



**Royaume du Maroc**  
**Ministère de la Santé**  
**INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE**  
**CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS**



Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire  
et Santé Publique  
Promotion (2006-2008)

**EVALUATION DE L'IMPLANTATION  
DU PROJET PILOTE DU DEPISTAGE  
DU CANCER DU COL DE L'UTERUS  
AU MAROC**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise  
en Administration Sanitaire et Santé Publique

**Option : Santé publique**

**Elaboré par : Dr. Latifa BELAKHEL**

juillet 2008

## RESUME

Pour répondre à un problème de santé publique majeur, le Ministère de la Santé a lancé un projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau de la région de Marrakech en 1998 et au niveau de la région de Fès en 1999, avec la collaboration de l'OMS et du FNUAP comme organismes financeurs et de l'institut national d'oncologie. Cependant, l'implantation de ce projet a connu un échec dans les deux sites.

La présente étude avait pour objectif de documenter le degré de mise en œuvre du projet et de vérifier la qualité de sa planification, la qualité du système de suivi-évaluation et l'adhésion des acteurs comme facteurs contextuels pouvant expliquer le relâchement qu'a connu le projet.

Pour réaliser cette recherche, nous avons choisi l'étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse. Les cas étaient constitués par la région de Marrakech - Tensift - El Haouz et la région de Fès-Boulmane, seules régions où le projet de dépistage du CCU a été implanté. Les niveaux d'analyse ont été définis par la direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies (DELM), les délégations médicales, les SIAAP, l'hôpital (service de gynécologie, service d'anatomopathologie), les centres de santé pilotes ainsi que les organismes financeurs. Les unités d'observation sont représentées par les personnes impliquées dans l'implantation du projet, à savoir :

- le chef de division et le chef de service des maladies néoplasiques au niveau de la DELM.
- les délégués, les médecins chef des SIAAP, le responsable du service d'anatomopathologie et les médecins des centres de santé pilotes au niveau des deux sites.
- les coordonnateurs de programmes au niveau des organismes financeurs (OMS ; FNUAP)

A l'aide de l'analyse documentaire et des entretiens avec l'ensemble des personnes concernées par le projet, nous avons pu collecter les données en rapport avec nos objectifs. Cet échec a été expliqué, ou du moins partiellement, par le manque de planification avec anticipation des risques et le manque de suivi-évaluation au niveau des deux préfectures. D'autre part, notre étude a mis en évidence que l'implantation du projet de dépistage dépendait de la stratégie fondamentale des acteurs qui le géraient et de l'adhésion des professionnels.

Pour réussir un projet de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, nous devons le fonder sur une planification adaptée aux ressources locales et sur un système de coordination solide entre les différents niveaux de prise en charge, tout en prévoyant des mécanismes d'accompagnement.

**Mots clefs** : cancer du col de l'utérus- dépistage- implantation- intervention- planification- suivi évaluation- adhésion des acteurs.

## SUMMARY

The health Ministry, in order to outcome an important public health problem, have defined a cervical matrix cancer screening project in the cities of Marrakech in 1998 and Fes in 1999, with the collaboration of the OMS and the FNUAP as project financers and the national institute of oncology. However, the setting of this project has failed in the two cities.

First, this current study tries to document the degree of making up of the project. Secondly, it tries to check off the main stages of the project, essentially planning quality or instant check off and evaluation or degree of interest of the team and actors involved in the project.

To perform this research, we have gone on a multiple case study in several analysis levels Marrakech-Tensift-El haouz and Fes-Boulmane were the cases where the cervical matrix cancer screening project was implanted. The analysis levels were defined by the epidemiological and fight against diseases direction, delegations, SIAAP, Hospital (gynaecology and anatomopathologic service), Piloted centres of health areas and Financer organisms World Health organisation WHO and united national population fund UNFPA. Observation units were represented by professionals involved in the setting of the project, namely by the division head and the cancer diseases service head in the DELM direction of epidemiology and disease, head of health delegation, head of health service, anatomopathologic service head and medicals of the piloted centre health areas of the two cities and the coordinators of the program in the financer organisms. Using the documental analysis and interviews with all the actors involved in the project, we have gathered all the data in the relation with our goals. The failure of the project could be a result of the lack of suet planning, risks non anticipation, lack of instant check up and evaluation in the two cities. In the other hand, our study shows that the setting up of the screening project depends on the behaviour of manager actors and the professional interest level.

To succeed in an early cervical matrices cancer screening project we should, first, do a previous planning adapted to local resources, secondly, coordinate between different stages and finally implement every future dysfunction of a supposed critical point by correct instructions and procedures.

**Key words:** cancer of cervical matrix-screening-implantation-intervention-planning-instant check up-evaluation- actor's interest

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. ETAT DES CONNAISSANCES .....	3
1.1. Définitions.....	3
1.1.1. Implantation d'une intervention.....	3
1.1.2. Evaluation de l'implantation.....	4
1.2. Epidémiologie et prévention du cancer du col.....	4
1.2.1. Cancer du col de l'utérus.....	4
1.2.2. Dépistage du cancer du col.....	6
1.3. Description du projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus.....	9
1.4. Déterminants de l'échec de l'implantation d'une intervention en santé publique.....	13
1.4.1. Gouvernance régionale.....	13
1.4.2. Planification avec anticipation des risques.....	14
1.4.3. Adhésion des acteurs.....	16
1.4.3.1. Gestionnaires.....	16
1.4.3.2. Professionnels.....	17
1.4.4. Système de suivi –évaluation.....	18
1.4.5. Organisation.....	19
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	20
3. METHODOLOGIE.....	20
3.1. Type de l'étude .....	20
3.2. Période et lieu de l'étude.....	21
3.3. Collecte des données.....	21
3.3.1. Données collectées.....	21
3.3.2. Méthodes de collecte des données.....	23
3.4. Méthode d'analyse des données.....	25
3.5. Considérations éthiques.....	25
4. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	26

4.1. Degré de mise en œuvre du projet de dépistage du CCU.....	26
4.1.1. Site de Marrakech.....	26
4.1.1.1. Implantation des ressources et des activités.....	26
4.1.1.2. Processus d’implantation.....	28
4.1.2. Site de Fès.....	29
4.1.2.1. Implantation des ressources et des activités.....	29
4.1.2.2. Processus d’implantation.....	31
4.2. Déterminants de l’échec de l’implantation du projet.....	34
4.2.1. Qualité du processus de planification.....	34
4.2.1.1. Site de Marrakech.....	34
4.2.1.2. Site de Fès.....	36
4.2.2. Système de suivi et évaluation.....	40
4.2.2.1. Site de Marrakech.....	40
4.2.2.2. Site de Fès.....	41
4.2.3. Degré d’adhésion des acteurs.....	43
4.2.3.1. Service central (DELM).....	43
4.2.3.2. Site de Marrakech.....	45
a- Degré d’adhésion des gestionnaires.....	45
b- Degré d’adhésion des professionnels.....	46
4.2.3.3. Site de Fès.....	47
a- Degré d’adhésion des gestionnaires.....	47
b- Degré d’adhésion des professionnels.....	49
5. DISCUSSION.....	52
5.1. Discussion des résultats.....	52
5.2. Forces et limites.....	55
6. RECOMMANDATIONS.....	56
CONCLUSION.....	58
REFERENCES	
ANNEXES	

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Influence de la logique de la planification sur la réussite ou l'échec du projet
Tableau II	Répartition des entrevues par catégories d'acteurs et par site
Tableau III	Résultats des centres de santé pilotes et du CRPF dans la région de Fès
Tableau IV	Résultats au niveau du laboratoire d'anatomopathologie

## LISTE DES ANNEXES

Annexe A	Classification FIGO.
Annexe B	Le circuit des malades.
Annexe C	Message de sensibilisation.
Annexe D	Les fiches de références/contre référence.
Annexe E	Liste de matériel acheté à Fès
Annexe F	Historique du projet à Fès
Annexe G	Outil de collecte de données.
Annexe H	Projet de dépistage du cancer du col à Fès

## LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
CCU	Cancer du col de l'utérus
C/S	Centre de santé.
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRPF	Centre régional de planification familiale
DELM	Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies
FCV	Frottis cervico-vaginal
FIGO	Fédération internationale de gynécologie obstétrique
FNUAP	Fond des nations unies aux populations
HPV	Human papuloma-virus ou virus papulomateux humain.
IEC	Information éducation communication
INO	Institut national d'oncologie
IST	Infections sexuellement transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organismes non gouvernementaux
ORE	Observatoire régional de l'épidémiologie
PSGA	Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement
SIAAP	Service des infrastructures et des activités ambulatoires préfectorale ou provinciale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SEGMA	Service de l'état géré de manière autonome

## INTRODUCTION

Selon les estimations de l'OMS, il y aurait plus de 500 000 nouveaux cas par an de cancer du col de l'utérus dans le monde, dont plus de 80% dans les pays en développement [27]. On estime aujourd'hui qu'il y a plus d'un million de femmes atteintes du cancer du col, dont la plupart n'ont pas été diagnostiquées ou n'ont pas accès au traitement qui pourrait les guérir ou prolonger leur vie. Le cancer du col de l'utérus (CCU) a fait près de 260 000 victimes en 2005 dont près de 95% dans des pays en développement selon la même source, ce qui fait de cette maladie l'une des plus graves menaces qui pèse sur la vie des femmes. Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux services de santé est limité et le dépistage du cancer est inexistant ou bien ne touche qu'un faible pourcentage des femmes qui en ont réellement besoin.

Au Maroc la santé de la population connaît une véritable transition marquée par l'amorce de la transition démographique, l'augmentation de l'espérance de vie, la transformation de l'environnement et les changements de mode de vie. Le vieillissement de la population va s'accélérer et, en conséquence, la demande en soins liés au cancer, dans un avenir très proche, va augmenter.

En effet la mortalité par le cancer reste toujours élevée, car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est difficile et coûteuse. On estime le nombre de nouveaux cas de cancers, dans notre pays entre 30 000 et 45 000 par an dont 12 000 cas seulement sont pris en charge [23].

Selon une étude faite à l'INO, plus de la moitié des cas (58%) ayant consulté sont des femmes [15]. Le cancer du col de l'utérus représente 12,82 % des cas précédé par le cancer du sein qui occupe la première place avec 36,1 % des cas [31]. Le carcinome épidermoïde constitue le cancer du col de l'utérus le plus fréquent et il survient chez les femmes ayant une moyenne d'âge de 53ans [31].

Conscient de la gravité croissante du problème du cancer et des dépenses qu'engendre sa prise en charge, le ministère de la santé a mis en place en 1998/1999 un projet pilote de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein au niveau des régions de Marrakech Tansift El Haouz et de Fès Boulmane financés respectivement par le FNUAP et l'OMS.

Le projet consistait à faire le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, chez des femmes d'âge compris entre 35 ans et 50 ans et qui présentent des signes d'éligibilité bien définis, par un examen gynécologique fait par les médecins généralistes des centres de santé avec un frottis adressé au laboratoire d'anatomopathologie et d'un examen clinique systématique pour le cancer du sein. Les promoteurs du projet visaient la généralisation des activités de dépistage dans tous les centres de santé et assurer leur pérennité. Cependant, le projet s'est heurté à plusieurs contraintes et difficultés qui ont empêché sa généralisation et sa pérennité. Cette situation perçue comme problématique, cause de l'inconfort et exige donc une explication.

Par ailleurs, le bureau régional de l'OMS a entrepris l'élaboration d'une stratégie régionale de lutte contre le cancer, en novembre 2007 [26], basée sur une approche coordonnée.

Dans la même ligne de pensée, la présence sur le terrain d'acteurs importants, telle que l'association Lalla Salma, qui œuvrent dans ce domaine, doit permettre d'exploiter les ressources et les atouts nationaux pour surmonter les faiblesses actuelles de lutte contre le cancer, dans un cadre de collaboration forte et continue.

Ainsi à la veille de la mise en place d'une stratégie nationale de dépistage du CCU qui fait partie du plan d'action du ministère de la santé pour la période 2008/2012, nous pensons qu'il serait judicieux d'évaluer les deux expériences qui ont eu lieu à Fès et à Marrakech à fin de déterminer les facteurs contextuels qui peuvent expliquer la variation de mise en œuvre.

Notre travail a porté sur une composante du projet qui est le dépistage du cancer du col de l'utérus et avait pour objectifs de :

- ⇒ Documenter le degré de mise en œuvre du projet de dépistage au niveau de la région Fès et de Marrakech;
- ⇒ Identifier les facteurs contextuels pouvant expliquer l'échec du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus :
- ⇒ Proposer des recommandations pouvant améliorer la gestion du programme de dépistage du CCU dans notre contexte.

## 1. ETAT DES CONNAISSANCES

La revue de la littérature s'était articulée autour de l'implantation d'une intervention, évaluation de l'implantation, du CCU en tant que problème de santé publique, le dépistage du CCU, la description de l'intervention, les déterminants de l'implantation d'un programme au sein d'une organisation ayant servi de base pour essayer d'identifier les facteurs expliquant l'échec de l'implantation du projet de dépistage du CCU.

### 1.1. Définitions

#### 1.1.1. **Implantation d'une intervention :**

L'implantation peut être définie comme le transfert au niveau opérationnel d'une intervention. Cette implantation passe par des étapes que JL Dennis [18; 19] résume en cinq :

- L'initiation : C'est l'étape de réflexion, où les initiateurs interagissent pour concevoir l'idée innovante et les procédures de sa mise en oeuvre.
- La diffusion : L'innovation est soumise à la probation d'un autre groupe plus élargi que le premier. C'est un groupe qui doit détenir le pouvoir et l'expertise requise pour statuer sur l'avenir de l'intervention avant de la diffuser à plus grande échelle.
- L'adoption : C'est le transfert des différentes composantes de l'intervention à un niveau opérationnel.
- L'implantation : ou l'institutionnalisation consiste à rendre routinière les différentes composantes de l'intervention au sein de l'organisation. Cette étape est appelée également routinisation.
- L'ex novation : c'est l'abandon ou la disparition de l'intervention ou l'une de ses composantes du milieu d'implantation après un degré de mise en oeuvre donné.

Ces phases de l'implantation sont aussi décrites par Kwon et Zmud (1987) qui ont proposé un modèle composé d'étapes qui a pour fondement le modèle de changement de Lewin (1952) et a été enrichi ensuite par Cooper et Zmud (1990) [2]. Dans leur article de 1990,

les auteurs proposent un modèle représentant le processus d'implantation d'une technologie de systèmes d'information, composé de six phases : initiation, adoption, adaptation, acceptation, routinisation et infusion [2].

### 1.1.2. **Evaluation de l'implantation :**

Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative) [1;29].

Selon Champagne et Denis [18], l'évaluation de l'implantation s'intéresse aux relations entre l'intervention, ses composantes au regard de la production des effets. Elle s'articule autour des trois questions suivantes:

- Quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en oeuvre de l'intervention ? (composante 1);
- En quoi les variations dans la mise en oeuvre de l'intervention influencent elles les effets observés ? (composante 2);
- Quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur les effets observés ? (composante 3).

L'analyse d'implantation met en relief l'influence que peut avoir la variation du degré d'implantation d'une intervention, ainsi que celui des éléments du contexte de cette dernière sur ses effets directs attendus.

## 1.2. Epidémiologie et prévention du cancer du col

### 1.2.1. **Cancer du col de l'utérus**

Le cancer occupe la deuxième place sur la liste des causes de décès dans les pays développés, et les données épidémiologiques montrent qu'une tendance similaire commence à se manifester dans les pays en développement [25]. Parmi les principaux facteurs qui contribuent à cette situation, on citera : l'augmentation de la proportion de personnes âgées (chez qui la prévalence du cancer est élevée) dans la plupart des populations, l'attitude croissante de la science médicale à combattre les maladies

transmissibles jadis toujours fatales et l'élévation de l'incidence de certaines formes de cancer [25].

Le cancer du col de l'utérus est, par sa fréquence, le 2<sup>ème</sup> cancer chez les femmes. En 2005, il a entraîné plus de 260 000 décès, dont près de 95% dans les pays en développement [27]. En l'absence d'intervention rapide, la mortalité associée au cancer du col pourrait augmenter de 25% dans les dix prochaines années [27].

Il est cependant possible d'éviter ces décès grâce au dépistage et au traitement de cette maladie et contribuer ainsi à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

La plupart du temps et surtout dans les pays en développement, les femmes qui décèdent du CCU sont des femmes jeunes, dans la fleur de l'âge. Elles ont encore des enfants à élever et elles participent activement à la vie économique et sociale de leurs pays. Leur disparition représente non seulement une tragédie personnelle, mais aussi une grande perte, douloureuse et inutile, pour leur famille et leur communauté. Une perte inutile, parce qu'il existe des preuves irréfutables que le CCU est un des types de cancers les plus faciles à prévenir et à traiter, à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et correctement traité.

Les Facteurs de risque les plus connus du CCU sont [7]:

- Faible niveau socio-économique
- Multiparité
- Précocité des premiers rapports sexuels,
- Partenaires occasionnels multiples,
- Antécédent de IST,
- Tabagisme,
- Absence de frottis réguliers,

L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est une des causes majeures de transformation de l'épithélium cervical et est responsable en grande partie de la genèse des cancers cervicaux [28]. La tumeur est classée en stades selon la classification de la fédération internationale de gynécologie obstétrique FIGO 1994 (annexe A).

### 1.2.2. Dépistage du cancer du col

L'expérience dans les pays développés a montré que des programmes de dépistage organisés bien planifiés, avec une couverture élevée, pouvaient considérablement réduire le nombre de nouveaux cas de cancer du col et le taux de mortalité associée. En France comme dans toute l'Europe l'incidence du CCU diminue (6000 en 1975 à 3400 en 2000) cette baisse est due au dépistage spontané par FCV [13]. Les recommandations Européennes [30] préconisent un frottis tous les 3 à 5 ans pour les femmes âgées de 30 à 60ans. En France les recommandations de l'ANAES [4] préconisent un dépistage par frottis tous les 3 ans, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle chez la femme âgée de 25 à 65 ans. La preuve est faite qu'il est possible de réduire le poids de cette maladie sur la population féminine et les systèmes de santé, en sensibilisant la population au cancer du col, en mettant en œuvre des programmes de dépistage efficaces et en améliorant les services de santé existants. Malheureusement le taux d'incidence du cancer du col et la mortalité associée sont bien plus élevés dans les pays en développement que dans les pays développés.

Le dépistage est une action de santé publique conduite sur une population à risque, appelée population cible. Le but du dépistage n'est pas de diagnostiquer une maladie mais d'identifier les individus qui ont une forte probabilité de la contracter ou de la développer. Une maladie doit remplir les critères suivants pour faire l'objet d'un programme de dépistage [25]:

- Elle doit avoir de graves répercussions sur la santé publique ;
- Il doit exister un stade infraclinique décelable ;
- Le teste de dépistage doit être simple, non invasif, sensible, spécifique, bon marché et facilement accepté par le public cible ;
- Le traitement du stade infraclinique doit favorablement influencer le cours et le pronostic de la maladie à long terme ;
- Il faut que toutes les personnes dont le test de dépistage est positif aient accès aux traitements nécessaires.

Le CCU remplit ces différents critères et l'objectif de son dépistage est d'examiner la plus grande proportion possible de femmes à risque pour ce cancer et de garantir un suivi approprié à toutes celles dont le test de dépistage est positif ou anormal.

Il existe deux types de dépistages le dépistage organisé il est généralement planifié au niveau national ou régional et doit préciser : la population cible, la fréquence du dépistage, les objectifs de couverture, le procédé employé pour inciter les femmes à se présenter aux services de dépistage, les tests utilisés, les stratégies adoptées pour faire informer les femmes dont le test est positif, le système utilisé pour orienter les femmes vers les services de diagnostic et de traitement, les recommandations thérapeutiques et les indicateurs de contrôle et d'évaluation du programme de dépistage.

Le deuxième type est le dépistage opportuniste qui est réalisé indépendamment d'un programme. Il s'adresse surtout à des femmes qui sollicitent des soins pour d'autres motifs que le dépistage du CCU. Dans ce cas, soit c'est le prestataire de soins qui conseille le dépistage soit c'est la femme qui le demande.

Différentes méthodes de dépistage existent, la plus utilisée et celle ayant fait la preuve de son efficacité, est le dépistage cytologique par frottis conventionnels: peu coûteux, acceptable pour les patientes et suffisamment sensible pour détecter les lésions précancéreuses [33] et les autres méthodes sont

- a) Education et information des femmes Dans les pays nordiques, avant même l'introduction de programmes cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus, la proportion des cas avancés de cancer du col a diminué significativement. Cette diminution est liée à l'apparition des moyens de traitement adéquat et aux campagnes d'information destinées aux femmes.
- b) Le dépistage visuel du col de l'utérus dit du 'downstaging', a été proposé par l'OMS (Stjernswärd, 1987). Il s'agit d'un dépistage précoce et simplifié définit comme un 'dépistage à un stade peu avancé, où la guérison est encore possible ; devant être effectué par le personnel infirmier ou par d'autres agents de santé, en utilisant un simple spéculum pour procéder à l'examen visuel du col utérin'.

L'objectif d'une telle approche est d'améliorer la précocité de la détection pour améliorer le pronostic de la tumeur :

- c) La cervicoscopie : Il s'agit de la visualisation du col à l'oeil nu après imprégnation avec de l'acide acétique. Cette méthode a été pour la première fois décrite par Ottaviano et La Torre en 1982. Le résultat est considéré comme positif si un blanchiment apparaît sur le col après application de 5% d'acide acétique. Il est négatif en l'absence de ce blanchiment
- d) La cervicographie : Il s'agit de la prise de photographies du col de l'utérus après application de 3 à 5% d'acide acétique. La personne qui effectue le frottis prend deux photos du col. Ces photos sont ensuite analysées par des experts en colposcopie.
- e) La spéculoscopie : Il s'agit d'une méthode qui nécessite l'utilisation d'une lumière fluorescente, dans une chambre noire, pour détecter à l'oeil nu des lésions blanches apparaissant après application d'acide acétique.
- f) Le Polarprobe : Il s'agit d'une méthode électronique de dépistage cervical permettant la détection des lésions cancéreuses et précancéreuses utilisant des techniques électriques et optiques pour distinguer entre un tissu malin et non malin (Wunderman, 1995).
- g) La gynoscopie : Il s'agit d'un microscope monoculaire muni d'une lumière permettant la visualisation des zones blanchies par d'acide acétique. Il permet un agrandissement de 2,5 fois.
- h) La colposcopie : La colposcopie a été introduite par Hinselmann en 1925. Cette méthode utilise un colposcope qui est en fait une loupe binoculaire montée sur un statif. Elle permet une étude topographique des lésions cervico-vaginales. La sensibilité de la colposcopie est supérieure à celle du frottis cervical dans la détection des anomalies épithéliales.
- i) Détection des Papillomavirus oncogéniques humains (HPV) : Il est bien établi que le cancer du col est causé par certains type de papillomavirus. L'infection par HPV est une maladie sexuellement transmissible très répandue, avec plus de 30 types affectant la sphère génitale. Cependant seuls 10 à 15 d'entre eux

causent un cancer (Bosch, 1995), principalement l'HPV 16 et 18. L'infection est détectée par la présence de l'ADN du virus. La plupart des infections, y compris celles entraînant une modification cytologique, se résolvent spontanément avec une disparition de l'HPV. Parfois elles peuvent progresser en lésion précancéreuse. Une fois établie, elles ont tendance à persister et peuvent se transformer en cancer. La plupart des lésions de haut grade et des cancers contiennent des HPV oncogéniques.

### 1.3. Description du projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le ministère de la santé a organisé un projet pilote de dépistage précoce du cancer du col en collaboration avec l'INO et deux organismes internationaux, le FNUAP et l'OMS.

Ce projet a été implanté dans les préfectures de la wilaya de Fès (Fès Jdid Dar Dbibagh, Fès médina, Zouagha My Yaakoub et Sefrou) et de la wilaya de Marrakech (Marrakech Ménara, Marrakech Médina, Sidi Youssef Ben Ali).

Les objectifs de ce projet étaient :

- Réduire l'incidence du cancer par la détection des lésions précancéreuses.
- Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des femmes dépistées.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Sélectionner les femmes à haut risque du cancer du col parmi les utilisatrices des services de santé
- Améliorer les compétences des médecins généralistes exerçants au niveau des centres de santé en vue de dépister précocement le cancer du col
- Renforcer le plateau technique des structures sanitaires impliquées dans cette action (C/S, laboratoire d'anatomopathologie, centre régional de planification familiale)
- Instaurer un mécanisme de coordination entre les différents niveaux de prise en charge (C/S, laboratoire, maternité, institut national d'oncologie)

La Population cible était composée de femmes recrutées aux C/S selon des critères d'éligibilité bien déterminés à savoir l'âge compris entre 35 à 50 ans ou ayant une IST

chronique ou récidivante, ou alors âge précoce des premiers rapports sexuels ou bien niveau socio-économique bas. Ces femmes étaient examinées par les médecins généralistes des centres de santé qui leurs faisaient un frottis cervico-vaginal adressé par la suite au laboratoire d'anatomopathologie et un examen systématique des seins. Le circuit des patientes, a été bien précisé entre les différents niveaux de prise en charge (annexe B).

Les ressources qui devaient être déployées et les principales actions qui devaient être développées au niveau des différentes structures de soins sont les suivantes :

- ⇒ Au niveau des établissements de soins de santé de base:
  - La formation théorique et pratique des médecins des c/s pilotes
  - Des journées d'information et de sensibilisation (annexe C) des personnes impliquées dans le projet (médecins, infirmiers de SMI-PF, major)
  - La dotation des c/s en matériels nécessaires pour réaliser le projet.
- ⇒ Au niveau du laboratoire d'anatomopathologie
  - Recyclage sur le plan technique du personnel de laboratoire à INO
  - Renforcer le laboratoire en personnel médical spécialisé (anatomopathologistes)
  - Améliorer le plateau technique en le dotant d'un microscope spéciale anatomopathologie, d'un colposcope, de produits consommables suffisants et d'une table gynécologique.
- ⇒ Au niveau du service de gynécologie
  - Informer et sensibiliser le personnel du service de la gynécologie sur le projet
  - Doter le service d'un colposcope, matériel nécessaire pour le FCV, de médicaments et consommables pour la chirurgie.
- ⇒ Au niveau du centre régional de planification familiale
  - Impliquer l'équipe de CRPF dans le projet
  - Orienter les malades des C/S vers le CRPF pour la consultation spécialisée
  - Tenu d'un registre des malades
  - Doter le centre du matériel nécessaire pour la réalisation des frottis.
- ⇒ Au niveau de l'Institut national d'oncologie
  - Amélioration de la coordination entre l'INO et l'hôpital

- Prioriser les cas dépistés.

Dans le cadre de ce projet de dépistage, pour qu'il y ait une coordination entre les différents niveaux de prise en charge (circonscription sanitaires, laboratoire, maternité, CRPF, Institut National d'Oncologie, etc. ...), il était prévu d'utiliser des fiches de références contre références (annexe D) et de tenir un registre dans chacun des niveaux de prise en charge pour assurer le suivi et l'évaluation:

- ✓ Un premier registre, au niveau de tous les centres de santé, où l'on enregistre tous les cas suspects de cancer.
- ✓ Un registre chez le gynécologue qui jugera si une femme doit être prise en charge au niveau régional ou référée au niveau national.
- ✓ Un troisième registre au niveau de l'Institut National d'Oncologie (INO) pour toutes les femmes qui y sont référées.

Le modèle logique de l'intervention est donc le suivant :

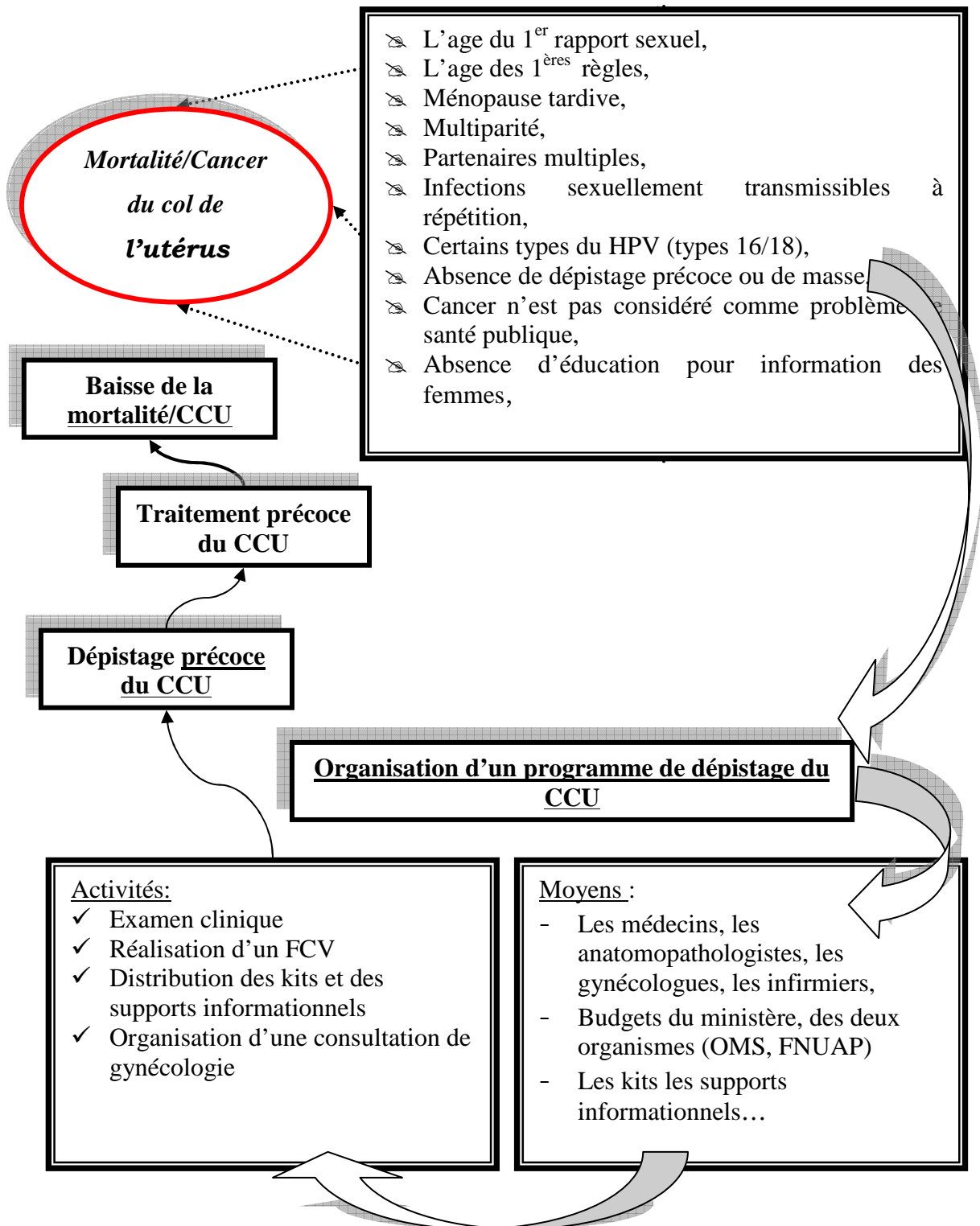


Figure1 : La logique du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus

## 1.4. Déterminants de l'échec de l'implantation d'une intervention en santé publique

Les perspectives sur les déterminants de la réussite ou de l'échec d'un projet sont multiples et variées et les auteurs sont loin du consensus sur ce sujet. Nous nous sommes intéressés principalement à un certain nombre de facteurs qui nous ont permis de comprendre les conditions d'implantation des interventions, à savoir :

### 1.4.1. Gouvernance régionale :

Les politiques de régionalisation visent à installer, en créant de nouvelles organisations, des capacités stratégiques accrues au niveau intermédiaire du système de santé (Denis et Valette 1997). En effet la régionalisation devrait permettre d'accomplir de façon plus adéquate différentes fonctions dont celles de la répartition des ressources, de la planification des services et la participation du citoyen. Au Canada, la régionalisation représente une expérience majeure en matière de politique de la santé. Neuf des dix provinces canadiennes ont adopté une politique de régionalisation pour opérer des réformes [17].

D'autres travaux ont fait état des attitudes, des motivations et des perceptions des membres des autorités régionales. Ces travaux montrent que les responsables au niveau de la région prennent au sérieux leurs mandats en y consacrant un temps et un investissement importants et une grande volonté de participer à la gouvernance ce qui les amènent à bien répondre aux attentes du gouvernement [17].

Cependant, pour que la gouvernance s'exerce de façon efficace, elle doit aussi porter sur la cohérence des décisions et des actions prises au niveau central et disposer d'une marge de manœuvre pour opérer des changements. La régionalisation doit évoluer vers un rôle de soutien et de catalyseur de dynamiques porteuses de changement au niveau des pratiques. Pour arriver à réussir ses missions et produire des transformations la régionalisation doit :

- ✓ cibler les pratiques professionnelles ;
- ✓ jouer un rôle de contrôle, de soutien et de catalyseur auprès des organisations établies sur son territoire ;

- ✓ miser sur une combinaison de stratégies visant à dynamiser et canaliser le changement, dont l'incitation, la formation, la négociation politique et les modifications structurelles ;
- ✓ Bénéficier d'un appui suffisant et cohérent de la part du service central ;
- ✓ Stimuler la participation publique afin que les projets de changement puissent arriver à maturité et se pérenniser au besoin sans que ne s'épuisent les ressources humaines des organisations et système de soins.

#### 1.4.2. **Planification avec anticipation des risques :**

- Planification du projet :

La planification d'un projet est un outil incontournable pour le management de projet. Elle permet de définir les travaux à réaliser, fixer des objectifs, coordonner les actions, maîtriser les moyens, diminuer les risques, suivre les actions en cours et rendre compte de l'état d'avancement du projet.

La planification est un outil de prise de décisions pour le chef de projet mais aussi de communication entre les différents acteurs. Elle permet de maîtriser les interfaces et d'optimiser les chances de réussite d'un projet en améliorant la productivité grâce à une meilleure maîtrise de la qualité [34].

C'est une étape fondamentale pour la réussite du projet, si elle n'est pas bien étudiée elle peut causer l'abandon d'une de ses composantes voir son échec.

Selon *John P kotter* [20], il existe huit causes d'échec d'un projet : ne pas stimuler suffisamment l'urgence, ne pas constituer un noyau dur, le manquer de vision, minimiser l'effort de communication, laisser des obstacles, ne pas se donner de repères sur le court terme, crier trop tôt victoire et ne pas ancrer le changement dans la culture de l'entreprise. Il les situe toutes au niveau de la phase de la planification. Un manque de logique dans la planification peut certainement être à l'origine de l'échec d'un projet, ou alors vous pouvez être amené à créer l'attente d'un impact totalement irréaliste compte tenu de la durée et du budget du projet. Enfin, sans une idée claire de ce qui doit être accompli dans un délai donné, il sera très difficile de définir avec précision ce qu'il faut suivre et évaluer. Le

tableau I montre comment les lacunes dans la logique de la planification influencent sur le succès ou l'échec du projet [8] :

Tableau I : Influence de la logique de la planification sur le succès ou l'échec du projet

Réussite du projet	Un modèle théorique [logique] bien construit + une mise en œuvre efficace = mènent au succès du projet
Échec du projet pour des motifs théoriques	Un modèle théorique [logique] insatisfaisant + une mise en œuvre efficace = mènent à l'échec du projet
Échec pour des motifs d'exécution	Un modèle théorique [logique] bien construit + une mise en œuvre déficiente = mènent à l'échec du projet
Échec total	Un modèle théorique défectueux (illogique) + une mise en œuvre déficiente = mènent à l'échec du projet

- Anticipation des risques :

Un risque est la possibilité qu'un projet ne s'exécute pas conformément aux prévisions de dates d'achèvement, de coût, de spécifications et des conditions externes. Les écarts par rapport aux prévisions sont considérés comme difficilement acceptables, voire inacceptables [16].

L'inexistence d'informations explicites sur les risques, constitue un handicap majeur et se traduit souvent par une mise devant le fait accompli, imposant de traiter le problème de façon urgente et rapide sans possibilité de prise de recul et de réflexion. Plus les risques sont détectés tardivement, plus leurs conséquences peuvent être graves et moins les solutions à mettre en œuvre seront négociables. [16]

Pour LE BISSONNAIS (1997), le management des risques projet consiste à prendre en compte les imprévus, aléas, incertitudes et opportunités pour réduire, sinon supprimer les risques du projet et/ou leurs conséquences. WARD et CHAPMAN (1995) souligne l'importance de la prise en compte des risques tout au long du cycle de vie du projet [9].

John Fitzgerald KENNEDY a dit: «There are risks and costs to a program of action but they are less than the long range risks and costs of comfortable inaction» [16]. Ceci veut dire que manager un projet implique de se confronter à de nombreux risques mais gérer et

maîtriser ces risques permet au final d'affronter beaucoup moins de problèmes qu'en l'absence de politique de gestion clairement définie.

### 1.4.3. **Adhésion des acteurs :**

#### 1.4.3.1. *Gestionnaires :*

L'adhésion des gestionnaires est liée aux intérêts de ces derniers dans l'organisation et au support qu'ils lui accordent.

- Intérêts des acteurs :

Les intérêts personnels des acteurs, semblent être les facteurs déterminants de l'échec ou de la réussite de l'implantation d'une intervention selon David Courpasson [9]. Les intérêts ou objectifs sont très souvent répartis entre plusieurs acteurs, à différents niveaux. Typiquement on distingue, la direction générale (niveau stratégique), la direction départementale (niveau managérial) et les utilisateurs (niveau opérationnel). A tous les niveaux se mêlent des objectifs professionnels et des objectifs personnels (carrière, position dans l'entreprise, renommée, ...). Alors que ces objectifs constituent un élément critique dans la réussite du projet, on constate une difficulté importante de leur gestion. Certains resteront inconnus ou découverts tardivement. Certains, par nature, doivent rester informels. [24;11].

Cette adhésion, réfère à la présence d'enjeux (Crozier et Freidberg, 1977et Crozier1995). Les intérêts des acteurs peuvent être implicites ou explicites comme ils peuvent être en harmonie ou en conflit avec les objectifs de l'intervention, lorsqu' un événement organisationnel, risque d'accroître ou de réduire les contraintes imposées à certains acteurs face à l'actualisation de leurs stratégies fondamentales. [18]

- Le support des acteurs au changement :

Le support au changement est la conséquence du degré de conformité des objectifs visés par l'intervention avec les stratégies fondamentales des acteurs. Les acteurs peuvent favoriser, être neutres ou être antagonistes à la conduite de changement selon qu'ils y perçoivent ou non un moyen d'actualisation de leurs stratégies fondamentales.

Les facteurs qui permettent de rendre un contexte favorable à l'implantation et à l'efficacité d'une intervention sont :

- un support important accordé par les agents d'implantation à l'intervention.
- l'exercice des acteurs d'un contrôle suffisant dans l'organisation pour être en mesure d'opérationnaliser et de rendre efficace l'intervention.
- une forte cohérence entre les motifs sous jacents au support que les acteurs accordent à l'intervention et les objectifs de cette dernière.

La difficulté de l'implantation d'un changement ne dépendra pas seulement de l'inefficacité du processus de planification ou du système de contrôle mais plutôt de la poursuite d'intérêts particuliers des acteurs influant de l'organisation [3;11;18].

#### 1.4.3.2. *Professionnels :*

Un projet, en fonction de la façon dont il est géré, peut avoir au plan humain un caractère destructeur ou surgénérateur en termes de compétences, de motivation et d'apprentissage. Trop souvent on donne des responsabilités, mais on les croise avec les directions fonctionnelles, on exerce des contrôles budgétaires, on met en place des tableaux de bord, on impose des procédures, on contrôle l'utilisation des ressources, et tout cela conduit à des comportements regrettables car « *plus l'homme reçoit d'instructions, plus il devient bête* ». Au contraire si les acteurs peuvent s'auto-organiser pour mener à bien leur projet, celui-ci prend un caractère surgénérateur et les gens sont motivés, ils enrichissent leurs compétences [35].

Les projets montrent aussi clairement que les acteurs ont besoin de ressources et de temps pour élaborer des changements sur le plan des pratiques professionnelles [17].

La participation et la coopération des professionnels montre clairement l'importance de ne pas aborder le changement uniquement comme un processus de « haut en bas » (top-down) et donc de miser sur des dynamiques émergentes (bottom-up) façonnées par les professionnels qui sont proches de la prestation des soins et services [17].

Selon Chandler et Pettigrew [10], les vitesses de réaction et les possibilités d'apprentissage ne sont pas les mêmes car les acteurs ne disposent pas des mêmes latitudes et délais pour constituer des nouvelles routines de pensées, de comportement et de coordination.

Pour produire des transformations, il importe de développer des stratégies pour s'assurer de la participation des professionnels et des autres effectifs dans des projets locaux de

changement. Le recours à l'incitation semble primordial pour s'assurer de l'engagement des professionnels autonomes [17].

#### 1.4.4. **Système de suivi –évaluation :**

Au sens le plus large, on entend simplement par évaluation, le fait “d’apprécier ou de juger la valeur ou l’intérêt de quelque chose”. Dans la pratique, cela signifie que les responsables de la mise en œuvre d’un projet doivent de façon continue s’interroger et chercher à porter des appréciations. Les évaluations interviennent souvent de manière plus périodique et permettent de poser des questions plus fondamentales quant au déroulement général et à l’orientation d’un projet. Les exercices d’auto-évaluation complètent bien les évaluations externes. Le suivi contribue à l’auto-évaluation permanente en fournissant les données nécessaires, par des mécanismes formels, c’est-à-dire le relevé d’indicateurs sélectionnés et la collecte de données sur des critères de performance, ou informels, c’est-à-dire le recueil et l’échange d’impressions tirées d’entretiens avec les acteurs et d’observations sur le terrain. Le suivi est centré sur le recueil régulier d’informations et la vérification à intervalles rapprochés des progrès réalisés sur le court terme, complétés par l’analyse des implications de ces progrès pour le projet [12].

Gérer le projet pour en optimiser l’impact implique que vous puissiez réagir aux évolutions de la situation et aux connaissances acquises en adaptant le projet – qu’il s’agisse d’apporter de légers ajustements dans les activités ou des révisions stratégiques plus profondes – pour qu’il soit mieux en mesure d’avoir les effets escomptés. Chaque projet fait face à des contraintes spécifiques, tant internes qu’externes, qui évoluent et dont la connaissance actualisée vous aide à apprécier de façon réaliste les ajustements qu’il est possible d’apporter et les résultats qu’il est possible d’obtenir [6]. En l’absence d’un système de suivi évaluation correcte, un nombre restreint connaît l’état d’avancement réel du projet très peu d’éléments sont disponibles pour pouvoir dire à quoi mènent les activités du projet. Le suivi-évaluation est considéré pour l’essentiel comme un compte rendu pour l’extérieur et généralement les rapports sont intéressants, ne présentent pas d’analyse et exagèrent les résultats obtenus tout en passant sous silence les problèmes rencontrés. Peu d’information est communiqué aux acteurs à la base du projet [12]. L’absence des

mécanismes qui permettent de suivre la mise en œuvre de l'intervention peut retentir sur la réussite de l'implantation des projets au niveau des organisations dans le secteur de la santé [18]. En effet, le système de suivi-évaluation permet d'ajuster les comportements des agents d'implantation et d'adapter les ressources planifiées, en vue d'atteindre les objectifs poursuivis par l'intervention.

#### 1.4.5. **Organisation :**

La bonne organisation déjà existante facilite le changement auprès des professionnels. En effet, pour que des changements de structures produisent des avantages au niveau de la coordination des soins et des services, ils doivent s'inscrire en synergie avec les dynamiques de collaboration déjà présentes entre les acteurs.

Plus que la simple stratégie, le changement a pour objectif de retisser et « reroutiniser » des interactions entre les membres de l'organisation (Mintzber, 1990). Ils doivent, individuellement ou collectivement, prendre conscience de l'environnement et des capacités de l'organisation à s'adapter pour faire émerger un nouveau modèle stratégique. La stratégie intégrée du point de vue logique (Quinn 1980) et comportementale (Linbdom, 1959) n'est pas le point de départ mais le résultat du processus de changement faisant ainsi du changement un processus purement organisationnel [10].

Différentes initiatives peuvent être prises pour produire un changement, mais le changement structurel semble avoir un grand potentiel. Par ailleurs, les changements bénéfiques aux patients sont les changements dans les pratiques professionnelles, c'est-à-dire dans la manière dont les professionnels dispensent les soins et services.

D'un autre côté, pour que les dynamiques entre acteurs convergent, notamment la collaboration entre les médecins, les organisations et les autres professionnels, il faut évoluer vers des changements dans les mesures incitatives. À cet égard, le changement ne peut pas uniquement être structurel ou volontariste, il doit miser sur une synergie entre ces deux facteurs et l'incitation (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999) [17].

## 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Suite à la revue de littérature, nous nous sommes proposés d'évaluer l'implantation du projet pilote de dépistage précoce du CCU et on a pu dégager les objectifs spécifiques suivants :

- Documenter le degré de mise en œuvre du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau des deux régions Marrakech et Fès.
- Analyser la qualité de la planification du projet de dépistage pouvant expliquer l'échec de son implantation.
- Examiner le système de suivi-évaluation du projet comme facteur déterminant de l'échec de son implantation.
- Apprécier le degré d'adhésion des principaux acteurs au projet.

## 3. METHODOLOGIE

La programmation du dépistage précoce du CCU s'est faite au niveau des établissements de soins de santé de base et a constitué une innovation au sein de ces structures. Nous nous proposons de mener une analyse d'implantation type I du projet de dépistage au niveau des deux régions Fès et Marrakech.

### 3.1. Type de l'étude

Nous avons opté pour une étude de cas multiples [14] [32] avec plusieurs niveaux d'analyse. Les cas sont représentés par la région de Marrakech - Tensift - El Haouz et la région de Fès-Boulmane, les seules régions où le projet de dépistage du CCU a été implanté.

Les niveaux d'analyse sont les structures sanitaires représentées par :

- La DELM
- Les délégations sanitaires,
- L'hôpital (service de gynécologie et service d'anatomopathologie),
- Le SIAAP,
- Le CRPF,

- Les centres de santé pilotes,
- Les bureaux des organismes financeurs (OMS ; FNUAP).

Les unités d'observation sont représentées par les personnes impliquées dans l'implantation du projet, à savoir :

- Le chef de division des maladies non transmissibles et le chef de service des maladies néoplasiques au niveau de la DELM,
- Les délégués, les médecins chef du SIAAP, les responsables du service d'anatomopathologie et les médecins des centres de santé pilotes au niveau des deux régions,
- Les coordonnateurs de programmes au niveau des organismes financeurs (OMS ; FNUAP)

### 3.2. Période et lieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée en deux étapes : la première était réservée à la revue de littérature et la deuxième à la collecte des données au niveau des sites de l'étude et leur analyse qui s'est étalée sur une période allant du mois de Mars au mois de Mai 2008.

Les lieux de l'étude sont représentés par la région de Marrakech et de Fès, sites d'implantation du projet de dépistage du CCU, la ville de Rabat pour la collecte des données au niveau de la DELM et auprès des organismes financeurs.

### 3.3. Collecte des données :

#### 3.3.1. **Données collectées :**

Les données collectées étaient en rapport avec :

⇒ *Le degré de mise en œuvre du projet de dépistage du CCU*

L'appréciation du degré de mise en œuvre a été effectuée par la vérification des activités prévues dans le cadre du projet (formation des médecins, formation du personnel du laboratoire, séance d'information et de sensibilisation des médecins et des infirmiers, amélioration de la coordination avec l'INO, priorisation des cas dépistés) et par la

vérification des ressources mises à la disposition des professionnels par rapport à ce qui a été planifié :

- ✓ Au niveau des c/s et du CRPF : le matériel nécessaire pour la réalisation des frottis (Spéculums, spatule d'Ayre, fixateurs, lames et lampe gynécologique)
- ✓ Au niveau du laboratoire : produits pour la lecture des lames, microscopes et ordinateurs
- ✓ Au niveau du service de gynécologie : Matériel pour réalisation des frottis, tables gynécologiques, colposcopes et matériel pour le bloc opératoire
- ✓ Budget alloué au projet.

Le degré de mise en œuvre du projet a aussi été apprécié par la vérification des activités réalisées au niveau des centres de santé pilotes, du CRPF, du laboratoire d'anatomopathologie et par le nombre de femmes prises en charge localement ou référées à l'INO.

⇒ *Les données en rapport avec les déterminants de l'implantation :*

Les principaux déterminants que nous avons explorés sont la qualité du processus de planification, l'existence de système de suivi et d'évaluation du projet et le degré d'adhésion des principaux acteurs au projet.

- ✓ *La qualité du processus de planification :* C'est ainsi que nous avons pu appréhender la qualité du processus de planification par la recherche des informations suivantes :
  - l'existence d'un comité pour la planification du projet.
  - la réalisation par ce comité d'une analyse de l'environnement afin de soulever les forces et les faiblesses des régions ainsi que les opportunités et les menaces.
  - l'existence d'un objectif général du projet et des objectifs spécifiques.
  - La planification et l'octroi des moyens pour réaliser les activités du projet et arriver aux résultats escomptés.
  - l'anticipation des risques et la planification de mesures alternatives.

- ✓ *Le système de suivi-évaluation* : l'appréciation du système suivi-évaluation a été faite par la vérification de :
  - l'existence d'indicateurs de suivi,
  - l'existence de réunions de coordination, leur rythmicité, leurs objets et les personnes concernées
  - les activités de supervision de la part des responsables locaux, du service central et de la part des organismes financeurs.
- ✓ *L'adhésion des acteurs* : afin de mesurer le degré d'adhésion des acteurs, nous avons collecté les données suivantes :
  - le point de vu des acteurs par rapport à la pertinence, à la conception et à la faisabilité du projet de dépistage.
  - le degré de leur implication dans les activités du projet de dépistage.
  - support et appui au projet (moral, financier et matériel).
  - l'existence de conflits, relatifs aux activités du projet, entre les différents acteurs.

### 3.3.2. Méthodes de collecte des données :

Le recueil des données a été assuré par les entrevues et la consultation des documents.

#### ✓ Entrevues

Les entrevues semi-structurées étaient le principal moyen de collecte de données utilisé dans notre étude. Nous avons réalisé ces entrevues à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe H). C'est ainsi que nous avons pu réaliser 25 entrevues avec les principaux acteurs impliqués dans l'implantation du projet de dépistage du CCU. La répartition des entrevues selon le profil de l'acteur et le site figure au tableau II. Une prise de notes et un enregistrement audio ont été réalisés lors de chaque entrevue suivie d'une retranscription des données. Les 25 entrevues ont été conduites par nous même.

**Tableau II : Répartition des entrevues par catégories d'acteurs et par site.**

<b>Personne interviewée</b>	<b>Nombre</b>
<u>Au niveau de la région de Marrakech</u>	
Coordinateurs régionaux	0
Délégué	2
Médecins chef de SIAAP	2
Personnels de l'ORE	0
Médecins de centre de santé	4
Médecins de CRPF	1
Anatomopathologistes	0
<u>Au niveau de la région de Fès</u>	
Coordinateurs régionaux	2
Délégué	0
Médecins chef de SIAAP	2
Personnels de l'ORE	2
Médecins de centre de santé	3
Médecins de CRPF	1
Anatomopathologistes	1
<u>Au niveau de la DELM</u>	
Chef de division des maladies non transmissibles	1
Chef de service des maladies néoplasiques	1
<u>Au niveau de l'INO</u>	
Professeur formateur	1
<u>Les organismes financeurs</u>	
Représentant de l'OMS	1
Représentant du FNUAP	1
<b>Total</b>	<b>25</b>

#### ✓ Consultation des documents

La consultation de procès-verbaux des réunions, des bilans d'activité et tout autre document qui se rapporte au projet de dépistage du CCU au niveau de la DELM et au niveau des deux régions a permis d'obtenir des informations complémentaires à celles collectées par entrevues (document de la planification opérationnelle ; liste des personnes concernées par le projet ; liste du matériel acheté ; notes de services ; rapports des supervisions ; rapports d'évaluation).

#### 3.4. Méthode d'analyse des données :

Les données recueillies sont principalement de nature qualitative. L'analyse de ces données a été effectuée selon une formule classique visant à la découverte de congruences, de différences et de ce qui se complète. Nous avons procédé dans un premier temps par un dépouillement vertical en codant l'ensemble des données de l'entretien y compris le profil de la personne interviewée sur des fiches individuelles. Par la suite nous avons procédé à un dépouillement horizontal des discours des différents acteurs afin de retrouver les principaux thèmes, c'est la catégorisation thématique [5; 21] avec utilisation des « verbatim » pour appuyer certaines idées.

L'analyse s'est faite en deux étapes. Une analyse interne et une analyse transversale des cas, cette dernière a permis de comparer les sites afin de dégager les déterminants de l'échec de l'implantation du projet de dépistage.

#### 3.5. Considérations éthiques :

Tout au long de l'étude, nous étions particulièrement attentifs aux considérations éthiques. Nous avons sollicité l'autorisation des responsables et nous avons tenu à avoir le consentement oral et éclairé des personnes interviewées.

## 4. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

### 4.1. Degré de mise en œuvre du projet de dépistage du CCU :

Nous présentons les principales ressources et activités qui étaient développées dans chaque site ainsi que le processus d'implantation du projet.

#### 4.1.1. Site de Marrakech

##### 4.1.1.1. Implantation des ressources et des activités

###### ✓ *Ressources humaines*

Les médecins généralistes travaillant dans les centres de santé pilotes ont bénéficié d'une formation théorique et pratique pour améliorer leurs compétences dans le diagnostic précoce du cancer du col. L'ensemble des médecins interviewés a déclaré que cette formation reste insuffisante.

Aucune sensibilisation du personnel n'a été faite selon les médecins interviewés en dehors des messages lors de la formation qu'ils ont reçue. Le personnel paramédical n'a jamais reçu de formation ni de sensibilisation.

Toute l'équipe du CRPF a été impliquée dans le projet, elle faisait un maximum de dépistage et disposait d'un registre des malades pour la traçabilité. Le responsable du CRPF a dit :

*« On s'est lancé dans le travail juste après la formation. Je voyais beaucoup de femmes pour la planification familiale et pour l'insertion de DIU et c'était l'occasion pour voir les femmes qui présentaient des signes d'appel... »*

Le service de gynécologie et le service d'anatomopathologie n'ont bénéficié d'aucun appui dans le cadre du projet. Aucune séance d'information et de sensibilisation du personnel et aucun renforcement en personnel compétent.

Selon un responsable : *« il n'y a pas eu de renforcement ni recyclage sur le plan technique du personnel du laboratoire ».*

D'autre part, le responsable du service d'anatomopathologie a été impliqué dans le projet malgré qu'il fût démissionnaire. Un médecin a déclaré que :

*« Non seulement il n'y avait pas suffisamment de personne au niveau du laboratoire, mais en plus le seul anatomopathologiste de l'hôpital n'attendait que l'accord pour sa démission ».*

✓ Ressources matérielles :

Les centres de santé n'ont pas été équipés par le matériel nécessaire pour la réalisation des frottis comme l'a déclaré un médecin :

*« On faisait le frottis avec des abaisses langues ».*

Les supports d'information pour la collecte de données ont été confectionnés au niveau d'une seule préfecture dans toute la région de Marrakech. Le registre de la collecte des données n'était pas un modèle standardisé, chaque structure utilisait les registres dont elle disposait :

*« Nous avons constitué nous même notre système de recueil de données ici à Marrakech médina »* a répondu un médecin de c/s.

*« Notre système d'information a été fait localement par le SIAAP pour collecter les données à transmettre au Ministère »* a déclaré un responsable au niveau de la région.

Les moyens de mobilité pour acheminer les lames jusqu'au laboratoire d'anatomopathologie et récupérer les résultats n'existait pas. C'étaient les femmes qui emmenaient leurs lames jusqu'au laboratoire et revenaient pour récupérer les résultats sur rendez-vous sans aucun accompagnement.

Le CRPF n'a été doté d'aucun matériel pour la réalisation des frottis. Ils ont commencé à travailler avec les moyens dont ils disposaient. Le médecin responsable du CRPF a dit :

*« Malheureusement, on faisait les frottis avec les abaisses langue ce qui donnait toujours des frottis inflammatoires... ».*

Le service de gynécologie et le service d'anatomopathologie n'ont bénéficié d'aucun matériel pour la réalisation des frottis à l'exception de quelques produits de lecture.

Nous avons remarqué la présence d'un guide sorti par le ministère de la santé et qui devait accompagner les professionnels dans la réalisation des activités de dépistage. Mais ce guide n'a été édité qu'en 2001 pour la première fois et une 2<sup>ème</sup> édition a eu lieu en 2005.

✓ Ressources financières :

Le budget pour la réalisation du projet de dépistage au niveau de Marrakech s'élève à 255 000, 00 Dh. Il a été alloué par le FNUAP et réparti comme suit :

- deux ateliers consensus : 60 000, 00 Dh.
- deux sessions de formation des médecins généralistes : 60 000, 00 Dh
- achat de fongibles : 100 000, 00 Dh.
- Achat d'équipements (deux microscopes pour le laboratoire d'anatomopathologie) : 20 000, 00 Dh.
- Impression de fiches et réunions de suivi : 15 000, 00 Dh.

4.1.1.2. Processus d'implantation :

Dans la phase d'initiation du projet de dépistage, les responsables n'ont pas donné d'importance à l'intégration des médecins exerçant au niveau des centres de santé. «... *Aucune participation avant la formation...* » a déclaré l'un des médecins.

La formation était la seule occasion où les responsables ont essayé de sensibiliser et d'informer les médecins.

L'activité de dépistage n'avait jamais dépassé l'étape de l'adoption pour certains médecins, voir même non faite par d'autres. Un médecin qui était concerné par le projet et formé dans ce cadre a déclaré : « *...je n'ai jamais fait de frottis ...* ».

D'autre part, une seule préfecture sur trois disposait du bilan d'activités relatif au projet de dépistage. Ce bilan ne pouvait être interprété étant donné que le projet n'avait pas d'objectifs précis ni d'indicateurs objectivement vérifiables.

Le circuit de la prise en charge des femmes était clair et bien précis (annexe B) mais il connaissait certaines entraves liées à la référence/contre référence. En effet, pour assurer la coordination entre l'INO et la région, des fiches de référence contre référence ont été élaborées localement. Cependant, ces fiches n'ont pas permis d'avoir les informations concernant les femmes référées avec une absence totale de contre référence.

Un responsable a dit :

*« Les cas faciles étaient pris en charge ici à Marrakech et les cas compliqués étaient référés à Rabat. On n'avait aucune information concernant les femmes référées. Actuellement il n'y a pas de programme de dépistage en bonne et due forme ».*

La plupart des interviewés ont déclaré :

*« Les cas dépistés étaient pris en charge localement pour la chirurgie. Les cas nécessitant une chimio et/ou la radiothérapie étaient adressés à l'INO où ils rentraient dans le circuit normal et on a pas d'information par rapport à leurs prise en charge »*

Ceci traduit le non respect d'un point important de la planification qui est la priorisation des femmes dépistées.

#### 4.1.2. Site de Fès

L'existence d'une personne responsable du projet au niveau de ce site nous a permis d'avoir une idée globale sur le projet dans toute la région et sur toutes les étapes de son implantation.

##### 4.1.2.1. Implantation des ressources et des activités

###### ✓ Ressources humaines

Dans le cadre du projet, la quasi-totalité du personnel des C/S pilotes, toute l'équipe du CRPF et l'ensemble des gynécologues ont bénéficié soit d'une formation continue, soit de journées d'information et de sensibilisation. Cependant, cette formation reste insuffisante selon les médecins interrogés :

*«On a reçu une formation dispensée par les professeurs de l'INO, mais on était nombreux et trois jours pour la théorie et la pratique n'était pas suffisant »*

Par contre, aucun recyclage sur le plan technique du personnel du laboratoire n'a eu lieu et aucun renforcement en personnel médical spécialisé (anatomopathologistes) n'a été effectué.

Des consultations gynécologiques étaient organisées mais leur planning n'était pas respecté. Le non respect de ce planning était attribué soit au retard de la diffusion du programme entre les gynécologues soit à leurs préoccupation par d'autres activités.

*« Des consultations gynécologiques étaient organisées ici au CRPF mais malheureusement les gynécologues ne respectaient pas toujours le programme, on était toujours amené à les appeler... »* Déclara le médecin du CRPF.

#### ✓ Ressources matérielles

Les différents c/s impliqués dans le projet ont reçu les produits et le matériel nécessaires à la réalisation des frottis. Cependant, leur approvisionnement était irrégulier et causait parfois des ruptures de stock.

La liste citée en annexe F montre la nature des produits et matériel reçu dans le cadre du projet. Selon un médecin qui a travaillé dans le projet :

*« Les spéculums était disponibles dans les centres de santé et les lames procurées de la délégation, ce n'étaient pas des kits. Ils nous ont donné les fixateurs et les spatules d'Ayer, c'est tout. Les moyens de mobilité posaient problème, je me déplaçais par mes propres moyens pour déposer les lames au laboratoire et récupérer les résultats... ».*

Le projet a prévu des supports informationnels (annexe D) en vue d'échanger les renseignements concernant les malades entre les différents niveaux de prise en charge. Ainsi, des registres au niveau de chaque structure et des fiches de liaison avec coupon-réponse étaient disponibles mais ces supports n'étaient pas toujours bien remplis par les professionnels. Un responsable a dit :

*« Il y avait des registres et des fiches de liaison, malheureusement ces supports n'ont pas été toujours utilisés ».*

Le laboratoire d'anatomopathologie et le CRPF ont bénéficié du matériel et des fongibles nécessaires pour la réalisation de leurs activités.

le MS a sorti un guide de protocole pour accompagner les professionnels dans la réalisation des activités de dépistage mais avec un certains décalage dans le temps (2001et 2005).

### ✓ Ressources financières

Le budget pour la réalisation du projet de dépistage au niveau de Fès s'élève à 160 000, 00 Dh. Il a été alloué par l'OMS et réparti comme suit :

- Formation des médecins généralistes
  - o Impression de matériel didactique : 25 000, 00 Dh
  - o Formation des médecins : 35 000, 00 Dh
- Acquisition de matériel et produits de laboratoires
  - o Achat de matériel et produits : ---
  - o Acquisition d'équipements : 100 000, 00 Dh

Malgré les ressources allouées au projet, les femmes devaient payer leurs frottis au niveau de l'hôpital qui est géré de manière SEGMA. Les responsables ne trouvaient pas d'explication à ce problème. Un responsable au niveau central a dit :

*« L'achat des équipements pour les c/s et le laboratoire s'est fait dans le cadre du projet, la lecture des lames devait se faire gratuitement ... ».*

#### 4.1.2.2. Processus d'implantation

Les responsables ont déclaré que le dépistage du cancer du CCU est un projet qui a prit son départ au niveau de la région de Fès depuis l'élaboration jusqu'à l'implantation, comme le mentionne le coordonnateur du projet : *« Il y avait des réunions et des ateliers pour présenter le projet qui a été élaboré par la région. Une première réunion avec la DELM avait porté sur les modalités de concrétisation de la stratégie du projet. Une deuxième réunion- atelier, en présence de l'ex-directeur, du délégué et d'une équipe pluridisciplinaire (médecins concernés, gynécologue responsable de la maternité, anatomopathologiste), a été organisée pour lancer officiellement le projet » (Annexe F).* Alors que l'ensemble des médecins ont déclaré n'avoir été au courant qu'au moment de la formation, l'un d'eux a dit : *« Cette formation s'est faite au profit de médecins volontaires. On ne savait pas qu'il s'agissait d'un projet pilote ! ».*

Deux médecins rencontrés, exerçant dans des c/s considérés comme sites pilotes, ont déclaré avoir reçu la formation mais n'avoir jamais fait de frottis : « après la formation, nous n'avons rien pu faire parce qu'on ne disposait pas de matériel nécessaire pour réaliser des frottis. Rien du tout vraiment rien. Aucun frottis n'a été réalisé »

Le tableau III nous donne une idée sur les activités réalisées par les c/s et le CRPF au niveau de la région de Fès.

*Tableau III: Résultats des centres de santé pilotes et du CRPF dans la région de Fès*

Formations sanitaires	Nombre de femmes examinées	Nombre de frottis effectués	Nombre de frottis suspects	Indicateur de performance		
				Nb de frottis effectués/nb de femmes examinées *100	Nb de frottis suspects/nb de frottis effectués*100	productivité Nb de frottis effectués/nb de médecins *100
Dhar Ikhmis	151	140	06	92,71	4,28	70
Sidi boujida	651	109	06	16,74	5,50	36
Immouzar kander	1822	45	03	2,46	6,66	23
Sidi brahim	748	68	09	9,09	13,23	22
Sefrou chahid baha	278	100	07	35,97	7,00	50
CRPF	1409	146	50	10,29	34,24	146
<b>Total</b>	<b>5059</b>	<b>608</b>	<b>81</b>	<b>12,01</b>	<b>13,32</b>	<b>55</b>

*Tableau IV: Résultats au niveau du laboratoire d'anatomopathologie :*

Nature de l'examen	Nombre de frottis examinés	Nombre de frottis suspects	Nombre de biopsie examinée	Nombre de biopsies suspects
<b>Nombre</b>	1114	95	63	22

En l'absence d'objectifs chiffrés, l'analyse de ces résultats serait plus ou moins aléatoire. Néanmoins, on constate nettement les efforts déployés en matière de diagnostic du cancer du col utérin.

Le circuit des femmes malades était bien précis (annexe B). Le frottis était fait au niveau des centres de santé, quand le résultat du frottis était suspect, les femmes étaient adressées en consultation gynécologique. En fonction du stade de la pathologie, la femme était soit

prise en charge localement, pour la chirurgie, soit référée à l'INO. Cependant, ce circuit connaissait certaines contraintes :

- Le problème d'acheminement des lames des centres de santé au laboratoire d'anatomopathologie et la récupération des résultats.
- Le non respect du planning de consultation par les gynécologues au niveau du CRPF.
- A l'INO, le problème de prise en charge persistait toujours puisque les femmes ne pouvaient pas bénéficier d'un accès facile mais au contraire elles rentraient dans le circuit classique des consultations et des rendez-vous. Par conséquent, tout le temps gagné par un dépistage précoce était perdu lors de l'attente d'une prise en charge. La priorisation des cas dépistés faisait partie des points planifiés, néanmoins l'équipe de l'INO était catégorique sur la procédure de la prise en charge en pensant que même dans le cadre du projet il n'y a pas lieu de privilégier des malades par rapport à d'autres.

En résumé, le fait de se référer aux objectifs du projet et d'avoir rencontré et interrogé les médecins qui y ont travaillé nous a permis de conclure que le projet de dépistage du CCU au niveau de la région de Fès se différenciait de celui de Marrakech par :

- La désignation du responsable de l'observatoire régional comme gestionnaire du projet.
- La consultation gynécologique était organisée au niveau du CRPF quoique le planning fût non respecté.
- Il y avait des supports informationnels pour faciliter le circuit des patientes mais non ou mal utilisés.

Cependant, le projet n'a pas atteint ses objectifs au niveau des deux sites. Lors de l'implantation du projet de dépistage, l'étape de l'initiation n'a concerné que les gestionnaires et l'étape de la diffusion n'a concerné que les médecins qui ont reçu la formation. On pense que le projet n'a jamais dépassé l'étape de l'adoption au niveau de certains centres de santé pilotes, et parfois même cette étape n'a pas pu être atteinte avant qu'il ne soit abandonné (ex-novation).

## 4.2. Déterminants de l'échec de l'implantation du projet

### 4.2.1. Qualité du processus de planification :

#### 4.2.1.1. Site de Marrakech

- **Comité de planification du projet** : avant l'implantation du projet il n'y avait aucun comité de planification autre que les responsables du service des maladies néoplasiques au niveau central. Ces derniers se sont déplacés à Marrakech pour désigner, avec les responsables locaux, les C/S pilotes, les médecins généralistes qui devaient être formés et fixer la durée de la formation ainsi que la liste du matériel nécessaire pour la réalisation des frottis aux différents niveaux (C/S, CRPF, laboratoire d'anatomopathologie, service de gynécologie).

- **Analyse de l'environnement** : aucune analyse de l'environnement n'a été faite pour soulever les forces et les faiblesses de la région, les opportunités et les menaces et pour connaître l'incidence du CCU.

Un responsable au niveau du ministère a dit : « *nous n'avons pas de données concernant le CCU à Marrakech donc on s'est basé sur les données des IST qui sont le lit du CCU et sur les moyens des délégations pour assurer les activités de dépistage...* »

- **Les objectifs du projet** : hormis les objectifs généraux fixés au niveau central, aucun objectif spécifique n'a été développé au niveau de Marrakech. En effet, nous n'avons trouvé aucun document concernant la planification opérationnelle du projet de dépistage de CCU. Un délégué a dit :

« *Aucune planification opérationnelle n'a été faite, nous n'avons pas été sollicités pour réaliser cette étape et le service central s'est occupé de toute la gestion du projet du début jusqu'à la fin avec le FNUAP* »

Le chef de division au niveau du ministère a dit : « *... comme les financeurs ont accepté l'idée, on a commencé juste après et on n'a pas planifié les choses comme il le fallait, c'est tout.* »

Le coordonnateur du FNUAP a dit lui aussi pour confirmer cette idée : « *On s'implique beaucoup dans le début du cycle de travail à partir des plans d'action ça devient plus clair*

*on les laisse travailler seuls mais on leur dit faites attention ne faites pas sortir des activités qui n'ont rien à voir avec le projet... ».*

Ceci revient à dire que l'opérationnalisation de la planification stratégique est une affaire des responsables du ministère et en particulier des responsables locaux et que les organismes financeurs s'impliquent jusqu'à un certain degré sans atteindre cette étape.

**- La planification et l'octroi des moyens dans le cadre du projet :** aucune planification réelle des besoins des centres de santé n'a été faite. Ceci a été soulevé lors des entretiens avec les différentes personnes interviewées. L'ensemble des médecins interrogés affirme avoir travaillé avec des abaisses langue et que ce sont les femmes qui transportaient les lames au service d'anatomopathologie et revenaient les chercher. Comme a dit un médecin :

*« Nous avons commencé à faire des frottis juste après la formation reçue, mais nous avions des problèmes de matériels pour travailler ... »*

Un délégué a dit :

*« Il y avait un débat entre nous et le service central. Une planification ne vient que lorsqu'il y a une vision en bonne et due forme des choses. Nous avons accepté d'expérimenter la faisabilité du projet en rapport avec les compétences et les moyens financiers disponibles... »*

Le coordonnateur du FNUAP a dit à ce sujet :

*« C'est le ministère qui s'occupe des ressources pour aider l'implantation du projet de dépistage du CCU. Il fait face toutes les dépenses et assure toutes les ressources qu'il faut pour les professionnels : le personnel, le matériel, les moyens de mobilité.*

*Comme le projet comportait deux volets, on les a appuyés pour l'achat d'un mammographe, les produits du laboratoire, et surtout les fongibles. Tout ça se faisait par étapes... »*

**- Anticipation des risques :** Aucune mesure n'a été prise pour donner à ce projet toutes ses chances de réussite. Exemple, former et sensibiliser un grand nombre de personnel médical

pour palier au mouvement des médecins, inclure le corps paramédical dans le projet et doter les formations sanitaires concernées en matériel nécessaire et en quantité suffisante.

Le coordonnateur du projet au niveau de l'organisme financeur a dit : *« c'est le ministère qui gère les dépenses et assure les ressources qu'il faut pour le projet : le personnel, le matériel, les moyens de mobilité... »*.

Un responsable au niveau du ministère a dit à ce propos : *« les ressources dont on disposait était le budget très limité du FNUAP qui couvrait la formation des médecins, la prise en charge des formateurs et l'achat des fongibles pour le laboratoire. A Marrakech nous avons équipé le laboratoire d'anatomopathologie, en d'autres termes le budget était limité et comme c'était le point de départ de notre réflexion, on a essayé de voir ce qu'on pouvait faire avec ce budget et nous n'avons pas pensé aux risques et aux alternatives... »*

#### 4.2.1.2. Site de Fès :

- **Comité de planification du projet** : Au niveau central, il y avait un processus de mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre le cancer qui a commencé par la nomination d'un comité technique national consultatif de lutte contre le cancer. Le lancement du programme a été fait le 04 décembre 1998 par un séminaire atelier qui a permis de faire le point sur l'état des lieux en cancérologie en présence de tous les intervenants dans le domaine. Les principales recommandations étaient :

- 1 Les cancers retenus prioritaires en fonction de la fréquence, la létalité et la vulnérabilité sont : le cancer du col utérin, le cancer du sein, les cancers associés au tabac et les cancers de l'enfant.
- 2 Axer sur la prévention primaire par la lutte contre les facteurs de risque
- 3 Faire la formation des médecins généralistes pour le diagnostic précoce des cancers les plus fréquents à savoir ceux du sein et du col utérin
- 4 Créer des centres anticancéreux à Marrakech et à Fès qui disposent actuellement de CHU.

- 5 Créer un registre du cancer qui est un moyen efficace et relativement peu coûteux pour obtenir des informations fiables et d'avoir une image réelle du poids de la pathologie cancéreuse dans le pays.

Sur la base de ces orientations, les responsables au niveau de la région de Fès ont désigné un comité de pilotage du projet de dépistage de CCU. Ce comité a élaboré localement le protocole du projet. Le responsable de l'observatoire régional et qui était responsable du projet a déclaré :

*« Le protocole du projet a été élaboré au niveau régional par une équipe régionale désignée par le délégué en concertation avec le ministère. Il y avait des réunions et des ateliers pour présenter le projet. Une première réunion avec la DELM sur les modalités de concrétisation de la stratégie du projet, puis une deuxième réunion atelier avec l'ex-directeur de la DELM, une équipe pluridisciplinaire composée des médecins concernés, le gynécologue responsable de la maternité, l'anatomopathologiste et bien sûr le délégué pour lancer officiellement le projet.*

*Parce que c'était un projet régional, le ministère nous a laissé une certaine liberté pour sa planification. Une équipe pluridisciplinaire avait travaillé pendant plusieurs semaines pour l'élaboration du projet qui a été proposé au service central. Ce dernier ne faisait pas partie prenante du projet et n'était pas tout le temps présent ».*

- **Analyse de l'environnement** : Aucune analyse de l'environnement n'a été faite au niveau de la région de Fès précédant le projet pour avoir une idée sur le CCU, par contre, le choix des c/s pilotes s'est fait sur la base d'un certain nombre de facteurs tel que la prévalence des IST, la densité de la population desservie, le niveau socio-économique et la promiscuité.

Le délégué a dit : *« Le mobile essentiel était un mobile épidémiologique des IST ».*

- **Les objectifs du projet** : Toutes les personnes interviewées confirment l'absence d'objectifs spécifiques clairs pour le projet.

Un médecin a déclaré : *« nous n'avons aucune information sur les objectifs du projet. On ne savait pas combien de femmes on devait dépister ni sur combien de temps. On a pensé*

*que c'était une activité qui devait se faire de façon continue comme les autres programmes et que l'on devait être doté de matériel de façon continue... »*

Un responsable a dit : *« oui, nous le reconnaissons, nous n'avons pas fixé d'objectifs pour ce projet parce que notre souci dans le temps était de lancer l'activité au sein des centres de santé et de voir sa faisabilité, une sorte d'expérience... »*

**- La planification et l'octroi des moyens dans le cadre du projet :** La planification des moyens au niveau de Fès s'est faite à travers l'élaboration de la liste du matériel, mais pas pour toute la durée du projet parce que la gestion des ressources est restée très centralisée. D'autre part, l'organisme financeur dotait le ministère de façon fragmentée et les personnes responsables du projet au niveau de la région n'avaient aucune idée sur le budget alloué au projet.

L'équipe de l'observatoire régionale a dit : *« on a élaboré la liste de matériel pour les différents niveaux de prise en charge mais on ne pouvait pas estimer les quantités parce que c'était un projet pilote et on ne connaissait pas réellement nos besoins... »*

Un délégué a dit : *« Il y a eu des réunions de concertation avec les responsables locaux du projet mais pas avec le service central et puis tout ce qui est planification s'est fait au niveau central ».*

Le chef de division a déclaré qu'aucune planification ni suivi n'ont été faits dans le vrai sens du terme :

*« ... Donc, comme les financeurs ont accepté l'idée, on a commencé juste après et on n'a pas planifié les choses comme il le fallait, c'est tout. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle l'expérience de Fès a mieux marché par rapport à celle de Marrakech, car on essayé de corriger certaines choses ... le projet devait être conçu différemment, c'est-à-dire, faire une planification avec une budgétisation de toute la logistique et des activités que va nécessiter le projet, par la suite, demander de l'argent et non pas le contraire ».*

Le coordonnateur de l'OMS a aussi dit : *« Souvent, on ne s'occupe pas de la planification. On se charge de débloquer les fonds au fur et à mesure de l'avancement des travaux du*

*projet via le secrétaire général du ministère. S'ils veulent faire un séminaire, on débloque les fonds pour celui-ci, s'ils veulent faire une enquête, ils nous présentent les activités et le budget qu'il leur faut et nous débloquons les fonds. Une commission conjointe étudie projet par projet et s'occupe de toutes les activités d'un programme accepté par l'OMS. On assure la formation du personnel, on débloque les fonds, mais c'est le ministère qui dépense pour l'achat de l'équipement ».*

**- Anticipation des risques :** Certaines mesures ont été prises pour donner à ce projet une chance de réussite. Deux médecins par c/s ont été formés pour ne pas dépendre des mouvements du personnel, avec au moins un de sexe féminin pour des raisons socio-culturelles. Un nombre suffisant d'infirmiers a été sensibilisé et toute l'équipe de CRPF s'est vue impliquée, par contre, le manque et la rupture du matériel au niveau des différentes structures entravaient le cours du travail.

Un responsable au niveau central s'est prononcé : *« Aucune planification n'a été faite dans le vrai sens du mot. C'est à partir du budget qui nous a été alloué qu'on s'est dit : que pouvons-nous faire avec ce budget ? Et pas le contraire... »*

En résumé, nous constatons que sur le site de Marrakech il n'y avait aucune planification car il n'y a pas eu de comité pour la mettre en place. Les responsables n'ont pas fait de diagnostic préalable et n'ont pas fixé d'objectifs spécifiques au projet avec une absence totale de vue sur les éventuels risques que le projet pouvait rencontrer.

Au niveau de Fès, la présence d'un comité de pilotage qui a élaboré le projet et effectué un diagnostic de la situation basé sur le profil épidémiologique des IST a beaucoup aidé le projet. Le problème qui existait était l'absence d'objectifs pour différentes activités du projet et le manque de planification correcte pour le matériel qui était à l'origine de la rupture de stock. Par contre, une vision de risque était prise en considération par la formation de deux médecins par centre de santé pour palier à la mobilité des médecins et aussi la formation de médecins de sexe féminin pour éviter certains problèmes d'ordre socioculturel.

#### 4.2.2. **Système de suivi et évaluation :**

##### 4.2.2.1. Site de Marrakech :

A travers les entretiens et la consultation documentaire réalisés au niveau de la préfecture de Marrakech, on a constaté que le suivi évaluation faisait défaut même si les responsables déclarent le contraire. L'ensemble des médecins interviewés a répété la même chose :

*« On collectait les données et on les envoyait au SIAAP, mais jamais personne n'est venue nous voir pour ce projet ni pour demander des comptes. Pas de suivi ni de la part des responsables locaux ni de la part du service central ».*

Un autre médecin a tout simplement répondu par la négation. Alors qu'un des responsables a affirmé :

*« Quelques réunions pour voir si les choses avançaient et pour voir si ce projet intervention marchait. Les gens, au ministère, responsables des maladies néoplasiques revenaient aussi pour le suivi... ces réunions portaient sur la fonctionnalité du projet et les difficultés rencontrées... ».*

Un autre responsable a dit *« rien ni de la part du ministère ni de la part du FNUAP »*

Le coordonnateur de l'organisme financeur a déclaré : *« on revenait de façon trimestrielle avec les gestionnaires et même les professionnels ... toute la période de la préparation était bien et quand on est revenu pour l'évaluation on leur posait la question : est-ce qu'il y avait des frottis qui étaient faits ? On a constaté que ça ne marchait pas... »*

On a noté l'absence de documents qui prouvent une traçabilité de ces réunions, aussi bien au niveau de la région qu'au niveau du ministère. L'ensemble des registres qui servaient de support d'information étaient confectionnés au niveau de la région, mais ils n'étaient ni standardisés ni utilisés.

Le problème le plus important est posé au niveau de la coordination des efforts pour réaliser les activités du projet et atteindre les objectifs escomptés. En effet, nous avons noté un manque de coordination à tous les niveaux dû à l'absence d'un comité de pilotage en mesure d'assurer cette fonction et auquel on pouvait s'adresser en cas de dysfonctionnement.

Les relations ainsi que le système de communication entre le médecin généraliste, le laboratoire, le gynécologue et l'institut national d'oncologie n'étaient pas bien définies. Nous n'avons pas repéré de sous-système d'information permettant de gérer la référence et la contre-référence.

#### 4.2.2.2. Site de Fès

L'existence d'un comité de gestion du projet de dépistage du CCU a permis d'avoir une idée globale sur le déroulement et le suivi évaluation. Des indicateurs ont été élaborés localement sur la performance et la productivité (Tableau III). Toutefois, on a constaté une défaillance dans le système de coordination entre certains niveaux de prise en charge notamment:

- Le laboratoire d'anatomopathologie et le service de gynécologie.
- Les c/s impliqués et le service de gynécologie.
- L'INO et le service de gynécologie.

Ceci témoigne que les supports informationnels mis à la disposition des différents intervenants n'étaient pas bien utilisés. Des réunions de coordination et d'évaluation se faisaient mais pas à un rythme régulier et avec une faible participation des médecins (annexe F).

Les entretiens avec l'ensemble des responsables et les médecins des c/s ainsi que la consultation de documents ont appuyé cette constatation. Un responsable a déclaré : « *La coordination ne posait pas de problème, on se réunissait à la demande. Chaque c/s envoyait ses rapports et on faisait la collecte et l'analyse des données... On traitait avec la DELM, nous n'avons jamais vu les représentants de l'OMS* »

Alors qu'un médecin a dit : « *on assistait aux réunions à raison d'une fois par an. Elles portaient sur les statistiques et les contraintes que rencontraient les médecins comme le problème des ruptures de stock ... il y avaient certaines contraintes qui ont été soulevées dès le début du projet mais les responsables n'ont rien fait pour les corriger* ».

Un autre responsable pense que la gestion du projet est restée centralisée ainsi que le suivi et l'évaluation. Les responsables régionaux devenaient des exécutants, ce qui ne facilitait pas le travail. Ce responsable a déclaré :

*« Je me chargeais personnellement des réunions de suivi et d'évaluation. Oui, il y avait des contraintes vécues par les professionnels mais toute la gestion était très centralisée. Nous, en tant qu'acteurs sur terrain, on devenait des exécutants, et donc toutes les réunions de coordination ne pouvaient se faire sans inviter les responsables du ministère, les vrais responsables du projet. C'est vrai, le délégué a une certaine latitude pour le faire mais sans aucun support pour le réaliser. Nous, il nous arrivait de demander au service central de venir constater les problèmes qui existaient pour que le projet puisse continuer, mais il n'y avait pas un suivi régulier de la part du ministère... »*

En résumé, le volet suivi évaluation au niveau de la wilaya de Marrakech n'a pas été pris en considération avec une absence d'indicateur de suivi et de supports standardisés. Les réunions de suivi évaluation étaient irrégulières voir absentes aussi bien de la part des responsables locaux que de la part du ministère.

A Fès, des indicateurs de performance et de productivité ont été élaborés localement et ont permis à l'équipe de gestion locale de faire un suivi. Des efforts ont été réalisés par l'élaboration de registres dans les différentes structures de prise en charge même s'ils n'étaient pas bien utilisés.

Les réunions de coordination entre les responsables de la région et ceux de la DELM ont été tenues à la demande pour permettre de résoudre certains problèmes à mi-chemin. Cependant ces réunions se faisaient à un rythme irrégulier avec une faible participation des médecins concernés.

#### 4.2.3. Degré d'adhésion des acteurs :

L'implication des acteurs du service central dans l'intervention est en principe similaire pour les deux sites, les résultats se rapportant à ce volet seront présentés une seule fois.

##### 4.2.3.1. Service central (DELM) :

L'analyse des documents ainsi que l'entretien avec les responsables de la direction, montrent l'importance du soutien dont ont bénéficié les projets de dépistage du CCU aussi bien à Marrakech qu'à Fès pour leur implantation respective. En effet, l'élaboration du projet s'est faite en deux étapes, une étape de préparation des objectifs et de formation des médecins généralistes et une étape d'implantation sur le terrain afin de mettre en place la stratégie du ministère. Cette stratégie, visant l'amélioration de l'efficacité du dépistage précoce et la prise en charge, la direction a mis en place un ensemble de mesures d'accompagnement qui se résument essentiellement par:

- ⇒ La formation des médecins généralistes,
- ⇒ Les moyens mis à la disposition des deux préfectures,
- ⇒ L'élaboration d'un guide regroupant des rappels théoriques et les protocoles de prise en charge des cas,
- ⇒ Les supports informationnels élaborés au niveau de la DELM,
- ⇒ L'achat des fongibles pour le laboratoire,
- ⇒ La prise en charge des professeurs encadrants responsables de la formation.

Toutes ces activités ont pu être réalisées grâce aux budgets respectifs du FNUAP et de l'OMS.

Tout au long de l'entretien, les responsables au niveau central n'ont cessé d'exprimer leur grand attachement quant à la réussite de l'implantation du projet de dépistage des cancers de la femme. Ils avaient un engagement total et une détermination pour soutenir l'intervention.

Le chef de la division des maladies non transmissibles a également précisé que l'initiative de cette activité est survenue lors d'une discussion à Marrakech avec le responsable du service des IST-Sida, dans le cadre de la santé reproductive :

*« ...Dans le temps où j'étais chef de division et lors d'une réunion avec le responsable du service des IST, dans le cadre de la santé reproductive, j'ai lancé l'idée de l'amélioration de la santé reproductive en pensant aux cancers les plus répandus de la femme. Le FNUAP avait donné un petit budget dans ce cadre au service des IST-Sida qui nous a légué une petite partie pour réaliser ce projet. A la base de ce budget nous avons essayé de voir ce que nous pouvions faire avec cet argent...».*

Le chef de service des maladies néoplasiques a également exprimé une importante détermination quand à la réussite du projet de dépistage du CCU et a déclaré que :

*« Nous sommes conscients. Ce n'était pas un problème d'équipement, les kits existaient et les produits étaient sûrement périmés au niveau du laboratoire, tout a été acheté : les lames, les fixateurs et les produits de laboratoire. L'anatomopathologiste était payé par le ministère de la santé et les produits achetés dans le cadre du projet et donc, il n'y avait pas de raison pour faire payer les femmes... Je ne sais pas ce qui s'est passé !...».*

Il a affirmé aussi que lors des visites de suivi, ils ont soulevé des contraintes auxquelles ils n'ont pas remédié, tel le problème de l'anatomopathologiste : *« A Marrakech, l'anatomopathologiste qui a reçu la formation devait quitter et nous n'avons rien fait pour le remplacer... »*

Il ressort de cette analyse que l'initiative du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus était née au sein du ministère. Malgré l'attitude favorable des responsables vis-à-vis de l'implantation du projet, leur support était resté à l'étape d'un appui moral, sans pouvoir pour autant se développer en d'autres formes comme par exemple l'allocation de ressources ou la correction des failles en cours de route.

#### 4.2.3.2. Site de Marrakech

##### *a- Degré d'adhésion des gestionnaires*

L'ensemble des gestionnaires au niveau de Marrakech confirme leur implication totale dans le processus ainsi que la contribution importante du personnel concerné dans la réalisation du projet. Ils soulignent que la formation de perfectionnement, dont ont bénéficié les médecins, a également contribué à accroître l'intérêt et l'implication de tous les acteurs. Cependant, ils sont tous d'accord que le manque de suivi, de supervision et d'évaluation de la part du service central était une des raisons de relâchement et même d'échec du projet.

Pour renforcer cette opinion un délégué a dit: *« C'est l'absence de supervision et d'accompagnement qui peuvent être une source de démotivation et de relâchement du personnel ... »*. Il a fini sa pensée en disant : *« Il faut l'implication du responsable local pour la réussite du projet, il a tout le pouvoir de le faire car c'est l'interlocuteur du service central et généralement, il a son appui... »*.

Cette déclaration montre que les responsables sont conscients du pouvoir qu'ils détiennent et qu'ils peuvent l'utiliser pour faire réussir une activité si elle concorde avec leurs propres objectifs et intérêts. Cela veut aussi dire que cette activité ne représentait pas une priorité pour les responsables.

En effet, suite à la consultation des documents et aux entretiens, on peut dire que le projet de dépistage du CCU à Marrakech n'a pas eu de soutien important de la part des responsables locaux, à l'exception d'une seule préfecture où le délégué et le médecin chef du SIAAP ont essayé de soutenir l'activité. Cependant, leur soutien se résume à l'élaboration de supports d'information pour le suivi des activités sans pour autant faire ce suivi, à la désignation d'une personne (animatrice de la PSGA au niveau du SIAAP) qui se chargeait de la collecte des données statistiques auprès des médecins des c/s et à une tentative de généralisation de l'activité au niveau de toute la préfecture. Le médecin chef du SIAAP concerné a déclaré :

*« Notre participation consistait en la désignation des médecins qui devaient participer à la formation continue, l'instauration d'un système d'information local pour la collecte de données et la dotation des médecins en matériel nécessaire. Nous avons aussi désigné une*

*personne pour prendre la responsabilité du projet, c'était l'animatrice de PSGA au niveau du SIAAP. Nous avons également essayé de généraliser l'activité à tous les centres de santé pour qu'il y ait une certaine équité dans la préfecture. Pour cela, une formation des médecins généralistes a été assurée localement par le gynécologue... ».*

*b- Degré d'adhésion des professionnels :*

Le projet de dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas posé de problème pour les médecins généralistes, à l'exception d'un médecin, qui exerçait au niveau des centres de santé. Ils ont tous adopté l'activité au milieu de leur travail habituel de consultation, mais leur unique souci était le manque de matériel pour faire le travail correctement. Ceci était une source de conflit entre les médecins généralistes et l'anatomopathologiste qui leur reprochait le fait que les frottis étaient toujours inflammatoires.

L'anatomopathologiste vivait une situation conflictuelle avec le délégué qui refusait de lui accorder sa demande de démission et que malgré cela les responsables l'ont impliqué dans le projet.

Aussi, le manque de suivi et de coordination entre les différents niveaux a provoqué un relâchement, après un temps court, des médecins des centres de santé. Un médecin a dit :

*« L'activité de dépistage ne nous a pas causé de problème. On a commencé immédiatement après la formation et on envoyait les statistiques régulièrement, mais on avait un problème de moyens pour réaliser les frottis, pour l'acheminement des lames au laboratoire et pour récupérer les résultats... ».*

Il a ajouté : *« Le délégué et le directeur de l'hôpital sont les personnes qui détiennent le pouvoir. Ils peuvent faire réussir une activité ou la faire échouer en lui accordant l'intérêt qu'elle mérite et l'appui qu'il faut ou alors ne pas la suivre et la laisser anarchique et s'arrêter... »*

#### 4.2.3.3. Site de Fès

##### a. *Degré d'adhésion des gestionnaires*

Les principaux acteurs impliqués dans la gestion du projet de dépistage du CCU sont les délégués, les médecins chefs de SIAAP et l'équipe de l'observatoire régional.

Il faut noter que le projet de dépistage a connu un chevauchement de délégués, il y a ceux qui ont assisté au début du projet et ceux qui sont venus après. Ceci veut dire que le projet a subi différentes stratégies et manières d'appui. Nous avons eu la chance de retrouver un délégué qui a commencé le projet et un deuxième qui a pris la relève pour la même préfecture.

Il ressort des entrevues menées avec l'ensemble des gestionnaires qu'ils ont adopté une attitude favorable envers l'implantation au niveau de leur préfecture respective. Ceci reflète l'intérêt qu'ils portaient à ce grand problème de santé publique.

Selon le premier délégué rencontré, sa stratégie fondamentale tourne autour de l'application de la politique du ministère de la santé au niveau de la région. Parmi les indices qui démontrent la détermination de cet acteur à soutenir l'implantation du programme de dépistage du CCU initié par le MS, c'est le degré de support qu'il lui a prêté :

*« Je me suis chargé de toute l'opérationnalisation du projet : la sensibilisation, la formation des médecins, des gynécologues et de l'anatomopathologiste pour la lecture du frottis. Avant cela, c'était la concertation avec le ministère pour l'adoption du projet à la région de Fès. Nous avons été convaincus par de la pertinence de ce projet pilote... ».*

Le second délégué a déclaré: *« je pense qu'on a dépassé la phase de réflexion, il faut agir maintenant et faire quelque chose pour lutter contre le cancer. Même au niveau de notre planification annuelle, on devrait penser à faire des plans d'action de lutte contre le cancer et lui réserver un budget... ».*

Le responsable de l'observatoire est un médecin spécialiste en santé publique qui a une assez longue expérience dans le domaine. Il ressort de son entretien l'extrait suivant : *« notre objectif était l'élaboration du projet sur lequel on a travaillé pendant*

*plusieurs semaines. Nous l'avons proposé au service central qui n'était pas partie prenante de cette étape et n'était pas toujours présent... ». Il a rajouté :*

*« Au début, on était le point focal de toute les étapes de préparation du projet. Par la suite, on assurait la gestion des kits et des supports informationnels qui ont été instaurés pour assurer le suivi du projet. On essayait de faire des réunions de suivi comme on pouvait, parfois à la demande. On faisait l'évaluation du projet et l'analyse sur la base des rapports envoyés par les c/s... »*

Il ressort de cette déclaration, la centralité et la conformité des objectifs du projet de dépistage du CCU par rapport à la stratégie fondamentale de cet acteur.

L'équipe de l'observatoire représentée par un docteur biologiste qui a d'autres formations complémentaires en épidémiologie et une expérience au niveau de la DELM a pu intégrer facilement la gestion de ce programme, pour prêter main forte au responsable :

*«... ce projet est une affaire de conviction. Quand on croit en la gravité du problème en tant que problème de santé publique, on essaye de faire quelque chose... ». Tous ces propos confirment la tendance de la stratégie des acteurs qui ont piloté le projet et qui est en adéquation avec les objectifs de celui ci.*

Par contre, l'analyse des entretiens faits avec les médecins chefs de SIAAP prouve qu'ils n'ont pas joué un rôle important dans la gestion du projet de dépistage. Le projet, étant domicilié au niveau de l'observatoire régional, a fait qu'ils n'ont pas cherché à trop s'impliquer. Ils se contentaient d'avoir un aperçu sur les activités comme l'a dit un des médecins chefs du SIAAP :

*« J'étais responsable du SIAAP et donc n'importe quelle activité réalisée au niveau des c/s relevait de mes attributions...et même que la gestion du projet était attribuée à une personne précise, c'était de mon devoir de jeter un coup d'œil sur cette activité et de récupérer les rapports des c/s... ».*

Malgré la stratégie fondamentale des différents acteurs impliqués dans l'implantation, le principal effort dont a bénéficié le projet reste la désignation du responsable de l'observatoire régional comme point focal du projet et l'interlocuteur des différentes

instances centrales et régionales. Cette même personne, avec son équipe, a commencé par l'élaboration du projet au niveau régional qui a été validée par le DELM, l'élaboration des supports informationnels et par la suite l'équipe s'est chargée de faire le suivi et l'évaluation. Cependant, la gestion du projet restant très centralisée, les gestionnaires locaux n'avaient pas une grande latitude pour résoudre les problèmes qui se présentaient. A ce propos, le délégué coordonnateur a dit :

*« ...toute la gestion était très centralisée. Nous, en tant qu'acteurs sur terrain, on devenait des exécutants, et donc toutes les réunions de coordination ne pouvaient se faire sans inviter les responsables du ministère, les vrais responsables du projet. C'est vrai, le délégué a une certaine latitude de le faire mais sans aucun support pour le réaliser, ce n'était donc pas possible. Il nous arrivait de demander au service central de venir constater les problèmes qui existaient pour que le projet puisse continuer mais, il n'y avait pas un suivi régulier de la part du ministère. Ce qu'il faut, c'est donner la responsabilité au régional et faire le suivi par le service central ... »*

Il faut soulever le fait que le coordonnateur appuyait d'une certaine manière le projet, ce dont témoigne l'ensemble des responsables comme l'ont exprimé le responsable de l'observatoire et toute son équipe :

*« le délégué coordonnateur était présent, il soutenait le projet ne serait-ce que par sa présence. Les décisions prises par l'équipe étaient entérinées par le délégué... Le médecin chef du SIAAP est important mais la décision ne lui revenait pas... »*

#### *b. Degré d'adhésion des professionnels*

Les professionnels au niveau de Fès sont représentés par les médecins généralistes des c/s, les gynécologues et le médecin anatomopathologiste. Pour les médecins généralistes, ils ont tous adhéré au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Tous les médecins généralistes interviewés, à l'exception de deux, disent que cette activité ne leur a pas posé problème et que le seul souci était l'acheminement des lames au laboratoire et la récupération des résultats.

Un médecin a dit : *«...nous avons commencé par l'application de ce que nous avons eu à la formation. Je me déplaçais moi-même pour déposer les lames au laboratoire et aussi pour récupérer les résultats ... »*

Par contre les médecins gynécologues n'étaient pas très coopératifs et étaient très réticents au projet d'après les dires des responsables régionaux et l'équipe de l'observatoire :

*« Les gynécologues créaient des problèmes de toute sorte parce qu'il y avait des intérêts personnels : le fait qu'il n'y avait pas de colposcope justifiait leurs absences à la consultation et lorsque l'anatomopathologiste ne leurs donnait pas le résultat qu'ils voulaient, ils s'arrêtaient. C'est un problème entre les anatomopathologistes et les gynécologues qui demandaient l'extemporané et à chaque fois quelque chose d'autre... ».*

Ces dires ont été repris par le coordonnateur régional : *« Pour les généralistes, il n'y avait pas de problème, au contraire cela valorisait leur travail. Pour les gynécologues et l'anatomopathologiste, il n'était pas facile de les convaincre du projet. Pour l'anatomopathologique, cette activité constituait une surcharge de travail. Pour les gynécologues, toute activité qui entrait dans le projet financé par l'OMS devait être rémunérée. Il fallait expliquer le pourquoi de l'activité et même avec ça on a dû les court-circuiter et travailler avec un autre qui venait de Boulmen et faisait la consultation spécialisée au niveau du CRPF ».*

L'anatomopathologiste ayant travaillé dans le projet a dit que ce projet lui tenait à cœur. Il a travaillé avec très peu de moyens et faisait lui-même le frottis aux femmes qui venait pour des examens biologiques afin d'augmenter leur recrutement : *« les moyens qu'on a reçu sont quelques spéculums jetables, des spatules d'Ayer et quelques produits mais pas en quantité suffisante. Les spéculums, pour faire des frottis aux femmes qui se présentaient pour un prélèvement biologique. Pas de microscope, celui que j'avais je l'ai eu du laboratoire de biologie. Pourtant je continuais à travailler pour que le projet ne s'arrête pas ... ».*

Au total, à travers les entretiens avec l'ensemble des responsables centraux, régionaux et aussi avec les professionnels nous constatons que :

- L'initiative du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus est née au sein du ministère. Malgré l'attitude favorable des responsables vis-à-vis de l'implantation du projet, leur support est resté à l'étape d'un appui moral, sans pour autant se développer en d'autres formes de support.

- Pour la région de Marrakech, on peut dire que le projet de dépistage du CCU n'a pas eu de soutien important de la part des responsables locaux, à l'exception d'une seule préfecture où le délégué et le médecin chef du SIAAP ont essayé de soutenir l'activité. Cependant, leur soutien se résume à l'élaboration des supports d'information pour le suivi des activités sans pour autant faire ce suivi et la désignation d'une personne qui se chargeait de la collecte de données.

- Pour la région de Fès, on peut conclure que malgré la stratégie des responsables qui s'accorde avec l'implantation du projet de dépistage, le principal appui dont a bénéficié le projet reste la désignation du responsable de l'observatoire régional comme point focal du projet et interlocuteur des différentes instances centrales et régionales et l'appui du coordonnateur de la région. Toutefois, la gestion du projet étant restée centralisée, les responsables n'avaient pas toute la liberté d'action.

- Les professionnels avaient adhéré à l'implantation du projet qui s'est globalement bien déroulé au niveau des c/s. Ils étaient même demandeurs, à l'exception de l'anatomopathologiste au niveau de Marrakech qui était démissionnaire et des gynécologues au niveau de la région de Fès qui ne voyaient pas l'importance du problème et faisaient passer leurs intérêts personnels en premier, ce qui était source de conflits et entravait la bonne marche du projet.

## 5. DISCUSSION

### 5.1. Discussion des résultats

Le présent travail consistait en une analyse d'implantation du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau de Marrakech et de Fès choisis comme sites pilotes. Il avait comme objectifs de mesurer le degré de mise en oeuvre du projet de dépistage, dégager les facteurs contextuels pouvant expliquer les dysfonctionnements qui ont entravé son implantation et de proposer des recommandations pouvant aider une éventuelle reprise de ce programme afin d'assurer sa pérennité.

Selon le modèle explicatif de Champagne et Denis [18], le processus d'implantation du programme de dépistage n'a pas été réalisé d'une façon efficace car les principales actions prévues dans la planification ont été insuffisamment abordées. Nous considérons aussi que l'intervention n'a pas bénéficié d'une bonne diffusion à l'ensemble des professionnels et que l'étape de l'initiation n'a concerné que les gestionnaires. Or, comme nous l'avons mentionné dans la revue de littérature [18], une étape mal faite retentira sûrement sur l'implantation de l'intervention.

Les deux régions ont enregistré une certaine différence dans le déroulement du projet. Le projet a bénéficié de suffisamment de ressources et a vu la réalisation des séances formation des médecins généralistes et des séances de sensibilisation et d'information du personnel paramédical beaucoup plus au niveau de la région de Fès qu'au niveau de celle de Marrakech. Néanmoins, dans les deux régions, le projet n'a pas pu dépasser la phase d'adoption pour succomber à un relâchement définitif.

L'étude a permis aussi de mettre en évidence que l'implantation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est déterminée par la planification et par l'anticipation des risques. En effet, l'échec du projet dépistage de CCU dépend en partie du manque de planification et de vision par rapport aux risques au niveau des deux sites. La planification du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas été basée sur une analyse de l'environnement et ne disposait pas d'objectifs spécifiques mesurables. L'absence des indicateurs objectivement vérifiables a également retenti sur le suivi et

l'évaluation du projet. En outre, l'insuffisance des ressources mises à la disposition des professionnels, causée aussi par le manque de vision au moment de la planification, peut expliquer partiellement les difficultés rencontrées lors du processus d'implantation des différentes composantes. Ceci concorde avec la théorie qui alloue une grande importance à la planification pour la réussite ou l'échec des projets. John P Kotter [20] situe presque toutes les causes d'échec de changement à la phase de planification.

Le système de suivi évaluation pourrait expliquer aussi une partie de l'échec du projet. En effet, le suivi évaluation au niveau de la région de Marrakech n'a pas été pris en considération avec l'absence d'indicateur de suivi, de supports standardisés et de réunions de suivi aussi bien de la part des responsables locaux que de la part du service central.

A Fès, les réunions de coordination et d'évaluation existaient mais avec un rythme irrégulier et une faible participation des médecins concernés. Des efforts ont été réalisés à ce niveau par l'élaboration de registres aux différents niveaux de prise en charge même si ces supports informationnels n'étaient pas bien utilisés. Des indicateurs de performance et de productivité ont été élaborés localement et ils ont permis à l'équipe de gestion locale de faire un suivi. Des réunions avec les responsables de la région et de la DELM ont été tenues à la demande pour leur permettre de résoudre certains problèmes. Cependant, une évaluation du projet pour décider s'il est possible, du point de vue organisationnel et de moyens, d'étendre progressivement ce programme à d'autres provinces, n'a jamais eu lieu.

Ceci concorde avec les données de la littérature [12,18] qui mettent l'accent sur le système de suivi-évaluation pour la réussite des projets. En effet, en l'absence des mécanismes qui permettent de suivre la mise en œuvre de l'intervention peut retentir sur la réussite de l'implantation des projets au niveau des organisations dans le secteur de la santé [18]. Ce système de suivi-évaluation permet d'ajuster les comportements des agents d'implantation et d'adapter les ressources planifiées, en vue d'atteindre les objectifs poursuivis par l'intervention [12,18]

En outre, l'évaluation de l'efficacité d'un programme de dépistage consiste à mettre en évidence, dans l'ensemble de la population, une baisse de la mortalité par cancer du col et dans un deuxième temps une baisse de l'incidence de ce cancer ce qui suppose l'existence préalable d'un registre de cancer sur une base de population ou au moins d'un registre de cancer du col spécialement créé à cette fin.

D'autre part, notre étude a mis en évidence que l'implantation du projet de dépistage dépendait de la stratégie fondamentale des acteurs et l'adhésion des professionnels. En effet, le soutien à l'implantation est fonction du support des différents acteurs à l'intervention.

Les acteurs du ministère de la santé, à travers le service central de la santé des maladies néoplasiques, se sont montrés en faveur de l'implantation du programme de dépistage. Ce sont eux qui ont pris l'initiative d'implanter ce projet de dépistage au niveau des deux sites pilotes et avaient l'intention d'étendre l'intervention à l'ensemble des délégations du Royaume où se trouvait un anatomopathologiste. Cependant, leur support est resté à l'étape d'un appui moral, sans pouvoir pour autant se développer en d'autres formes de support, comme l'allocation de ressources par exemple.

Les acteurs impliqués dans l'implantation du programme de dépistage du CCU, au niveau des délégations, peuvent être regroupés selon le niveau de leur appartenance. Nous distinguons le niveau stratégique représenté par les gestionnaires et le niveau opérationnel représenté par les personnes chargées de mettre en œuvre les différentes activités de l'intervention.

Pour ce qui est du niveau stratégique, les acteurs sont appelés à appliquer la politique du ministère de la santé à l'échelon local, ils sont chargés de gérer tous les problèmes de la délégation tout en veillant à minimiser les coûts. C'est à eux que sont destinées les remarques et les recommandations des médecins. Ces recommandations nécessitent parfois beaucoup de moyens pour être réalisées. C'est pour cette raison que la stratégie fondamentale de certains acteurs semble être parfois en désaccord avec l'implantation du

projet de dépistage, aussi à cause de la gestion restée très centralisée du projet, c'est ce qui explique le manque de support apporté de leur part à cette intervention.

Enfin pour ce qui est du niveau opérationnel, l'adhésion des médecins au programme de dépistage n'a pas posé de problème. Ceux qui ont supporté l'intervention ont manifesté un intérêt envers les activités et y ont participé. En effet la majorité de ceux qui sont pour l'implantation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus voient le projet comme une intervention de santé publique qui doit être renforcée et étendue à tout le Royaume. Par contre, ceux qui n'ont pas supporté l'intervention, ils ne connaissaient pas bien ses objectifs et n'étaient pas conscients de l'ampleur de ce problème de santé publique.

## 5.2. Forces et limites :

La force de notre étude est en rapport avec sa validité. La validité interne de notre étude s'appuie sur la profondeur de l'analyse des résultats par rapport aux données de la littérature.

La validité externe fait référence à la capacité de généraliser les résultats de l'étude. En effet, cette forme de généralisation opère selon trois principes (similitude, robustesse et explication) [22] que remplit notre étude.

Notre étude répond, dans certaine mesure, au principe de similitude étant donné que les préfectures sanitaires au Maroc ressemblent aux deux préfectures sites de l'étude dans leur organisation et obéissent à la même réglementation qui est celle du MS.

La réalisation d'étude de cas multiples et la réplique des résultats dans deux sites différents a permis d'augmenter la robustesse de l'étude.

D'autre part, notre étude nous a permis de comprendre les facteurs contextuels qui expliquent l'échec de l'implantation du projet de dépistage, cela a renforcé davantage la capacité de généralisation de nos résultats.

Néanmoins, on reconnaît à notre étude des limites et des biais. Le principal biais peut être les fausses déclarations qu'on a pu contrôler par un recoupement des informations issues de différentes sources.

Une des limites de notre étude peut être la crainte des acteurs quand à la divulgation de leurs propos. Pour maîtriser cette limite, nous avons pu mettre les personnes interviewées en confiance et nous avons respecté les règles de l'éthique.

Une autre limite est représentée par le temps écoulé qui sépare l'évaluation du projet de la date de son lancement (9 ans pour Fès et 10 ans pour Marrakech) et qui nous a empêché de retrouver plusieurs professionnels concernés par le programme.

## 6. RECOMMANDATIONS

Il nous paraît judicieux, au terme de ce travail, de proposer quelques suggestions de mesures à prendre, visant l'amélioration de l'implantation d'un programme de dépistage du cancer du col ou autre, afin d'assurer sa pérennité. Ces propositions sont:

### ❖ Par rapport au processus de planification :

- ⇒ Définir des axes stratégiques avec des objectifs clairs précis et des plans d'actions bien définis ;
- ⇒ Mettre en place des registres sur lesquels nous devons baser notre stratégie et nos objectifs. Ces registres sont indispensables pour évaluer l'efficacité des campagnes de dépistage du cancer. Ils fournissent des indicateurs précoces d'efficacité nécessaire pour corriger d'éventuels défauts de la campagne sans attendre les résultats de la mortalité qui ne peuvent être utilisés que 7 à 10 ans après le début du dépistage;
- ⇒ Impliquer tous les profils et ne pas se limiter aux médecins ;
- ⇒ Assurer une formation continue, par session, à tous les médecins pour palier au problème de mouvement de ces derniers ;
- ⇒ Sensibiliser la population par des séances d'IEC et par les mass-médias ;
- ⇒ Assurer la gratuité des examens du dépistage et la prise en charge des femmes dépistées au niveau des régions
- ⇒ Avoir une stratégie adoptée pour informer les femmes dont le test est positif (prévoir un accompagnement psychologique) ;

- ⇒ Impliquer la société civile dans toutes les étapes de dépistage, de la prise en charge et l'accompagnement des malades, dans le cadre du partenariat entre le ministère de la santé et les ONG.
  
- ❖ Par rapport au système de Suivi évaluation :
  - ⇒ Pour une gestion du projet orientée vers l'impact, il est nécessaire de disposer à la fois d'informations sur les activités du projet et de comptes rendus personnels des expériences des uns et des autres. Cela suppose d'effectuer des rencontres de bilan régulières entre les différents acteurs du projet, renforcées à l'occasion par des apports d'intervenants extérieurs spécialisés.
  - ⇒ Etablir des indicateurs objectivement mesurables de suivi et d'évaluation pour pouvoir mesurer nos objectifs à court, moyen et long terme.
  - ⇒ Faire participer le maximum de personnes dans le suivi-évaluation : La participation au suivi-évaluation doit permettre de donner à tous ceux qui ont des avis pertinents sur le projet la possibilité d'apporter leur contribution à son amélioration.
  
- ❖ Par rapport à l'adhésion des acteurs :
  - ⇒ Décentraliser la gestion des programmes de dépistage au niveau régional et sensibiliser les gestionnaires locaux ou régionaux ;
  - ⇒ Impliquer et sensibiliser les professionnels dans le processus de planification et prendre en considération leurs suggestions pour assurer leur adhésion. Le succès ou l'échec d'une intervention de santé publique dépendra de ceux qui sont chargés de sa mise en œuvre. Leur implication dans le processus qui consiste à apprendre comment améliorer le projet, tout au long de son existence, est essentielle.

## CONCLUSION

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus occupe la deuxième place des cancers de la femme après le cancer du sein. Pour réduire son incidence et la mortalité qui en résulte, il est indispensable de mettre sur pied des programmes de dépistage bien organisés. Sous réserve d'un dépistage précoce, le traitement devient relativement peu coûteux et presque toujours couronné de succès.

Le projet Marocain de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus est une grande initiative du ministère de la santé et répond à un problème de santé publique majeur, mais ne peut marcher qu'avec une étude préalable du contexte et une étude de faisabilité. Raison pour laquelle, nous avons assisté au relâchement de la base et à un échec dans l'implantation et la pérennité du projet.

Notre étude consistait en une analyse d'implantation du projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau des régions de Marrakech et de Fès. Elle avait pour objectifs de mesurer son degré de mise en oeuvre et de dégager les facteurs contextuels pouvant expliquer les dysfonctionnements qui ont entravé son implantation.

L'étude a permis de conclure que l'implantation du projet de dépistage est déterminée par la planification, l'anticipation des risques et par un système de suivi-évaluation solide. D'autre part, notre étude a mis en évidence que l'implantation du projet de dépistage dépendait de la stratégie fondamentale des acteurs qui le géraient et l'adhésion des professionnels. En effet, le soutien à l'implantation est fonction du support des différents acteurs à l'intervention.

Tel qu'il fonctionne actuellement, le système de santé Marocain ne peut pas absorber un tel projet. Cela n'exclut pas que dans un avenir très proche, et plus particulièrement lors de l'instauration de la couverture sociale, l'implantation et la pérennité de tel projet est fort possible et par conséquent pourrait réduire le coût élevé de la prise en charge et épargner des vies humaines.

## REFERENCES

1. A. CONTANDRIOPOULOS ; F. CHAMPAGNE ; J. L. DENIS, M. L. AVARGUES ; L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et santé publique, vol 48, n°6 déc 2000
2. Adel BELDI. Repenser le rôle du management de projet dans la gestion des processus de changement. Cas de la mise en place d'un progiciel de gestion de la relation client. 2004
3. Albert David. Outil de gestion et dynamique du changement. Dans Revue française de gestion n°120, septembre octobre 1998 (les organisations face au changement)
4. ANAES. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. Recommandations et références médicales. Paris 1995
5. Andre D. ROBERT et Annick BOUILLAGUET. Analyse de contenu. Presse universitaires de France, 1997 (que sais je)
6. Ann-laure BASETTI. Gestion du changement, gestion de projet : convergence – divergence. Cas des risques en conception et mise en place d'une organisation de management de l'environnement. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur de l'école nationale supérieure d'arts et métiers n° d'ordre 2002-14
7. C.VERGNE, Clinique Ste-Claire, Amiens Epu-H. dépistage du cancer du col utérin. Le Touquet, 22 et 23 novembre 2002 Expert
8. D. EILSTEIN, G. HEDELIN, P. SCHAFFER. Cancer du col de l'utérus dans le Bas-Rhin : Tendances et projection de l'incidence jusqu'en 2014. Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Vol.31 N° Février 2002. Edition Masson
9. David COURPASSON. Le changement est un outil politique. Dans Revue française de gestion n°120, septembre octobre 1998 (les organisations face au changement)
10. Eric GODELIER. Le changement dans les entreprises : crise ou mutation. Dans Revue française de gestion n°120, septembre octobre 1998 (les organisations face au changement)

11. F.CHAMPAGNE. La capacité de gérer le changement dans les organisations desanté.<http://w3.hc-sc.gc.ca/français/pdf/romanow/39-champagneF.pdf>.2002
12. FAO 1997 ; Guide pratique de suivi évaluation module 2. Utiliser le suivi-évaluation pour une gestion orientée vers l'impact
13. François BOURDILLON, Gille BRÜKER, Didier TABUTEAU. Traité de santé publique, chapitre 28 : Cancer. Edition Flammarion 2003.
14. G D'AMBOISE. Le projet de recherche en administration, un guide général à sa préparation, Québec, Faculté des sciences de l'administration, université Laval, 1996. 122bp
15. Health Journal Eastern Méditerranéan Health journal vol 13 n°5, septembre octobre 2007
16. Jean Gérard CHEVASSU. La gestion et la maîtrise des risques dans les projets. ENG 110. 2006.
17. Jean Louis DENIS. Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Novembre 2002
18. Jean-louis DENIS et François CHAMPAGNES. analyse de l'implantation. Février 1990
19. Jeans-louis DENIS. Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations. Thèse de Phd, faculté de médecine, université de Montréal 1988
20. John P KOTTER. Conduire le changement : huit causes d'échec dans le changement, Harvard business review. Avril 1995.
21. Laurence BARDIN. Analyse de contenu. Presse universitaire de France, 1977 (PUF)
22. MAAROUFI. A. Cours de master à l'institut national d'administration sanitaire année 2006/2008. Module de l'évaluation des programmes de santé.
23. MINISTERE DE LA SANTE. Situation du cancer au Maroc. 2007
24. Norbert VIDON, Jean-pol MICHEL, Eric DUBOIS. Retour d'expériences de conduite de projets d'innovation dans le domaine des technologies d'information communication. Congrès Francophone de Management de Projet – PARIS – 2001

26. OMS. A strategy for cancer control in north Africa and the eastern Mediterranean an region ; 13 November 2007
27. OMS. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles 2007.
28. PRB, population référence bureau rapport de politique générale. Prévenir le cancer du col de l'utérus de par le monde. 2005
29. R. Moulki, Mémoire pour l'obtention du diplôme de mastère en santé publique à l'institut national de santé publique 2004.
30. R.ANCELLE- PACK, H.SANCHO-GARNIER, J.FAIVRE. Recommandations pour le dépistage du cancer dans l'union européenne (traduction Française). Paris, institut de veille sanitaire 1999
31. Registre des cancers de la région du grand Casablanca année 2004. (Edition 2007)
32. RK YIN. Case study research : design and methods. Applied social methods research. Vol. 5. Thousand Oaks : sage publications, 1994, 171p
33. Romaine ROBYR sous la direction du Dr VASSILAKO. Etude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale camerounaise. thèse à la faculté de médecine de l'université de Genève pour l'obtention du grade de docteur en médecine (thèse n°10292/Genève 2002)
34. Y. SOLER. Planification et suivi d'un projet. CNRS/DSI/conduite-projet/developpement/gestion-projet/guide-planfi-suivi-projet. juin2001
35. Yves DUBREIL, François JOLIVET, Christian NAVARRE. Une conspiration pour la gestion par projets. Séance du 4 juillet 2003, Compte rendu rédigé par Lucien Claes

## ANNEXES

## Annexe A : Classification FIGO 1994

**Stade 0** : carcinome in situ (CIS)

**Stade I** : carcinome cervical limité à l'utérus (il n'est pas tenu compte de l'extension au corps)

- **I<sub>A</sub>** : carcinome micro invasif pré clinique (seul diagnostic histologique)

I<sub>A1</sub> : envahissement minime du stroma < 3mm en profondeur < 7mm en horizontal

- **I<sub>B</sub>** : tumeur dépassant 5mm

I<sub>B1</sub> < 4 cm

I<sub>B2</sub> > 4 CM

**Stade II** : carcinome cervical s'étendant au delà de l'utérus mais sans atteindre les parois pelviennes ou le tiers inférieur du vagin.

- **I<sub>IA</sub>** : sans envahissement du paramètre

- **I<sub>IB</sub>** : avec envahissement du paramètre

**Stade III** : carcinome cervical s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne et/ou intéressant le tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet.

- **III<sub>A</sub>** : extension au tiers inférieur du vagin sans extension à la paroi pelvienne

- **III<sub>B</sub>** : extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet

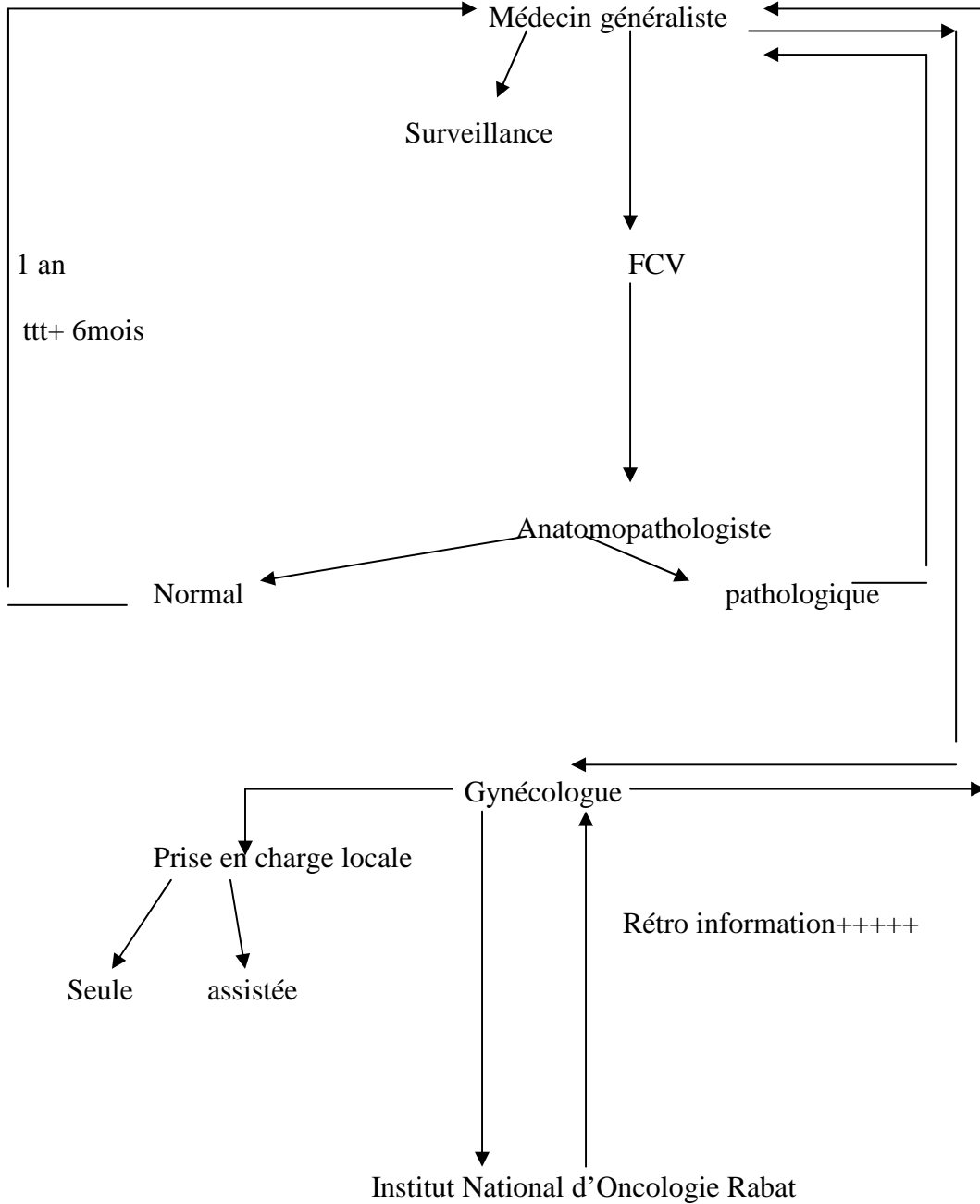
**Stade IV** : tumeur envahissant la muqueuse de la vessie ou du rectum ou s'étendant au delà du pelvis

- **IV<sub>A</sub>** : muqueuse vésicale ou rectale

- **IV<sub>B</sub>** : métastases à distance.

Annexe C : Schéma organisationnel de la prise en charge des femmes lors du dépistage du cancer du col utérin

(Circuit des malades)



## Annexe D : quand penser au cancer du col de l'utérus ?

### **1- Chez toutes les femmes qui présentent des signes d'appel :**

- Saignements anormaux : - avant et après la ménopause ou  
- provoqués par les rapports sexuels
- leucorrhées souvent striées de sang
- douleurs du bas ventre
- Signes urinaires et rectaux à un stade plus avancé de la maladie.

### **2 –Chez toute femme qui présente des facteurs de risque**

- Premiers rapports sexuels grossesse
- Mariage précoce
- Age jeune à la première grossesse
- Grossesses multiples
- Prostitution
- Bas niveau socioéconomique
- Alcool : Bière et alcools forts surtout
- Tabac
- Etat d'immunodépression.

En fait, ces facteurs de risque traduisent simplement l'existence d'une corrélation fréquente entre le cancer du col de l'utérus et la présence d'une infection génitale locale. On sait aujourd'hui qu'il s'agit d'une infection à papillomavirus.

## Annexe D : comment faire le dépistage précoce ?

### **Principe**

Le FCV consiste à prélever des cellules à la surface du col utérin et à les étaler sur une lame de verre pour les examiner au microscope à la recherche de cellules desquamées d'un cancer en évolution. Le FCV est indolore.

### **Technique**

Le FCV est réalisé en climat oestrogénique (entre le 10<sup>ème</sup> et le 16<sup>ème</sup> jour du cycle) en dehors de métrorragies, d'infection cervico-vaginale, d'application de lubrifiant et de toilette vaginale. Le col est exposé après mise en place du spéculum.

Le prélèvement est fait avec spatule d'Ayers ou une simple abaisse langue et un écouvillon.

- Le 1<sup>er</sup> prélèvement porte sur le cul de sac postérieur du vagin.
- Le 2<sup>ème</sup> prélèvement porte sur l'exocol et singulièrement sur la zone de jonction entre l'exocol et l'endocol
- Le 3<sup>ème</sup> prélèvement fait à l'écouvillon porte sur l'endocol.

Ces trois prélèvements seront immédiatement étalés sur lame et fixés à l'aide d'une laque projetée tangentielle.

### **Compte rendu FCV**

Il doit indiquer si l'examen est dans la limite de la normale, sinon, on fera recours à la distinction que réalise la classification de Bethesda et en réfère la patiente à la consultation de gynécologie.

**Fiabilité des FCV**, Le FCV a ses limites de fiabilité :

-**les faux positifs : sont** rares et imputables à des infections, à une prise d'oestrogènes, à une grossesse ou à la ménopause.

Dans ces cas, la cytologie évoque des lésions dyscariotiques. Il faut traiter dans ce cas l'inflammation et refaire le frottis cervico-vaginal.

**-les faux négatifs :** sont estimés entre 9% et 45% et sont dus à un mauvais prélèvement mais également aux difficultés de lecture et aux défauts d'interprétation .Toutefois la colposcopie, en orientant la biopsie, permet le diagnostic de certitude. Pour tirer le maximum de renseignements, le praticien doit savoir quand et comment refaire le FCV à sa patiente lorsque celui-ci est non interprétable ou inflammatoire. Il doit aussi le confronter aux autres moyens d'investigation.

## *Annexe E*

### *Fiches de référence contre référence*

Annexe F : Liste du matériel et produit acquis dans le cadre  
du projet à Fès

Matériel et logistiques :

- 01 ordinateur +imprimante
- 01 microscope
- Registres
- Boites d'examen vides
- Spéculums
- Pincés à pansements
- Lames lamelles de microscope
- Gants + doigtiers à usage unique
- Compresses
- Produits de désinfection

Les réactifs :

- Toluens
- Eosine
- Hémaxilyne de Harris
- Formol
- Carbonate de Lithium
- Acide Acétique
- Acide pectque
- Eukitte
- Gélatine
- Parrafine
- Oxyde jaune de mercure
- Colorant de schorre
- Alcool

## Annexe G : Historique du projet à Fès

Etape de préparation	Etape de mise en œuvre	Etape de consolidation
<p><u>28 avril 1999</u></p> <p>Possibilité d'entreprendre le projet à Fès au niveau des FB → Commission locale chargée de l'élaboration du projet</p> <p><u>20 juillet 1999</u></p> <p>Préparation du projet élaboré par la région et choix des sites d'implantation → Validation du projet et choix de deux sites par préfecture/province</p>	<p><u>3-4-5 novembre 1999</u> * Formation pour le dépistage du CCU</p> <p><u>Novembre 1999</u> * Distribution de kits. * Réunions avec les siaap de Fès</p> <p><u>22 novembre 1999</u> * Réunion de coordination régionale - Organisation de suivi du projet - Organisation de la consultation de gynécologie (CRPF)</p> <p><u>29 mai 2000</u> * Evaluation du projet par le comité régional de pilotage → Matériel insuffisant</p> <p><u>14 décembre 2000</u> Evaluation du projet par le comité de pilotage et la DELM → Activités et gestion du projet</p>	<p><u>09 mars 2001</u> * Réunion du comité régional de pilotage. → Prise en charge des cas → Réunion avec la DELM</p> <p><u>20 mars 2001</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion de coordination (comité régional de pilotage, CHU Hassan II, DELM et INO)</li> </ul> <p>→ Réunion de coordination trimestrielle → Affectation d'un autre anatomopathologiste → Une 2<sup>ème</sup> salle opératoire de gynécologie → Un colposcope → Implication des ONG (source de financement et pérennité du projet)</p> <p><u>1<sup>ère</sup> semaine de mai 2001</u> * Livraison de la commande</p> <p><u>14 mai 2001</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion de redynamisation avec les sites pilotes des différentes délégations</li> </ul> <p>→ Distribution du matériel.</p>

## *Annexe H*

### *Instrument de collecte des données*

## *Guide d'entretien gestionnaire*

### I- Degré de mise en œuvre du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus : (initiation/diffusion/adoption/routinisation/ex-novation)

#### 1- Implication dans le processus d'implantation du dépistage du CCU :

- ✓ Est-ce que vous avez impliqué les responsables régionaux et les professionnels dans le processus d'implantation du dépistage
- ✓ Comment : Réunions nationales, régionales ou autres...
- ✓ Avez-vous fait participer les médecins et les responsables aux réunions d'initiation du projet ? la date de début ?

#### 2- Participation à l'implantation du projet de dépistage

#### 3- quel était le circuit prévu devant une femme qui présentait des signes d'appel (le circuit des femmes):

- ✓ Référence et contre référence
- ✓ Transfert des lames de frottis
- ✓ Modalité de déclaration des cas dépistés et de transmission
- ✓ Mécanisme de retour de l'information
- ✓ Modalité d'information des femmes dépistées positives

#### 4- Le suivi des femmes dépistées

- ✓ localement par les gynécologues et les chirurgiens ou référées à INO
- ✓ PEC immédiate après le dépistage ou circuit classique ?

### II- Planification et anticipation des risques

#### 1- Avez constitué un comité pour faire une planification des différentes étapes du projet ?

#### 2- Est-ce que vous avez analysé l'environnement de votre région avant de commencer cette planification ? (soulever les forces et les faiblesses des régions ainsi que les opportunités et les menaces)

- 3- Est-ce que vous vous êtes fixé des objectifs pour le projet de dépistage du CCU ?
- 4- La planification et l'octroi des moyens pour réaliser les activités du projet et arriver aux résultats escomptés ?
- 5- Les ressources pour aider l'implantation du projet de dépistage du CCU ont-elles été allouées? (le personnel, le matériel, les moyens de mobilité...)
- 6- Avez-vous mis à la disposition des professionnels des supports pour le recueil de données? (fiches, dossiers, registres, carnets de références...)
- 7- Est-ce que vous avez prévu des supports d'information éducation et communication ?
- 8- Est-ce qu'il y a une personne précise qui était responsable du projet au niveau de la délégation? Où est-ce qu'elle travaille ? :
  - ✓ Etes-vous en accord avec le rattachement de la gestion du projet de dépistage à des instances de coordination tel que l'observatoire régional ou le SIAAP ou l'hôpital ? Si non : pourquoi ?
  - ✓ Avez-vous mis en place un planning de réunion de coordination avec les structures opérationnelles ? Si Oui, est-ce qu'il était respecté?
- 9- Avez-vous prévu un lieu pour l'archivage des différents supports informationnels du dépistage? (Gestion des archives du projet, traçabilité)
- 10- La dynamique structurelle de votre région favorise-t-elle la réussite de mise en oeuvre du dépistage du CCU ? (délégué)
- 11- Est-ce que vous, en tant que les responsables, avez prévu des alternatives en cas d'échec ?

### III- suivi et d'évaluation :

- 1- Est-ce qu'il y avait des réunions pour le suivi du projet au niveau de la délégation ? si oui à quel rythme ? et quelles sont les personnes qui y assistaient ? sorte d'évaluation locale.
- 2- Est-ce qu'il y avait des indicateurs pour la mesure des résultats ?

- 3- Sur quoi portaient ces réunions ? les données statistiques ou même les difficultés rencontrées ?
- 4- Est-ce que vous preniez en considération les suggestions des professionnels ?
- 5- Est-ce que les responsables du ministère revenaient pour l'évaluation ? à quel rythme ?
- 6- Est-ce qu'il y avait des mesures d'accompagnement de la part du MS pour la réussite l'implantation du projet?
- 7- Est-ce que l'organisme financeur revenait pour faire le suivi ?

#### IV- Adhésion des acteurs :

- 1- Que pensez vous de la réalisation du projet de dépistage du CCU au niveau régional et national ?
- 2- Comment voyez – vous votre participation à l'implantation du dépistage du CCU ? Auriez-vous aimé participer différemment ?
- 3- Pouvez vous définir les attentes de votre délégation à votre égard ? (délégué)
- 4- Est-ce que les rapports entre les acteurs sont modifiés par la mise en oeuvre du dépistage du CCU?
- 5- Est-ce que l'implantation du projet de dépistage a suscité des conflits au sein de votre délégation voir même de votre région ?
- 6- En quoi les stratégies des acteurs impliqués s'opposent – elles à la mise en oeuvre du dépistage du CCU ? (directeur DELM)
- 7- A votre avis quelles sont les personnes qui exercent le plus de pouvoir dans le processus d'implantation du projet de dépistage dans votre région ?
  - ✓ Pouvez-vous les classer par ordre d'importance selon cette influence ?
  - ✓ Est ce que les acteurs qui contrôlent les bases de pouvoirs sont favorables à la mise en oeuvre de l'action de dépistage du CCU ?
  - ✓ Quelle est la source du pouvoir des acteurs influents dans votre région sanitaire ?
  - ✓ Parmi ces acteurs, quels sont ceux qui ont influencé l'implantation du projet de dépistage?

- ✓ Comment ces acteurs peuvent-ils l'influencer ?
- 8- Comment voyez-vous votre rôle dans la gestion du dépistage du CCU?
- 9- Quelles sont vos relations avec les différentes instances identifiées pour la gestion du dépistage du CCU ?
- 10- L'interaction entre les différentes instances de la délégation de la santé sont-elles favorables pour la mise en oeuvre du dépistage?
- 11- Que pensez-vous de la façon avec laquelle le projet a été conçu ?
- 12- Comment concevez vous le rôle des acteurs de différents secteurs dans la gestion du dépistage du CCU ? (privé, ONG)
- 13- Le climat qui règne dans votre région favorise-t-il la mise en oeuvre du dépistage? Si non préciser le motif et proposer la ou les alternative(s) pour l'améliorer, autrement dit si on veut réimplanter le programme de dépistage est ce que vous pensez que la dynamique de la délégation actuellement le permet ? Qu'est-ce qu'il faut prendre en considération ?

## *Guide d'entretien professionnel*

I- Degré de mise en œuvre du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus :

(initiation/diffusion/adoption/routinisation/ex-novation)

1- Avez-vous été impliqués dans le processus d'implantation du dépistage du CCU ?

- ✓ Comment avez-vous été informé du processus d'implantation du dépistage?
- ✓ Précisez les sources de votre information ? Réunions nationales, régionale, ou alors jusqu'au moment de la formation par convocation du délégué de la santé ?
- ✓ Avez-vous participé aux réunions pour initiation du projet ? à quelle date ?

2- Comment avez vous participé à l'implantation du projet de dépistage?

3-Que faites vous devant une femme qui présente des signes d'appel ? autrement quel était

le circuit des femmes:

- ✓ référence et la contre référence
- ✓ Quel moyen utilisez-vous pour le transfert des lames de frottis ?
- ✓ Comment faites vous pour la déclaration d'un cas dépisté ? à qui la transmettez-vous?
- ✓ Par quel mécanisme avez-vous prévu le retour d'information ?
- ✓ comment faites-vous pour informer une femme dont le test de dépistage est positif ?

4- Est-ce qu'il y avait un suivi des femmes dépistées ?

- ✓ comment se fait-il (localement par les gynécologues et les chirurgiens de Marrakech) ou référées à INO ?
- ✓ p e c immédiate après le dépistage ?

5-Combien de femmes ont été dépistées ? Sur combien de mois ?

## II- Planification et anticipation des risques

- 1- Avez constitué un comité pour faire une planification des différentes étapes du projet ?
- 2- Est-ce que vous avez analysé l'environnement de votre région avant de commencer cette planification ? (soulever les forces et les faiblesses des régions ainsi que les opportunités et les menaces)
- 3- Est-ce que vous vous êtes fixé des objectifs pour le projet de dépistage du CCU ?
- 4- La planification et l'octroi des moyens pour réaliser les activités du projet et arriver aux résultats escomptés ?
- 5- Les ressources pour aider l'implantation du projet de dépistage du CCU ont-elles été allouées? (le personnel, le matériel, les moyens de mobilité...)
- 6- Avez-vous reçu une formation en cancer du col de l'utérus et son dépistage ?
  - ✓ Disposiez vous du guide de protocole de dépistage ? sinon, pourquoi ?
- 7- Disposez- vous de supports pour le recueil de données concernant les femmes cibles? (fiches, dossiers, registres, carnets de références....)
- 8- existent-ils des supports d'information éducation et communication ?
  - ✓ Est-ce que vous disposiez de tous ces supports ?
- 9- Est-ce qu'il y a une personne précise qui était responsable du projet au niveau de la délégation? Où est ce qu'elle travaille ? :
  - ✓ Etes vous en accord avec le rattachement de la gestion du projet de dépistage à des instances de coordination tel que l'observatoire régional ou le SIAAP ou l'hôpital ? Si non : pourquoi ?
  - ✓ Les mécanismes de coordination mis en place favorisent- ils la mise en oeuvre du dépistage du CCU?
  - ✓ Est-ce qu'il y avait des réunions de coordination avec les instances de coordination régionales et au niveau central ?
- 10- Avez-vous prévu un lieu pour l'archivage des différents supports informationnels du dépistage? (Gestion des archives du projet, traçabilité)

11- La dynamique structurelle de votre région favorise t-elle la réussite de mise en oeuvre du dépistage du CCU ?

12- Est-ce que les responsables ont prévu des alternatives en cas d'échec ?

### III- Suivi et d'évaluation :

1- Procédez vous à une collecte de données et à leur analyse au niveau de la préfecture?

Si non : pourquoi ?

✓ sorte d'évaluation locale

✓ Avez-vous prévu un plan pour l'élaboration du rapport d'analyse? Si, non : pourquoi ?

2- Est-ce qu'il y avait des réunions pour le suivi du projet au niveau de la délégation ? si oui à quel rythme ? et quelles sont les personnes qui y assistaient ?

3- Sur quoi portaient ces réunions ? les données statistiques ou même les difficultés rencontrées ?

4- Est-ce que les responsables prenaient en considération les suggestions des professionnels ?

5- Est-ce que les responsables du ministère revenaient pour l'évaluation ? à quel rythme ?

6- Est-ce qu'il y avait des mesures d'accompagnement de la part du MS pour la réussite l'implantation ?

7- Est-ce que l'organisme financeur revenait pour faire le suivi ?

### IV- Adhésion des acteurs :

1- Que pensez vous de la réalisation du projet de dépistage du CCU au niveau régional et national ?

2- Comment voyez – vous votre participation à l'implantation du dépistage du CCU ? Auriez-vous aimé participer différemment ?

3- Est-ce que les rapports entre les acteurs sont modifiés par la mise en oeuvre du dépistage du CCU?

- 4- Est-ce que l'implantation du projet de dépistage a suscité des conflits au sein de votre délégation voir même de votre région ?
- 5- Avez-vous commencé l'action du dépistage au niveau de votre centre de santé juste après la formation? Si non : pourquoi est ce que le passage à la pratique était difficile?
- 6- Les informations que demandent cette activité (support informationnel), sont elles accessibles, rendent-elles l'activité lourde ? Si oui préciser les difficultés rencontrées ?
- 7- A votre avis quelles sont les personnes qui exercent le plus de pouvoir dans le processus d'implantation du projet de dépistage dans votre région ?
  - ✓ Pouvez-vous les classer par ordre d'importance selon cette influence ?
  - ✓ Est ce que les acteurs qui contrôlent les bases de pouvoirs sont favorables à la mise en oeuvre de l'action de dépistage du CCU ?
  - ✓ Quelle est la source du pouvoir des acteurs influents dans votre région sanitaire ?
  - ✓ Parmi ces acteurs, quels sont ceux qui ont influencé l'implantation du projet de dépistage?
  - ✓ Comment ces acteurs peuvent-ils l'influencer ?
- 8- Quelles sont vos relations avec les différentes instances identifiées pour la gestion du dépistage du CCU ?
- 9- L'interaction entre les différentes instances de la délégation de la santé sont-elles favorables pour la mise en oeuvre du dépistage?
- 10- Que pensez-vous de la façon dont le projet a été conçu ?
- 11- Comment concevez vous le rôle des acteurs de différents secteurs dans la gestion du dépistage du CCU ? (privé, ONG)
- 12- Le climat qui règne dans votre région favorise-t-il la mise en oeuvre du dépistage? Si non préciser le motif et proposer la ou les alternative(s) pour l'améliorer, autrement dit si on veut réimplanter le programme de dépistage est ce que vous pensez que la dynamique de la délégation actuellement le permet ? Qu'est-ce qu'il faut prendre en considération ?

## *Guide d'entretien financeurs*

### I. Planification et anticipation des risques

- 1- le financement des projets : comment cela se passe ?
- 2- est-ce que vous vous impliquez dans la planification ? est ce que vous faites partie du comité qui est chargé de faire la planification des différentes étapes du projet ?
- 3- Est-ce que vous vous êtes fixé des objectifs pour le projet de dépistage du CCU ?
- 4- La planification et l'octroi des moyens pour réaliser les activités du projet et arriver aux résultats escomptés ?
  - Les ressources pour aider l'implantation du projet de dépistage du CCU ont-elles été allouées? (le personnel, le matériel, les moyens de mobilité...)
  - Avez- vous mis à la disposition des professionnels des supports pour le recueil de données? (Fiches, dossiers, registres, carnets de références....)
  - Les formations des professionnels.

### II. Degré de mise en œuvre du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus :

- 1- Implication dans le processus d'implantation du dépistage du CCU
- 2- Participation à l'implantation du projet de dépistage.

### III. Suivi et d'évaluation :

- 1- Est-ce qu'il y avait des réunions pour le suivi du projet? si oui à quel rythme ? et quelles sont les personnes qui y assistaient ? sorte d'évaluation locale.
- 2- Sur quoi portaient ces réunions ? les données statistiques ou même les difficultés rencontrées ?
- 3- Est-ce que vous preniez en considération les suggestions des professionnels ?

#### IV. Adhésion des acteurs :

- 1- Que pensez vous de la réalisation du projet de dépistage du CCU au niveau régional et national ?
- 2- Que pensez-vous de la façon avec laquelle le projet a été conçu ?
- 3- En quoi les stratégies des acteurs favorisent t-elle la mise en oeuvre de l'intervention?
- 4- A votre avis quelles sont les personnes qui exercent le plus de pouvoir dans une région et comment elles peuvent influencer le processus d'implantation d'un projet?
- 5- Comment concevez vous le rôle des acteurs de différents secteurs dans la gestion du dépistage du CCU ? (privé, ONG)
- 6- Le climat qui règne dans la région favorise-t-il la mise en ouvre du dépistage? Si non préciser le motif et proposer la ou les alternative(s) pour l'améliorer, autrement dit si on veut réimplanter le programme de dépistage est ce que vous pensez que la dynamique de la délégation actuellement le permet ? Qu'est-ce qu'il faut prendre en considération ?