normes standards internationales.

## OBJECTIF 3

- RENFORCER LES SERVICES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

3

La médecine nucléaire fait partie de l'ensemble intitulé Imagerie Médicale car soumise aux mêmes règles d'exercice et de procédures avec un aspect normatif et réglementaire plus soutenu en raison de l'usage des radio éléments, elle intervient dans le diagnostic (scintigraphies…) et elle a investi le champ thérapeutique par le biais de l'ira-thérapie et de la radiothérapie métabolique et la radioimmunothérapie.

### Action 3.1 Augmenter le nombre de services de Médecine nucléaire (Ira-thérapie)

[Mesure 22] Augmenter le nombre de services de Médecine Nucléaire ;

[Mesure 23] Prioriser absolument l'acquisition des équipements types cyclotron PET Scan ; avec source de cyclotron pour quatre ou cinq services ;

[Mesure 24] Renforcer les laboratoires radio pharmaceutiques ;

[Mesure 25] Prévoir des lits d'hospitalisation dans les services de médecine nucléaire.

## OBJECTIF 4

## RENFORCER LES SERVICES DE BIOLOGIE

4

Les laboratoires de biologie existent dans le secteur public et privé. Il existe des disparités en personnels et en équipements d'un laboratoire à un autre. Les insuffisances sont encore plus prononcées en matière de biologie moléculaire qui constitue une discipline en plein développement.

La Biologie Moléculaire et la Cytogénétique constituent un grand apport dans la prise en charge de la maladie cancéreuse. Leur rôle est important dans le diagnostic et le dépistage des cancers familiaux qui représentent jusqu'à environ 10% des cancers vu le taux de consanguinité encore assez fort chez nous et des cancers sporadiques par caractérisation de la tumeur grâce à l'élucidation de sa "**signature moléculaire**" (caryotype, FISH, CGH array).

De nombreux marqueurs génétiques constituent des **marqueurs pronostiques** ; leur caractérisation moléculaire est d'une grande aide dans le choix d'une stratégie thérapeutique personnalisée, adaptée au degré d'agressivité de la tumeur (**médecine personnalisée**). La prescription pertinente de thérapies innovantes, comme les **thérapies ciblées**, devrait également bénéficier de l'apport des investigations génétiques.

La rechercher sur les marqueurs génétiques prédictifs de la réponse thérapeutique permet une prescription pertinente des thérapies ciblées qui sont ainsi plus efficaces, évitant les traitements en aveugle inefficaces, dangereux et automatiquement aussi plus couteux.

Dans la Recherche Translationnelle et Fondamentale en Cancérologie la Biologie Moléculaire permet, suite à l'isolement de cellules cancéreuses circulantes de caractériser la tumeur, son type histologique, son siège anatomique évitant les biopsies surtout dans les organes d'accès difficile ou dangereux. Les techniques de Biologie Moléculaire et de Cytogénétique constituent également des outils indispensables à l'élucidation des mécanismes physiopathologiques mis en jeu dans les processus de cancérogenèse et à l'identification de molécules cibles, ouvrant la voie à la recherche de thérapeutiques innovantes et spécifiques.

## Action 4.1 Normaliser l'ensemble des services de Biologie en matière d'exploration Biologique en cancérologie, y compris la Biologie Moléculaire

[Mesure 27] Uniformiser l'ensemble des plateaux techniques des différentes structures ;

[Mesure 28] Mettre en place des services de biologie cytogénétique et moléculaire dans chaque région sanitaire ;

[Mesure 29] Renforcer les services de biologie des structures publiques en personnels spécialisés ;

[Mesure 30] Identifier les centres de référence en matière de génétique.

# AXE STRATÉGIQUE 4

# REDYNAMISER LE TRAITEMENT

## Focus : Interdisciplinarité

**OBJECTIF 1**

- Améliorer la prise en charge des malades

1

**10 ACTIONS**

**43 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 4

## REDYNAMISER LE TRAITEMENT

Cet objectif est sans aucun doute le plus complexe, dans la mesure où il fait appel à une volonté de coopération interdisciplinaire, ainsi qu'à une vision pragmatique concernant le parcours des patients. De plus, dans la pratique, il existe plusieurs structures qui se trouvent interpellées (services hospitaliers, SEMEP, "cellules d'accueil et d'orientation des patients cancéreux", laboratoires, radiologie….) et qui exercent dans des contextes variés.

C'est dans ce domaine que l'imagination des professionnels doit être vive et tournée vers l'intérêt des patients , aussi bien pour les informer des modalités de leur prise en charge à venir, que pour se coordonner afin que la réponse des différents spécialistes soit aussi organisée que possible pour éviter des retards dans le mise en œuvre du traitement.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ont fait preuve dans le monde, d'utilité dans la prise en charge multidisciplinaire du cancer ; elles doivent être un instrument essentiel et incontournable en oncologie. Elles doivent être efficaces et intelligentes basées sur des règles précises de fonctionnement ainsi que sur la disponibilité de moyens humains et matériels. Elles constituent une approche qui permet une gestion rationnelle de la prise en charge des patients atteints de cancer quelque soit le stade évolutif de leur maladie.

L'engagement et l'intérêt portés par les professionnels conditionnent la réussite de leur bon fonctionnement. A moyen terme, les RCP permettent aussi de développer des protocoles thérapeutiques rationnels et efficaces. Enfin les résultats probants des expériences internationales ont largement prouvé que devant la complexité de la problématique du cancer seul le travail en équipe est porteur de succès.

## OBJECTIF 1

- Améliorer la prise en charge des malades

1

### Action 1.1 Organiser les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

[Mesure 01] Formaliser l'organisation des RCP (définir un coordonnateur, un secrétariat, un système de traçabilité, une periodicité pour les réunions).

[Mesure 02] Instaurer une coordination entre les secteurs public et privé dans l'organisation des RCP (Par exemple, sous l'égide de la DSP).

[Mesure 03] Organiser la prise en charge et le suivi du patient (traçabilité dans le dossier du malade : protocole thérapeutique, nom du médecin/professionnel qui suit le malade, fiche de suivi, …).

[Mesure 04] Engager dans les meilleurs délais les procédures d'adoption des protocoles thérapeutiques (idem pour le diagnostic).

[Mesure 05] Développer un guide national standard thérapeutique pour les cancers les plus prévalents (sein, poumon, colorectal, prostate, col utérin, thyroïde).

[Mesure 06] Créer un comité national cancer qui regroupe des experts nationaux pour la mise à niveau périodique chaque 06 mois des différents guides thérapeutiques et la création de nouveaux guides si les données montrent l'augmentation de l'incidence de nouveaux cancers.

[Mesure 07] Penser au futur à la création de pôles d'excellence régionaux pour chaque localisation cancéreuse.

### Action 1.2 Améliorer les services de chirurgie carcinologique

Le traitement chirurgical, historiquement le plus ancien, représente souvent le premier recours, seul traitement curatif dans les cancers localisés. Il est pratiqué dans les services de chirurgie des hôpitaux ou dans les structures privées (près de 50%). Pour certaines localisations, la chirurgie exige une expertise particulière ou un équipement spécial comme la chirurgie stéréotaxique en neurochirurgie.

[Mesure 08] Normaliser et optimiser les plateaux techniques des services de chirurgie dans les structures hospitalières ;

[Mesure 09] Prioriser les interventions chirurgicales carcinologiques dans la programmation opératoire des services de chirurgie ;

[Mesure 10] Prévoir la coordination entre le secteur public et le secteur privé pour la prise en charge des patients atteints du cancer(RCP) ;

[Mesure 11] Développer les services de chirurgie sénologique ;

[Mesure 12] Développer les services de chirurgie thoracique ;

[Mesure 13] Instituer le remboursement des actes chirurgicaux pour cancer dans le secteur privé (comme pour les maladies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale) ;

[Mesure 14] Equiper des services pilotes en neurochirurgie, spécialité toujours demandeuse de transfert pour soins à l'étranger.

[Mesure 15] Développer la technique innovante radio chirurgie pour certains cancers

### Action 1.3 Améliorer les services d'oncologie médicale

[Mesure 16] Définir le minimum requis en matériels pour un traitement spécifique dans un service d'oncologie médicale (proposition : hottes pour la reconstitution de la chimiothérapie, pompe à infusion volumétrique, pose de chambres implantables ...) ;

[Mesure 17] Renforcer les moyens matériels de chimiothérapie ;

[Mesure 18] Renforcer l'ensemble des services de chimiothérapie en personnel paramédical spécialisé ;

[Mesure 19] Offrir un statut particulier au personnel paramédical afin de le motiver et de le maintenir dans la spécialité ;

[Mesure 20] Proposer un congé spécial pour tout le personnel qui exerce en milieu oncologique.

[Mesure 21] Instaurer l'hospitalisation à domicile (HAD).

## Action 1.4 Elargir les capacités de prise en charge de l'oncologie pédiatrique

[Mesure 22] Créer des services d'oncologie pédiatrique dotés d'un plateau technique de radiothérapie dédié à l'enfant dans les établissements hospitaliers (Région est, ouest et centre).

[Mesure 23] Elaborer et valider des guides standards thérapeutiques pour l'oncologie pédiatrique.

[Mesure 24] Renforcer l'insertion sociale des enfants malades en milieu scolaire ainsi que leur prise en charge psychologique.

## Action 1.5 Promouvoir la pharmacie oncologique

[Mesure 25] Développer la pharmacie oncologique et les unités centralisées de reconstitution des traitements anticancéreux ;

[Mesure 26] Définir le profil du préparateur en chimiothérapie ;

[Mesure 27] Individualiser au niveau de la PCH une unité d'achat de médicaments anticancéreux et de dispositifs médicaux destinés au traitement des cancers avec un budget spécifique des infrastructures et un personnel dédié.

## Action 1.6 Améliorer la prise en charge des Hémopathies malignes

La spécificité des hémopathies et leur diversité méritent nous semble-t-il un développement particulier.

Les hémopathies malignes de l'adulte représentent 10% (environ 4000 nouveaux cas/an) de la pathologie cancéreuse touchant dans la majorité des cas des sujets jeunes de moins de 65 ans. Elles sont prises en charge essentiellement par les services d'hématologie au nombre de 15 répartis sur le territoire national.

La prise en charge des lymphomes et de la maladie de Hodgkin repose sur le trépied : diagnostic, bilan d'extension et traitement, faisant appel à une collaboration multidisciplinaire, celles du myélome multiple, de la leucémie lymphoïde chronique et de la leucémie myéloïde chronique relèvent exclusivement de l'hématologie clinique et de l'hémobiologie qui sont indissociables. La prise en charge des leucémies aiguës reste à ce jour le domaine qui nécessite la mise en œuvre de moyens spécifiques en sachant qu'il s'agit de pathologies redoutables mais qui sont actuellement curables dans 60% des cas.

[Mesure 28] Créer au moins 2 nouveaux services d'Hématologie dans la région Centre l'un à Blida et l'autre à Alger.

[Mesure 29] Prévoir un service d'Hématologie dans chaque nouveau CAC avec possibilité d'autogreffe ainsi que dans tous les nouveaux hôpitaux dont la construction est prévue dans la période 2015 – 2019

[Mesure 30] Assurer l'approvisionnement régulier en antimitotiques et mettre à jour la nomenclature des médicaments avec enregistrement des produits validés pour les hémopathies malignes et les conditionnements de greffe.

[Mesure 31] Réorganiser le circuit de commande et de distribution des médicaments.

[Mesure 32] Promouvoir l'autogreffe en créant des unités dédiées à la réanimation hématologique dotées d'un équipement pour irradiation des cellules sanguines.

[Mesure 33] Développer l'allogreffe dans les régions Centre et Est.

[Mesure 34] Recenser régulièrement les enfants atteints d'hémopathies malignes hospitalisés dans les services de Pédiatrie.

## Action 1.7 Améliorer les Performances des services de Radiothérapie

Près de 60% des cas de cancer relèvent à un moment de leur parcours d'un traitement par Radiothérapie. La demande en Radiothérapie est soumise à une pression plus forte que celle de la chimiothérapie et de la chirurgie. Depuis ces dernières années beaucoup a été fait dans le sens de l'amélioration de la situation, notamment grâce à l'ouverture récente de quatre centres de radiothérapie (deux dans le secteur public et deux dans le secteur privé).

Actuellement, grâce à une forte mobilisation des personnels, certains centres arrivent à traiter jusqu'à 1000 malades par an, alors que dans d'autres pays ce chiffre est fixé à environ 600 malades pour permettre de garantir une bonne qualité des traitements, une moindre usure des machines, une maintenance appropriée et enfin une radioprotection maximale.

Plus globalement l'augmentation et le renforcement des capacités de prise en charge en radiothérapie passent par certains éléments signalés par les experts.

A l'avenir, il est prévu l'augmentation des centres ou des appareils de radiothérapie pour atteindre des normes suffisantes en veillant à assurer un service de maintenance pour optimiser l'utilisation des machines. Durant la période 2015-2019, un programme ambitieux du Ministère de la Santé prévoit l'ouverture de nombreux CAC (cf Tableau : CAC Fonctionnels et prévus). Le nombre d'appareils de Radiothérapie par Million d'habitants placerait alors l'Algérie dans la 3ème catégorie, de la classification internationale (1 à 3 machines par Million d'habitants).

**Le renforcement** des capacités de prise en charge en radiothérapie prévoyait dans le rapport final d'Octobre 2013 des relations contractuelles, entre les établissements publics de santé et

les établissements de radiothérapie privés pour une durée déterminée, à évaluer régulièrement, pour la prise en charge des malades (assurés sociaux et démunis non assurés sociaux) nécessitant un traitement par radiothérapie. Dans le cadre de cette convention, il sera donné une délégation de mission de santé publique à la structure privée pour le segment radiothérapie sous la responsabilité du chef de service spécialisé hospitalier public. Les modalités pour arrêter les tarifs et les différentes formes de financement seront à fixer entre les ministères chargés de la santé, du travail et des finances.

L'introduction des techniques modernes, après avis d'un comité d'experts, pour leur évaluation médicoéconomique et le choix des sites de référence d'implantation éventuels, vu le cout élevé de ces appareils, doit se faire rapidement pour éviter de prendre du retard sur les futurs progrès dans ce domaine.

- Radiothérapie Rotationnelle par accélérateur dédié 3D statique modulé en intensité (IMRT) et plus récemment la radiothérapie 3D dynamique modulée en intensité (IGRT, VMAT ou Rapidarc, )
- Radiothérapie en conditions stéréotaxiques crânienne et extra crânienne par machine dédiée : gammaknife (cobalt), cyberknife (photons X)
- Radiothérapie rotationnelle par machine dédiée : tomothérapie
- Brachythérapie.

L'organisation d'une radioprotection efficace devra être assurée non seulement dans les services de radiothérapie mais dans tous les services utilisant des rayonnements ionisants comme l'Imagerie Médicale et la Médecine Nucléaire. Ceci permettra de garantir la sécurité des patients, des professionnels et des milieux environnants. D'ailleurs la législation Algérienne impose la présence des physiciens médicaux agréés aussi bien auprès des services de radiothérapie que de Médecine Nucléaire (Décret **05-117 du 11 avril 2005 relatif aux mesures de protection contre les rayonnements ionisants**). Il faudra la compléter par la désignation soit d'une structure (unité de radioprotection) soit d'un professionnel compétent en radioprotection (radiophysicien médical par exemple) pour assurer de manière plus responsable cette mission. Par ailleurs, une concertation multisectorielle, incluant notamment le Ministère de l'Energie et le COMENA, devrait aussi être engagée pour la mise en place d'une Autorité nationale de radioprotection et de sureté radiologique dotée de moyens d'action humains et financiers disposant du mandat d'habilitation et de contrôle.

Concernant les ressources humaines, un déficit en radiothérapeutes a été constaté, mais les experts de manière unanime s'inquiètent surtout de l'insuffisance en quantité et en qualité des physiciens médicaux, des dosimétristes et des manipulateurs. Cette situation risque de s'aggraver d'autant plus, que le renouvèlement des équipements, le renforcement des plateaux

techniques des services existants et le développement de nouveaux CAC vont augmenter la demande.

Leur nombre, leur qualification et leur compétence repondent à des normes internationales (AIEA, IOMP, EFOMP, ESTRO, …) que l'Algerie devra respecter pour garantir la qualité des soins en radiothérapie selon les recommandations professionnelles établies par les organismes internationnaux.

Nous insistons sur le rôle des physiciens médicaux qui interviennent dans toutes les étapes de la chaine du traitement depuis le respect des procédures techniques, administratives jusqu'aux domaines de la formation et de la recherche.

Dans le cadre de ce plan, qui insiste sur l'importance de la formation, il est proposé que des efforts particuliers doivent être déployés pour une formation de qualité de ces personnels qui concerne la Radiothérapie, l'Imagerie Médicale et la Médecine Nucléaire. Il est important de rappeler que ces trois spécialités sont indissociables en matière de prise en charge du patient cancéreux. Tout effort de développement individuel doit prendre en compte la disponibilité technique des autres spécialités afin de garantir un environnement efficace et efficient en matière de réponse en soins. L'innovation technologique est à prévoir dans les plans de développement en raison du caractère scientifique lié à la recherche qui accompagnera un tel plan.

### Action 1.8 Raccourcir les délais de rendez-vous en radiothérapie

[Mesure 35] Compléter les équipements et renforcer les personnels dans les centres anti-cancers récemment ouverts.

[Mesure 36] Accélérer la mise en service des centres anti-cancer qui sont en réalisation et fixer un échéancier évaluable.

[Mesure 37] Mettre à niveau les capacités perdues des centres de radiothérapie où les capacités sont défaillantes ou réduites.

[Mesure 38] S'assurer de l'existence d'un plateau technique cohérant et homogène incluant l'Imagerie Médicale et la Médecine Nucléaire, le compléter éventuellement.

### Action 1.9 Améliorer la qualité et la sécurité des soins en radiothérapie

[Mesure 39] Mettre en place les consensus et les protocoles pour chaque type de cancer.

[Mesure 40] Entamer une étude de faisabilité pour l'installation alternative plus rapide de services de radiothérapie dans certains CHU ou Hôpitaux disposant des autres ressources diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la prise en charge du cancer.

[Mesure 41] Elaborer et valider des recommandations en matière de qualité et de sécurité en radiothérapie.

[Mesure 42] Développer la radiologie interventionnelle.

[Mesure 43] Mettre en place un programme d'assurance qualité selon les standards internationaux.

## Action 1.10 Promouvoir les soins palliatifs

Les **soins palliatifs** doivent occuper la même place que les autres catégories thérapeutiques et faire partie du continuum de soins. Ils ne figurent pas dans les schémas de traitement des cancers alors qu'ils demeurent un élément important dans **l'accompagnement global pour améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage,** tant au niveau de la gestion des autres symptômes physiques et de la douleur que d'un soutien psychologique ou spirituel.

Ces **soins actifs** doivent être appliqués **tôt** dans le décours de la maladie car ils peuvent influencer de manière positive l'évolution de la maladie et augmenter le taux de survie tout comme les autres traitements. Pour être efficaces, les soins palliatifs doivent reposer sur une **approche d'équipe** de professionnels médicaux et paramédicaux, de travailleurs sociaux et du mouvement associatif.

Les initiatives de création d'hôpitaux de jour, de soins et d'hospitalisations à domicile (HAD) sont à multiplier du fait même qu'elles constituent une alternative efficace et moins coûteuse tout en permettant au malade de ne pas être déraciné de son milieu familial et de garder toute sa dignité.

Pour le soulagement de la douleur et des autres symptômes de la maladie cancéreuse, il est essentiel que les professionnels de santé (médecins prescripteurs et pharmaciens) disposent des drogues nécessaires. La décision des autorités de rendre les opiacés disponibles au niveau des officines pharmaceutiques répond à l'attente exmrimer des praticiens et des patients et nécessite une organisation souple visant à privilégier la proximité.

Une prise en charge vraiment efficace des soins palliatifs pourrait éviter la prescription d'examens et de traitements déraisonnables et inutiles, voire nocifs.

# AXE STRATÉGIQUE 5

## ORGANISER L'ORIENTATION, L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SUIVI DU PATIENT

### Focus : Les cellules d'accueil et d'orientation des patients cancéreux

**OBJECTIF 1**

- Assurer le soutien psychologique des patients et de leurs familles

1

**OBJECTIF 2**

- Réduire les obstacles à l'accès aux centres de diagnostic et de traitement du cancer

2

**04 ACTIONS**

**22 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 5

## ORGANISER L'ORIENTATION, L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SUIVI DU PATIENT

Dans le parcours du malade atteint de cancer, les dysfonctionnements majeurs concernent la qualité de l'accueil, de l'information et la méconnaissance du réseau de prise en charge. De plus, lors de l'annonce du diagnostic, véritable séisme pour le malade, entrainant un état de détresse qui nécessite écoute et compréhension, l'explication devrait être soumise à des procédures bien définies qui n'existent pas.

Pour pallier à ces dysfonctionnements, les "Cellules d'accueil et d'orientation des patients cancéreux " ont été créées par la circulaire ministérielle N°4 du 03 novembre 2010. Ces cellules composées d'un médecin généraliste autour d'une équipe pluridisciplinaire ont été installées dans toutes les wilayas mais ne remplissent pas toutes leur rôle d'accompagnement du parcours des malades. La coordination dans le cadre de la collaboration avec les structures hospitalières et les associations d'aide aux malades cancéreux doit être revisitée et renforcée et même parfois initiée.

Un séminaire d'évaluation des activités de ces cellules en 2011 a constaté les insuffisances de leur fonctionnement et présenté des recommandations finales dont la principale est la responsabilisation d'un professionnel chargé de la coordination. L'institutionnalisation d'un poste de médecin généraliste coordinateur des soins en cancérologie est fortement souhaitable, après une étude pour déterminer sa formation, son statut et ses prérogatives notamment sa participation obligatoire aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP).

Dans ce cadre, le rôle de l'Onco Psychologue est déterminant pour soutenir et accompagner les malades et leur entourage en apportant la dimension humaine malheureusement absente ou insuffisante lors des autres étapes du parcours. De plus, son rôle doit être de sensibiliser l'équipe médicale et paramédicale sur les problèmes particuliers des patients et de leurs familles. Actuellement la formation, les prérogatives et le statut des Onco Psychologues méritent une attention particulière, eu égard aux conditions pénibles de leurs activités.

D'autres spécialités jouent un rôle important dans le suivi des patients atteints de cancer comme l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle par des nutritionnistes et des diététiciens et une rééducation éventuelle par des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes.

## OBJECTIF 1

- ASSURER LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES

1

### Action 1.1 Redynamiser les cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute

[Mesure 01] Créer un annuaire des cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute

[Mesure 02] Définir le rôle exact de chacun des intervenants des cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute (médecin généraliste, psychologue et assistante sociale).

[Mesure 03] Développer et mettre en œuvre une campagne de communication pour le grand public sur les cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute.

[Mesure 04] Promouvoir l'hospitalisation à domicile pour les traitements ambulatoires et les soins palliatifs pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer.

[Mesure 05] Développer la coordination entre le Centre Anti Cancer de la région, les cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute et les structures de santé de proximité.

[Mesure 06] Mettre en coordination les cellules d'écoute et le mouvement associatif.

### Action 1.2 Développer l'Onco Psychologie

[Mesure 07] Créer rapidement une société autonome d'OncoPsychologie qui prendrait en charge les problèmes de cette discipline ;

[Mesure 08] Doter tous les Centres de lutte contre le Cancer (CAC) d'une unité d'Onco Psychologie ;

[Mesure 09] Prioriser le processus d'annonce qui doit être plus humain et l'éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des patients sous traitement ;

[Mesure 10] Assurer un soutien psychologique des patients pour la préparation à l'intervention chirurgicale et dans la période post opératoire ;

[Mesure 11] Encourager le travail en réseau des Onco Psychologues dans les soins de support avec les autres intervenants ;

[Mesure 12] Organiser la communication et améliorer la relation entre soignant et soigné ;

[Mesure 13] Initier les OncoPsychologues dans l'accompagnement des malades en fin de vie et de leurs parents.

[Mesure 14] Promouvoir la réinsertion sociale (scolaire et professionnelle) des malades en rémission avec l'aide des assistantes sociales.

### Action 1.3 Impliquer le mouvement associatif et la société civile dans le soutien aux patients et leurs familles

[Mesure 15] Définir et organiser l'appui apporté par le mouvement associatif (visites à domicile, thérapie de groupe…) aux patients et leurs familles ;

[Mesure 16] Prévoir une assistante sociale dans chaque CAC.

## OBJECTIF 2

- RÉDUIRE LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX CENTRES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DU CANCER

2

### Action 1.1 Créer des centres d'hébergement pour les patients et leurs accompagnants

[Mesure 17] Identifier dans chaque wilaya les structures pouvant héberger les patients et leurs accompagnants.

[Mesure 18] Alléger les procédures administratives et juridiques relatives à l'exploitation des sites d'hébergement identifiés.

[Mesure 19] Définir le statut de ces structures d'hébergement : public, parapublic, privé.

[Mesure 20] Doter chaque patient d'une carte d'accès à ces structures.

[Mesure 21] Définir une charte ou un règlement intérieur pour les centres d'hébergement dans les milieux associatifs, dans les communes, ... etc.

[Mesure 22] Initier des thérapies de groupe dans les centres d'hébergement.

# AXE STRATÉGIQUE 6

# DÉVELOPPER LE SYSTÈME D'INFORMATION ET LA COMMUNICATION SUR LES CANCERS

## Focus : Les registres des cancers

**OBJECTIF 1**

- Améliorer la surveillance épidémiologique des cancers en mettant en place une coordination des registres cancers

1

**OBJECTIF 2**

- Améliorer l'information et la communication sur le cancer

2

**07 ACTIONS**

**32 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 6

## DÉVELOPPER LE SYSTÈME D'INFORMATION ET LA COMMUNICATION SUR LES CANCERS

Le registre est un outil indispensable dans la surveillance épidémiologique des cancers. Il constitue un élément essentiel du système d'information sanitaire. Il a pour objectif de déterminer l'incidence des cas de patients atteints de cancers, la tendance de la maladie, le mode d'apparition, la survie, l'évolution et la répartition géographique. Le cancer étant une maladie souvent multifactorielle, dont les causes sont difficiles à cerner ; les registres permettent, via des études statistiques épidémiologiques, de :

- Estimer les besoins en matière de prévention, diagnostic et soins, par une meilleure connaissance de la prévalence et de son évolution temporelle et géographique ;
- Mesurer la gravité d'une situation régionale ou locale ;
- Comprendre les causes de certains cancers (c'est ainsi que l'implication du tabac et de l'alcool a pu être démontrée ou confirmée...) ;
- Comprendre et prévenir les facteurs de risques ou conditions d'apparition de certains cancers ;
- Détecter de manière précoce l'émergence de nouveaux cancers ;
- Evaluer l'efficacité d'actions préventives ou curatives (dont allongement de la durée de vie après un cancer soigné).

La mise en place de registres du cancer est une activité laborieuse, continue, nécessitant des moyens matériels et humains. En Algérie, il existe 14 registres de cancer qui couvrent près de 40% de la population.

En Afrique, il existe 54 registres du cancer qui sont agréés par l'Association Internationale de Recherche sur le Cancer (IACR) et parmi lesquels sept sont des membres votants. Parmi ces sept, deux sont Algériens, ceux d'Alger et de Sétif. Huit registres sont "individuels", ce qui signifie qu'ils évoluent en dehors de l'association. Tous les autres, dont six registres algériens sont membres associés ; ce sont les registres d'Annaba, Batna, Constantine, Mascara, Oran et Sidi Bel Abbes.

## OBJECTIF 1

- AMÉLIORER LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CANCERS EN METTANT EN PLACE UNE COORDINATION DES REGISTRES CANCERS

### Action 1.1 Institutionnaliser et mettre en œuvre les Registres de population du Cancer

[Mesure 01] Mettre en œuvre l'arrête ministériel N° 22 du 18 février 2014 portant création, fonctionnement, et organisation du registre du cancer de population.

[Mesure 02] Mettre en place des registres du cancer de population pour ensemble des wilayas conformément à l'arrêté sus cité.

[Mesure 03] Renforcer et dynamiser les 14 registres des cancers existants.

[Mesure 04] Standardiser les méthodes d'enregistrement des données des registres en utilisant des outils validés par des experts nationaux et internationaux.

[Mesure 05] Mettre en place un réseau de suivi et de parrainage régional.

[Mesure 06] Mettre en place un réseau national des registres de population avec une coordination nationale.

[Mesure 07] Encourager les registres spécialisés de localisations tumorales.

## Action 1.2 Créer un réseau d'acteurs et de partenaires nationaux du Registre du cancer

[Mesure 08] Rétablir le Service d'Epidémiologie de Médecine Préventive (SEMEP) dans la chaine de l'information épidémiologique en général et du cancer en particulier.

[Mesure 09] Actualiser les textes réglementaires concernant les missions des SEMEP.

## Action 1.3 Mettre en place un système d'information sanitaire sur le cancer

[Mesure 10] Mettre en place une base de données sur les cancers liés au mode de vie, à l'environnement, aux facteurs génétiques et aux facteurs de risque professionnels.

[Mesure 11] Mettre en place une liste des maladies professionnelles et une base de données intersectorielle relative à la déclaration des cancers professionnels.

[Mesure 12] Harmoniser le système d'enregistrement des données sur le cancer à partir de toutes les sources d'information possibles (publiques, para publiques et privées)

[Mesure 13] Mettre en place un dossier médical, informatisé, unique du patient en respectant l'éthique médicale.

# CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

La connaissance des causes de décès toutes causes confondues reste un des parents pauvres du système statistique sanitaire de l'Algérie. En effet, bien que les décès soient dans leur immense majorité déclarés à l'Etat civil (plus de 90%) la connaissance de la cause de ces décès demeure imparfaite et partielle. En comparaison avec les données de l'Office National des Statistiques (ONS) seuls 45% des décès sont déclarés à l'INSP, les décès à domicile n'y parvenant pas, et sur la totalité des décès adressés à l'INSP 23% restent de causes non définies.

Depuis la dixième révision, en 1992, de la Classification Internationale des Maladies (CIM), l'OMS propose à tous les Etats membres un modèle international de certificat médical de la cause de décès, où figurent, suivant un ordre précis, une cause immédiate, une cause initiale et une ou plusieurs causes associées ayant contribué de manière indirecte au phénomène morbide. Ce système de notification gagnerait à être renforcé, afin de pouvoir cerner avec précision les principales causes de décès des Algériens et notamment les cancers selon leurs caractéristiques d'âge, de résidence, de sexe, etc.

## Action 1.4 Améliorer la certification des causes médicales de décès

[Mesure 14] Réglementer l'utilisation du certificat médical de décès de l'OMS à l'ensemble des structures de santé (publiques, privées ou parapubliques).

[Mesure 15] Renforcer "le service Cause des Décès" de l'INSP.

[Mesure 16] Créer un statut de médecin coordinateur de wilaya chargé des causes médicales de décès.

[Mesure 17] Identifier les besoins de formation des médecins sur les causes médicales de décès.

[Mesure 18] Elaborer un rapport annuel sur les causes médicales de décès et assurer une rétro-information par wilaya.

[Mesure 19] Intégrer le comité de Médecine légale dans "les causes médicales de décès" (autopsies).

[Mesure 20] Faciliter la participation du pays au Comité International de l'OMS sur les causes médicales de décès et la CIM 10.

## OBJECTIF 2

- AMÉLIORER L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION SUR LE CANCER

2

Les maladies non transmissibles et parmi elles les cancers sont aujourd'hui au premier plan en termes de problèmes de santé prioritaires. Ils sont dans la majorité des cas déterminés par des modes de vies et des comportements "à risque".

La communication est l'un des axes majeurs du plan de lutte contre le cancer. Elle représente un défi pour les pouvoirs public et les institutions en charge de la protection et de la promotion de la santé pour mettre en œuvre des stratégies de prévention primaire efficaces qui visent à donner "envie" de "prendre soin de sa santé" d'autant que 40% des cancers peuvent être prévenus. Ces stratégies de communication doivent être adaptées, avec des supports spécifiques en fonction des populations cibles que sont le grand public, les malades et les professionnels de santé concernés.

Les actions de communication en direction du grand public doivent permettre d'approfondir leurs connaissances sur le cancer par rapport à sa gravité, les comportements favorisant son apparition, ainsi que les modes de prévention.

Les actions de communication en direction des malades cancéreux et de leurs proches doivent leur permettre d'avoir une meilleure connaissance de la maladie notamment les alternatives thérapeutiques disponibles, et apprendre à vivre avec. Les actions doivent être portées par les pouvoirs publics en collaboration avec les associations thématiques.

L'Information et la communication sur le cancer en direction des professionnels de santé doit leur permettre d'avoir une connaissance avancée sur cette maladie et aider ou activer dans les différents domaines de la recherche.

### Action 2.1 Elaborer des programmes de communication sur les facteurs de risque

[Mesure 21] Elaborer un programme de communication sur la promotion de l'alimentation saine, l'activité physique et la lutte contre le tabagisme.

[Mesure 22] Elaborer un programme d'information et de communication sur les cancers les plus fréquents (sein, col de l'utérus, colorectal, poumon, prostate..).

[Mesure 23] Elaborer un guide de bonnes pratiques cliniques et de référentiels en cancérologie à l'usage des professionnels de santé.

## Action 2.2 Sensibiliser l'ensemble de la population sur la problématique du cancer

[Mesure 24] Renforcer le portail Web de l'ANDS qui doit être le pivot de la communication pour la santé.

[Mesure 25] Renforcer et redynamiser le service de communication sociale de l'INSP.

[Mesure 26] Mettre en ligne des informations sur les facteurs de risque et le cancer.

[Mesure 27] Elaborer des procédures de communication au niveau des différentes structures.

[Mesure 28] Institutionnaliser des journées portes ouvertes de sensibilisation sur le cancer par les établissements de santé.

## Action 2.3 Informer les professionnels de santé régulièrement sur les avancées médicales et technologiques sur le cancer

[Mesure 29] Mettre en place un comité de rédaction d'un bulletin périodique d'information sur le cancer au niveau de la cellule de communication de l'INSP.

[Mesure 30] Editer et distribuer périodiquement un bulletin d'information sur le cancer aux professionnels de santé.

[Mesure 31] Mettre en place un comité de rédaction d'un document national d'information sur les cancers publié annuellement.

[Mesure 32] Mettre en place au niveau de l'ANDS, une cellule de veille informationnelle et documentaire sur les dernières avancées dans le domaine du cancer et en assurer leur diffusion.

# AXE STRATÉGIQUE 7

## RENFORCER LA FORMATION ET LA RECHERCHE SUR LES CANCERS

### Focus : Initiation aux nouveaux métiers et la recherche translationnelle

**OBJECTIF 1**

- Optimiser la formation de tous les acteurs de la chaine de soins dans le domaine de la cancérologie

1

**OBJECTIF 2**

- Développer la recherche en cancérologie

2

**11 ACTIONS**

**50 MESURES**

# AXE STRATÉGIQUE 7

## RENFORCER LA FORMATION ET LA RECHERCHE SUR LES CANCERS

Le meilleur levier pour une prise en charge de qualité des malades cancéreux réside dans l'amélioration de la formation de tous les professionnels de santé (praticiens médicaux et para médicaux, gestionnaires, …). Les soins dispensés au malade en traitement oncologique sont très spécifiques et parfois méconnus. Ils devraient faire dans toutes les disciplines l'objet d'un enseignement adapté aussi bien en graduation qu'en post graduation.

Depuis les réformes des années 70, l'enseignement des Sciences Médicales n'a pas connu d'évolution et se cantonne dans une formation académique hospitalocentrée sans actualisation ni adaptation aux réalités du terrain et à l'émergence de nouveaux métiers. Il nécessite une profonde réforme afin qu'il puisse s'adapter aux nouvelles donnes épidémiologiques et aux progrès scientifiques et technologiques continus.

Une réflexion large et profonde, par exemple dans le cadre d'une conférence nationale sur l'enseignement de la cancérologie, après une préparation minutieuse incluant les différents secteurs concernés est plus que souhaitable. A l'issue de cette conférence, des groupes de travail thématiques auront la charge de rédiger les nouveaux programmes d'enseignement en cancérologie, de définir les nouveaux métiers et la mise en adéquation de ces nouvelles activités professionnelles de santé avec le contenu des enseignements.

Concernant les filières paramédicales en cancérologie, il faudrait les renforcer et les adapter grâce à une formation tenant compte des nouvelles activités, une flexibilité dans les carrières grâce au système des passerelles et une plus grande reconnaissance des différents professionnels.

En ce qui concerne la recherche, il a été constaté que les projets de recherche en cancérologie, sont peu nombreux, aussi bien dans le domaine de la recherche fondamentale que celui de la recherche appliquée. L'un des objectifs majeurs de la recherche translationnelle vise à faire en sorte que les découvertes issues de toutes les dimensions de la recherche contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients. Ceci est également valable pour la cancérologie. De plus, il faut souligner dans ce domaine, la faible diffusion de l'information sur les travaux de recherche et le manque de continuité dans la réflexion. Par exemple, les résultats des travaux des chercheurs comme ceux des thèses de doctorat en Sciences Médicales sont rarement diffusés et exploités et les chercheurs eux-mêmes ne sont pas encouragés pour poursuivre leurs recherches. Dans le même ordre d'idée, il parait important d'informer les étudiants au moyen de conférences portant sur des thèmes nouveaux en cancerologie qui peuvent les inciter à aborder des sujets d'étude et de recherche dans le domaine.

## OBJECTIF 1

- OPTIMISER LA FORMATION DE TOUS LES ACTEURS DE LA CHAINE DE SOINS DANS LE DOMAINE DE LA CANCÉROLOGIE

### Action 1.1 Envisager une formation spécifique du médecin généraliste

[Mesure 01] Organiser la formation initiale et continue dans le cadre du programme national universitaire pluridisciplinaire des médecins généralistes en cancérologie : pour l'acquisition des concepts diagnostiques et thérapeutiques, le suivi post thérapeutique, en prévention et dépistage des cancers et accompagnement en fin de vie ;

[Mesure 02] Instituer une formation d'une année pour certains médecins généralistes en Cyto-Pathologie et en screening ;

[Mesure 03] Assurer une formation des médecins coordinateurs de wilaya et des médecins des bureaux des entrées sur CIM 10 ;

[Mesure 04] Rendre attractifs les métiers de la cancérologie pour les étudiants en médecine et notamment les internes ;

[Mesure 05] Organiser des cycles de formations sur les causes médicales de décès par cancer.

## Action 1.2 **Instituer des formations complémentaires en oncologie pour les Chirurgiens, les Oncologues, les Médecins Radiologues et les Biologistes** (capacités ou certificat de compétences)

[Mesure 06] Renforcer la formation en cancérologie des chirurgiens, des médecins oncologues, des médecins radiologues et des biologistes.

[Mesure 07] Encourager l'hyperspécialisation soit par organe (tumeurs cérébrales, rétinoblastomes, thorax, greffe de moelle...), soit par spécialité (pédiatrie, neurologie, hématologie, gastroentérologie...).

[Mesure 08] Encourager l'hyperspécialisation des psychiatres dans le domaine de l'OncoPsychologie.

[Mesure 09] Créer une formation spécifique en Oncopédiatrie et en Oncogériatrie.

## Action 1.3 **Renforcer la formation des anatomo-cytopathologistes et des biologistes**

[Mesure 10] Assurer une formation médicale continue pour les médecins et les techniciens ;

[Mesure 11] Homogénéiser l'enseignement du résidanat ;

[Mesure 12] Renforcer la formation complémentaire en cytopathologie de dépistage ;

[Mesure 13] Encourager la sur spécialisation ;

[Mesure 14] Instituer une formation en Oncogénétique, en Biologie Moléculaire ;

[Mesure 15] Rouvrir une filière d'Anatomo-Cytopathologie pour les techniciens dans les instituts de formation paramédicales ;

[Mesure 16] Organiser la formation de techniciens de laboratoires spécialisés en Anatomo-cytopathologie, en immuno-histochimie et en hybridation in situ.

## Action 1.4 Renforcer la formation des Radiothérapeutes, des Médecins Nucléaires, des Médecins Radiologues et des Physiciens Médicaux

[Mesure 17] Engager un plan de formation initiale en surspécialité (radiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique).

[Mesure 18] Identifier les besoins et élaborer un plan de formation sur la mammographie et l'échographie mammaire en vue de la mise en place du dépistage du cancer du sein.

[Mesure 19] Renforcer dans les programmes du cursus de résidanat l'enseignement de la mammographie.

[Mesure 20] Former le personnel en charge à l'utilisation du PET Scann.

[Mesure 21] Organiser des recyclages des Radiothérapeutes, soit sur site soit par le biais de stages de courte durée.

[Mesure 22] Redynamiser la formation et le recyclage des Physiciens Médicaux.

[Mesure 23] Renforcer la formation de manipulateurs en radiothérapie, de paramédicaux spécialisés en Médecine Nucléaire, de dosimétristes.

[Mesure 24] Redynamiser la formation des ingénieurs biomédicaux.

[Mesure 25] Redynamiser la formation des techniciens de la maintenance.

## Action 1.5 Renforcer la formation d'agents paramédicaux dans la prise en charge du cancer

[Mesure 26] Organiser une formation pour des infirmiers spécialisés en cancérologie, notamment dans le dispositif d'annonce, les soins à domicile et ambulatoires, la prise en charge des soins de support (douleur) et des soins chirurgicaux (notamment stomato-thérapie et autres).

[Mesure 27] Instituer une formation de préparateurs en pharmacie des médicaments utilisés en cancérologie.

## Action 1.6 Promouvoir la formation médicale continue de tous les spécialistes en cancérologie, chacun dans son domaine, par des stages de mise à niveau des compétences

[Mesure 28] Organiser la formation continue des spécialistes dans un cadre institutionnalisé.

[Mesure 29] Renforcer les compétences techniques des personnels chargés de la surveillance épidémiologique.

[Mesure 30] Instituer une formation complémentaire en bio-statistique et bio informatique.

## Action 1.7 Renforcer la formation du personnel de soutien dans la prise en charge du cancer

[Mesure 31] Organiser la formation de psychologues dédiés à la prise en charge du malade atteint de cancer (Diplôme Universitaire)

[Mesure 32] Redimensionner la formation continue en Onco Psychologie par le processus de Valorisation des Expériences Acquises (VEA) en utilisant les compétences existantes internes et externes ;

[Mesure 33] Organiser la formation de diététiciens dans le cadre de la cancérologie ;

[Mesure 34] Organiser la formation de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes dans le cadre de la cancérologie ;

[Mesure 35] Organiser la formation de tabacologues ;

[Mesure 36] Organiser la formation d'assistants médicaux spécialisés en gestion de l'information médicale ;

[Mesure 37] Organiser la formation de secrétaires médicales ;

[Mesure 38] Instituer la formation des administrateurs du Dossier Médical Partagé (DMP).

## OBJECTIF 2

- DÉVELOPPER LA RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE

2

### Action 2.1 Promouvoir la recherche dans le domaine de la cancérologie.

[Mesure 39] Créer un établissement national de recherche sur le cancer ;

[Mesure 40] Définir une stratégie de recherche en fixant des choix et des priorités en collaboration entre le MSPRH et le MESRS ;

[Mesure 41] Mettre en place une tumorothèque et une cytothèque à visée de recherche (constitution de bases de données) ;

[Mesure 42] Promouvoir la télémédecine et le cancer et institutionnaliser son utilisation.

### Action 2.2 Promouvoir la recherche appliquée

[Mesure 43] Initier des projets de recherche sur le thème “plan cancer”.

[Mesure 44] Dynamiser la recherche épidémiologique notamment en développant les essais cliniques

### Action 2.3 Promouvoir la recherche en biotechnologie et en génétique

[Mesure 45] Créer une plateforme de recherche moléculaire et génétique.

[Mesure 46] Développer la recherche sur les mutations génétiques.

## Action 2.4 Développer la coopération et les partenariats nationaux et internationaux dans le cadre de la recherche sur le cancer

[Mesure 47] Redynamiser la coopération avec l'AIEA /OMS, notamment dans le cadre du programme imPACT, ainsi qu'avec le FNUAP et l'ATRSS.

[Mesure 48] Organiser le recueil, la diffusion et la consultation des travaux de recherche scientifique en cancérologie.

[Mesure 49] Editer une revue spécialisée sur le cancer.

[Mesure 50] Promouvoir et organiser la participation Algérienne au programme international de génomique du cancer.

# AXE STRATÉGIQUE 8

# RENFORCER LES CAPACITÉS DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS

## Focus : Optimiser et rationaliser les ressources financières disponibles

**OBJECTIF 1**

- Optimiser et rationnaliser les ressources financières disponibles

1

**OBJECTIF 2**

- Budgétiser les programmes de la prévention, de la formation et de la recherche

2

**03 ACTIONS**

**07 MESURES**

***" La nécessité d'un changement radical des modes de gestion et de financements des activités médicales, à l'effet d'assurer leur bonne gouvernance et d'en maitriser les coûts en quittant le financement global et forfaitaire pour aller aux financements des activités en introduisant des mécanismes incitatifs au titre de la réhabilitation des compétences et de la valeur travail "***[3].

La politique budgétaire au sens large du terme nait et s'alimente de la pratique de l'activité exprimée en programmes d'activités encadrant tous les compartiments de gestion. C'est ainsi qu'elle n'est qu'une synthèse financière anticipée de ce qui va être maitrisé ou non de l'organisation et de la gestion des activités de soins dans un environnement codifié.

Le présent plan ne peut échapper à ce préalable. Il s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et de rationalisation de l'utilisation des ressources budgétaires.

La Dépense Nationale de Santé (DNS) en Algérie est estimée à 5,2 % du PIB en 2012 alors qu'elle est de l'ordre de 10 % dans les pays développés.

La structure de la dépense enregistrée en 2012 attribue au secteur public (Etat et Sécurité Sociale) plus de 80 % du financement de la santé, ce qui place **l'Algérie en 2ème position** après Cuba sur 15 pays d'Amérique du sud, du Moyen orient, et d'Afrique du nord. Il ressort de cette comparaison que l'effort engagé par l'Etat en matière de financement de la santé depuis une décennie doit être maintenu et renforcé pour répondre correctement aux besoins de la population et anticiper sur les enjeux futurs. La tendance actuelle montre une nette augmentation des dépenses du budget de fonctionnement de la santé qui a plus que doublé en moins de 10 ans passant de 194 129 400 à 447 192 062 millions de dinars.

Ces chiffres restent relativement insuffisants pour couvrir tous les besoins notamment ceux qui seront induits dans le futur par les nouvelles demandes de soins dues à la transition sanitaire.

En l'absence de comptes nationaux de la santé, il est difficile de faire ressortir la part de la dépense nationale de chaque exercice et plus particulièrement, celles consacrées à la prévention et au traitement du cancer. Il est pourtant permis de constater que l'Etat a engagé depuis quelques années d'importants investissements pour améliorer la prise en charge du cancer.

[3] Discours de Monsieur le Ministre - Clôture du Colloque International "Politiques de Santé", 18-19 janvier 2014

Ces investissements sont caractérisés par le lancement, depuis 2006, d'un programme de réalisation des CAC, dont le coût global avoisine les 67 milliards de dinars et l'acquisition d'équipements de radiothérapie dans le cadre de contrats-programmes conclus en 2013, pour la fourniture de plus d'une trentaine d'appareils de radiothérapie pour un montant total d'environ 10 milliards de dinars.

La dispersion des moyens diagnostiques et thérapeutiques du cancer rend particulièrement difficile le calcul global du coût de cette pathologie.

L'analyse de la répartition des ressources financières allouées aux domaines de la prévention, de l'information sanitaire, de la formation, de la recherche, de l'organisation des soins et des soins palliatifs sont subsidiaires jusqu'à présent par rapport aux ressources allouées aux domaines diagnostiques et thérapeutiques. Par exemple, sur les quelques échantillons de CAC étudiés, on constate que le budget alloué à la recherche n'est que de 0,0002% en 2014 alors qu'il devrait être théoriquement de 2% et augmenter régulièrement. Quant à la formation, il lui est accordé un intérêt mineur soit 0,001% alors qu'elle devrait être au moins de 1% avec augmentation future si l'on veut mettre à niveau les qualifications et les compétences des professionnels.

La prévention primaire et secondaire, vecteur fondamental d'une prise en charge efficace du cancer qui bénéficie actuellement de 0% à 1% des budgets des CAC devrait être portée à au moins 2%, ce qui va impliquer que les activités des CAC seront systématiquement élargies à la prévention qui deviendra avec cette passerelle, le noyau dur de la lutte contre le cancer et un élément moteur de la performance des RCP.

Les dépenses à consacrer au cancer sont appelées à augmenter durant toute la mise en œuvre du Plan National Cancer 2015-2019 avec l'entrée en fonctionnement de pas moins de dix (10) CAC d'une capacité moyenne de 120 lits. Pour l'utilisation plus rationnelle de ces ressources, les experts pensent qu'un rééquilibrage profond de la structure de ces dépenses devra être opéré. En effet, pour induire une dynamique de succès dans la lutte contre le cancer, une partie beaucoup plus importante des ressources à mobiliser doit être consacrée à une meilleure qualification de toutes les ressources humaines et à une modernisation de la gestion pour la mettre à niveau des standards internationaux.

Le présent plan s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et de rationalisation de l'utilisation des ressources budgétaires.

La lecture d'un échantillon de budgets constitué de 4 CAC (CPMC, Blida, Sétif et Batna) fonctionnels et du taux de réalisation de ceux en projet impose une réorientation financière des finalités dont les résultats seront conditionnés par la qualité de conduite d'options stratégiques du plan, elles-mêmes accompagnant les exigences de sécurisation des ressources.

**La gestion des ressources humaines** est le premier poste budgétaire aussi bien en valeur absolue qu'en valeur relative ; les frais de personnel se caractérisent par une large et anormale disparité variant entre 26 % et 60 % de la masse globale suivant les CAC analysés.

Il serait intéressant, d'analyser en détail les raisons de ces différences d'un CAC à l'autre.

A l'évidence ce poste devrait être plafonné à 40%, ce qui implique qu'un organigramme-poste normatif soit correctement établi et accompagné d'une définition précise des tâches adossées à des indicateurs de performance.

L'analyse de la gestion de la **rubrique médicament** montre que celle-ci se retrouve en 2ème position et qu'elle se caractérise aussi par une grande disparité variant entre 32% et 72% suivant les CAC.

Cette rubrique est en très nette augmentation (30 milliards DA en 2012, soit le budget de 2005 multiplié par 20) et est le fait des thérapies ciblées qui ne représentent pourtant que 20% des cancers mais absorbent une enveloppe de 22 milliards DA soit 73% de l'enveloppe globale.

La gestion budgétaire de la rubrique recherche montre qu'elle est pratiquement nulle. Seul le CPMC la mentionne et y consacre 0,0002% du budget 2014.

La recherche clinique devrait bénéficier au moins de 2% sous réserve évidemment de la confection de programmes ciblés soumis à des résultats probants et temporellement identifiés. Ce budget recherche devrait être régulièrement augmenté pour permettre aux chercheurs algériens de bénéficier des progrès scientifiques et technologiques en rapide évolution.

Le budget alloué à la formation est aussi négligeable pour les 4 CAC analysés (inférieur à 0,001%). Ce chapitre pour les 4 CAC ne bénéficie que d'un intérêt mineur lié, directement à la recherche ; la formation devrait être financièrement revalorisée et orientée vers la formation continue.

L'établissement d'un système d'évaluation fiable et efficace est le seul garant pour optimiser les projections financière par des rattrapages et des réajustements réguliers. Dans le cadre de l'évaluation, l'implication des professionnels de santé est importante d'une part pour les familiariser avec les notions budgétaires et d'autre part pour les responsabiliser en respectant l'éthique professionnelle.

Pour ce faire, l'élaboration et la diffusion d'un guide sommaire financier pour les non initiés aux travaux budgétaires, pourrait contribuer non seulement à rétablir le lien entre l'activité et son coût mais aussi et surtout de valider les décisions à prendre, aussi bien au regard de l'efficacité que de l'efficience.

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

Chiffrer le coût d'un plan cancer est une opération difficile. En effet, un certain nombre de paramètres sont difficiles à cerner. On trouvera ci-après les contributions proposés par des experts.

## Première expertise :

Tableau 06 : Budget estimatif du Plan National Cancer 2015-2019

| Année | CAC fonctionnels | CAC prévus | Unités d'oncologie | Communication (2% Budget d'exploitation) | AP programme en cours | Total général |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2015 | 11 819 | | 56 | 1 998 | 66 000 | 178.674 |
| 2016 | 13 909 | 3 145 | 110 | | | |
| 2017 | 16 377 | 4 326 | 156 | | | |
| 2018 | 17 853 | 7 439 | 202 | | | |
| 2019 | 22 661 | 12 375 | 248 | | | |
| | 82 619 | 27 285 | 772 | | | |

Le budget du plan en chiffres pour 2015-2019 : s'élèvera à **178,674 milliards de DA**

Tableau 07 : Budget estimatif du Plan National Cancer 2015-2019 selon les rubriques de dépenses des structures

| Structure | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Médicaments et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | **Total Général** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total CAC | 42 982 | 2 016 | 1 052 | 46 032 | 2 151 | 1 886 | 569 | 1 892 | 608 | 99 197 | 10 707 | 109 904 |
| Total Unités Oncologie | 308 | 15 | 10 | 308 | 15 | 15 | 4 | 15 | 3,75 | 694 | 78 | 772 |
| Total général | 43 290 | 2 031 | 1 062 | 46 340 | 2 166 | 1 901 | 572,75 | 1 907 | 611,8 | 99 891 | 10 785 | 110 676 |
| Communication-vulgarisation (2% Budget d'exploitation) | | | | | | | | | | 1 998 | | 1 998 |
| AP programme en cours | | | | | | | | | | | 66 000 | 66 000 |
| Total général | | | | | | | | | | 101 889 | 76 785 | 178 674 |

Ce tableau analyse les différentes rubriques de dépenses en fonction des structures :

- **101,889 milliards DA** au titre du budget d'exploitation (CAC, Unités d'oncologie) et communication vulgarisation
- **10,785 milliards DA** au titre des investissements de modernisation et de renouvellement
- **66 milliards DA** pour le programme d'investissement en cours.

Il est décliné également en 04 tableaux en annexe, totalisant notamment :

- Un Budget quinquennal des CAC opérationnels de **82 milliards DA** *(Annexe Tableau 01)*.
- Un Budget des CAC devant être opérationnels pour la période 2016-2019 de **27 milliards DA** *(Annexe Tableau 02)*.
- Un Budget quinquennal des Unités d'oncologie de **0,772 milliards DA** *(Annexe Tableau 03)*.
- Un Budget par an/par rubrique/par CAC /Unités d'oncologie (personnel, formation, alimentation, médicament, prévention, maintenance, recherche, œuvres sociales, autres frais de gestion) élargie à l'investissement de modernisation, de renouvellement ainsi que le programme en cours, totalisant **178,674 milliards DA** *(Annexe Tableau 04)*.

Ce plan consacre par ailleurs 2% du budget d'exploitation ou **2,031 milliards DA** à la formation (mise à niveau et training d'adaptation à l'évolution des techniques et technologies), ce qui correspond à une offre de 2031 homme/jour. Un montant de **2,166 milliards DA** et **1,907 milliards DA** sont dédiés respectivement à la prévention et à la recherche.

Le Plan cancer émarge au budget de l'Etat et devient dès lors dépendant du niveau de mobilisation des ressources dédiées au système de santé.

La courbe d'évolution de l'allocation des ressources financières au MSPRH est relativement accidentée et ne semble pas prendre en compte de façon linéaire, la transition démographique (76,4 ans d'espérance de vie en 2012 contre 52 ans en 1972) et " l'explosion " des cas de cancer (12% de nouveaux cas en moyenne annuelle entre 2000 et 2013).

Dans le prolongement de cette démarche et pour se prémunir contre tout accident financier l'adoption et la promulgation d'une Loi-programme, dont l'exposé des motifs est constitué par le présent plan, serait l'option qui garantirait le mieux l'atteinte des objectifs exprimés en prévention, organisation efficace et efficiente des soins.

Dans cet ordre d'idée, le regroupement des CAC, y compris de ceux inscrits ou ceux à inscrire dans les programmes de développement, en une structure relevant de la sphère publique, qui s'affranchirait du "caractère administratif " en faveur d'une large autonomie de gestion et des prérogatives y afférentes, constituerait un moyen qui préserverait la cohérence, l'harmonie et la synergie du pilotage du plan cancer.

La rémunération de la structure à qui serait conférée, par délégation, la sujétion de service public de la santé, sera assurée par la loi programme dont il est ci-dessus question.

La budgétisation de ce Plan National Cancer 2015-2019 a tenu compte de trois points essentiels :

- La prévention primaire concernant la lutte contre le tabac et secondaire concernant le dépistage du cancer du sein.
- La formation dans sa composante continue des professionnels de santé.
- La recherche en cancérologie.

**Deuxième expertise :**

## Budget estimatif du Plan Cancer par année d'exécution (en milliers de DA)

(Dépenses complémentaires uniquement et hors infrastructures, équipements médicaux, médicaments et consommables)

| Axes stratégiques | | Années | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 1 | Prévenir les facteurs de risques du cancer (focus sur le tabac) | 346 240 | 3 184 191 | 1 324 204 | 1 322 867 | 443 518 | 6 621 020 |
| 2 | Améliorer l'accès au dépistage et la détection précoce du cancer | 1 444 989 | 3 699 614 | 2 855 548 | 2 313 527 | 1 409 479 | 11 723 156 |
| 3 | Améliorer le diagnostic du cancer (focus sur l'anatomo-cytopathologie) | 309 461 | 884 442 | 883 324 | 820 373 | 793 512 | 4 285 113 |
| 4 | Redynamiser le traitement du cancer par la chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie (focus sur l'interdisciplinarité) | 959 315 | 1 605 357 | 1 332 075 | 1 124 520 | 921 724 | 5 942 990 |
| 5 | Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi personnes atteintes du cancer et leur entourage (focus sur les cellules d'écoute) | 48 576 | 523 738 | 223 973 | 198 101 | 28 903 | 1 023 291 |
| 6 | Développer le système d'information et la communication sur le cancer (focus sur les registres des cancers) | 1 178 851 | 2 315 406 | 1 820 697 | 1 485 649 | 1 112 723 | 7 913 326 |
| 7 | Renforcer la formation et la recherche sur les cancers (focus sur l'initiation aux nouveaux métiers et sur la recherche translationnelle) | 534 000 | 600 140 | 629 368 | 546 887 | 528 891 | 2 839 285 |
| 8 | Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers | 1 762 669 | 2 049 811 | 2 148 894 | 2 023 215 | 1 667 231 | 9 651 820 |
| | **Total Plan Cancer** | **7 178 100** | **14 862 699** | **11 218 083** | **9 835 138** | **6 905 980** | **50 000 000** |

## Budget estimatif du Plan Cancer par rubriques d'exécution (en milliers de DA)

(Dépenses complémentaires uniquement et hors infrastructures, équipements médicaux, médicaments et consommables)

| | Axes stratégiques | Études et recherches | Formation | Communication | Fonction-nement | Infrastructures et équipements | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Prévenir les facteurs de risques du cancer (focus sur le tabac) | 6 683 | 1 012 878 | 5 550 870 | 50 588 | PM | 6 621 020 |
| 2 | Améliorer l'accès au dépistage et la détection précoce du cancer | 71 290 | 2 486 995 | 9 141 609 | 23 262 | PM | 11 723 156 |
| 3 | Améliorer le diagnostic du cancer (focus sur l'anatomo-cytopathologie) | 120 302 | 3 666 619 | 388 908 | 109 284 | PM | 4 285 113 |
| 4 | Redynamiser le traitement du cancer par la chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie (focus sur l'interdisciplinarité) | 91 340 | 4 639 512 | 1 176 531 | 35 607 | PM | 5 942 990 |
| 5 | Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi personnes atteintes du cancer et leur entourage (focus sur les cellules d'écoute) | 24 506 | 0 | 963 096 | 35 689 | PM | 1 023 291 |
| 6 | Développer le système d'information et la communication sur le cancer (focus sur les registres des cancers) | 120 302 | 5 734 981 | 1 993 390 | 64 653 | PM | 7 913 326 |
| 7 | Renforcer la formation et la recherche sur les cancers (focus sur l'initiation aux nouveaux métiers et sur la recherche translationnelle) | 22 278 | 2 697 343 | 119 664 | 0 | PM | 2 839 285 |
| 8 | Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers | 30 075 | 0 | 1 196 640 | 8 350 105 | 75 000 | 9 651 820 |
| | **Total Plan Cancer** | **486 777** | **20 238 327** | **20 530 708** | **8 669 188** | **75 000** | **50 000 000** |

**Le chiffrage, présenté comme suit, sous forme synthétique, d'abord par année d'exécution puis par catégorie de dépenses établit à 50 milliards de Dinars le coût du plan cancer, auquel il serait raisonnable de prévoir 20% d'aléas, soit 10 milliards de Dinars, ce qui ferait un total de 60 milliards de Dinars par année. Sur les cinq années, le financement du Plan National Cancer 2015-2019 s'élèverait à trois cent Milliards de DA.**

Il faut cependant, être attentif à l'importance de la mobilisation des ressources pour l'application des mesures proposées ; en effet, il nous semble qu'au moins 1/3 de ces mesures pourraient être assez rapidement appliquées avec efficacité sans nécessiter des moyens physiques ou financiers particulièrement élevés. L'efficience du résultat attendu, dépendra beaucoup plus de la volonté de les appliquer dans un cadre organisationnel adéquat et d'une expertise particulière des ressources humaines qui nécessiterait probablement des formations ad hoc.

Pour garantir la réussite de ce plan, un financement conséquent doit lui être réservé.

Les budgets négociés chaque année doivent faire ressortir le plan de charge et les objectifs de chaque établissement de santé bénéficiaire.

Outre le budget de l'Etat et la contribution de la Sécurité Sociale alloués aux établissements, le secteur dispose également de deux fonds d'affectation spéciale. Ces fonds dont l'utilisation n'a pas été optimisée doivent être mis rapidement à contribution pour le financement des activités prévues par leur nomenclature de dépenses.

Il s'agit de deux sources de financement en soutien à la lutte contre le cancer.

### a) Le compte d'affectation spéciale n°302-096 intitulé "Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux"

Ce fonds créé en 2002 permet le financement selon une nomenclature prévue par arrêté interministériel :

- des actions de prévention contre le tabagisme ;
- l'acquisition de médicaments et matériel pour la prise en charge des maladies (dont le cancer) liées à la consommation du tabac.

A l'heure actuelle, aucune dépense consacrée à la lutte antitabac, important facteur de risque du cancer, n'a été engagée.

**Situation du compte :**

| | |
|---|---|
| Solde au 23 octobre 2014 | 65 937 542 140,33 DA |
| Recettes recouvrées au titre de l'année 2013 | 9 392 738 770,25 DA |
| Estimation moyenne des recettes annuelles :<br>(calculée sur la base des recettes des années 2011 et 2013) | 9 100 000 000 DA |

### b) Le compte d'affectation spéciale n° 302-138 intitulé "Fonds de lutte contre le cancer"

Ce compte créé en 2012 permet le financement selon une nomenclature prévue par arrêté interministériel:

- des campagnes de sensibilisation ;
- des actions de formation ;
- l'acquisition de produits pour le dépistage du cancer ;
- l'acquisition de clino mobiles équipés pour le dépistage du cancer du sein ;
- l'acquisition de pièces détachées et consommables spécifiques à la radiothérapie ;
- les prestations médicales dans un cadre contractuel et de partenariat.

**Situation du compte :**

| | |
|---|---|
| Solde au 23 octobre 2014 | 9 406 784 752,58 DA |
| Recettes recouvrées au titre de l'année 2013 | 4 166 977 478,19 DA |
| Estimation moyenne des recettes annuelles : | 3 000 000 000 DA |

S'agissant du médicament, les achats relatifs aux produits de cancérologie (oncologie et hématologie) s'élèvent en moyenne à plus de 30 milliards de DA par an. Pour l'oncologie, et au titre de l'année 2014, les achats sont de 21 milliards de dinars avec plus de 50 % réservés à la thérapie ciblée.

Pour assurer la disponibilité de certains médicaments vitaux et essentiels dont ceux de la cancérologie, l'Etat a prévu, depuis 2012, **l'attribution annuelle d'une subvention à la PCH** en application de l'arrêté ministériel[4] du 06 février 2013 publié au JO n°50 de l'année 2013.

- Cette subvention a évolué entre **27 milliards de dinars en 2012** et **50 milliards de dinars en 2015.**

Tous les financements doivent être utilisés de manière rationnelle dans le cadre de la stratégie globale du plan.

Tous les investissements à engager doivent se faire sur la base de plans d'action et leur exécution sera régulièrement évaluée.

[4] Le décret exécutif n°94-293 du 25 septembre 1994 régissant la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) a été modifié en janvier 2012 par l'introduction de nouvelles dispositions visant à permettre à cet organisme de jouer le rôle de centrale d'achat et de disposer à cet effet de moyens financiers (disponibilités de crédits). Les nouvelles dispositions permettent à la PCH d'intervenir :

- Dans le cadre de l'achat pour compte (centrale d'achat) sur la base de besoins préalablement identifiés (art 4);
- Dans le cadre de sujétions de service public fixées par un cahier des charges et des arrêtés ministériels (art 4 bis) fixant les programmes et plans nationaux et les produits pharmaceutiques y afférents.

## OBJECTIF 1

- OPTIMISER ET RATIONNALISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES DISPONIBLES

1

### Action 1.1 Optimiser l'utilisation des fonds d'affectation spéciale

[Mesure 01] Identifier, au titre de l'année 2015, les premières activités à engager dont les dépenses sont imputables sur les deux fonds d'affectation spéciale, élaborer et mettre en exécution des plans d'actions pour leur utilisation **avec des échéanciers.**

[Mesure 02] Adapter les nomenclatures des dépenses afférentes à ces deux fonds aux besoins du terrain en les modifiant conformément aux procédures en vigueur.

### Action 1.2 Rationnaliser les dépenses pharmaceutiques

[Mesure 03] Organiser les achats de produits pharmaceutiques selon leur imputation (Budget de l'établissement, subvention PCH et fonds spéciaux) pour assurer la cohérence et l'efficacité dans la dépense.

[Mesure 04] Adopter les consensus thérapeutiques pour les cancers les plus fréquents.

## OBJECTIF 2

- BUDGÉTISER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION, DE FORMATION ET DE RECHERCHE

2

### Action 2.1 Améliorer la communication et la qualification des personnels en charge du cancer

[Mesure 05] Budgétiser les programmes de communication pour la lutte anti-tabac et l'aide au sevrage tabagique.

[Mesure 06] Budgétiser des programmes de communication pour la sensibilisation relative au dépistage du cancer du sein.

[Mesure 07] Réserver 2% du budget de fonctionnement à la formation continue des personnels en charge de traitement du cancer.

[Mesure 08] Accorder à la recherche en cancérologie un budget conséquent soit de l'ordre de 2% du budget de fonctionnement.

# CONCLUSION

## *Mise en œuvre, importance des procédures et évaluations*

Ce "Plan National Cancer 2015-2019" a été établi après de très larges débats et un accord consensuel à partir des propositions du rapport d'octobre 2013.

Ce plan a fixé huit axes stratégiques. Leur mise en œuvre devra particulièrement tenir compte des thèmes transversaux qui ont été évoqués, à savoir l'amélioration du parcours du malade et son humanisation, la réglementation et le financement ainsi que le développement de l'inter-sectorialité. Le contenu de ce plan n'aura de valeur qu'en fonction de l'exécution des mesures contenues, notamment de la pertinence des procédures qui restent à élaborer, et de son évaluation sur la base d'indicateurs précis.

Pour toutes ces raisons, nous devons mettre à profit la forte volonté politique affirmée à maintes reprises par les plus hauts responsables de l'État, pour un système de santé efficace et équitable, ainsi que de la disponibilité des ressources importantes, financières, infrastructurelles et humaines et notamment de celles qui existent déjà.

Par ailleurs, d'autres conditions moins budgétivores mais plus exigeantes en efforts humains de travail et d'organisation sont requises. En effet, la participation, la ténacité et la volonté de tous, à quelque niveau qu'ils se trouvent ou quelque soit leur statut d'exercice (structures centrales, structures des différentes wilayas, établissements de santé, secteur privé, associations de malades ….) s'avèrent indispensables.

La consolidation de la mobilisation qui s'est manifestée nécessite la revalorisation des carrières professionnelles, l'adaptation des métiers et une formation continue et actualisée. L'adhésion des usagers et donc de la société civile est également une condition de réussite. Ces deux domaines doivent être encadrés par une législation dynamique.

En donnant une assise réglementaire, au « Plan National Cancer 2015-2019 », le secteur de la santé engagera un processus de réorganisation et de normalisation de ses activités de traitement du cancer qui aura certainement une influence sur les autres plans et programmes nationaux de santé. En effet, ce plan qui s'inscrit également dans les recommandations internationales doit être partie prenante d'une nouvelle politique de promotion de la santé intégrant les soins et la prévention.

Enfin, son succès nécessite une attention particulière dans la stratégie de sa mise en œuvre. Celle-ci doit répondre à deux exigences : d'une part dans le domaine du pilotage par une institution experte (conseil de suivi) et d'autre part d'une évaluation neutre, continue et évolutive (comité d'évaluation).

Traçant une première stratégie globale, ce plan ne représente en fait qu'un jalon dans le long processus de lutte contre le cancer. Son évaluation régulière permettra d'identifier ses forces et ses faiblesses dont l'analyse, en plus de l'évolution de la connaissance de cette maladie, ouvrira des perspectives à de nouveaux défis qui seront pris en considération par les futurs plans cancers.

Lors de l'évaluation, en 2013, de la prise en charge des malades atteints de cancer, notre attention a été particulièrement attirée par le parcours difficile dont se plaignaient les patients. Ceux-ci signalaient l'absence d'orientation efficace et de circuits bien définis pour une prise en charge globale pouvant leur éviter "l'errance diagnostique et thérapeutique" aggravée par les délais parfois trop longs des rendez-vous.

L'objectif principal de ce plan insiste sur une nouvelle vision stratégique centrée sur la réduction de la mortalité des patients cancéreux et sur l'amélioration des mesures de prévention ainsi que sur la qualité de vie pendant et après le traitement.

Cette vision devra être basée sur des concepts théoriques et généraux et elle devrait s'appuyer essentiellement sur une prise en considération plus rigoureuse du travail sur le terrain, notamment dans le domaine de l'évaluation qui a été jusqu'à présent plus ou moins négligé.

De plus, de nombreux professionnels eux même, n'ont pas de vision claire du réseau de soins, dont la connaissance est pourtant indispensable pour une organisation efficiente surtout dans le domaine **des soins palliatifs** si importants en cancérologie. Enfin, les aspects psycho affectifs et socio-économiques ne sont pas toujours pris en considération par les personnels soignants.

C'est dans ce cadre que **8 axes Stratégiques** élaborés de manière consensuelle ont pris comme cibles principales ou "**focus**" des thèmes à traiter de manière prioritaire pour les cinq années à venir et au-delà. Ces axes devraient permettre d'améliorer la prise en charge des patients, en valorisant les atouts existants et en réduisant les faiblesses actuelles.

A cet effet, la mise en œuvre de ces objectifs ne pourra être abordée de manière pertinente qu'après avoir mis en place des **procédures** élaborées de manière précise. Cette notion de procédure, défaillante jusqu'à l'heure actuelle, devra être introduite de manière rapide car elle nous semble représenter une condition incontournable pour la réussite de l'opération de pilotage de tout le Plan National Cancer 2015-2019.

Les "**procédures**" définissent les tâches successives à réaliser. Leur élaboration devra être faite en tenant compte des réalités nationales et des données locorégionales du terrain auxquelles elles devront s'adapter en fonction des spécificités et des nouveaux problèmes de santé publique. Elles seront formulées par des experts qui veilleront d'une part à leur caractère réalisable et à la possibilité de leur évaluation. La mise en place des procédures devra précéder la mise en œuvre des actions et mesures. Elles devront utiliser la même méthode de travail que pour l'élaboration de celles-ci et cette méthode sera basée sur la concertation et le consensus.

De nombreux praticiens Algériens ont acquis une expertise reconnue dans le domaine des Maladies Transmissibles (MT), dans l'élaboration de procédures écrites dans certains programmes qui ont réussi comme dans le Programme National de Lutte contre la Tuberculose et le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et sont tout disposés à faire face aux nouveaux défis des MNT en général et du cancer en particulier.

L'analyse des expériences internationales a montré que la qualité des résultats est souvent directement liée à la précision des procédures élaborées, à la fidélité de leur exécution et à leur évaluation évolutive. C'est grâce à l'ensemble de ces procédures et d'un tableau de bord d'application que les décideurs auront à leur disposition une véritable plateforme modélisée d'organisation de la prise en charge du cancer.

Pour garantir l'adhésion des professionnels et leur appropriation de cette démarche, il est important de veiller à leur information, à leur formation et à la valorisation des statuts d'exercice des différentes catégories des personnes impliquées dans la mise en œuvre de ce "Plan National Cancer 2015-2019".

# PLAN NATIONAL CANCER 2015-2019
## Synthèse

Le but de cette synthèse est de resituer le contexte dans lequel les travaux de ce comité se sont déroulés, de décrire les principales données rassemblées dans le «Plan National Cancer 2015-2019» et de discuter des premières conclusions qui peuvent être tirées du travail fourni.

Le plan est la suite logique du résultat des deux rapports d'évaluation et de suivi du plan cancer, suite à la mission confiée au Professeur Messaoud Zitouni par Monsieur le Président de la République pour «assurer, en liaison avec les autorités concernées, le suivi et l'évaluation du plan national cancer et proposer toutes mesures utiles à l'effet d'améliorer davantage la qualité des soins et du suivi des patients».

Par ailleurs, Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a créé le "Comité National chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer" par l'arrêté N°64 du 24 mars 2014 et l'a installé le 27 avril 2014.

La lettre de mission détaillée de Monsieur le Premier Ministre a grandement facilité la poursuite des travaux. Le premier rapport préliminaire a été présenté lors d'un Conseil Inter Ministériel en juillet 2013 et le rapport final a été remis en Octobre 2013.

L'idée du "Plan National Cancer 2015-2019" était déjà suggérée dans le rapport préliminaire qui concluait : "Sur la base des recommandations des groupes de réflexion il sera nécessaire d'élaborer un plan de lutte contre le cancer rédigé, organisé, consensuel et surtout structuré autour d'objectifs clairs, précis, ambitieux tout en étant réalistes et réalisables avec un échéancier raisonnable entre cinq et dix ans". La réflexion sur le sujet s'est progressivement développée lors de l'élaboration du rapport d'octobre 2013.

Le Plan National Cancer 2015-2019 s'est largement inspiré des propositions et recommandations de ces deux précédents rapports.

Le comité s'est réuni huit fois sous une forme plus ou moins élargie avec un compte rendu adressé régulièrement à Monsieur le Ministre.

Après de nombreux débats, le comité a arrêté de manière consensuelle l'objectif principal du plan qui est "la réduction de la mortalité et de la morbidité par cancer et l'amélioration de la qualité de vie des malades pendant et après le traitement", de même qu'il a fixé les huit axes stratégiques qui ont été hiérarchisés selon un ordre prioritaire avec pour chaque axe une cible principale ou "focus".

Cette hiérarchisation a été établie sur le critère du degré d'efficacité du résultat attendu pour le malade. Les cibles principales ont été choisies, soit à cause de leur importance soit à cause du caractère d'urgence de leur réalisation. Enfin l'identification de certains dysfonctionnements, signalés très souvent par les experts, nous a poussés à insister plus particulièrement sur des thèmes méritant une attention particulière que sont certains focus.

L'axe Stratégique 1 concerne l'amélioration de la prévention contre les facteurs de risque. La prévention reste, en effet, la seule possibilité reconnue pour réduire la mortalité et l'incidence des cancers. La cible principale ou focus dans ce plan est la lutte contre le tabagisme, principale cause actuellement identifiée de cancer. Un Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des MNT 2014-2018, élaboré par la DGPPS du MSPRH, comprend les principales mesures contre le tabagisme et pourrait représenter la feuille de route de cette lutte pour les 5 prochaines années.

L'axe Stratégique 2 concerne l'amélioration du dépistage de certains cancers. Le focus a été mis sur le dépistage du cancer du sein dont l'augmentation très forte devient particulièrement inquiétante. Une réorganisation structurée du dépistage de ce cancer, associée à une meilleure rentabilisation des ressources matérielles et humaines existantes, s'impose dans le cadre de l'urgence. En effet, des expériences internationales de dépistage organisé et réussi ont démontré que des résultats spectaculaires pouvaient être obtenus rapidement en terme non seulement de bénéfice médical pouvant atteindre 90 % de guérison mais aussi de gain économique. Le dépistage du cancer du col de l'utérus, cancer gynécologique moins fréquent nécessite, la redynamisation d'un programme existant mais insuffisant.

L'axe Stratégique 3 concerne l'amélioration du diagnostic du cancer. Le focus est centré sur l'Anatomo-Cyto-Pahologie, examen clé incontournable parce qu'il est le seul capable d'identifier avec certitude le cancer, son type et son stade et à suivre son évolution. Cette spécialité gagnera à être renforcée en l'organisant en réseaux, en renforçant les qualifications

humaines et en augmentant ses ressources budgétaires. De plus, l'amélioration de ses performances permettra une meilleure prise en charge des malades en ciblant mieux les traitements et en permettant un suivi plus pertinent donc moins pénible pour le malade.

Les examens biologiques devront être enrichis par l'introduction de méthodes modernes spéciales au cancer, telles que la biologie moléculaire et la génétique qui sont à l'avant garde des progrès dans ces domaines. Les plateaux d'Imagerie Médicale doivent être modernisés à cause d'une double mutation qui affecte cette spécialité dans le sens du diagnostic et du traitement et dont elle devient partie prenante (radio chirurgie).

L'axe stratégique 4 concerne la redynamisation du traitement. Le focus a été mis sur l'interdisciplinarité parce qu'elle représente, de l'avis unanime des experts, le seul mode efficace et efficient dans la prise de décision thérapeutique pour le cancer. Il est urgent qu'elle soit institutionnalisée dans notre pays, non seulement sur le plan réglementaire mais aussi et surtout sur le plan comportemental de la part des professionnels.

La radiothérapie mérite une attention particulière à cause de ses spécificités : c'est le traitement le plus techno-dépendant exigeant des appareillages particulièrement sophistiqués dont la maintenance est d'une importance capitale et nécessite des personnels variés mais complémentaires. Avec l'amélioration progressive enregistrée, depuis une date récente, la radiothérapie devra rapidement rejoindre la chimiothérapie et la chirurgie dans un cadre de normalité pour les patients.

Le domaine de la chimiothérapie est lui aussi en constante mutation avec l'utilisation de nouvelles drogues, réputées de plus en plus efficaces mais coûtant aussi de plus en plus cher. C'est à ce niveau que le rôle de l'interdisciplinarité est capital, car ce n'est que dans un esprit de collégialité respectant les normes scientifiques et les règles éthiques que le traitement de tous les malades se fera avec le plus d'efficacité et le plus d'efficience.

Les traitements palliatifs permettent de faire la transition avec l'axe suivant.

L'axe stratégique 5 concerne l'organisation de ces traitements palliatifs, l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient. Le focus a été placé sur les "cellules d'écoute et d'orientations" dédiées à ces missions dans le cadre intégré d'une équipe multidisciplinaire. Ces cellules ont pour rôle d'assurer le soutien psychologique des patients et de leurs familles et de réduire les obstacles à l'accès aux centres de diagnostic et de traitement du cancer. Réparties harmonieusement à travers le territoire national, elles devraient être mieux organisées notamment par la désignation d'un médecin généraliste coordonnateur en cancérologie. Ce corps de métier pourrait être rapidement créé. Dans ce cadre, le rôle des associations d'aide aux malades cancéreux est important, en maintenant le lien entre les malades, leur entourage et le milieu soignant ainsi que d'autres segments de la société.

L'axe stratégique 6 vise à développer le système d'information sanitaire et de communication sur le cancer. Le focus a été mis sur les registres du cancer qui sont les instruments centraux de la surveillance épidémiologique dans ce domaine. L'Algérie dispose de Registres performants reconnus par les instances internationales. Il s'agit actuellement d'améliorer la coordination et l'extension de ces registres à travers le territoire et de renforcer les capacités d'intervention. L'amélioration de l'information et de la communication sur le cancer n'est pas encore assez efficace, le cancer souffrant encore de tabous et de préjugés. Les efforts de communication devront concerner non seulement les malades et les citoyens mais aussi les professionnels de la santé.

L'axe stratégique 7 concerne le renforcement de la formation et de la recherche sur le cancer. La notion de nouveaux métiers, qui sont cités dans le plan, propre au domaine de la cancérologie a été prise comme focus. Le constat fait par les experts est que des métiers prenant en charge le cancer sont de plus en plus en décalage par rapport au système de formation aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif. Il s'agit d'optimiser la formation de tous les acteurs de la chaine de soins dans le domaine de la cancérologie et de développer de nouvelles compétences imposées par les progrès constants dans la prise en charge des malades. Le rôle de l'intersectorialité est capital à ce niveau. L'implication des secteurs de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle pour la réforme de la formation et celle des finances et de la fonction publique, pour la définition des statuts futurs des nouveaux métiers, de leur reconnaissance et de leur valorisation professionnelle est indispensable.

Le secteur de la cancérologie étant en pleine expansion et constante mutation mérite un développement plus significatif de la recherche aussi bien dans un cadre opérationnel que translationnel. La recherche doit être revalorisée tant au niveau du Ministère de la santé que de celui de l'Université.

L'axe stratégique 8 vise à renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers avec comme focus d'optimiser et de rationaliser les ressources financières disponibles.

L'utilisation de celles-ci qui sont importantes, devra être optimisée et rationnalisée. En effet, l'ouverture de nombreux hôpitaux, CHU et surtout de Centres Anti Cancer avec des équipements très modernes vont entrainer une mobilisation substantielle des ressources financières.

Les domaines de l'information, de la prévention, du dépistage, de l'organisation des soins, de la formation et de la recherche ont été jusqu'à présent défavorisés par rapport au secteur des soins et des infrastructures. Il est nécessaire de revoir la budgétisation de leurs programmes parce qu'ils portent eux, les véritables sources du succès des actions de ce plan.

# PRINCIPALES CONCLUSIONS À TIRER DE L'ÉLABORATION DU PLAN CANCER

Comme on peut le constater, le travail fourni en vue de l'élaboration du "Plan National Cancer 2015-2019" est conséquent, mais il est évident qu'il n'aura de sens que si les actions et mesures prévues sont mises en œuvre de manière efficace. Ces actions et mesures sont contenues dans le cadre logique de ce plan, après avoir été discutées et enrichies, ont été adoptées de manière consensuelle par les participants de toutes les régions du pays, lors de trois séminaires-ateliers tenus à l'INSP les 12, 13, et 14 octobre 2014.

Certes, beaucoup de travail a déjà été accompli, mais lorsqu'on envisage les différents axes stratégiques retenus, on peut constater qu'il existe pour chacun d'entre eux des dysfonctionnements qui devraient disparaitre d'ici la fin des cinq prochaines années si nous investissons toutes nos forces dans la réussite de ce plan. C'est ainsi que pour le domaine de l'axe 1, il n'existe pas de réelle coordination entre les secteurs gouvernementaux chargés du dossier du tabac, pour l'axe 2, nous ne disposons pas encore de protocoles consensuels de dépistage du cancer du sein, pour l'axe 3, beaucoup des choses restent à faire dans les domaines de l'Anatomo-Cyto-Pathologie, de l'Imagerie Médicale, de la Médecine Nucléaire et de la Biologie, pour les axes 4 et 5, le parcours du malade reste assez difficile dans la mesure où l'information ne circule pas et où la construction des réseaux est actuellement largement défaillante.

Pour l'axe 6, le système d'information actuel n'est pas réellement bâti sur des indicateurs de santé permettant une aide à la décision aux différents niveaux du système de santé.

Pour l'axe 7, la refonte des programmes de formation est attendue depuis plusieurs années, l'attention accordée aux nouveaux métiers de la santé et plus particulièrement ceux concernant le cancer reste pour le moment incomprise, et la recherche manque de dynamisme. Enfin, en ce qui concerne l'axe 8, ces dernières années nous ont montré qu'il existe des difficultés à consommer les ressources budgétaires disponibles et parfois importantes prévues notamment par les deux fonds d'affectation spéciale.

L'échéancier qui figure en annexe du présent document, a été constitué au terme de plusieurs discussions, notamment au cours des ateliers de validation d'octobre 2014 et avec la collaboration d'experts sur la base des axes stratégiques du plan, de ses objectifs et de certaines mesures.

De ce fait, le temps requis pour la mise en œuvre de ces différentes mesures n'a été que l'objet d'une estimation et il est fort possible que celle-ci soit sous estimée. Il sera nécessaire de prendre en considération toutes les interactions possibles qui surviendront durant la mise en œuvre du fait que tous les éléments du plan sont interactifs. En particulier, il faudra tenir compte du temps imparti à l'élaboration des procédures qui pour la plupart restent encore à définir.

C'est pour cette raison que nous insistons également sur la nécessité de procéder à des évaluations régulières qui, seules, permettront de prendre les décisions appropriées.

A titre d'exemple dans l'axe stratégique 2 "Améliorer le dépistage de certains cancers" et dans l'objectif 2-1 qui concerne "le dépistage du cancer du sein" il est prévu dans l'action 1-1 la création d'un comité d'experts qui doit mettre en place au bout d'une période de 06 trimestres une stratégie permettant de planifier une organisation pour le dépistage du cancer du sein. Ces experts auront pour tâches d'évaluer la mise en œuvre de chacune des 12 mesures prévues sur cette période de préparation comme on peut l'observer sur l'échéancier. Or, il est impossible de prévoir quel sera le temps qui s'écoulera entre deux mesures qui se suivent et l'impact de l'une sur l'autre. Dans le même ordre d'idée, il sera difficile de prévoir par exemple le temps nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre un plan de formation sur la mammographie et l'échographie mammaire qui nécessite un important travail du comité pédagogique chargé de cette formation, en collaboration avec le comité d'experts.

Les dysfonctionnements relevés devraient être corrigés à la faveur de l'application des réformes qui ont été prévues notamment dans l'organisation générale du système de santé et plus particulièrement dans la gestion hospitalière. Ces réformes de fond permettront surtout un changement qualitatif dans le comportement de l'ensemble des personnels de santé pour rendre leurs actions plus efficaces. Dans cette perspective de changement positif, la communauté des professionnels de santé placent un espoir tout particulier dans la future loi sanitaire.

Pr Messaoud ZITOUNI

# ANNEXES

Annexe 01 : Evaluation et suivi du Plan de lutte contre le Cancer - Synthèse

Annexe 02 : Plan National Cancer : Rapport d'évaluation et suivi - Synthèse

Annexe 03 : Bilan financier

Annexe 04 : Echéancier

Annexe 05 : Liste des contributeurs et participants

Annexe 01

# Evaluation et suivi du Plan de lutte contre le Cancer - Synthèse

*Juin 2013*

En tenant compte de la grande complexité d'élaboration et de structuration du plan notamment en ce qui concerne l'établissement de programmes et la fixation d'objectifs précis et mesurables d'une part , et la définition de priorités consensuelles d'autre part , il a été difficile de procéder à une évaluation complète et qualitative avec des recommandations précises et définitives .

Aussi, le groupe de travail s'est attelé à identifier les dysfonctionnements les plus importants sur la base des informations recueillies et de présenter un état des lieux avec des propositions et des suggestions générales qui pourraient éclairer les responsables sur la situation, et aider à la prise de décision.

Par ailleurs, des axes plus larges et des décisions plus précises pourraient être élaborés par la suite sur la base des conclusions qui seront fournies par des groupes de réflexion sur lesquels nous donnerons plus de détails à la fin de cette synthèse.

# I- PROPOSITIONS PRÉLIMINAIRES GÉNÉRALES

Les thèmes prioritaires déjà définis dans la lettre de mission de Monsieur le Premier Ministre ont été pris comme axes principaux.

## 1- Mettre en place des programmes de prévention contre les facteurs de risque du cancer

Il s'agit d'engager des programmes de prévention contre les facteurs de risque communs aux Maladies Non Transmissibles en général et au cancer en particulier. Ces programmes doivent être pensés dans le cadre d'une intersectorialité dans laquelle les taches des différents secteurs seraient parfaitement définies, et où la communication intersectorielle garantie par des procédures précises et évaluables.

Le Programme d'Appui au Secteur de la Santé en Algérie (PASS) a été mis en œuvre pour développer une approche globale, multisectorielle et une stratégie de lutte intégrée contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) et les facteurs de risque communs fréquents en Algérie.

A cette occasion, le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) doit particulièrement veiller à une application stricte et pérenne des recommandations de ce programme notamment par la mise en place de mécanismes d'évaluation qu'il coordonnera dans le cadre de l'intersectorialité.

## 2- Faciliter le parcours du malade

Il s'agit de permettre au patient atteint de cancer actuellement soumis à un parcours difficile d'être pris en charge, investigué, traité et suivi dans les plus brefs délais.

Pour cela, il s'agira d'appliquer de manière beaucoup plus efficace le principe d'implantation de "cellules d'Ecoute et d'Orientation" permanentes locales instituées par la circulaire N°4 du 03 novembre 2010. Ces cellules doivent élargir leurs missions à l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des malades. Elles auront aussi une mission d'information et de conseil sur les protocoles thérapeutiques. Elles devront bénéficier d'une coordination organisée avec les autres structures de soin notamment les plus spécialisées.

Il est à noter que cette coordination risque d'être rompue et interrompre ainsi le continuum de la prise en charge des malades en cas de mauvaise interprétation ou application du décret 07-140 du 19 mai 2007 qui a modifié l'organisation sanitaire des services publics instituant l'autonomie de gestion des structures de santé et notamment celles de proximité.

### 3- Raccourcir les délais diagnostic

Il s'agit de faire bénéficier au malade d'un plateau technique permettant de poser le diagnostic rapidement. Un des principaux dysfonctionnements relevé concerne l'examen Anatomo Cyto Pathologique qui doit être un véritable pivot dans le diagnostic des cancers. Il est aussi important que des contacts solides soient établis entre les chirurgiens et les Anatomo Cyto Pathologistes. La présence de ces derniers, reste actuellement relativement rare dans les blocs opératoires afin de pratiquer les examens extemporanés, dysfonctionnement qu'il y'a lieu de corriger rapidement.

Il s'agit également d'organiser graduellement en réseau les services existants aux niveaux d'une partie non négligeable de nos hôpitaux publics généraux, notamment au niveau des chefs lieux de wilaya, afin de pallier au déficit des wilayas qui sont totalement dépourvues de laboratoires d'AnatomoCyto Pathologie. L'Institut National de Santé Publique et son laboratoire de référence de cytopathologie cervico utérine pourrait servir de catalyseur dans cette opération.

Cette action devrait être rapidement planifiée et organisée par le MSPRH qui devrait par ailleurs installer des laboratoires d'Anatomo Cyto Pathologie, en s'efforçant de répartir de manière équitable les personnels.

### 4- Redynamiser le traitement

Le traitement comporte trois domaines la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Actuellement il est évident que c'est cette dernière qui soulève des problèmes les plus préoccupants à cause des retards de rendez vous de plus en plus longs. Les propositions concernant ce problème devront être traitées en urgence.

1- Concernant les centres fonctionnels, il est impératif de rétablir prioritairement les capacités perdues des centres précédemment fonctionnels d'Oran et de Constantine, compte tenu de leur expertise en la matière, de leurs ressources humaines et de leurs équipements.

2- Concernant les centres en projet, il faut distinguer les six (06) qui sont en réalisation (Batna, Sétif, Annaba, Tizi Ouzou, Tlemcen et Sidi Belabbes) des sept (07) à l'état d'étude... (Médéa, Chlef, Bejaia, Adrar, Laghouat, EL Oued, Tiaret).

Cependant, leur point commun est le gros retard qu'ils ont tous pris par rapport aux prévisions initiales. La mise en fonction de tous ces centres était en effet prévue pour la fin

de l'année 2013. Les causes de ces retards sont dues à l'émiettement des responsabilités, au manque de maitrise de ce type d'ouvrage caractérisé par une technicité particulière et par le manque d'expertise locale.

### *2.1- Centres en réalisation*

- Il nous semble hautement souhaitable de procéder à la nomination d'un chef de projet national unique, permanent et ayant une vision globale et l'expérience du pilotage de projets importants, disposant de prérogatives spéciales et de pouvoirs décisionnels pour prendre en charge la direction des chantiers des six centres les plus avancés.

- Nommer pour chaque centre un chef de projet à plein temps, présent quotidiennement sur le terrain, et en relation permanente avec le responsable national.

- Faire appel vu la complexité de ces projets, à une coopération extérieure pour collaborer à l'accélération de toutes les étapes restantes jusqu'à la mise en fonction et l'accompagnement.

### *2.2- Centres à l'état d'étude*

Concernant les sept (07) centres en projet, il ne faut pas exclure l'idée d'une révision totale de la conception même de ces projets vu les probables contraintes majeures à venir pour leur réalisation.

D'ailleurs, il est important de signaler que le ministère de la santé lui même avait déjà identifié en 2009 ces contraintes et envisagé ce projet de réorientation de conception (abandonné entre temps). Par exemple, les centres prévus dans les wilayas du sud risquent de connaitre en plus, des problèmes connus de complexité de réalisation, ceux d'une rentabilité faible à cause de la densité réduite des populations et les insuffisances concernent l'expertise des ressources humaines spécifiques.

La proposition serait de rechercher d'autres alternatives qui seraient plus réalistes. L'une d'elle serait par exemple d'installer de simples centres de Radiothérapie et Médecine Nucléaire dans les hôpitaux généraux et les CHU qui eux disposent déjà de toutes les ressources diagnostiques et thérapeutiques aussi bien sur le plan des équipements que sur la plan des ressources humaines. Cette décision permettrait un gain de temps appréciable dans la réalisation et donc certainement une meilleure prise en charge des malades.

### 5- Augmenter le financement

La prise en charge du cancer, dans sa globalité coutera de plus en plus cher et il faut envisager d'accroitre considérablement les ressources financières consacrées au cancer.

1- Il s'agit de mettre en place dans le cadre de l'intersectorialité une commission mixte comprenant :

- le secteur de la santé
- le secteur de la Sécurité Sociale
- des gestionnaires

pour établir les niveaux de coûts réels des examens et traitements du cancer.

2- Il s'agit d'augmenter les niveaux de remboursements des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec la Sécurité Sociale plus en rapport avec ces coûts. Ceci a déjà été fait pour les maladies cardio vasculaires et l'insuffisance rénale.

Pour faire face à l'impact de cette mesure, un financement spécial et provisoire pourrait être accordé par l'état aux caisses de sécurité sociale.

## II- PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA RÉFLEXION

Dans ce rapport d'étape, nous avons identifié un certain nombre d'axes de réflexion qui devraient être davantage développés dans le cadre d'un travail préparatoire au rapport final et qui sera élaboré par des groupes d'experts exerçant au sein de différents secteurs ministériels. En effet, si on considère les différents dysfonctionnements, sept groupes de travail devraient aborder les grands axes de cette réflexion sur le cancer. Les deux premiers groupes s'intéresseront, l'un, au vécu des patients et à leur parcours de soins et l'autre, aux tâches des professionnels. Ces deux groupes devraient pour avancer dans leurs travaux, s'appuyer sur la production des cinq autres groupes travaillant de façon transversale et qui seront consacré aux domaines suivants : réglementation, prévention, formation et recherche financement et communication.

Les travaux de ces groupes qu'il est souhaitable d'installer assez rapidement doivent déboucher sur un projet qui devra être défini dans le temps, et être budgétisé et régulièrement évalué. Pour ce faire, il est indispensable que les résultats recherchés par la mise en œuvre des actions proposées soient clairement formulés et quantifiés et que la démarche proposée soit dotée d'indicateurs de résultats, d'activités, de coûts et d'impact.

Groupe 1 : Vécu des patients et parcours de soins.

Groupe 2 : Taches des professionnels. Interdisciplinarité

Groupe 3 : Réglementation.Intersectorialité

Groupe 4 : Prévention

Groupe 5 : Formation, Recherche

Groupe 6 : Financement

Groupe 7 : Communication.

La composition des groupes avec les ressources humaines choisies et leurs modes de fonctionnements pourront être définis assez rapidement.

L'échéancier doit être fixé à moins de six (06) mois.

Professeur Messaoud ZITOUNI

Annexe 02

# PLAN NATIONAL CANCER

## Rapport sur l'évaluation et les propositions de mesures
### *Synthèse*

*Octobre 2013*

Monsieur le Président de la République nous a confié la mission d' "Assurer, en liaison avec les autorités concernées, le suivi et l'évaluation du plan national cancer et proposer toutes mesures utiles à l'effet d'améliorer davantage la qualité des soins et du suivi des patients". Le but de ce document est de restituer brièvement les étapes parcourues pour mener à bien cette mission, et surtout, de présenter les propositions élaborées au terme de ce travail d'évaluation et de suivi, ainsi que les mesures et actions qui découlent de ces propositions. La première étape de l'exécution de cette mission a été facilitée par la lettre de mission adressée par Monsieur le Premier Ministre à Monsieur le professeur Zitouni et qui précisait :

> "*Les objectifs attendus dans votre mission concernent essentiellement l'évaluation de l'état de mise en œuvre du plan cancer et des suggestions quant à son amélioration pour mieux juguler cette pathologie par :*
>
> *- L'observation et l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer.*
>
> *- La définition des bonnes pratiques en cancérologie*
>
> *- La réponse aux attentes des patients dans les domaines de la prévention, du dépistage, du diagnostic anatomopathologique déterminant et l'ensemble des traitements dont la radiothérapie en particulier.*
>
> *- La prise en charge des équipements et la garantie de la pérennité de leur maintenance.*
>
> *- L'amélioration de la qualité de vie pendant et après la maladie et l'élimination de toute forme d'exclusion et d'iniquité dans les soins.*
>
> *- La mise en place d'actions de formations médicales, paramédicales, d'ingénieurs de maintenance et de physiciens de radiothérapie.*
>
> *- Le développement et la mise en œuvre de projets de recherche et développement notamment en matière d'innovation et de biotechnologie".*

Ces orientations nous ont aidés à établir un état des lieux à travers le recueil de la documentation existante accumulée au niveau du Ministère de la Santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), ainsi qu'au niveau des établissements sous tutelle du MSPRH, des rencontres avec de nombreux experts, de visites sur le terrain et la prise de contact avec des représentants d'autres secteurs ministériels et des agences internationales impliquées dans la lutte contre le cancer.

Un rapport préliminaire a été remis en juin 2013 à Monsieur le Premier Ministre ; il a été suivi de la tenue d'un Conseil Inter Ministériel le 03 juillet 2013.

Ce rapport préliminaire insistait sur les nombreux atouts existant en la matière, à savoir la présence d'infrastructures et d'équipements disponibles et permettant d'assurer l'accueil et la prise en charge des patients cancéreux, une réglementation nationale basée sur l'adhésion aux conventions internationales incitant les pays à prendre des mesures de lutte contre le cancer, et notamment la convention cadre de lutte contre le tabac ratifiée par notre pays en 2006, et l'existence de ressources humaines et financières.

Mais il faisait également état de nombreux dysfonctionnements, tels que la mauvaise qualité de l'accueil des patients, et le manque d'information, aussi bien sur la maladie cancéreuse que sur les possibilités d'accès au système de santé, le retard au diagnostic en grande partie lié aux difficultés de la constitution d'un dossier médical et le manque de structures d'anatomo-cyto-pathologie dans plusieurs wilayas du territoire national avec pour conséquence un retard au diagnostic.

Les difficultés d'accès au traitement concernent en premier lieu l'accessibilité à la radiothérapie, étape indispensable de la prise en charge de nombreux cancers mais on peut noter aussi la faible prise en charge psychologique des patients et de l'absence fréquente d'organisation des soins palliatifs.

Ces dysfonctionnements relèvent en grande partie de problèmes d'organisation, et sont à l'origine d'une faible efficience en termes de soins aux cancéreux. Le Conseil Inter Ministériel a pris acte du rapport préliminaire et a relevé le fait que le diagnostic présenté dénotait une avancée relative, en dépit des dysfonctionnements identifiés.

Il a également recommandé de mettre en application la proposition concernant la mise en place de sept groupes de réflexion auxquels il a été demandé de "faire des propositions-actions portant sur les thématiques suivantes : Parcours du malade, Tâches des professionnels, Communication, Financement, Formation-Recherche, Prévention et Réglementation".

Ces groupes mis en place le 17 septembre 2013 ont travaillé dans un cadre multidisciplinaire et multisectoriel permettant une large concertation qui a abouti à l'émission de propositions consensuelles qui font l'objet du présent rapport. Les participants ont été désignés sur la base de leur expertise (ont été retenus entre autre ceux qui étaient déjà intervenu lors de rencontres antérieures sur le cancer, ou lors de l'élaboration du rapport préliminaire).

Ils ont été libres de participer aux travaux du groupe de leur choix, et/ou d'adresser des contributions écrites, ce qui a permis une importante participation des experts exerçant hors d'Alger. Un coordinateur chargé de recueillir les procès-verbaux des réunions des groupes a été désigné pour chaque groupe ; la date finale du recueil des données a été fixée au 22 Octobre 2013 et a été respectée.

Il nous semble important d'insister sur le fait que de très nombreuses contributions nous sont parvenues et qu'elles montraient d'une part, un large consensus sur le plan des mesures à prendre, et d'autre part une attente certaine vis-à-vis de la mise en place du nouveau "Plan Cancer Algérien".

Par ailleurs, plusieurs intervenants ont identifié des mesures urgentes à prendre et d'autres ont suggéré pour l'élaboration de ce prochain plan, une stratégie consistant à le mettre en œuvre sur la période 2015-2019, cette échéance coïncidant avec le lancement du nouveau programme de développement quinquennal du pays, dans lequel il serait possible de mobiliser les moyens nécessaires.

Au plan organisationnel, une telle échéance procurerait en 2014, à l'équipe chargée d'élaborer ce plan, une année de réflexion, d'échanges et de concertation avec tous les acteurs et sur tous les aspects y afférents (organisation fonctionnelle, contenu, financement, mécanisme de suivi et d'évaluation, ressources humaines..).

Ainsi qu'on le constatera à la lecture de ce rapport, les propositions concernant les mesures-actions recommandées ont trait à la veille épidémiologique permanente, à la prévention, au dépistage, à l'accueil, au diagnostic, au traitement, aux soins palliatifs, au rôle des associations, à l'intérêt de l'inter-sectorialité tout en insistant sur l'importance de l'évaluation.

## Les mesures d'urgence proposées concernent essentiellement six domaines :

1- L'amélioration de l'accueil du patient et le diagnostic précoce en réorganisant la chaine des soins à partir du lieu de domicile du malade. Dans ce domaine le rôle des médecins généralistes exerçant dans les structures publiques et /ou privées est capital. Ce rôle peut, en effet, être exercé dans les cellules d'accueil et d'orientation qui doivent être développées et redynamisées ou par un « médecin référent» exerçant dans le secteur privé.

2- La disponibilité des moyens thérapeutiques concerne essentiellement la **radiothérapie** qui représente actuellement le problème le plus crucial. Les mesures déjà proposées dans le rapport préliminaire sont reprises dans ce rapport, elles méritent une attention particulière.

   De plus, il est nécessaire de développer la pharmacie oncologique et d'installer des unités de reconstitution des traitements anticancéreux de façon planifiée.

3- La rapidité du diagnostic peut être améliorée par l'extension sur le territoire national et l'équipement des laboratoires d'Anatomo-cyto-pathologie ainsi que par l'organisation du travail en réseau.

4- La mise en application effective des textes réglementaires concernant les programmes de **prévention** et notamment la lutte anti tabac.

5- Le rôle capital et l'intérêt de l'intersectorialité surtout dans les domaines de la prévention qui ne peut être mise en place sans la synergie avec les secteurs autres que celui de la santé. En particulier la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique ainsi que celle avec le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale doivent être renforcées.

6- **L'adaptation de l'enseignement** aux nouveaux métiers concernant la prise en charge du cancer est impérative aussi bien dans le champ médical, paramédical qu'administratif. Il est d'autant plus urgent de répondre à cet impératif que cette adaptation passe par l'établissement de nouveaux programmes adaptés aux nouvelles connaissances. De plus, les grandes mutations et innovations scientifiques et technologiques et économiques sont actuellement tellement rapides et profondes qu'elles nécessitent la mise en place de programmes de recherche pour qu'à l'avenir, et en cas de besoin, l'Algérie puisse s'adapter plus rapidement

Enfin, la mise en place d'un **système d'évaluation** performant représente une urgence stratégique, en ce sens que toutes les propositions mesures et actions que nous venons d'évoquer et qui figurent dans ce rapport devront, lorsqu'elles seront mises en œuvre, être dotées d'indicateurs qui serviront d'instruments pour leur évaluation.

En conclusion, il ne fait pas de doute que cette entreprise d'amélioration de la prise en charge des patients cancéreux soulève un vif intérêt, aussi bien auprès des usagers que des personnels de santé et des associations, et induit une forte attente qui peut être résumée par une phrase saisie dans une contribution envoyée par un participant : "La réussite de ce plan est pour nous un défi, et une rude bataille que nous devons gagner, car elle sera la locomotive qui mènera tout notre système de santé vers des changements auxquels nous aspirons tous".

Professeur Messaoud ZITOUNI

Annexe 03

# BILAN FINANCIER

## Tableau 01 : Budget CAC opérationnels “2015-2019”

UM : Million de DA

| Structure | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | **Total Général** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CPMC | 12 927 | 567 | 297 | 15 932 | 653 | 523 | 176 | 523 | 206 | 31 804 | 3 537 | **35 341** |
| CAC BLIDA | 5 367 | 235 | 128 | 5 251 | 271 | 185 | 74 | 181 | 86 | 11 778 | 1 468 | **13 246** |
| CAC BATNA | 4 418 | 203 | 101 | 3 955 | 203 | 177 | 49 | 192 | 49 | 9 347 | 789 | **10 136** |
| CAC SETIF | 1 668 | 77 | 37 | 1 433 | 77 | 73 | 20 | 77 | 20 | 3 482 | 345 | **3 827** |
| CAC ORAN | 3 142 | 161 | 88 | 4 011 | 174 | 161 | 44 | 146 | 44 | 7 971 | 701 | **8 672** |
| CAC OUARGLA | 4 557 | 228 | 116 | 4 557 | 228 | 228 | 57 | 228 | 57 | 10 256 | 1 141 | **11 397** |
| **Total** | **32 079** | **1 471** | **767** | **35 139** | **1 606** | **1 347** | **420** | **1 347** | **462** | **74 638** | **7 981** | **82 619** |

## Tableau 02 : Budget CAC devant être opérationnels “2016-2019”

UM : Million de DA

| Structure | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | Total Général |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tlemcen | 1 278 | 64 | 31 | 1 278 | 64 | 64 | 18 | 64 | 18 | 2 879 | 318 | **3 197** |
| Tizi Ouzou | 1 193 | 60 | 41 | 1 193 | 60 | 60 | 15 | 60 | 15 | 2 497 | 299 | **2 796** |
| Annaba | 1 278 | 64 | 33 | 1 278 | 64 | 58 | 20 | 64 | 17 | 2 876 | 318 | **3 194** |
| El Oued | 1 278 | 64 | 33 | 1 278 | 64 | 64 | 17 | 64 | 17 | 2 876 | 318 | **3 194** |
| Béchar | 596 | 30 | 15 | 596 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 341 | 154 | **1 495** |
| Adrar | 596 | 30 | 15 | 596 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 341 | 154 | **1 495** |
| Laghouat | 596 | 30 | 15 | 596 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 341 | 154 | **1 495** |
| Sidi Bel Abbes | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | **1 279** |
| Constantine | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | **1 279** |
| Oran II | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | **1 279** |
| Médéa | 604 | 30 | 15 | 604 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 357 | 151 | **1 508** |
| Chlef | 483 | 24 | 11 | 483 | 24 | 24 | 7 | 24 | 7 | 1 087 | 120 | **1 207** |
| Tiaret | 483 | 24 | 11 | 483 | 24 | 24 | 7 | 24 | 7 | 1 087 | 120 | **1 207** |
| CAC Bejaia | 271 | 14 | 7 | 271 | 14 | 14 | 4 | 14 | 4 | 613 | 68 | **681** |
| CAC Jijel | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| CAC Djelfa | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| CAC El Bayadh | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| **Total** | **10 903** | **545** | **287** | **10 903** | **545** | **539** | **149** | **545** | **146** | **24 359** | **2 726** | **27 085** |

## Tableau 03 : Budget Unités d'Oncologie par rubrique

| Structure | Frais de personnel | Formation | Alimentation | Médicaments et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | **Total Général** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Total** | 308 | 15 | 10 | 308 | 15 | 15 | 3,75 | 15 | 3,75 | 694 | 78 | **772** |

# Tableau 04 : Budget quinquennal par an par CAC par Unités d'Oncologie et par rubrique "2015-2019" et consolidé

UM : Million de DA

| Structure | Année | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | Total Général |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CPMC | 2015 | 1 783 | 26 | 26 | 2 674 | 52 | 52 | 26 | 52 | 26 | 4 717 | 525 | **5 242** |
| | 2016 | 2 110 | 60 | 30 | 2 894 | 120 | 60 | 30 | 60 | 60 | 5 424 | 604 | **6 028** |
| | 2017 | 2 497 | 139 | 69 | 3 189 | 139 | 69 | 34 | 69 | 34 | 6 239 | 693 | **6 932** |
| | 2018 | 2 870 | 159 | 80 | 3 508 | 159 | 159 | 40 | 159 | 40 | 7 174 | 797 | **7 971** |
| | 2019 | 3 667 | 183 | 92 | 3 667 | 183 | 183 | 46 | 183 | 46 | 8 250 | 918 | **9 168** |
| | **Total** | **12 927** | **567** | **297** | **15 932** | **653** | **523** | **176** | **523** | **206** | **31 804** | **3 537** | **35 341** |
| CAC Blida | 2015 | 739 | 11 | 11 | 1 109 | 22 | 22 | 11 | 22 | 11 | 1 958 | 218 | **2 176** |
| | 2016 | 851 | 25 | 13 | 1 225 | 50 | 25 | 13 | 25 | 25 | 2 252 | 250 | **2 502** |
| | 2017 | 1 036 | 57 | 29 | 1 324 | 57 | 29 | 14 | 25 | 14 | 2 585 | 288 | **2 873** |
| | 2018 | 1 257 | 66 | 37 | 33 | 66 | 33 | 17 | 33 | 17 | 1 559 | 331 | **1 890** |
| | 2019 | 1 484 | 76 | 38 | 1 560 | 76 | 76 | 19 | 76 | 19 | 3 424 | 381 | **3 805** |
| | **Total** | **5 367** | **235** | **128** | **5 251** | **271** | **185** | **74** | **181** | **86** | **11 778** | **1 468** | **13 246** |
| CAC Batna | 2015 | 517 | 21 | 10 | 382 | 21 | 10 | 5 | 10 | 5 | 981 | 52 | **1 033** |
| | 2016 | 684 | 29 | 14 | 542 | 29 | 14 | 7 | 29 | 7 | 1 355 | 71 | **1 426** |
| | 2017 | 861 | 38 | 19 | 746 | 38 | 38 | 9 | 38 | 9 | 1 796 | 115 | **1 911** |
| | 2018 | 1 055 | 50 | 25 | 984 | 50 | 50 | 12 | 50 | 12 | 2 288 | 226 | **2 514** |
| | **2019** | 1 301 | 65 | 33 | 1 301 | 65 | 65 | 16 | 65 | 16 | 2 927 | 325 | **3 252** |
| | **Total** | **4 418** | **203** | **101** | **3 955** | **203** | **177** | **49** | **192** | **49** | **9 347** | **789** | **10 136** |
| CAC Sétif | 2015 | 195 | 8 | 4 | 133 | 8 | 4 | 2 | 8 | 2 | 364 | 26 | **390** |
| | 2016 | 257 | 11 | 5 | 188 | 11 | 11 | 3 | 11 | 3 | 500 | 38 | **538** |
| | 2017 | 326 | 14 | 7 | 260 | 14 | 14 | 4 | 14 | 4 | 657 | 65 | **722** |
| | 2018 | 399 | 19 | 9 | 361 | 19 | 19 | 5 | 19 | 5 | 855 | 94 | **949** |
| | 2019 | 491 | 25 | 12 | 491 | 25 | 25 | 6 | 25 | 6 | 1 106 | 122 | **1 228** |
| | **Total** | **1 668** | **77** | **37** | **1 433** | **77** | **73** | **20** | **77** | **20** | **3 482** | **345** | **3 827** |
| CAC Oran | 2015 | 386 | 13 | 13 | 709 | 26 | 13 | 6 | 13 | 6 | 1 185 | 103 | **1 288** |
| | 2016 | 478 | 30 | 15 | 740 | 30 | 30 | 8 | 15 | 8 | 1 354 | 117 | **1 471** |
| | 2017 | 613 | 34 | 17 | 800 | 34 | 34 | 9 | 34 | 9 | 1 584 | 119 | **1 703** |
| | 2018 | 764 | 39 | 20 | 861 | 39 | 39 | 10 | 39 | 10 | 1 821 | 137 | **1 958** |
| | 2019 | 901 | 45 | 23 | 901 | 45 | 45 | 11 | 45 | 11 | 2 027 | 225 | **2 252** |
| | **Total** | **3 142** | **161** | **88** | **4 011** | **174** | **161** | **44** | **146** | **44** | **7 971** | **701** | **8 672** |

*Suite tableau 04 : Budget quinquennal par an par CAC par Unités d'Oncologie et par rubrique "2015-2019" et consolidé*

UM : Million de DA

| Structure | Année | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | Total Général |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAC Ouargla | 2015 | 675 | 34 | 17 | 675 | 34 | 34 | 9 | 34 | 9 | 1 521 | 169 | **1 690** |
| | 2016 | 778 | 39 | 19 | 778 | 39 | 39 | 9 | 39 | 9 | 1 749 | 195 | **1 944** |
| | 2017 | 894 | 45 | 22 | 894 | 45 | 45 | 11 | 45 | 11 | 2 012 | 224 | **2 236** |
| | 2018 | 1 028 | 51 | 28 | 1 028 | 51 | 51 | 13 | 51 | 13 | 2 314 | 257 | **2 571** |
| | 2019 | 1 182 | 59 | 30 | 1 182 | 59 | 59 | 15 | 59 | 15 | 2 660 | 296 | **2 956** |
| | **Total** | **4 557** | **228** | **116** | **4 557** | **228** | **228** | **57** | **228** | **57** | **10 256** | **1 141** | **11 397** |
| CAC Tlemcen | 2016 | 191 | 10 | 4 | 191 | 10 | 10 | 3 | 10 | 3 | 432 | 48 | **480** |
| | 2017 | 265 | 13 | 7 | 265 | 13 | 13 | 4 | 13 | 4 | 597 | 65 | **662** |
| | 2018 | 355 | 18 | 8 | 355 | 18 | 18 | 5 | 18 | 5 | 800 | 88 | **888** |
| | 2019 | 467 | 23 | 12 | 467 | 23 | 23 | 6 | 23 | 6 | 1 050 | 117 | **1 167** |
| | **Total** | **1 278** | **64** | **31** | **1 278** | **64** | **64** | **18** | **64** | **18** | **2 879** | **318** | **3 197** |
| CAC A Tizi Ouzou | 2016 | 178 | 9 | 5 | 178 | 9 | 9 | 3 | 9 | 3 | 403 | 45 | **448** |
| | 2017 | 248 | 12 | 6 | 248 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 556 | 62 | **618** |
| | 2018 | 331 | 17 | 8 | 331 | 17 | 17 | 4 | 17 | 4 | 746 | 83 | **829** |
| | 2019 | 436 | 22 | 22 | 436 | 22 | 22 | 5 | 22 | 5 | 992 | 109 | **1 101** |
| | **Total** | **1 193** | **60** | **41** | **1 193** | **60** | **60** | **15** | **60** | **15** | **2 497** | **299** | **2 796** |
| CAC Annaba | 2016 | 191 | 10 | 5 | 191 | 10 | 10 | 3 | 10 | 3 | 433 | 47 | **480** |
| | 2017 | 265 | 13 | 7 | 265 | 13 | 13 | 7 | 13 | 4 | 600 | 65 | **665** |
| | 2018 | 355 | 18 | 9 | 355 | 18 | 12 | 4 | 18 | 4 | 793 | 89 | **882** |
| | 2019 | 467 | 23 | 12 | 467 | 23 | 23 | 6 | 23 | 6 | 1 050 | 117 | **1 167** |
| | **Total** | **1 278** | **64** | **33** | **1 278** | **64** | **58** | **20** | **64** | **17** | **2 876** | **318** | **3 194** |
| CAC El Oued | 2016 | 191 | 10 | 5 | 191 | 10 | 10 | 3 | 10 | 3 | 433 | 47 | **480** |
| | 2017 | 265 | 13 | 7 | 265 | 13 | 13 | 4 | 13 | 4 | 600 | 65 | **665** |
| | 2018 | 355 | 18 | 9 | 355 | 18 | 18 | 4 | 18 | 4 | 793 | 89 | **882** |
| | 2019 | 467 | 23 | 12 | 467 | 23 | 23 | 6 | 23 | 6 | 1 826 | 117 | **1 167** |
| | **Total** | **1 278** | **64** | **33** | **1 278** | **64** | **64** | **17** | **64** | **17** | **2 876** | **318** | **3 194** |
| CAC Béchar | 2016 | 89 | 5 | 2 | 89 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 202 | 25 | **227** |
| | 2017 | 124 | 6 | 3 | 124 | 6 | 6 | 1 | 6 | 1 | 277 | 32 | **309** |
| | 2018 | 165 | 8 | 4 | 165 | 8 | 8 | 2 | 8 | 2 | 370 | 44 | **414** |
| | 2019 | 218 | 11 | 6 | 218 | 11 | 11 | 3 | 11 | 3 | 492 | 53 | **545** |
| | **Total** | **596** | **30** | **15** | **596** | **30** | **30** | **7** | **30** | **7** | **1 341** | **154** | **1 495** |

*Suite tableau 04 : Budget quinquennal par an par CAC par Unités d'Oncologie et par rubrique "2015-2019" et consolidé*

UM : Million de DA

| Structure | Année | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | Total Général |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAC Adrar | 2016 | 89 | 5 | 2 | 89 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 202 | 25 | **227** |
| | 2017 | 124 | 6 | 3 | 124 | 6 | 6 | 1 | 6 | 1 | 277 | 32 | **309** |
| | 2018 | 165 | 8 | 4 | 165 | 8 | 8 | 2 | 8 | 2 | 370 | 44 | **414** |
| | 2019 | 218 | 11 | 6 | 218 | 11 | 11 | 3 | 11 | 3 | 492 | 53 | **545** |
| | **Total** | 596 | 30 | 15 | 596 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 341 | 154 | 1 495 |
| CAC Laghouat | 2016 | 89 | 5 | 2 | 89 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 202 | 25 | **227** |
| | 2017 | 124 | 6 | 3 | 124 | 6 | 6 | 1 | 6 | 1 | 277 | 32 | **309** |
| | 2018 | 165 | 8 | 4 | 165 | 8 | 8 | 2 | 8 | 2 | 370 | 44 | **414** |
| | 2019 | 218 | 11 | 6 | 218 | 11 | 11 | 3 | 11 | 3 | 492 | 53 | **545** |
| | **Total** | 596 | 30 | 15 | 596 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 341 | 154 | 1 495 |
| CAC Bel Abbes | 2016 | 77 | 4 | 2 | 7 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 174 | 18 | **192** |
| | 2017 | 106 | 5 | 3 | 106 | 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 239 | 24 | **263** |
| | 2018 | 142 | 7 | 4 | 142 | 7 | 7 | 2 | 7 | 2 | 320 | 36 | **356** |
| | 2019 | 187 | 9 | 5 | 187 | 9 | 9 | 3 | 9 | 3 | 421 | 47 | **468** |
| | **Total** | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | 1 279 |
| CAC Constantine | 2016 | 77 | 4 | 2 | 77 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 174 | 18 | **192** |
| | 2017 | 106 | 5 | 3 | 106 | 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 239 | 24 | **263** |
| | 2018 | 142 | 7 | 4 | 142 | 7 | 7 | 2 | 7 | 2 | 320 | 36 | **356** |
| | 2019 | 187 | 9 | 5 | 187 | 9 | 7 | 3 | 9 | 3 | 421 | 47 | **468** |
| | **Total** | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | 1 279 |
| CAC Oran II | 2016 | 77 | 4 | 2 | 77 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 174 | 18 | **192** |
| | 2017 | 106 | 5 | 3 | 106 | 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 239 | 24 | **263** |
| | 2018 | 142 | 7 | 4 | 142 | 7 | 7 | 2 | 7 | 2 | 320 | 36 | **356** |
| | 2019 | 187 | 9 | 5 | 187 | 9 | 7 | 3 | 9 | 3 | 421 | 47 | **468** |
| | **Total** | 512 | 25 | 14 | 512 | 25 | 25 | 8 | 25 | 8 | 1 154 | 125 | 1 279 |
| CAC Médéa | 2018 | 254 | 13 | 5 | 254 | 13 | 13 | 3 | 13 | 3 | 571 | 63 | **634** |
| | 2019 | 350 | 17 | 10 | 350 | 17 | 17 | 4 | 17 | 4 | 786 | 88 | **874** |
| | **Total** | 604 | 30 | 15 | 604 | 30 | 30 | 7 | 30 | 7 | 1 357 | 151 | 1 508 |

*Suite tableau 04 : Budget quinquennal par an par CAC par Unités d'Oncologie et par rubrique "2015-2019" et consolidé*

UM : Million de DA

| Structure | Année | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Medic et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | Total Général |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAC Chlef | 2018 | 203 | 10 | 5 | 203 | 10 | 10 | 3 | 10 | 3 | 457 | 50 | **507** |
| | 2019 | 280 | 14 | 6 | 280 | 14 | 14 | 4 | 14 | 4 | 630 | 70 | **700** |
| | **Total** | 483 | 24 | 11 | 483 | 24 | 24 | 7 | 24 | 7 | 1 083 | 120 | 1 207 |
| CAC Tiaret | 2018 | 203 | 10 | 5 | 203 | 10 | 10 | 3 | 10 | 3 | 457 | 50 | **507** |
| | 2019 | 280 | 14 | 6 | 280 | 14 | 14 | 4 | 14 | 4 | 630 | 70 | **700** |
| | **Total** | 483 | 24 | 11 | 483 | 24 | 24 | 7 | 24 | 7 | 1 083 | 120 | 1 207 |
| CAC Béjaia | 2019 | 271 | 14 | 7 | 271 | 14 | 14 | 4 | 14 | 4 | 613 | 68 | **681** |
| CAC Jijel | 2019 | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| CAC Djelfa | 2019 | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| CAC El Bayadh | 2019 | 237 | 12 | 6 | 237 | 12 | 12 | 3 | 12 | 3 | 534 | 59 | **593** |
| | **Total CAC** | 42 982 | 2 016 | 1 052 | 46 032 | 2 151 | 1 886 | 569 | 1 892 | 608 | 99 197 | 10 707 | 109 904 |

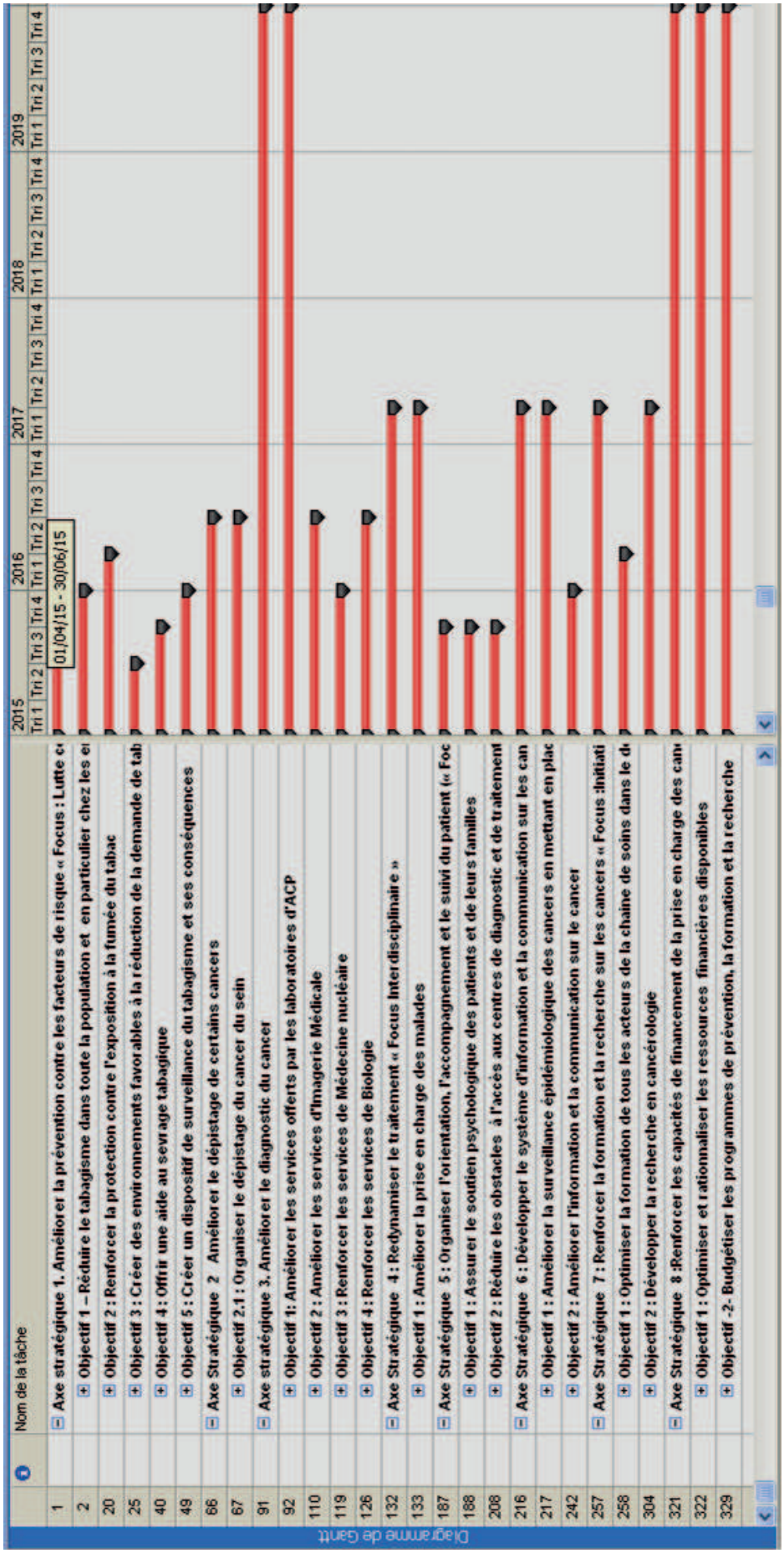
## Tableau 05 : Budget estimatif du plan cancer par rubrique d'activité

| Structure | Année | Frais de Personnel | Formation | Alimentation | Médicaments et autres | Prévention | Maintenance | Œuvres sociales | Recherche | Autres | Total exploitation | Investi matériels et équipements | **Total Général** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Unités Oncologie | 2015 | 22 | 1 | 1 | 22 | 1 | 1 | 0,25 | 1 | 0,25 | 50 | 6 | 56 |
| | 2016 | 44 | 2 | 2 | 44 | 2 | 2 | 0,5 | 2 | 0,5 | 99 | 11 | 110 |
| | 2017 | 62 | 3 | 2 | 62 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 140 | 16 | 156 |
| | 2018 | 81 | 4 | 2 | 81 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 182 | 20 | 202 |
| | 2019 | 99 | 5 | 3 | 99 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 223 | 25 | 248 |
| | **Total** | **308** | **15** | **10** | **308** | **15** | **15** | **3,75** | **15** | **3,75** | **694** | **78** | **772** |
| Total CAC | | **49 982** | **2 016** | **1 052** | **46 032** | **2 151** | **1 886** | **569** | **1 892** | **608** | **99 197** | **10 707** | **109 904** |
| Unité Oncologie | | **308** | **15** | **10** | **308** | **15** | **15** | **3,75** | **15** | **3,75** | **694** | **78** | **772** |
| Total Général | | **43 290** | **2 031** | **1 062** | **46 340** | **2 166** | **1 901** | **572,75** | **1 907** | **611,8** | **99 891** | **10 785** | **110 676** |
| Communication (2% Budget d'exploitation) | | | | | | | | | | | **1 998** | - | **1 998** |
| AP programme en cours | | | | | | | | | | | | **66 000** | **66 000** |
| **Total général** | | | | | | | | | | | **101 889** | **76 785** | **178 674** |

Annexe 04

# ECHEANCIERS

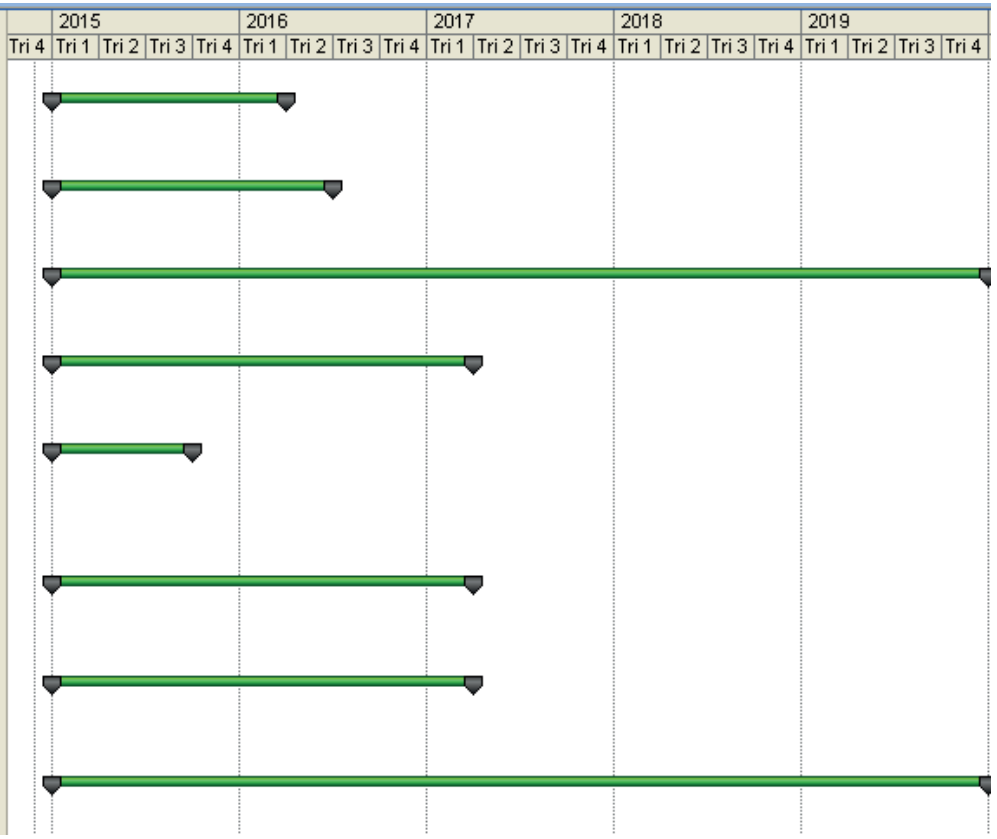
PLAN CANCER 2015 - 2019



# PLAN CANCER 2015 - 2019

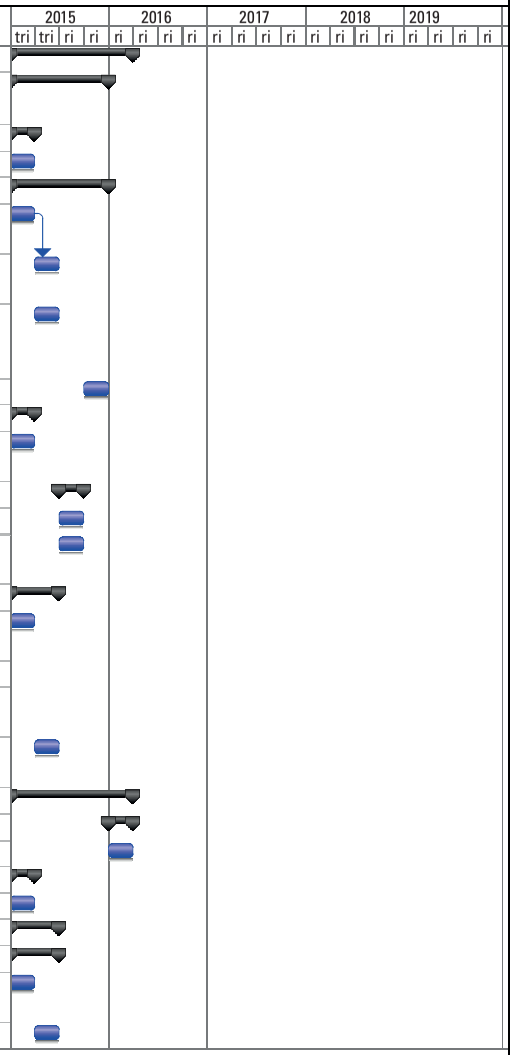
Report de barres

| | Nom de la tâche |
|---|---|
| 1 | ***Axe stratégique 1.*** ***Améliorer la prévention contre les facteurs de risuqe « Focus : Lutte conte le tabac »*** |
| 66 | ***Axe stratégique 2.*** ***Améliorer le dépistage de certains cancers*** |
| 91 | ***Axe stratégique 3.*** ***Améliorer le diagnostic du cancer*** |
| 132 | ***Axe stratégique 4.*** ***Redynamiser le traitement « Focus : Interdisciplinaire »*** |
| 187 | ***Axe stratégique 5.*** ***Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient « Focus : Les cellules d'accueil et d'orientation des patients cancéreux »*** |
| 216 | ***Axe stratégique 6.*** ***Développer le système d'information et la communication sur les cancers. « Focus : Les registres des cancers »*** |
| 257 | ***Axe stratégique 7.*** ***Renforcer la formation et la recherche sur les cancers. « Focus : Initiation aux nouveaux métiers et la recherche translationnelle »*** |
| 321 | ***Axe stratégique 8.*** ***Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers. « Focus : Optimiser et rationaliser les ressources financières disponibles ».*** |



PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 1 | **Axe stratégique 1. Améliorer la prévention contre les facteurs de risque « Focus : Lutte contre le tabac »** |
| 2 | **Objectif 1 – Réduire le tabagisme dans toute la population et en particulier chez les enfants, les adolescents et les jeunes** |
| 3 | **Action 1.1 : Elaborer et lancer des campagnes de sensibilisation de masse d'intérêt général** |
| 4 | Mesure 01 - Elaborer et lancer des campagnes de sensibilisation de masse d'intérêt général |
| 5 | **Action 1.2: Créer un programme « Etablissements scolaires et universitaires sans tabac »** |
| 6 | Mesure 02 : Développer un programme national de communication sur le tabagisme dans les établissements scolaires et universitaires, et les établissements de formation professionnelle ; |
| 7 | Mesure 03 : Introduire des cours et des animations sur les méfaits du tabac, dans les programmes scolaires, en direction de sélèves, comme facteur de risque évitable contre le cancer ; |
| 8 | Mesure 04 : Introduire des séances de sensibilisation « le tabac comme facteur de risque évitable contre le cancer » endirection des enseignants, des encadreurs (méfaits du tabac, méfaits de l'exposition à la fumée du tabac des non-fumeurs) ; |
| 9 | Mesure 05 : Créer un label « Ecole sans tabac », « Université sans tabac ». |
| 10 | **Action 1.3 : Créer un programme "Sport et tabac" en direction du grand public** |
| 11 | Mesure 06 : Elaborer et mettre en œuvre un programme de communication sur les avantages de l'activité physique commemoyen de lutte contre le tabagisme. |
| 12 | **Action 1.4 : Rendre moins accessibles les produits du tabac** |
| 13 | Mesure 07 : Réduire l'accessibilité aux produits tabagiques par une fiscalité dissuasive ; |
| 14 | Mesure 08 : Interdire toute forme de publicité sur le tabac et toute promotion ou parrainage d'activités par des opérateurs dutabac |
| 15 | **Action 1.5 : Renforcer les textes relatifs à la mise en application de la CCLAT** |
| 16 | Mesure 09 : Mettre le dispositif législatif et réglementaire en vigueur en conformité avec les dispositions de la conventioncadre de l'OMS de lutte antitabac(CCLAT) ; |
| 17 | - Renforcer le dispositif actuel de lutte antitabac notamment dans le cadre de la future loi sur la santé ; |
| 18 | - Mettre en conformité le décret exécutif n°04-331 du 18 octobre 2004 portant réglementation des activités defabrication, d'importation et de distribution des produits tabagiques avec la CCLAT ; |
| 19 | Mesure 10 : Prévoir dans la future loi sur la santé des sanctions pénales en cas de violation des dispositions antitabac. |
| 20 | **Objectif 2 : Renforcer la protection contre l'exposition à la fumée du tabac** |
| 21 | **Action 2.1 : Etablir un état des lieux de l'application du décret exécutif n°01-285** |
| 22 | Mesure 11 : Etablir un état des lieux de l'application du décret exécutif n°01-285 |
| 23 | **Action 2.2 : Elaborer un plan multisectoriel de généralisation de l'interdiction du fumer dans les lieux publics** |
| 24 | Mesure 12 : Elaborer un plan multisectoriel de généralisation de l'interdiction du fumer dans les lieux publics |
| 25 | **Objectif 3 : Créer des environnements favorables à la réduction de la demande de tabac** |
| 26 | **Action 3.1: Créer un programme « Hôpitaux sans tabac »** |
| 27 | Mesure 13 : Développer un programme national de communication sur «le tabagisme, facteur de risque évitable pour lecancer» dans les établissements sanitaires ; |
| 28 | Mesure 14 : Introduire des animations sur « le tabac et le cancer », dans les salles de consultation ; |



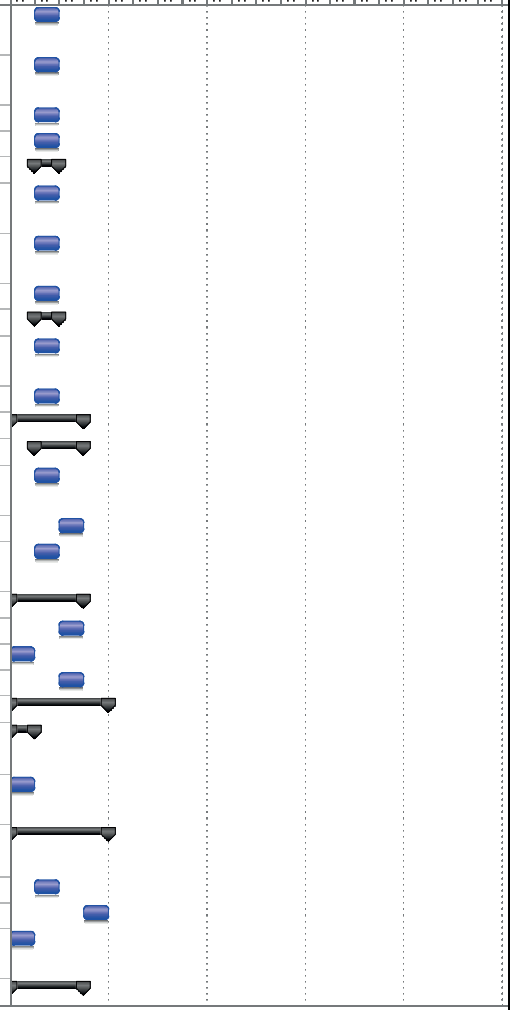

Projet : Echeancier_plancancer 2015_2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche — Récapitulative — Avancement reporté — Récapitulatif du projet
Avancement — Tâche reportée — Fractionnement — Regrouper par en-tête
Jalon — Jalon reporté — Tâches externes — Échéance

Page 1

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 29 | Mesure 15 : Réduire l'attractivité des produits du tabac en mettant des affiches et des panneaux dissuasifs à l'attention despatients et leurs accompagnateurs ; |
| 30 | Mesure 16 : Introduire des séances de sensibilisation sur « le tabac et le cancer » en direction du personnel de santé et dupersonnel non médical (méfaits du tabac, méfaits de la fumée du tabac sur les non-fumeurs) ; |
| 31 | Mesure 17 : Sensibiliser les femmes enceintes et les familles sur les méfaits du tabac sur le fœtus. |
| 32 | Mesure 18 : Créer un label « Hôpitaux sans tabac ». |
| 33 | **Action 3.2 : Créer un programme « Entreprises sans tabac »** |
| 34 | Mesure 19 : Développer un programme pilote de communication dans les entreprises sur « le tabac, facteur de risqueévitable pour le cancer » dans les entreprises ; |
| 35 | Mesure 20 : Introduire des séances de sensibilisations, des animations sur « le tabac et le cancer » sur les lieux de travail |
| 36 | Mesure 21 : Créer un label « Entreprise sans tabac ». . |
| 37 | **Action 3.3 : Créer un programme « Milieux et structures sportifs sans tabac »** |
| 38 | Mesure 22 : Développer un programme pilote de communication dans les structures sportives sur « le tabac, facteur derisque évitable pour le cancer » ; |
| 39 | Mesure 23 : Créer un label « Stade sans tabac ». |
| 40 | **Objectif 4 : Offrir une aide au sevrage tabagique** |
| 41 | **Action 4.1 : Communiquer sur l'aide au sevrage tabagique** |
| 42 | Mesure 24 : Développer un programme national de communication pour faire connaitre le sevrage tabagique sur tous leslieux de travail (milieux sanitaires, milieux professionnels, milieux éducatifs, milieux sportifs, etc.) ; |
| 43 | Mesure 25 : Créer des consultations spécialisées de tabaccologie par niveau d'intervention ; |
| 44 | Mesure 26 : Elaborer, diffuser et vulgariser un guide national d'aide au sevrage tabagique à l'usage des professionnels de santé ; |
| 45 | **Action 4.2 : Intégrer des consultations d'aide au sevrage tabagique dans les structures de santé** |
| 46 | Mesure 27 : Intégrer l'aide au sevrage tabagique dans les structures de santé de proximité ; |
| 47 | Mesure 28 : Rendre disponibles et accessibles les moyens thérapeutiques d'aide au sevrage ; |
| 48 | Mesure 29 : Définir un service en matière d'aide au sevrage tabagique par niveau d'intervention. |
| 49 | **Objectif 5 : Créer un dispositif de surveillance du tabagisme et ses conséquences** |
| 50 | **Action 5.1 : Créer une unité de surveillance du tabagisme et de ses conséquences au niveau de l'INSP avec des relaisau niveau de ses 5 annexes (ORS)** |
| 51 | Mesure 30 : Créer une unité de surveillance du tabagisme et de ses conséquences au niveau de l'INSP avec des relais auniveau de ses 5 annexes (ORS) |
| 52 | Action 5.2 : Contribuer à rendre l'environnement favorable à l'adoption de modes de vie sains en agissant sur lescomportements selon une approche de proximité |
| 53 | Mesure 31 : Promouvoir une alimentation saine et équilibrée ; |
| 54 | Mesure 32 : Améliorer les connaissances sur le risque nutritionnel ; |
| 55 | Mesure 33 : Promouvoir l'exercice physique en ayant une attention particulière pour les milieux éducatifs et faciliter l'accèsaux structures sportives de proximité. |
| 56 | **Action 5.3 : Réduire l'exposition au risque cancérigène potentiel en milieu de travail et dans l'environnement** |

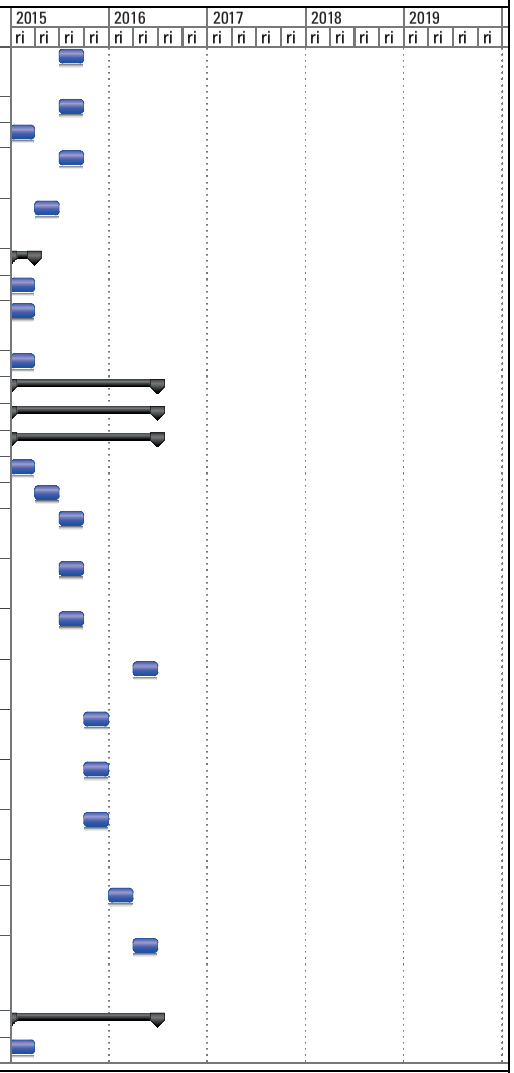



Projet : Echeancier_plancancer 2015_2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche — Récapitulative — Avancement reporté — Récapitulatif du projet
Avancement — Tâche reportée — Fractionnement — Regrouper par en-tête
Jalon — Jalon reporté — Tâches externes — Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 57 | Mesure 34 : Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement (microparticules, substances toxiques, amiante,gasoil…) ; |
| 58 | Mesure 35 : Renforcer le suivi médical préventif pour les travailleurs exposés aux agents cancérigènes ; |
| 59 | Mesure 36 : Renforcer et mettre en application les bonnes pratiques de protection en milieu professionnel ; |
| 60 | Mesure 37 : Engager un programme de dépistage des cancers professionnels parmi les populations exposées dans le cadredes visites de la médecine du travail ; |
| 61 | Mesure 38 : Instituer des contrôles périodiques sur l'application des réglementations en vigueur par les entreprises utilisantdes produits cancérigènes. |
| 62 | **Action 5.4 Réduire les cancers d'origine infectieuse** |
| 63 | Mesure 39 : Consolider et améliorer le taux de couverture vaccinale contre l'HVB chez les populations cibles. |
| 64 | Mesure 40 : Préconiser l'introduction de la vaccination contre l'HPV selon des modalités à définir après avis du comitétechnique de vaccination et les recommandations de l'OMS. |
| 65 | Mesure 41 : Favoriser la prévention et la prise en charge précoce des cancers chez les personnes vivant avec le VIH. |
| 66 | **Axe Stratégique 2 : Améliorer le dépistage de certains cancers** |
| 67 | **Objectif 2.1 : Organiser le dépistage du cancer du sein** |
| 68 | **Action 1.1 : Créer un comité d'experts en vu de l'organisation du dépistage du cancer du sein** |
| 69 | Mesure 01: Elaborer et valider un protocole standard normalisé et adapté de dépistage du cancer du sein. |
| 70 | Mesure 02 : Elaborer et valider des recommandations en matière de qualité du dépistage du cancer du sein. |
| 71 | Mesure 03 : Lancer un appel d'offre pour designer 04 wilayas dont une au sud susceptibles d'organiser le dépistage ducancer du sein dans la population cible. |
| 72 | Mesure 04 : Identifier les praticiens et ou les structures privés ou publiques dédiés au dépistage du cancer du sein. |
| 73 | Mesure 05 : Etudier les modalités de l'utilisation de façon optimale des clino mobiles dans le dépistage du cancer du sein. |
| 74 | Mesure 06 : Uniformiser les méthodes de recueil et de transmission des données concernant les mammographies dedépistage en suivant la terminologie, les définitions et les classifications internationales. |
| 75 | Mesure 07 : Identifier les besoins en formation (initiale et continue selon les normes internationales) sur le dépistage ducancer du sein. |
| 76 | Mesure 08 : Identifier les femmes susceptibles d'être invitées au dépistage du cancer du sein à partir de registres précis etacces-sibles (données de recensement ou registre de population). |
| 77 | Mesure 09 : Inciter les femmes à se faire dépister par le biais de campagne d'information sur le dépistage du cancer du sein. |
| 78 | Mesure 10 : Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation sur la mammographie et l'échographie mammaire. |
| 79 | Mesure 11 : Faire un suivi-évaluation continu du dépistage (en faisant un rapprochement des données avec celles desregistres cancers). |
| 80 | Mesure 12 : Mettre en place avec des services de références des réseaux de lecture d'Imagerie médicale (lecture demammographie et prise d'image) pour assurer l'équité d'accès au dépistage et à la qualité du diagnostic dans les zones enclavées |
| 81 | **Action 1.2 : Renforcer le programme national de prévention du cancer du col de l'utérus** |
| 82 | Mesure 13 : Redynamiser le programme de dépistage du cancer du col utérin et l'évaluer annuellement |



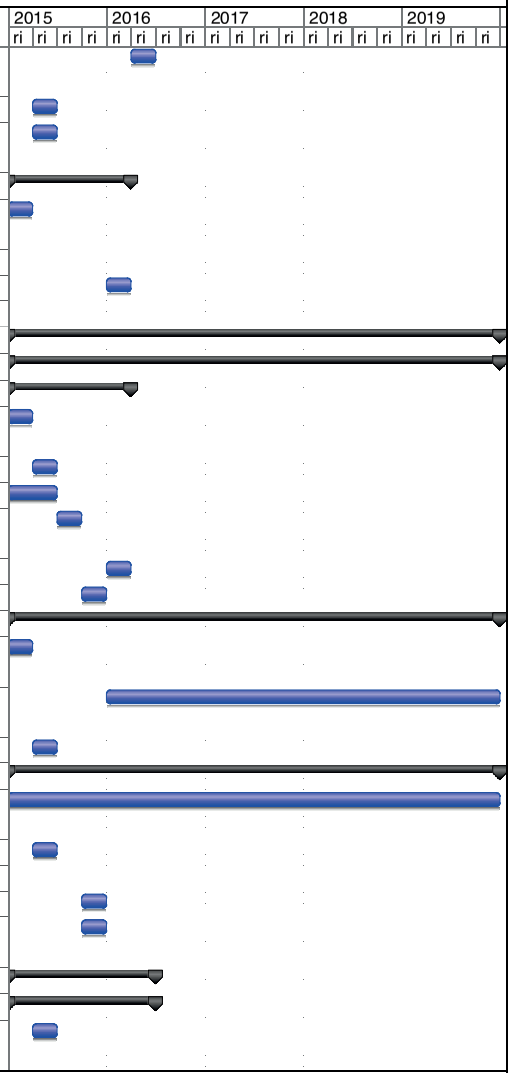

Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

Page 3

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 83 | Mesure 14 : Identifier les besoins en formation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (formation initiale et continue detout le personnel soignant impliqué dans le programme). |
| 84 | Mesure 15 : Introduire la formation à distance en cytopathologie. |
| 85 | Mesure 16 : Introduire la pratique des tests HPV en centralisant le dépistage dans les trois structures dotées de plateformesd'ADN d'HPV-HR. |
| 86 | **Action 1.3 : Améliorer les pratiques professionnelles en matière de cancer du sein et du col** |
| 87 | Mesure 17 : Procéder à un état des lieux et une analyse des pratiques professionnelles en matière de prévention et dedépistage des cancers gynécologiques. |
| 88 | Mesure 18 : Colliger, classer et analyser les différentes données recueillies par thème de cancérologie. |
| 89 | Mesure 19 : Introduire des tests de dépistage de la prédisposition génétique aux cancers. |
| 90 | Mesure 20 : Mettre en place un programme de communication. |
| 91 | **Axe stratégique 3. Améliorer le diagnostic du cancer.** |
| 92 | **Objectif 1: Améliorer les services offerts par les laboratoires d'ACP** |
| 93 | **Action 1.1 : Réorganiser les structures d'ACP sur le territoire Algérien** |
| 94 | Mesure 01 : Prévoir un laboratoire d'ACP dans les wilayas qui en sont dépourvues (à identifier) dans chaque établissement hospitalier ; |
| 95 | Mesure 02: Mettre en place un réseau de connexion entre les différentes structures d'ACP (publiques ou privées) ; |
| 96 | Mesure 03: Mettre à niveau tous les laboratoires d'ACP existants selon les normes et standards internationaux ; |
| 97 | Mesure 04 : Doter chaque service d'ACP public ou privé d'une unité de morphologie de base et d'une unitéd'immuno-histochimie ; |
| 98 | Mesure 05 : Faciliter l'accès aux tests de prédisposition génétique ; |
| 99 | Mesure 06 : Organiser le circuit du Compte Rendu d'Anatomie Pathologie en respectant l'éthique et la déontologie. |
| 100 | **Action 1.2 : Instaurer des laboratoires de référence** |
| 101 | Mesure 07 : Identifier et renforcer les laboratoires de référence d'ACP (publics et privés) sur le plan national et y intégrer desplate-formes moléculaires en cas de nécessité à raison d'une par région. |
| 102 | Mesure 08 : Mettre en place un service de contrôle de qualité interne et externe (fiabilité des techniques et de l'interprétationdes résultats) qui doit répondre aux normes. |
| 103 | Mesure 09 : Définir et élaborer des normes et des référentiels pour les laboratoires d'ACP. |
| 104 | **Action 1.3 : Mettre les laboratoires d'ACP aux normes universelles** |
| 105 | Mesure 10 : Renforcer les moyens en équipement en veillant à assurer une maintenance spécifique et préventive enconsommables ; |
| 106 | Mesure 11 : Réviser la nomenclature des actes ; |
| 107 | Mesure 12 : Proposer un statut pour les biologistes moléculaires dans les structures hospitalières ; |
| 108 | Mesure 13 : Soutenir le développement de tumorothèques et les organiser sur le plan fonctionnel et organisationnel ; |
| 109 | Mesure 14 : Introduire la télé pathologie (doter les services de pathologie de scanner de lames et de système devidéo conférence et d'un réseau internet avec un débit adéquat). |
| 110 | **Objectif 2 : Améliorer les services d'Imagerie Médicale** |
| 111 | **Action 2.1 : Identifier et renforcer les structures de référence (publiques et privées)** |
| 112 | Mesure 15 : Renforcer les moyens d'équipements des services d'Imagerie Médicale en qualité et en quantité suffisante et mettre en place une politique de maintenance régulière de ces équipements ; |

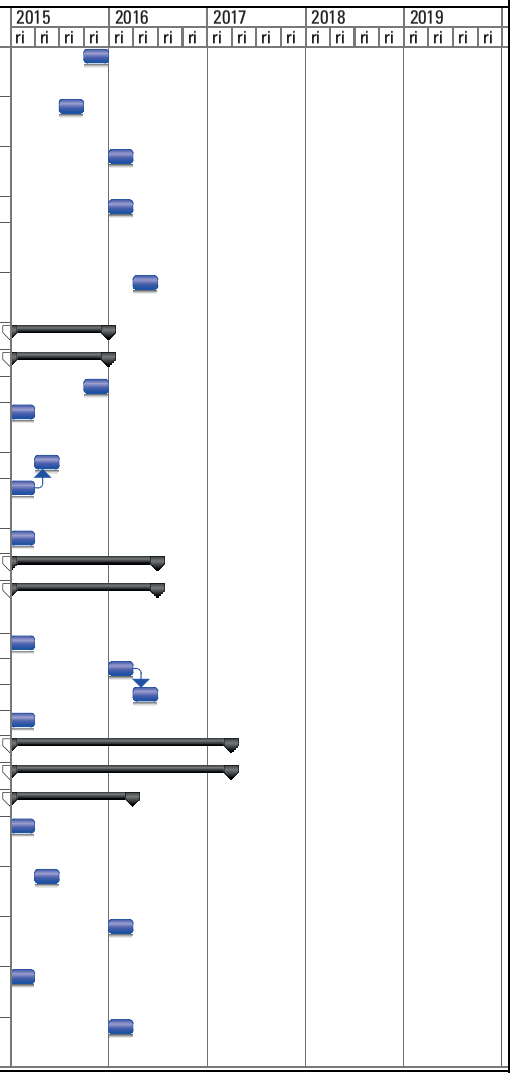



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche — Récapitulative — Avancement reporté — Récapitulatif du projet
Avancement — Tâche reportée — Fractionnement — Regrouper par en-tête
Jalon — Jalon reporté — Tâches externes — Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 113 | Mesure 16 : Normaliser les moyens humains : Médecins radiologues, manipulateurs, ingénieurs et techniciens de maintenance ; |
| 114 | Mesure 17 : Améliorer la sécurité des professionnels en matière de radioprotection au niveau des services d'Imagerie Médicale en général et des services de Médecine Nucléaire en particulier en raison de l'usage de radioéléments ; |
| 115 | Mesure 18 : Mettre en place des systèmes RIS/PACS nécessaires et indispensables pour le suivi des patients (base technique pour la création du dossier médical informatisé) ; |
| 116 | Mesure 19 : Développer l'ingénierie biomédicale ; |
| 117 | Mesure 20 : Institutionnaliser la physique médicale en imagerie médicale et renforcer les programmes de radioprotection, d'assurance qualité et de sécurité ; |
| 118 | Mesure 21 : Accréditer des centres aptes à entreprendre un programme de dépistage du cancer du sein selon les normes standards internationales ; |
| 119 | **Objectif 3 : Renforcer les services de Médecine nucléaire** |
| 120 | **Action 3.1 : Augmenter le nombre de services de Médecine nucléaire (Ira thérapie)** |
| 121 | Mesure 22 : Augmenter le nombre de services de Médecine Nucléaire |
| 122 | Mesure 23 : Prioriser l'acquisition des équipements de dernière génération type PET Scan (Tomographie par Emission de Positons); |
| 123 | Mesure 24 : Renforcer les laboratoires radio pharmaceutiques ; |
| 124 | Mesure 25 : Institutionnaliser la physique médicale en imagerie médicale et renforcer les programmes de radioprotection, d'assurance qualité et de sécurité ; |
| 125 | Mesure 26 : Prévoir des lits d'hospitalisation dans les services de médecine nucléaire ; |
| 126 | **Objectif 4 : Renforcer les services de Biologie** |
| 127 | **Action 4.1 : Normaliser l'ensemble des services de Biologie en matière d'exploration Biologique en cancérologie, y compris la Biologie Moléculaire.** |
| 128 | Mesure 27: Uniformiser l'ensemble des plateaux techniques des différentes structures ; |
| 129 | Mesure 28 : Mettre en place des services de biologie cytogénétiques et moléculaires dans chaque région sanitaire ; |
| 130 | Mesure 29 : Renforcer les services de biologie des structures publiques en personnels spécialisés ; |
| 131 | Mesure 30 : Identifier les centres de référence en matière de génétique. |
| 132 | **Axe Stratégique 4 : Redynamiser le traitement « Focus Interdisciplinaire »** |
| 133 | **Objectif 1 : Améliorer la prise en charge des malades** |
| 134 | **Action 1.1 : Organiser les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)** |
| 135 | Mesure 01 : Formaliser l'organisation des RCP (définir un coordonnateur, un secrétariat, un système de traçabilité, un rythmepour les réunions). |
| 136 | Mesure 02 : Instaurer une coordination entre les secteurs publique et privé dans l'organisation des RCP (Par exemple, sous l'égide de la DSP) |
| 137 | Mesure 03 : Organiser la prise en charge et le suivi du patient (traçabilité dans le dossier du malade : protocole thérapeutique, nom du médecin/professionnel qui suit le malade, fiche de suivi, …). |
| 138 | Mesure 04 : Engager dans les meilleurs délais les procédures d'adoption des protocoles thérapeutiques (idem pour le diagnostic). |
| 139 | Mesure 05 : Développer un guide national standard thérapeutique pour les cancers les plus prévalent (sein, poumon,colorectal, prostate, col utérin, thyroïde). |

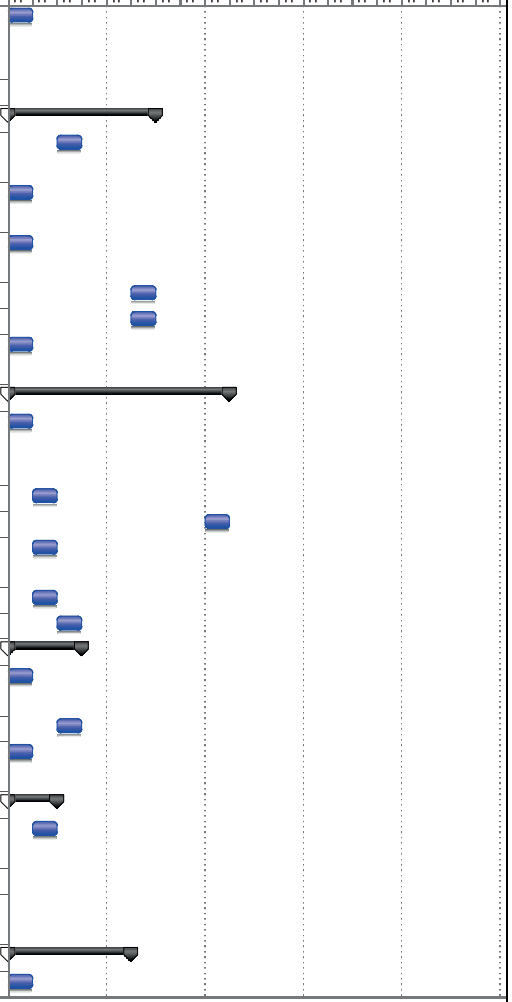



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche — Récapitulative — Avancement reporté — Récapitulatif du projet
Avancement — Tâche reportée — Fractionnement — Regrouper par en-tête
Jalon — Jalon reporté — Tâches externes — Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 140 | Mesure 06:Créer un comité national cancer qui regroupe des experts nationaux pour la mise à niveau périodique chaque 06 mois des différents guides thérapeutiques et la création de nouveaux guides si les données montrent l'augmentation de l'incidence de no |
| 141 | Mesure 07: Penser au futur à la création de pôles d'excellence régionaux pour chaque localisation cancéreuse |
| 142 | **Action 1.2 : Améliorer les services de chirurgie carcinologique** |
| 143 | Mesure 08: Normaliser et optimiser les plateaux techniques des services de chirurgie dans les structures hospitalières ; |
| 144 | Mesure 09: Prioriser les interventions chirurgicales carcinologiques dans la programmation opératoire des services de chirurgie ; |
| 145 | Mesure 10: Prévoir la coordination entre le secteur public et le secteur privé pour la prise en charge des patients atteints du cancer(RCP) ; |
| 146 | Mesure 11 : Développer les services de chirurgie sénologique ; |
| 147 | Mesure 12 : Développer les services de chirurgie thoracique ; |
| 148 | Mesure 13: Instituer le remboursement des actes chirurgicaux pour cancer dans le secteur privé (comme pour les maladies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale) ; |
| 149 | **Action 1.3 : Améliorer les services d'oncologie médicale** |
| 150 | Mesure 14 : Définir le minimum requis en matériels pour un traitement spécifique dans un service d'oncologie médicale (proposition : hottes pour la reconstitution de la chimiothérapie, pompe à infusion volumétrique, pose de chambres implantables ..) ; |
| 151 | Mesure 15 : Renforcer les moyens matériels de chimiothérapie ; |
| 152 | Mesure 16 : Renforcer l'ensemble des services de chimiothérapie en personnel paramédical spécialisé ; |
| 153 | Mesure 17 : Offrir un statut particulier au personnel para médical afin de le motiver et de le maintenir dans la spécialité ; |
| 154 | Mesure 18 : Proposer un congé spécial pour tout le personnel qui exerce en milieu oncologique. |
| 155 | Mesure 19 : Instaurer l'hospitalisation à domicile (HAD). |
| 156 | **Action 1.4 : Elargir les capacités de prise en charge de l'oncologie pédiatrique** |
| 157 | Mesure 20 : Créer des services d'oncologie pédiatrique dotés d'un plateau technique de radiothérapie dédié à l'enfant dans les établissements hospitaliers (Région est, ouest et centre). |
| 158 | Mesure 21: Elaborer et valider des guides standards thérapeutiques pour l'oncologie pédiatrique. |
| 159 | Mesure 22 : Renforcer l'insertion sociale des enfants malades en milieu scolaire ainsi que leur prise en charge psychologique. |
| 160 | **Action 1.5 : Promouvoir la pharmacie oncologique** |
| 161 | Mesure 23: Développer la pharmacie oncologique et les unités centralisées de reconstitution des traitements anticancéreux ; |
| 162 | Mesure 24: Définir le profil du préparateur en chimiothérapie ; |
| 163 | Mesure 25 : Individualiser au niveau de la PCH une unité d'achat de médicaments anticancéreux et de dispositifs médicaux destinés au traitement des cancers avec un budget spécifique des infrastructures et un personnel dédié. |
| 164 | **Action 1.6 : Améliorer la prise en charge des Hémopathies malignes** |
| 165 | Mesure 26 : Créer au moins 2 nouveaux services d'Hématologie dans la région Centre l'un à Blida et l'autre à Alger |

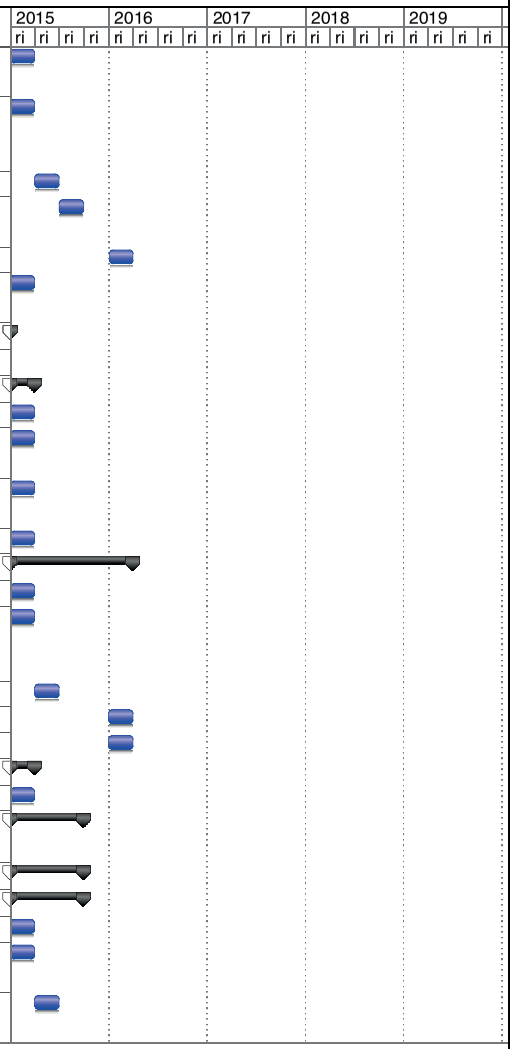



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche — Récapitulative — Avancement reporté — Récapitulatif du projet
Avancement — Tâche reportée — Fractionnement — Regrouper par en-tête
Jalon — Jalon reporté — Tâches externes — Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 166 | Mesure 27 : Prévoir un service d'Hématologie dans chaque nouveau CAC avec possibilité d'autogreffe ainsi que dans tous les nouveaux hôpitaux dont la construction est prévue dans la période 2015 – 2019 |
| 167 | Mesure 28 : Assurer l'approvisionnement régulier en antimitotiques et mettre à jour la nomenclature des médicaments avec enregistrement des produits validés pour les hémopathies malignes et les conditionnements de greffe. |
| 168 | Mesure 29 : Réorganiser le circuit de commande et de distribution des médicaments. |
| 169 | Mesure 30 : Promouvoir l'autogreffe en créant des unités dédiées à la réanimation hématologique dotées d'un équipementpour irradiation des cellules sanguines. |
| 170 | Mesure 31 : Développer l'allogreffe dans les régions Centre et Est. |
| 171 | Mesure 32 : Recenser régulièrement les enfants atteints d'hémopathies malignes hospitalisés dans les services de Pédiatrie. |
| 172 | **Action 1.7 : Améliorer les Performances des services de Radiothérapie** |
| 173 | Mesure 33 : Améliorer les Performances des services de Radiothérapie |
| 174 | **Action 1.8 : Raccourcir les délais de rendez-vous en radiothérapie** |
| 175 | Mesure 34 Compléter les équipements et renforcer les personnels dans les centres anti-cancers récemment ouverts. |
| 176 | Mesure 35 : Accélérer la mise en service des centres anti-cancer qui sont en réalisation et fixer un échéancier évaluable. |
| 177 | Mesure 36 : Mettre à niveau les capacités perdues des centres de radiothérapie où les capacités sont défaillantes ou réduites. |
| 178 | Mesure 37 : S'assurer de l'existence d'un plateau technique cohérant et homogène incluant l'Imagerie |
| 179 | **Action 1.9 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins en radiothérapie** |
| 180 | Mesure 38 : Mettre en place les consensus et les protocoles pour chaque type de cancer. |
| 181 | Mesure 39 : Entamer une étude de faisabilité pour l'installation alternative plus rapide de services de radiothérapie dans certains CHU ou Hôpitaux disposant des autres ressources diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la prise encharge du cancer |
| 182 | Mesure 40 : Elaborer et valider des recommandations en matière de qualité et de sécurité en radiothérapie. |
| 183 | Mesure 41 : Développer la radiologie interventionnelle ; |
| 184 | Mesure 42 : Mettre en place un programme d'assurance qualité selon les standards internationaux. |
| 185 | **Action 1.10 : Promouvoir les soins palliatifs** |
| 186 | Mesure 43 : Promouvoir les soins palliatifs |
| 187 | **Axe Stratégique 5 : Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient (« Focus : Les cellules d'accueil etd'orientation des patients cancéreux » )** |
| 188 | **Objectif 1 : Assurer le soutien psychologique des patients et de leurs familles** |
| 189 | **Action 1.1 : Redynamiser les cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute** |
| 190 | Mesure 01 : Créer un annuaire des cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute |
| 191 | Mesure 02 : Définir le rôle exact de chacun des intervenants des cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute(médecin généraliste, psychologue et assistante sociale). |
| 192 | Mesure 03 : Développer et mettre en œuvre une campagne de communication pour le grand public sur les cellulesd'orientation, d'accompagnement et d'écoute. |



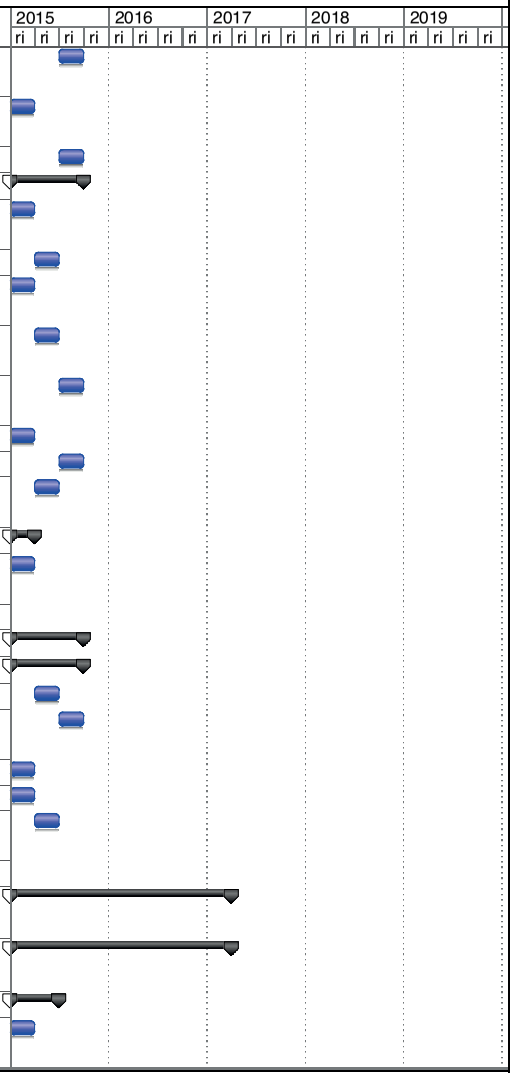

Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche | Récapitulative | Avancement reporté | Récapitulatif du projet
Avancement | Tâche reportée | Fractionnement | Regrouper par en-tête
Jalon | Jalon reporté | Tâches externes | Échéance

Page 7

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 193 | Mesure 04 : Promouvoir l'hospitalisation à domicile pour les traitements ambulatoires et les soins palliatifs pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer. |
| 194 | Mesure 05 : Développer la coordination entre le Centre Anti Cancer de la région, les cellules d'orientation, d'accompagnement et d'écoute et les structures de santé de proximité. |
| 195 | Mesure 06 : Mettre en coordination les cellules d'écoute et le mouvement associatif. |
| 196 | **Action 1-2 : Développer l'Onco Psychologie** |
| 197 | Mesure 07 : Créer rapidement une société autonome d'OncoPsychologie qui prendrait en charge les problèmes de cette discipline ; |
| 198 | Mesure 08 : Doter tous les Centres de lutte contre le Cancer (CAC) d'une unité d'Onco Psychologie ; |
| 199 | Mesure 09 : Prioriser le processus d'annonce qui doit être plus humain et l'éducation thérapeutique pour améliorer la qualitéde vie des patients sous traitement ; |
| 200 | Mesure 10 : Assurer un soutien psychologique des patients pour la préparation à l'intervention chirurgicale et dans la période post opératoire ; |
| 201 | Mesure 11 : Encourager le travail en réseau des Onco Psychologues dans les soins de support avec les autres intervenants; |
| 202 | Mesure 12 : Organiser la communication et améliorer la relation entre soignant et soigné ; |
| 203 | Mesure 13 : Initier les OncoPsychologues dans l'accompagnement des malades en fin de vie et de leurs parents. |
| 204 | Mesure 14 : Promouvoir la réinsertion sociale (scolaire et professionnelle) des malades en rémission avec l'aide desassistantes sociales. |
| 205 | **Action 1.3 : Impliquer le mouvement associatif et la société civile dans le soutien aux patients et leurs familles** |
| 206 | Mesure 15 : Définir et organiser l'appui apporté par le mouvement associatif (visites à domicile, thérapie de groupe…) aux patients et leurs familles ; |
| 207 | Mesure 16 : Prévoir une assistante sociale dans chaque CAC. |
| 208 | **Objectif 2 : Réduire les obstacles à l'accès aux centres de diagnostic et de traitement du cancer** |
| 209 | **Action 2.1 : Créer des centres d'hébergement pour les patients et leurs accompagnants** |
| 210 | Mesure 17 : Identifier dans chaque wilaya les structures pouvant héberger les patients et leurs accompagnants. |
| 211 | Mesure 18 : Alléger les procédures administratives et juridiques relatives à l'exploitation des sites d'hébergement identifiés. |
| 212 | Mesure 19 : Définir le statut de ces structures d'hébergement : public, parapublic, privé. |
| 213 | Mesure 20 : Doter chaque patient d'une carte d'accès à ces structures. |
| 214 | Mesure 21 : Définir une charte ou un règlement intérieur pour les centres d'hébergement dans les milieux associatifs, dans les communes, ... etc. |
| 215 | Mesure 22 : Initier des thérapies de groupe dans les centres d'hébergement. |
| 216 | **Axe Stratégique 6 : Développer le système d'information et la communication sur les cancers « Focus : Les registres des cancers »** |
| 217 | **Objectif 1 : Améliorer la surveillance épidémiologique des cancers en mettant en place une coordination des registres cancers.** |
| 218 | **Action 1.1 : Institutionnaliser et mettre en œuvre les Registres de population du Cancer** |
| 219 | Mesure 01: Mettre en œuvre l'arrêté ministériel N° 22 du 18 février 2014 portant création, fonctionnement, et organisation du registre du cancer de population. |

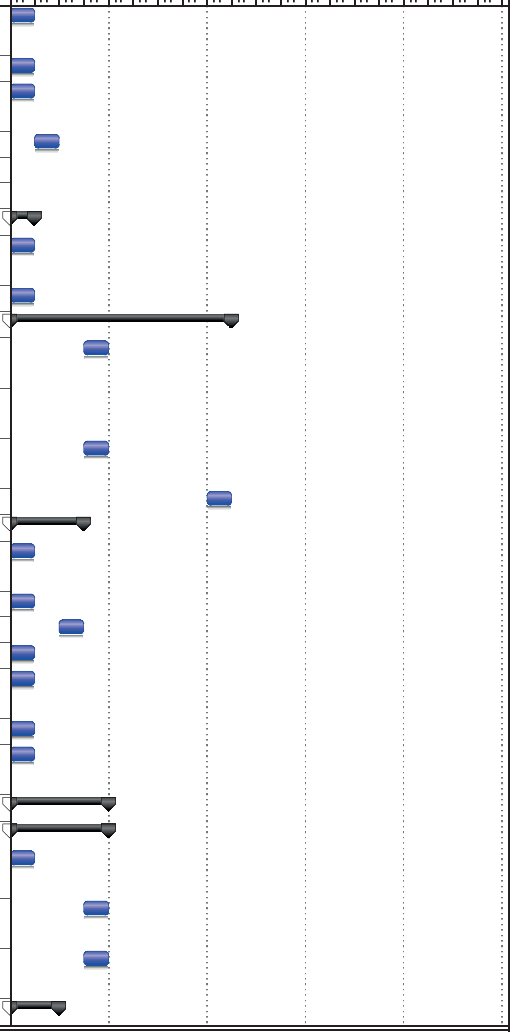



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 220 | Mesure 02 : Mettre en place des registres du cancer de population à l'ensemble des wilayas conformément à l'arrêté suscité. |
| 221 | Mesure 03 : Renforcer et dynamiser les 14 registres des cancers existants. |
| 222 | Mesure 04 : Standardiser les méthodes d'enregistrement des données des registres en utilisant des outils validés par desexperts nationaux et internationaux. |
| 223 | Mesure 05 : Mettre en place un réseau de suivi et de parrainage régional. |
| 224 | Mesure 06 : Mettre en place un réseau national des registres de population avec une coordination nationale |
| 225 | Mesure 07 : Encourager les registres spécialisés de localisations tumorales. |
| 226 | **Action 1.2 : Créer un réseau d'acteurs et de partenaires nationaux du Registre du cancer** |
| 227 | Mesure 08 : Rétablir le Service d'Epidémiologie de Médecine Préventive (SEMEP) dans la chaine de l'informationépidémiologique en général et du cancer en particulier |
| 228 | Mesure 09 : Actualiser les textes réglementaires concernant les missions des SEMEP. |
| 229 | **Action 1.3 : Mettre en place un système d'information sanitaire sur le cancer** |
| 230 | Mesure 10 : Mettre en place une base de données sur les cancers liés au mode de vie, à l'environnement, aux facteursgénétiques et aux facteurs de risque professionnels. . |
| 231 | Mesure 11 : Mettre en place une liste des maladies professionnelles et une base de données intersectorielle relative à ladéclaration des cancers professionnels. |
| 232 | Mesure 12 : Harmoniser le système d'enregistrement des données sur le cancer à partir de toutes les sources d'informationpossibles (publiques, para publiques et privées) |
| 233 | Mesure 13 : Mettre en place un dossier médical, informatisé, unique du patient en respectant l'éthique médicale. |
| 234 | **Action 1.4 : Améliorer la certification des causes médicales de décès** |
| 235 | Mesure 14 : Réglementer l'utilisation du certificat médical de décès de l'OMS à l'ensemble des structures de santé (publiques,privées ou parapubliques). |
| 236 | Mesure 15 : Renforcer « le service Cause des Décès » de l'INSP. |
| 237 | Mesure 16 : Créer un statut de médecin coordinateur de wilaya chargé des causes médicales de décès. |
| 238 | Mesure 17 : Identifier les besoins de formation des médecins sur les causes médicales de décès. |
| 239 | Mesure 18 : Elaborer un rapport annuel sur les causes médicales de décès et assurer une rétro-information par wilaya. |
| 240 | Mesure 19 : Intégrer le comité national de médecine légale dans (les décès par autopsie). |
| 241 | Mesure 20 : Faciliter la participation du pays au Comité International de l'OMS sur les causes médicales de décès et la CIM10. |
| 242 | **Objectif 2 : Améliorer l'information et la communication sur le cancer** |
| 243 | **Action 2.1 : Elaborer des programmes de communication sur les facteurs de risque** |
| 244 | Mesure 21 : Elaborer un programme de communication sur la promotion de l'alimentation saine, l'activité physique et la luttecontre le tabagisme. |
| 245 | Mesure 22 : Elaborer un programme d'information et de communication sur les cancers les plus fréquents (sein, col del'utérus, colorectal, poumon, prostate..). |
| 246 | Mesure 23 : Elaborer un guide de bonnes pratiques cliniques et de référentiels en cancérologie à l'usage des professionnels de santé. |
| 247 | **Action 2.2 : Sensibiliser l'ensemble de la population sur la problématique du cancer** |

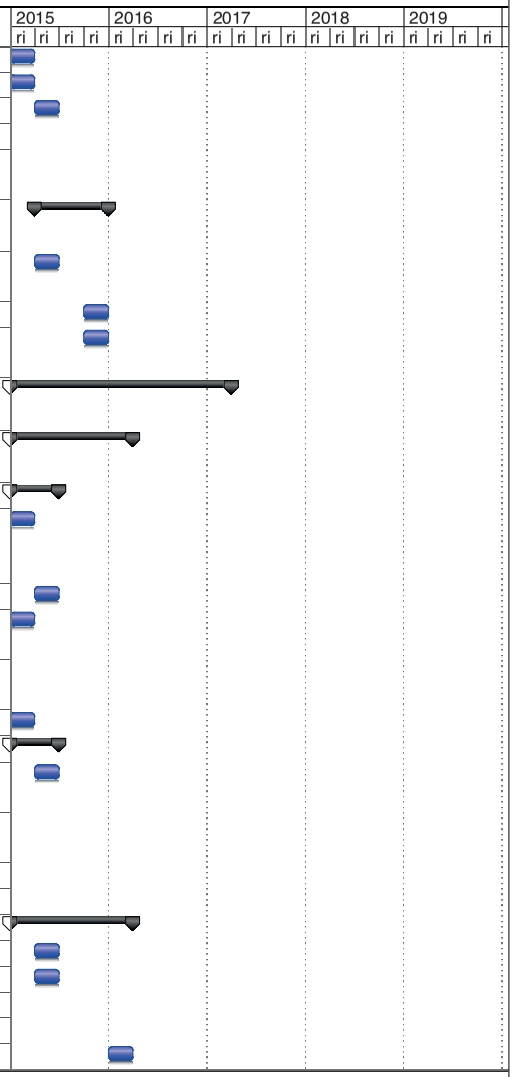



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 248 | Mesure 24 : Renforcer le site Web de l'ANDS qui doit être le pivot de la communication pour la santé. |
| 249 | Mesure 25 : Renforcer et redynamiser le service de communication sociale de l'INSP. |
| 250 | Mesure 26 : Mettre en ligne des informations sur les facteurs de risque et le cancer. |
| 251 | Mesure 27 : Elaborer des procédures de communication au niveau des différentes structures. |
| 252 | Mesure 28 : Institutionnaliser des journées portes ouvertes de sensibilisation sur le cancer par les établissements de santé. |
| 253 | **Action 2.3 : Informer les professionnels de santé régulièrement sur les avancées médicales et technologiques sur le cancer** |
| 254 | Mesure 29 : Mettre en place un comité de rédaction d'un bulletin périodique d'information sur le cancer au niveau de la cellule de communication de l'INSP. |
| 255 | Mesure 30 : Editer et distribuer périodiquement un bulletin d'information sur le cancer aux professionnels de santé. |
| 256 | Mesure 31 : Mettre en place un comité de rédaction d'un document national d'information sur les cancers publiéannuellement. |
| 257 | **Axe Stratégique 7 : Renforcer la formation et la recherche sur les cancers « Focus : Initiation aux nouveaux métiers et la recherche translationnelle »** |
| 258 | **Objectif 1 : Optimiser la formation de tous les acteurs de la chaine de soins dans le domaine de la cancérologie** |
| 259 | **Action 1.1. : Envisager une formation spécifique du médecin généraliste** |
| 260 | Mesure 01 : Organiser la formation initiale et continue dans le cadre du programme national universitaire pluridisciplinaire des médecins généralistes en cancérologie : pour l'acquisition des concepts diagnostiques et thérapeutiques, le suivi postthérapeut |
| 261 | Mesure 02 : Instituer une formation d'une année des médecins généralistes en Cyto-Pathologie et en screening ; |
| 262 | Mesure 03 : Assurer une formation des médecins coordinateurs de wilaya et des médecins des bureaux des entrées sur CIM10 ; |
| 263 | Mesure 04 : Rendre attractifs les métiers de la cancérologie pour les étudiants en médecine et notamment les internes ; |
| 264 | Mesure 05 : Organiser des cycles de formations sur les causes médicales de décès par cancer |
| 265 | **Action 1.2 : Instituer des formations complémentaires en oncologie pour les Chirurgiens, les Oncologues, les Médecins Radiologues et** |
| 266 | Mesure 06 : Renforcer la formation en cancérologie des chirurgiens, des médecins oncologues, des médecins radiologues etdes biologistes. |
| 267 | Mesure 07 : Encourager l'hyperspécialisation soit par organe (tumeurs cérébrales, rétinoblastomes, thorax, greffe demoelle...), soit par spécialité (pédiatrie, neurologie, hématologie, gastroentérologie...). |
| 268 | Mesure 08 : Encourager l'hyperspécialisation des psychiatres dans le domaine de l'OncoPsychologie |
| 269 | Mesure 09 : Créer une formation spécifique en Oncopédiatrie et en Oncogériatrie |
| 270 | **Action 1.3 : Renforcer la formation des Anatomo-cytopathologistes, et des Biologistes** |
| 271 | Mesure 10 : Assurer une formation médicale continue pour les médecins et les techniciens ; |
| 272 | Mesure 11 : Homogénéiser l'enseignement du résidanat ; |
| 273 | Mesure 12 : Renforcer la formation complémentaire en cytopathologie de dépistage ; |
| 274 | Mesure 13 : Encourager la sur spécialisation ; |
| 275 | Mesure 14 : Instituer une formation enoncogénétique, en biologie moléculaire ; |

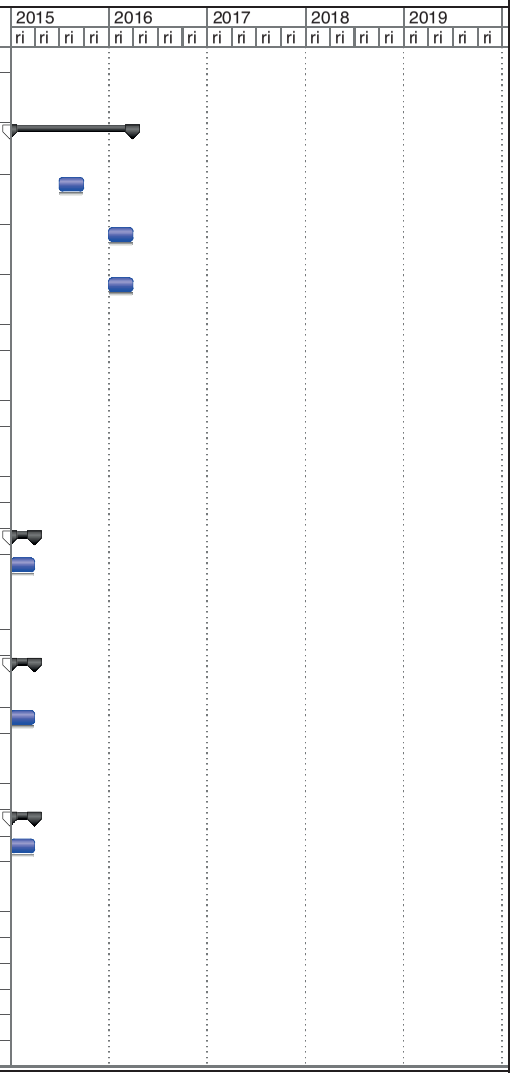



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 276 | Mesure 15 : Réouvrir une filière d'Anatomo-Cytopathologie pour les techniciens dans les écoles paramédicales ; |
| 277 | Mesure 16 : Organiser la formation de techniciens de laboratoires spécialisés en Anatomo-cytopathologie, enimmuno-histochimie et en hybridation in situ. |
| 278 | **Action 1.4 : Renforcer la formation des Radiothérapeutes, des Médecins Nucléaires, des Médecins Radiologues et des Physiciens Médicaux** |
| 279 | Mesure 17 : Engager un plan de formation initiale en sur spécialité (radiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique) |
| 280 | Mesure 18 : Identifier les besoins et élaborer un plan de formation sur la mammographie et l'échographie mammaire en vue de la mise en place du dépistage du cancer du sein |
| 281 | Mesure 19 : Renforcer dans les programmes initiaux de formation de l'enseignement de la mammographie dans le cursus de résidanat. |
| 282 | Mesure 20 : Former le personnel en charge à l'utilisation du PET Scann |
| 283 | Mesure 21 : Organiser des recyclages des Radiothérapeutes, soit sur site soit par le biais de stages de courte durée. |
| 284 | Mesure 22 : Organiser la formation et le recyclage des Physiciens Médicaux. |
| 285 | Mesure 23 : Renforcer la formation de manipulateurs en radiothérapie, de paramédicaux spécialisés en Médecine Nucléaire, de dosimétristes. |
| 286 | Mesure 24 : Organiser la formation des ingénieurs biomédicaux. |
| 287 | Mesure 25 : Organiser la formation des techniciens de la maintenance. |
| 288 | **Action 1.5 : Renforcer la formation d'agents paramédicaux dans la prise en charge du cancer.** |
| 289 | Mesure 26 : Organiser une formation pour des infirmiers spécialisés en cancérologie, notamment dans le dispositif d'annonce, les soins à domicile et ambulatoires, la prise en charge des soins de support (douleur) et des soins chirurgicaux (notamment stomato ...) |
| 290 | Mesure 27 : Instituer une formation de préparateurs en pharmacie des médicaments utilisés en cancérologie. |
| 291 | **Action 1.6 : Promouvoir la formation médicale continue de tous les spécialistes en cancérologie, chacun dans sondomaine, par des stages de mise à niveau des compétences** |
| 292 | Mesure 28 : Organiser la formation continue des spécialistes dans un cadre institutionnalisé. |
| 293 | Mesure 29 : Renforcer les compétences techniques des personnels chargés de la surveillance épidémiologique. |
| 294 | Mesure 30 : Instituer une formation complémentaire en bio-statistique et bioinformatique. |
| 295 | **Action 1.7 : Renforcer la formation du personnel de soutien dans la prise en charge du cancer** |
| 296 | Mesure 31 : Organiser la formation de psychologues dédiés à la prise en charge du malade atteint de cancer (DU) |
| 297 | Mesure 32 : Redimensionner la formation continue en OncoPsychologie par le processus de valorisation des expériences acquises (VEA) en utilisant les compétences existantes internes et externes ; |
| 298 | Mesure 33 : Organiser la formation de diététiciens dans le cadre de la cancérologie ; |
| 299 | Mesure 34 : Organiser la formation des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes dans le cadre de la cancérologie ; |
| 300 | Mesure 35 : Organiser la formation de tabacologues ; |
| 301 | Mesure 36 : Organiser la formation d'assistants médicaux spécialisés en gestion de l'information médicale ; |
| 302 | Mesure 37 : Organiser la formation de secrétaires médicales ; |
| 303 | Mesure 38 : Instituer la formation des administrateurs du dossier médical partagé (DMP). |

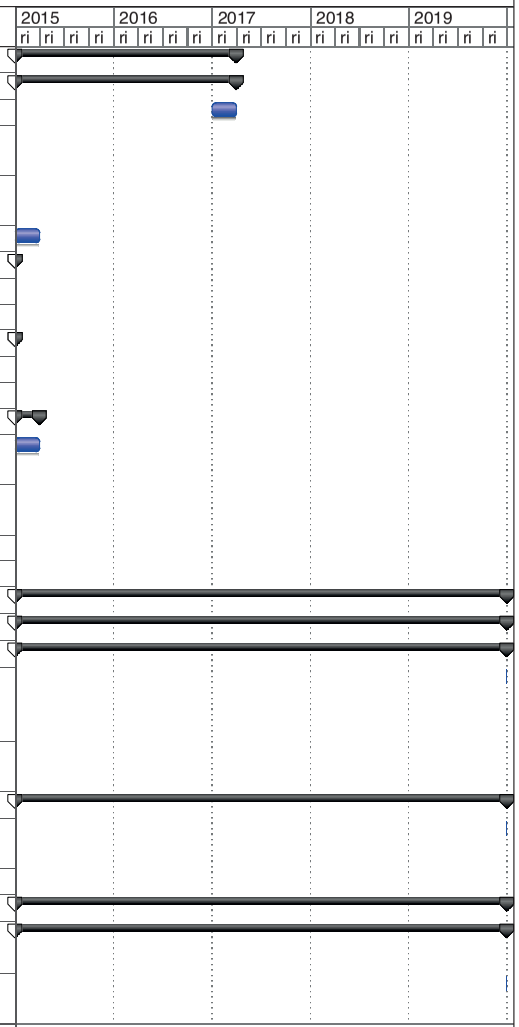



Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche |
|---|---|
| 304 | **Objectif 2 : Développer la recherche en cancérologie** |
| 305 | **Action 2.1 : Promouvoir la recherche dans le domaine de la cancérologie.** |
| 306 | Mesure 39 : Créer un établissement national de recherche sur le cancer ; |
| 307 | Mesure 40 : Définir une stratégie de recherche en fixant des choix et des priorités en collaboration entre du MSPRH et le MESRS ; |
| 308 | Mesure 41 : Mettre en place une tumorothèque et une cytothèque à visée de recherche (constitution de base de données) ; |
| 309 | Mesure 42 : Promouvoir la télémédecine et le cancer et institutionnaliser son utilisation. |
| 310 | **Action 2.2 : Promouvoir la recherche opérationnelle** |
| 311 | Mesure 43 : Initier des projets de recherche sur le thème « plans cancer ». |
| 312 | Mesure 44 : Dynamiser la recherche épidémiologique notamment en développant les essais cliniques |
| 313 | **Action 2.3 : Promouvoir la recherche en biotechnologie et en génétique** |
| 314 | Mesure 45 : Créer une plateforme de recherche moléculaire et génétique. |
| 315 | Mesure 46 : Développer la recherche sur les mutations génétiques. |
| 316 | **Action 2.4 : Développer la coopération et les partenariats nationaux et internationaux dans le cadre de la recherche sur le cancer** |
| 317 | Mesure 47 : Redynamiser la coopération avec l'AIEA /OMS, notamment dans le cadre du programme imPACT, ainsi qu'avecle FNUAP et avec l'ATRSS. |
| 318 | Mesure 48 : Organiser le recueil, la diffusion et la consultation des travaux de recherche scientifique en cancérologie. |
| 319 | Mesure 49 : Editer une revue spécialisée sur le cancer. |
| 320 | Mesure 50 : Promouvoir et organiser la participation Algérienne au programme international de génomique du cancer. |
| 321 | **Axe Stratégique 8 : Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers « Focus ************** |
| 322 | **Objectif 1 : Optimiser et rationnaliser les ressources financières disponibles** |
| 323 | **Action 1 : Optimiser l'utilisation des fonds d'affectation spéciale.** |
| 324 | Mesure 01: Identifier, au titre de l'année 2015, les premières activités à engager dont les dépenses sont imputables sur les deux fonds d'affectation spéciale, élaborer et mettre en exécution des plans d'actions pour leur utilisation avec deséchéancier |
| 325 | Mesure 02 : Adapter les nomenclatures des dépenses afférentes à ces deux fonds aux besoins du terrain en les modifiant conformément aux procédures en vigueur. |
| 326 | **Action 2 : Rationnaliser les dépenses pharmaceutiques** |
| 327 | Mesure 03 : Organiser les achats de produits pharmaceutiques selon leur imputation (Budget de l'établissement, subvention PCH et fonds spéciaux) pour assurer la cohérence et l'efficacité dans la dépense. |
| 328 | Mesure 04 : Adopter les consensus thérapeutiques pour les cancers les plus fréquents. |
| 329 | **Objectif 2 : Budgétiser les programmes de prévention, la formation et la recherche** |
| 330 | **Action 2.1 : Améliorer la communication et la qualification des personnels en charge du cancer Budgétiser lesprogrammes de communication pour la lutte antitabac et l'aide au sevrage tabagique.** |
| 331 | Mesure 05 : Budgétiser des programmes de communication pour la sensibilisation relative au dépistage du cancer du sein. |




Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

Tâche
Avancement
Jalon
Récapitulative
Tâche reportée
Jalon reporté
Avancement reporté
Fractionnement
Tâches externes
Récapitulatif du projet
Regrouper par en-tête
Échéance

PLAN CANCER 2015-2019

| N° | Nom de la tâche | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 332 | Mesure 06 : Réserver 2 % du budget de fonctionnement à la formation continue des personnels en charge de traitement du cancer. | | | | | |
| 333 | Mesure 07 : Accorder à la recherche en cancérologie un budget conséquent soit de l'ordre de 2 % du budget defonctionnement. | | | | | |

Projet : Echeancier_plancancer 2015-2019
Date : Jeu 11/12/14

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tâche | Récapitulative | Avancement reporté | Récapitulatif du projet | | |
| Avancement | Tâche reportée | Fractionnement | Regrouper par en-tête | | |
| Jalon | Jalon reporté | Tâches externes | Échéance | | |

Annexe 05

# LISTE DES CONTRIBUTEURS

Nous remercions vivement tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce travail qu'ils ont continuellement enrichi dans un esprit de mobilisation sans précédent avec le souci constant de concertation et de consensus.

A l'unanimité, les contributeurs s'accordent à reconnaitre que le travail s'est déroulé dans la transparence la plus totale, avec comme seul objectif l'amélioration de la prise en charge au point de vue médical et humain des malades atteints de cancer.

Nous nous excusons des éventuels oublis qui sont involontaires.

Pr Messaoud Zitouni

# Liste des contributeurs et participants

Mme H. ABDESLAM
Pr M. ABID
Pr M. AFIANE
Pr M. AGUERCIF
Mr D. AIT ABDESLAM
Pr A. AIT BENAMAR
Dr A. ALLAG
Mr K. AMER
Mr F. AMOKRANE
Pr A. SOLTANE
Pr Z.C. AMIR
Dr F. AMMOUR
Dr A. AMROUNE-FRAHI
Pr M. ARRADA
Mme I. ASLOUNE
Melle S. BAHLOUL
Mr Y. BAHLOUL
Dr S. BELAMRI
Mr S. BELKESSAM
Dr M. BELMADI
Dr I. BENAMIRA
Pr R. BENALI
Pr A. BENDIB
Pr S.E. BENDIB
Mr F. BENHAMDINE
Pr A. BENKAIDALI
Pr A. BENSALEM
Pr N. BERBER
Pr K. BOUALGA
Pr N. BOUBENDIR
Pr M. BOUBRIT
Dr A. BOUCHAGOUR
Mr N. BOUCHENAFA
Dr B. BOUDRA
Dr M. BOUDRICHE
Pr A. BOUHADEF
Dr ML. BOUHIDEL
Dr MS. BOUHIDEL
Dr D. BOURKAIB
Pr A. BOUSAHBA
Dr L. BOUTEKDJIRET
Pr SED. BOUYOUCEF
Dr S. BOUZBID
Pr K. BOUZID
Mr M. BOUZIDI
Mme L. BRIZA
Pr M. BROURI
Pr L. CHACHOUA
Pr F. CHAOUI
Dr N.CHAOUI
Mme S.CHATTA-TIBOURTINE
Mr S. CHELBANI
Dr F. CHERF-BOUZIDA
Pr M. CHEREF
Pr MC. CHERID
Pr A. CHOUITER
Dr L. DEBBAH
Dr C. DELIH
Pr L. DJELLALI
Pr AH. DIB
Pr A. DJEBBAR
Pr H. DJEDI
Pr L. DJELLALI
Pr A. DJEMAA
Dr M. FEKRACHE
Pr T. FILALI
Mme G. GRABA
Pr A. GRABA
Pr JP. GRANGAUD
Dr M. GRANGAUD
Pr L. GRIENE
Pr M. HADDAR
Pr M. HAMDI CHERIF
Mr K. HAMIZI
Pr RM. HAMLADJI
Mme D. HAMMA
Pr D. HAMMOUDA
Pr H. HAOUICHAT
Mr S. HARBANE
Pr A. HELALI
Pr A. KACIMI
Pr C. KADDACHE
Mme K. KADRI
Mr S. KECHOUT
Mr M. KERRAR
Mr H. KESSIS
Pr K. KEZZAL
Dr R. KRAIBA
Pr M. L'HADJ
Pr A. LANKAR
Pr A. LARABA
Mr A. LARBAOUI
Pr M. LOUNICI
Pr M. MAAOUI
Dr S. MAGUEMOUNE
Pr H. MAHFOUF
Mme A. MAHIDDINE
Pr B. MANSOURI
Pr M. MAHIOU
Pr M. MEDJDOUB
Dr S. MEKKAOUI
Pr F. MEKKI
Mme I. MELLAL
Pr S. MESBAH
Dr M. MOUSSAOUI
Dr D. NADIR
Dr L. NAOUN
Pr S. OUKRIF
Mr M. OULD KADA
Mr B. OUM OULD HANI
Mr M. OUZZIR
Dr L. RABIA
Dr W. SAADI
Pr M. SAIDI
Pr T. SAIB
Pr M. SEDDOUKI
Dr H. SILHADI
Pr F. SMAILI
Mme N. TAIBI
Pr N. TERKI
Dr Y. TERKMANE
Dr S. TOUAMI
Pr A. TOUATI
Pr A. TOUDJI
Pr F. YASSI
Mr A. ZEMOULI
Pr A. ZERHOUNI
Pr N. ZIDOUNI
Pr M. ZITOUNI

# Comité National Chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer

## Arrêté Ministériel du 24 Mars 2014

- Pr M. ZITOUNI, Coordonnateur
- Mr F. AMOKRANE
- Dr F. CHERF-BOUZIDA
- Pr JP. GRANGAUD
- Mr H. HAFED
- Pr D. HAMMOUDA
- Mr H. KESSIS
- Pr M. L'HADJ
- Mme A. MAHIDDINE
- Pr B. MANSOURI
- Dr S. MEKKAOUI
- Pr S. MESBAH

Edition & Publication - ANDS