



جمعية للاسلمى لمحاربة داء السرطان  
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



وزارة الصحة  
Ministère de la Santé

# PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU CANCER

2010 - 2019

Axes Stratégiques et Mesures



Sa Majesté le Roi Mohammed VI  
accompagné de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma  
lors de la pose de la première pierre du centre d'oncologie Ibn Rochd  
Casablanca, le 13 avril 2006



# Sommaire

Abréviations	i
Préface	ii
<b>1. Plan cancer : pourquoi et comment ?</b>	<b>1</b>
1.1 Introduction .....	1
1.2 Justification .....	2
1.3 Méthodologie .....	3
<b>2. Analyse de la situation</b>	<b>4</b>
2.1 Incidence du cancer.....	4
2.2 Points forts.....	6
2.3 Points faibles.....	6
<b>3. Vision et valeurs</b>	<b>7</b>
3.1 Vision.....	7
3.2 Valeurs .....	7
3.3 Objectif stratégique.....	7
3.4 Stratégie d'action .....	7
<b>4. Stratégie de prévention</b>	<b>9</b>
4.1 Analyse de la situation.....	9
4.2 Objectifs spécifiques .....	11
4.3 Prévention : Mesures 1-30 .....	11

# Sommaire

5. Stratégie de détection précoce	21
5.1 Analyse de la situation.....	21
5.2 Objectifs spécifiques .....	22
5.3 Détection précoce : Mesures 31-43 .....	23
6. Stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique	28
6.1 Analyse de la situation.....	28
6.2 Objectifs spécifiques .....	31
6.3 Prise en charge diagnostique et thérapeutique : Mesures 44-61 .....	32
7. Stratégie des soins palliatifs	45
7.1 Analyse de la situation.....	45
7.2 Objectifs spécifiques .....	45
7.3 Soins palliatifs : Mesures 62-74 .....	46
8. Mesures d'accompagnement : Mesures 75-78	53
9. Résultats attendus et moyens	54
9.1 Résultats attendus .....	54
9.2 Financement.....	55
9.3 Indicateurs de suivi et d'évaluation .....	56
Annexes	
Programme des constructions et des extensions .....	59
Budget prévisionnel 2010-2019 .....	62

# Abréviations

ALSC :	Association LALLA SALMA de lutte contre le cancer
AMO :	Assurance maladie obligatoire
BTP :	Bâtiment et travaux publics
CAP :	Connaissances attitudes et pratiques
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CIRC :	Centre international de recherche sur le cancer
CISH :	Hybridation in-situ à colorimétrie
CNRP :	Centre national de radio protection
COP :	Centre d'oncologie de proximité (Unité d'oncologie de proximité)
CRO :	Centre régional d'oncologie
ESSB :	Etablissement de soins de santé de base
FISH :	Hybridation in-situ à fluorescence
HDR :	Curiethérapie à haut débit de dose
HPV :	Papilloma virus humain
HVB :	Virus de l'hépatite B
IEC :	Information éducation communication
IFCS :	Institut de formation en carrières de la santé
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
IST :	Infection sexuellement transmissible
IVA :	Inspection visuelle à l'acide acétique
LH :	Lymphome hodgkinien
LNH :	Lymphome non hodgkinien
MS :	Ministère de la santé
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PET :	Positron emission tomography
PNPCC :	Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer
PRO :	Pôle régional d'oncologie (Centre régional d'oncologie)
RCP :	Réunions de concertation pluridisciplinaires
RCRC :	Registre du cancer de la Région du Grand-Casablanca
TDM :	Tomo - densitométrie
TPS :	Système de planification dosimétrique
UV :	Ultra-violet
WHA :	World Health Assembly (Assemblée Mondiale de la Santé)

# Préface

Lutter contre le cancer est un vrai chantier de la vie. C'est une lutte de longue haleine, qui nous apprend humanité, humilité, solidarité et espoir.

A la création de l'Association de lutte contre le cancer, qui porte mon nom, j'avais conscience de l'ampleur du défi, de l'immensité de la tâche et de la portée de l'engagement.

**Mais grâce à la Haute Sollicitude et la forte Impulsion de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, nous disposons là d'un atout majeur et déterminant pour mener à son terme une mission aussi exaltante.**

Les besoins étaient à la mesure des attentes, considérables : Avec 30.000 marocaines et marocains touchés par le cancer chaque année, et les drames familiaux qui en résultent, le chantier semblait à priori démesuré.

Cependant, nous étions astreints à une obligation de résultats. Il fallait, avec toute la célérité et l'efficacité requises, soulager les souffrances, baliser les sentiers de l'espoir et pérenniser les programmes et les actions.

Evidemment, cela n'était pas envisageable sans l'adhésion de tous et l'appui de ressources humaines qualifiées et résolument dévouées au quotidien. Nous devons agir vite avec, pour seules données, des estimations glanées auprès de certaines institutions.

Mais nous disposons, néanmoins, d'une certitude irréfragable : 40% des cancers peuvent être évités en améliorant notre hygiène de vie. Cela, c'est le côté prophylactique, et c'est déjà beaucoup ! Côté thérapeutique, sachons que plus de la moitié des malades peuvent être traités et guéris s'ils sont diagnostiqués à temps et pris en charge convenablement.

Nous étions animés d'un grand volontarisme, mais notre volonté inébranlable avait besoin d'être bien placée et nos programmes ciblés.



A quels besoins allions nous répondre précisément ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Toutes ces questions avaient besoin de réponses.

Dégager une vision stratégique, opérationnelle et précise était devenu le plus grand défi et l'impératif clé du succès. C'est là qu'est apparue la nécessité d'élaborer le présent plan cancer.

Avec ce plan, cette feuille de route, l'avenir de la lutte contre le cancer au Maroc est désormais tracé.

Le Maroc, à l'instar des pays développés, se dote aujourd'hui d'un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer, grâce à un partenariat efficace entre notre Association et le Ministère de la Santé.

Tenant compte des spécificités du Maroc, ce plan se décline en 78 mesures rationnelles, adaptées aux ressources disponibles et prévisibles. Il préconise de nouvelles approches de prévention, de dépistage, de traitement et d'accompagnement social, et ce dans le respect des valeurs de notre culture et avec le concours actif de toute la société. Sa mise en place aura un impact important sur la lutte contre le cancer, et sera, j'en suis convaincue, un modèle à émuler.

Nous tenons donc à rendre hommage aux équipes qui ont participé avec professionnalisme à l'élaboration de ce plan clair, exhaustif et ambitieux et nous nous réjouissons déjà de la perspective de sa mise en œuvre et de sa réussite.

**SAR La Princesse Lalla Salma**  
**Présidente de l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer**



“Ensemble  
Contre  
le Cancer,,

# 1. Plan cancer : pourquoi et comment ?

## 1.1 Introduction

Le terme «cancer» est utilisé de façon générique pour désigner plus d'une centaine de maladies différentes, parmi lesquelles des tumeurs malignes en divers sièges (sein, col de l'utérus, prostate, estomac, colon et rectum, poumon, bouche, etc.), des leucémies, des ostéosarcomes, la maladie de Hodgkin et des lymphomes non hodgkiniens. Toutes ces formes ont en commun une défaillance des mécanismes réglant la croissance, la prolifération normale et la mort des cellules ; ce dérèglement, qui débute comme une anomalie légère, gagne progressivement en gravité, les cellules cancéreuses vont envahir les tissus voisins et vont atteindre même d'autres régions du corps.

Le nombre de nouveaux malades atteints de cancer dans le monde était estimé à **plus de 12 millions** en 2008. Cette pathologie est responsable de plus de 12% des décès, dont presque les trois-quarts surviennent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Il n'y aurait pas une famille qui ne soit touchée par ce fléau. Le mal causé à la société par le cancer est immense, non seulement en terme de souffrance humaine des patients, de leur famille et de leurs amis, mais aussi en terme de charge économique.

Le fardeau du cancer, aussi bien sur les professionnels que sur le système de santé, est considérable et en croissance rapide. En effet, le nombre global des cancers a doublé durant les trente dernières années du siècle passé, et on estime que ce nombre va **doubler** entre l'an 2000 et 2020 et presque **tripler** d'ici l'an 2030. Parmi les déterminants de cette évolution, il y a la croissance de la population âgée qui a la plus haute prévalence du cancer, la diminution de la mortalité par les maladies transmissibles et l'augmentation de l'exposition à certains facteurs de risques.

La situation au Maroc est aussi problématique. Il y a environ **30 000 nouveaux** cas de cancer par an. Le cancer est responsable de **7,2% des cas de décès**. Le coût de prise en charge du cancer est très élevé et la situation est d'autant plus préoccupante que plus des deux tiers de la population n'ont aucune couverture médicale. Les résultats des études d'impact de la charge liée aux soins du cancer démontrent la lourdeur du fardeau assumé par les ménages et la gravité des retombées sociales et économiques lors d'une atteinte par le cancer ; **jusqu'à 90% du coût de certains cancers sont à la charge des patients**. Il en sort que l'appauvrissement est une conséquence inéluctable.

## 1.2 Justification

Plusieurs constats justifient la nécessité de la mise en place d'un plan de prévention et de contrôle du cancer au Maroc :

- L'importance de la charge de morbidité liée au cancer, plus de 30 000 nouveaux cas par an ;
- L'insuffisance des activités de prévention primaire ;
- L'absence de programmes structurés de détection précoce ;
- L'insuffisance d'infrastructures et de ressources humaines spécialisées ;
- La mauvaise gestion des ressources disponibles : absence de normes de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques, absence de politique pour les médicaments génériques, etc. ;
- L'inexistence des soins palliatifs et du soutien psychosocial ;
- Le coût du traitement dépasse les capacités financières de la majorité des patients, et moins du tiers de la population dispose d'une couverture médicale ;
- L'absence de stratégie de communication en matière de cancer ;
- La législation et la réglementation en vigueur sont devenues insuffisantes pour une prévention et une prise en charge efficaces.

Par ailleurs, ce constat étant commun à la majorité des pays, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2005 une résolution (**WHA 5822**) recommandant à tous les états membres de renforcer les actions de lutte contre le cancer, en développant ou en renforçant les programmes de contrôle du cancer. L'amélioration de la lutte contre le cancer est donc devenue un enjeu majeur pour tous : pouvoirs publics, secteur privé, ONG, associations professionnelles, etc. Tous doivent contribuer à la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le cancer, qui a pour but de réduire l'incidence, la mortalité et les facteurs de risque de cette maladie, et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille.

Ainsi, sous l'impulsion de **Son Altesse Royale La Princesse LALLA SALMA**, Présidente de l'Association LALLA SALMA de lutte contre le Cancer (ALSC) et Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour la promotion de la prévention et des soins du cancer, le Maroc s'inscrit dans cette approche stratégique et se mobilise avec la participation du Ministère de la Santé, de la société civile et des acteurs concernés, particulièrement pour l'élaboration d'un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC), conformément à la stratégie mondiale.

### 1.3 Méthodologie

Le projet d'élaboration du PNCC a été préparé par l'ALSC et validé par un comité de pilotage et par une commission conjointe entre l'ALSC et le Ministère de la Santé (Commission Mixte). Une commission spécifique pour le suivi de ce projet a été créée.

Le projet d'élaboration du PNCC a commencé par une analyse de la situation en réalisant une quinzaine d'études de création ou de collecte de données dans tous les domaines en lien avec le cancer : données d'incidence ; facteurs comportementaux et professionnels ; données démographiques ; offre de soins ; informations sur les activités de prévention et de détection précoce ; pratiques diagnostiques et thérapeutiques ; informations sur la législation et la réglementation ; informations sur les besoins des patients, de leur famille, des professionnels de santé, des personnes exposées aux risques ; perceptions, connaissances attitudes et pratiques de la population vis-à-vis du cancer.

Partant de l'analyse de la situation, six ateliers ont été organisés par l'ALSC et le Ministère de la Santé pour le développement de la stratégie spécifique des différents domaines du plan : la prévention, la détection précoce, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, les soins palliatifs, la communication et la législation. Ces ateliers ont été animés par des experts nationaux et internationaux avec la participation des départements et organismes impliqués dans chaque composante du plan et les personnes ressources concernées par les thématiques spécifiques à chaque atelier.

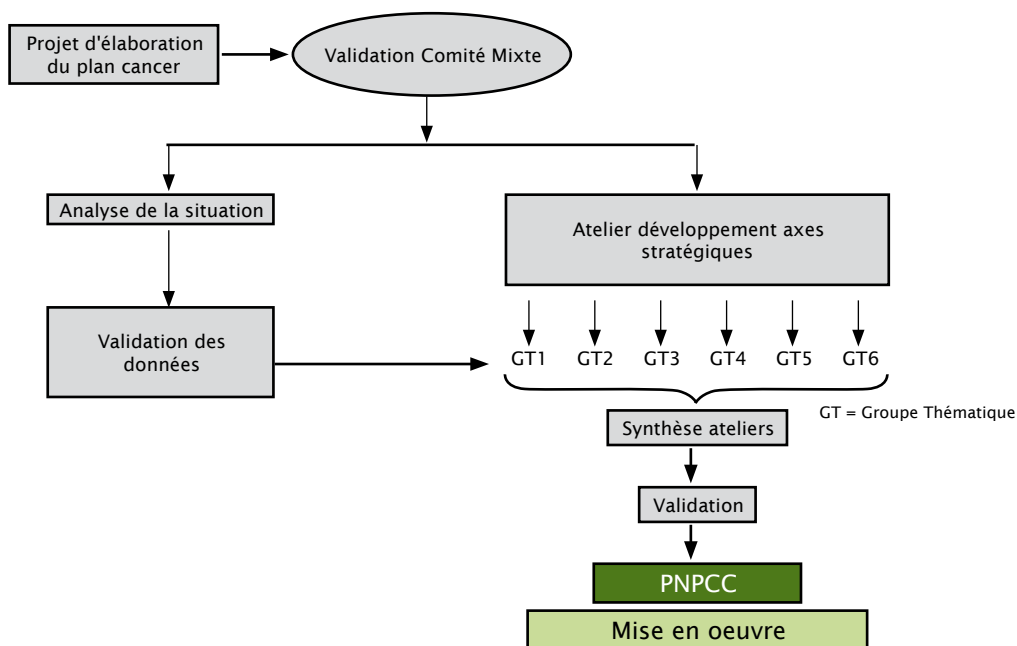


Figure 1 : Méthodologie de travail pour l'élaboration du PNCC

## 2. Analyse de la situation

Le Maroc vit une transition épidémiologique dite de la « double charge », à savoir la coexistence de maladies infectieuses et d'affections chroniques. Pendant que la prévalence des maladies infectieuses et de la malnutrition est en déclin progressif, on note une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, comme les maladies cardio-vasculaires, les maladies chroniques et les cancers, qui sont responsables de 56% de la charge de morbidité générale. Le cancer, en particulier, constitue un fardeau de plus en plus lourd pour le système de santé.

Les principaux facteurs contribuant à ce changement sont :

- L'allongement de **l'espérance de vie** à la naissance qui est passée **de 47 ans en 1962 à 71 ans en 2008** ;
- Le développement socio-économique rapide ;
- Le changement environnemental ;
- Les changements du mode de vie : **la sédentarisation**, l'adoption de plus en plus fréquente du régime alimentaire occidental, **la prévalence du tabagisme** et des comportements malsains.

### 2.1 Incidence du cancer

La seule source d'information épidémiologique considérée actuellement valide sur l'épidémiologie du cancer au Maroc est le Registre du Cancer de la Région du Grand-Casablanca (RCRC). Ce registre se base sur une population qui représente 10% de la population marocaine.

Au total, toutes localisations confondues, 3 336 cas de cancers ont été enregistrés par le RCRC 2004 dont 1 833 chez les femmes et 1 503 chez les hommes. L'incidence standardisée a été légèrement plus élevée chez le sexe féminin (104,2 pour 100 000 femmes/an contre 100,3 pour 100 000 hommes/an).

Le tableau 1 donne la distribution en 2004 des cas de cancers selon la localisation et le sexe, d'après le Registre du Cancer du Grand-Casablanca.

**Tableau 1 : Nombre de cas de cancers par localisation et par sexe pour le Grand Casablanca, année 2004**

	Femme	%	Homme	%	Total	%
Sein	662	36,1%	-	-	662	19,8%
Poumon	31	1,7%	358	23,8%	389	11,7%
Col utérin	235	12,8%	-	-	235	7,0%
LNH	73	4,0%	92	6,1%	165	4,9%
Prostate	-	-	125	8,3%	125	3,7%
Estomac	46	2,5%	62	4,1%	107	3,2%
Rectum	51	2,8%	47	3,1%	98	2,9%
Thyroïde	97	5,3%	-	-	97	2,9%
Colon	40	2,2%	56	3,7%	96	2,9%
Ovaire	92	5,0%	-	-	92	2,7%
Larynx	-	-	84	5,6%	84	2,5%
Vessie	-	-	84	5,6%	84	2,5%
Peau	42	2,3%	41	2,7%	83	2,5%
Loc. primitive inconnue	-	-	68	4,6%	68	2,0%
Nasopharynx	-	-	65	4,3%	65	1,9%
Corps utérin	49	2,7%	-	-	49	1,5%
Cerveau	-	-	42	2,8%	42	1,3%
Pancréas	-	-	32	2,1%	32	0,9%
LH	29	1,6%	-	-	29	0,9%
Vésicule biliaire	22	1,2%	-	-	22	0,7%
Œsophage	20	1,1%	-	-	20	0,6%
Autres	343	18,7%	350	23,3%	693	20,8%
<b>Total</b>	<b>1833</b>	<b>55%</b>	<b>1503</b>	<b>45%</b>	<b>3336</b>	<b>100%</b>

Si l'on exclut les « autres cancers » non spécifiés, les cancers les plus fréquents enregistrés dans la région du Grand-Casablanca en 2004 sont les **cancers du sein 36,1%**, et du **col utérin 12,8 %** pour les **femmes**, alors que chez les **hommes**, ce sont les **cancers du poumon, 23,8 %**, et de la **prostate, 8,3 %**.

Si l'on extrapole les résultats à la population marocaine, il ressort que l'incidence standardisée globale (hommes+femmes) est de **101.7 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an**. Ceci correspond à environ 30 000 nouveaux cas de cancers au Maroc chaque année. Le cancer du sein vient en première position, suivi par le

cancer du poumon, le cancer du col utérin, le cancer colorectal, les lymphomes non hodgkiniens, puis le cancer de la prostate et celui de l'estomac.

En ce qui concerne les **cancers chez l'enfant**, l'incidence brute estimée selon le RCRC est de **11,34 pour 100 000 enfants**. Cela représente 3,2 % de tous les cancers colligés. Les filles sont plus nombreuses avec une proportion d'environ 53,8 % contre 46,2 % chez les garçons. Les cancers les plus fréquents chez l'enfant sont les **hémopathies malignes (19,8%)**, suivies des tumeurs de l'encéphale et des méninges (17,1%) puis les cancers osseux (12,3%), des surrénales (11,3%) et de l'œil (10,4%).

## 2.2 Points forts

- Existence d'un leadership
- Existence d'une volonté politique
- Reconnaissance du cancer comme problème de santé publique prioritaire
- Existence d'une société civile dynamique
- Existence d'un potentiel de compétences humaines
- Existence d'un potentiel de structures et d'infrastructures
- Existence des traitements thérapeutiques

## 2.3 Points faibles

- Absence de politique de prévention
- Absence de programme de dépistage
- Absence de carte sanitaire
- Insuffisance de la couverture sanitaire avec un coût élevé de la prise en charge, rendant le traitement inaccessible pour beaucoup de malades
- Absence de soins palliatifs et de soutien psychosocial
- Absence de politique d'information, d'éducation et de communication
- Insuffisance de formation de base et de formation continue
- Insuffisance et inadaptation de l'encadrement législatif et réglementaire

## 3. Vision et valeurs

### 3.1 Vision

La vision du PNPC est de prévenir et contrôler les cancers à l'échelle nationale grâce à une approche multisectorielle, proposant des actions concrètes, durables, régulièrement réadaptées selon les priorités, tirant le meilleur parti possible des ressources disponibles, tout en étant adapté au contexte socio-économique et culturel de notre pays.

### 3.2 Valeurs

Les valeurs retenues pour le plan sont :

- L'équité, une offre de soins identique pour tous et accessible à tous ;
- La solidarité, une prise en charge assurée pour tous par la participation mutuelle ;
- La qualité, une prise en charge complète répondant aux normes ;
- L'excellence, la perfection dans chaque étape de la mise en œuvre.

Ce plan a comme caractéristique de vouloir assurer la mise en œuvre des droits des malades atteints de cancer, en proposant un programme basé sur l'impartialité, planifiant un service humain fondé sur l'équité.

### 3.3 Objectif stratégique

L'objectif du PNPC est de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

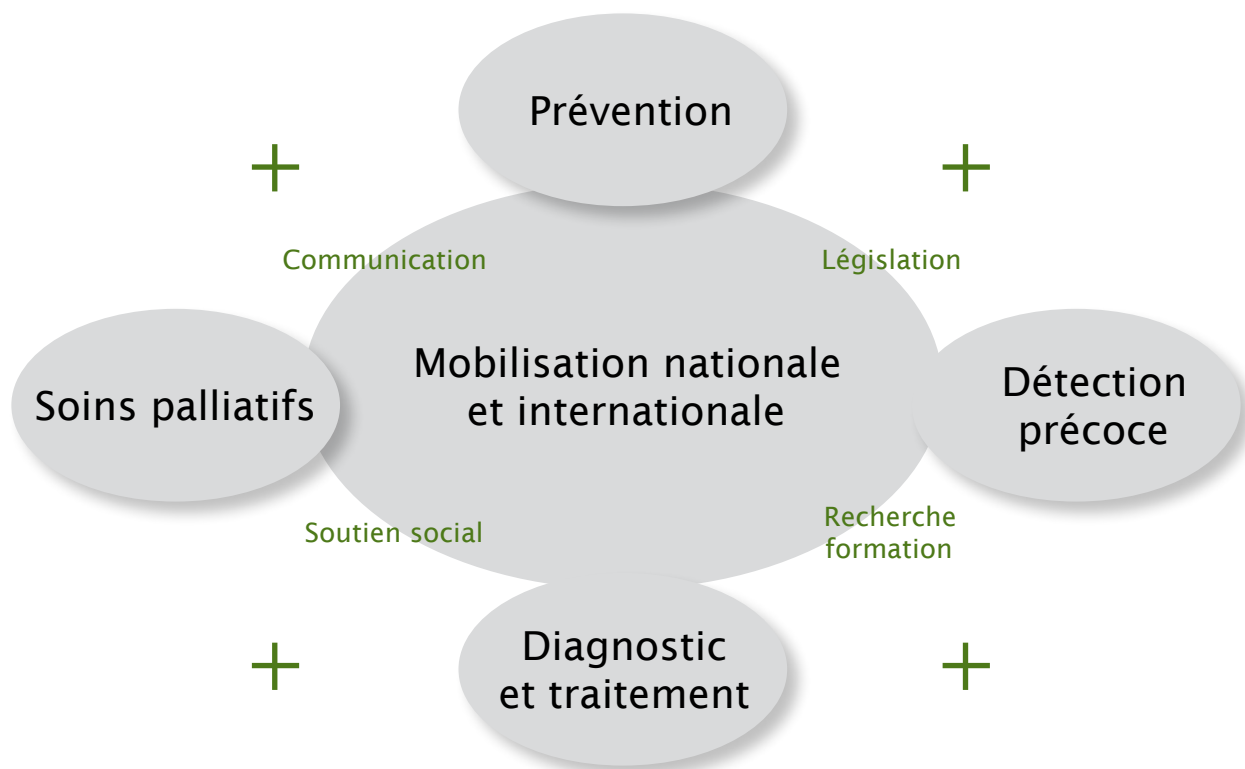
### 3.4 Stratégie d'action

La stratégie d'action du PNPC est sous forme de mesures opérationnelles à entreprendre sur les domaines stratégiques suivants :

- Prévention ;
- Détection précoce ;
- Prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- Soins palliatifs.



Ces composantes seront soutenues par un programme de communication et de mobilisation sociale et le renforcement de la législation et de la réglementation. Ceci peut-être représenté dans la figure 2, schématisant le cadre conceptuel du PNPCC :



**Figure 2 : Cadre conceptuel du PNPCC**

Chaque axe a été développé en se basant sur des modèles approuvés scientifiquement, en utilisant une approche systémique et centrée sur le patient et son entourage, en tenant compte des résultats obtenus après l'analyse de la situation au Maroc en matière de cancer.

## 4. Stratégie de prévention

La **prévention** est l'approche la plus efficace en santé publique et **économiquement la plus efficiente** pour une lutte à long terme. En effet, on pourrait éviter environ 40% des cas de cancer en évitant, en modifiant ou en réduisant la vulnérabilité des personnes exposées aux principaux facteurs de risque, à savoir le **tabagisme**, la **surcharge pondérale** et **l'obésité**, la **consommation insuffisante de fruits et légumes**, le **manque d'activité physique**, la consommation d'**alcool**, les **infections (HVB, HPV)** et la **pollution de l'air**.

### 4.1 Analyse de la situation

La prévalence du tabagisme en 2008 dans la population marocaine est de 16% (**30% pour l'homme**, 1% pour la femme). Chez les non fumeurs, le tabagisme passif est aussi important : 32% de la population sont exposés dans leur entourage familial proche, 17% sont exposés dans leur entourage professionnel et 60% sont exposés dans les lieux publics.

En ce qui concerne les boissons alcoolisées, 6,8% des hommes en consomment, et 2 pour 1 000 en consomment quotidiennement.

Pour les facteurs liés à l'alimentation :

- 63% de la population marocaine consomment 5 types ou plus de fruits et légumes par jour ;
- 11% de la population consomment de la volaille plus de 3 fois par semaine ;
- Seulement 3% de la population consomment du poisson trois fois par semaine ou plus.

En ce qui concerne l'activité physique, une personne sur quatre a une activité physique de forte intensité et une personne sur deux a une activité physique d'intensité modérée. Par ailleurs, une personne sur cinq pratique un sport.

Dans la population générale, la prévalence de **l'obésité est de 14%**, et 30% de la population sont en surpoids.

64% de la population sont habituellement exposés au soleil aux heures chaudes de la journée (11h - 16h), dont le tiers n'utilise aucun moyen de protection.

Dans les milieux professionnels certaines expositions aux produits cancérigènes sont fréquentes, et l'utilisation de moyens de protection est très faible :

- Dans l'artisanat du bois, l'exposition à la poussière de bois est de 100% et à l'essence de peinture de 62% ;
- Dans l'artisanat du cuir, la prévalence de l'exposition au sel et à la peinture est respectivement de 100% et de 55% ;
- Dans l'artisanat du cuivre, les expositions les plus fréquentes sont à la poussière de bois (20,5%), à l'éthanol (18,1%) et à l'acide sulfurique (17,3%);
- Dans l'artisanat de la poterie, les principales expositions sont à la poussière de bois (54%), à la peinture (44%) et au plomb (21%);
- Dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), la poussière de bois constitue la principale exposition (11,3%), suivie de l'exposition à la peinture (9,7%). L'amiante serait aussi prévalent dans certaines constructions.

En matière de législation, le droit national ne réserve aucun texte spécifique au cancer. Le mot cancer n'apparaît pas en effet dans les intitulés des lois, décrets et arrêtés.

Le cadre juridique actuel relatif à la lutte antitabac résulte de la loi 15-91. La proposition de loi récemment adoptée par le parlement tend à modifier et à compléter ce texte en y apportant des avancées importantes en matière de lutte contre le tabagisme.

La protection de la santé des travailleurs est régie par des dispositions contenues dans la loi 65-99 relative au code du travail. Sur les 86 maladies professionnelles mentionnées par l'arrêté de décembre 1999 pris par le Ministre de l'emploi, huit relèvent du lot des affections cancéreuses.

Les lois sur l'environnement et la pollution de l'air n'ont commencé à voir le jour qu'en 2003. Ces lois viennent amorcer la refonte d'un ancien dahir de 1914, portant réglementation des établissements incommodes, insalubres ou dangereux. Par ailleurs, il existe un important dispositif juridique concernant la sécurité alimentaire et l'hygiène du milieu.

Les règles relatives à la protection contre les rayonnements ionisants sont fixées par le décret de 1997. Les dispositions qu'il renferme se rapportent aux qualifications requises pour utiliser des rayonnements ionisants, aux normes relatives aux locaux et aux procédures d'évacuation et de stockage des déchets radioactifs.

## 4.2 Objectifs spécifiques

- Réduire le tabagisme actif et passif
- Augmenter le nombre de personnes adoptant un mode de vie sain
- Réduire la prévalence de l'obésité
- Réduire le nombre de personnes qui consomment de l'alcool
- Prévenir les infections
- Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieux professionnels
- Développer des mesures spécifiques en matière de lutte contre la pollution de l'environnement
- Mettre en place une stratégie de surveillance des cancers et des facteurs de risques

## 4.3 Prévention : mesures 1-30

### Lutter contre le tabagisme

#### **MESURE 1** : Prévenir le tabagisme

- Organiser et mettre en place des campagnes de sensibilisation du grand public contre le tabagisme ;
- Mettre en place des programmes d'information et d'éducation ciblant les jeunes et les groupes de personnes vulnérables ;
- Impliquer les médias dans la lutte antitabac et établir une charte de bonne conduite avec les professionnels des médias.

## **MESURE 2** : Encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques

- Informer et mettre en garde les fumeurs sur les dangers du tabac ;
- Mettre en place des consultations d'aide au sevrage dans les établissements de soins de santé de base ;
- Instituer le remboursement des médicaments et des produits de substitution nicotinique ;
- Soutenir les services de sevrage tabagique.

## **MESURE 3** : Protéger les non fumeurs

- Informer et sensibiliser aux risques du tabagisme passif en famille ;
- Informer et sensibiliser aux risques du tabagisme passif dans les lieux publics ;
- Soutenir les actions éducatives scolaires et non scolaires.

## **MESURE 4** : Réduire l'accessibilité aux produits tabagiques et l'incitation à leur consommation

- Augmenter les taxes sur le prix du tabac de façon régulière et significative ;
- Interdire la vente fractionnée ;
- Interdire la publicité directe et indirecte ;
- Interdire la vente aux mineurs ;
- Renforcer la lutte contre la contrebande.

## **MESURE 5** : Ratifier la Convention Cadre de la Lutte Antitabac

## **MESURE 6** : Mettre en place les mesures d'application de la loi (15 - 91)

- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux publics, au travail, dans les établissements d'enseignement ;
- Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.

**MESURE 7** : Mobiliser les associations œuvrant dans la lutte contre le tabac

**MESURE 8** : Mise en place d'une instance multisectorielle de surveillance de la consommation du tabac et de suivi et évaluation des actions de lutte anti-tabac

### Promouvoir l'adoption du mode de vie sain

**MESURE 9** : Promouvoir l'alimentation saine et équilibrée

- Favoriser la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour ;
- Développer la consommation du poisson (non frit) et réduire la consommation de viande et de graisse animale ;
- Promouvoir la conservation des aliments par le froid ;
- Informer sur les risques du fumage et du salage pour la conservation des aliments en milieu familial et artisanal ;
- Mener des campagnes d'IEC actives, permanentes, pour promouvoir une alimentation équilibrée et pas chère en toute saison ;
- Développer des programmes d'éducation culinaire, dans les médias et dans les établissements scolaires ;
- Sensibiliser les restaurateurs, traiteurs et industriels aux risques liés à des modes alimentaires mal équilibrés ;
- Développer des normes d'une alimentation équilibrée dans les cantines et restaurants des administrations, des entreprises et des établissements scolaires.

**MESURE 10** : Réduire le surpoids et l'obésité

- Mettre en place un programme d'éducation nutritionnelle pour les adolescents et les enfants dès l'âge de 5 ans ;
- Mettre en place des programmes spécifiques de lutte contre l'obésité ;

- Former les professionnels de santé sur les risques de santé liés au surpoids et à l'obésité ;
- Sensibiliser les consommateurs sur les risques de la restauration rapide non équilibrée ;
- Sensibiliser les consommateurs sur une alimentation trop sucrée, trop salée ou trop grasse ;
- Changer la perception de l'obésité dans la représentation populaire.

#### **MESURE 11** : Promouvoir l'activité physique

- Renforcer l'activité physique en milieu scolaire et lutter contre les dispenses de complaisance ;
- Faciliter l'accès à des activités sportives extra scolaires de proximité pour les jeunes;
- Créer des infrastructures sportives de proximité et à coût accessible ;
- Mener des campagnes d'IEC sur les bienfaits de l'exercice physique régulier à tous les âges et sensibiliser sur les dangers de la sédentarité ;
- Promouvoir des plans d'aménagement urbain intégrant des pistes cyclables, des espaces de promenade pédestre, des espaces verts, des terrains de sport et des centres villes sans voitures.

#### **MESURE 12** : Lutter contre la consommation de l'alcool

- Augmenter les taxes sur les prix des boissons alcoolisées ;
- Interdire la publicité directe et indirecte de l'alcool ;
- Sensibiliser et éduquer contre les méfaits de l'alcool ;
- Développer des programmes de soutien aux services et associations de sevrage.

## Lutter contre les infections

### **MESURE 13** : Prévenir les infections dues à certains virus

- Informer la population sur les modes de transmission des infections, sur les risques cancérigènes encourus et sur les moyens de prévention ;
- Renforcer les stratégies existantes en matière de lutte contre les IST, en particulier le Sida et y associer l'information sur les virus HPV et HBV ;
- Consolider la vaccination contre le virus HBV.

### **MESURE 14** : Développer un programme pour la vaccination contre le virus HPV

## Réduire les expositions aux rayons ultraviolets

### **MESURE 15** : Prévenir les méfaits des rayons ultraviolets

- Développer des campagnes de sensibilisation sur les risques de l'exposition excessive au soleil et sur les moyens de protection ;
- Introduire dans le cursus scolaire des modules sur les bienfaits et les risques du soleil ;
- Installer des panneaux signalétiques sur les dangers de l'exposition au soleil et les règles de protection sur les lieux à risque (plage, piscine) ;
- Développer et mettre en application une législation pour l'utilisation des lampes émettant des UV dans les milieux professionnels.

## Renforcer la protection en milieu professionnel

### **MESURE 16** : Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieux professionnels

- Mener des enquêtes en milieu professionnel pour mesurer l'importance des expositions vis-à-vis des substances cancérigènes classées 1 et 2A dans la nomenclature OMS (CIRC) ;



- Informer et sensibiliser tous les professionnels sur les risques spécifiques à leur profession ;
- Développer les mesures de protection adaptées à chaque milieu de travail ;
- Réviser la législation de la médecine du travail pour renforcer la protection contre les facteurs cancérigènes ;
- Mettre en place un système d'assurance maladies professionnelles ;
- Étendre aux retraités le droit à réparation due aux victimes de maladies professionnelles.

### Lutter contre les risques environnementaux

#### **MESURE 17** : Lutter contre les contaminants du sol

- Mettre en œuvre la législation existante et renforcer le contrôle de son application ;
- Vérifier la traçabilité de l'utilisation des engrais, des pesticides et des insecticides ;
- Informer, sensibiliser et former les manipulateurs sur les risques potentiels des produits dangereux.

#### **MESURE 18** : Protéger contre les expositions aux rayonnements électromagnétiques et ionisants

- Respecter la législation internationale en vigueur pour l'utilisation des rayonnements ionisants et électromagnétiques ;
- Informer, sensibiliser et former les professionnels de santé sur le respect permanent des règles de sécurité, de surveillance et de traitement des déchets radioactifs ;
- Renforcer la surveillance dans les structures utilisant des sources radioactives ;
- Instaurer un système de traçabilité des sources radioactives ;
- Identifier les zones à risques pour le radon ;
- Développer le Centre National de Radio Protection (CNRP).

**MESURE 19** : Développer la législation relative aux risques liés aux rayonnements ionisants

- Réviser la loi n° 005-71 et de ses textes d'application ;
- Adopter le projet de décret d'application relatif à la gestion des déchets radioactifs ;
- Réglementer la filière de formation des physiciens médicaux ;
- Fixer les règles spécifiques à la délivrance d'autorisation d'importation des appareils d'occasion utilisant des rayonnements ionisants ;
- Mettre en place un organisme indépendant pour l'homologation des appareils utilisant des rayonnements ionisants.

**MESURE 20** : Lutter contre la pollution atmosphérique

- Mener des enquêtes pour identifier et quantifier les pollutions atmosphériques ;
- Appliquer les lois concernant la pollution atmosphérique.

**MESURE 21** : Développer la législation relative aux risques liés à l'environnement

- Réviser le dahir de 1914 sur les établissements incommodes, insalubres ou dangereux ;
- Adopter les textes d'application des lois 11-03, 12-03 et 13-03 respectivement relatives à la protection et à la mise en valeur de l'environnement, aux études d'impact sur l'environnement et à la lutte contre la pollution de l'air.

Renforcer la protection des consommateurs

**MESURE 22** : Protéger les consommateurs contre les produits cancérigènes

- Informer et sensibiliser les consommateurs sur les mesures d'hygiène à respecter ;
- Développer le contrôle des mesures réglementaires auprès des industriels de l'agroalimentaire ;
- Généraliser et améliorer l'étiquetage du contenu des produits alimentaires ;

- Soutenir les associations de protection des consommateurs ;
- Renforcer le contrôle des produits alimentaires vendus autour des établissements scolaires et dans les lieux de restauration ;
- Renforcer le contrôle sanitaire aux frontières et développer la lutte contre la contrebande des produits alimentaires ;
- Promouvoir la conservation des aliments par le froid et lutter contre le fumage et le salage.

### **MESURE 23** : Développer la législation relative aux risques liés à l'alimentation

- Activer le processus d'adoption de la loi édictant des mesures de protection des consommateurs ;
- Faire aboutir le projet de loi relative à la création de l'Office national de la sécurité sanitaire des aliments ;
- Définir les lois pour lutter contre les publicités mensongères.

### Assurer la surveillance de l'évolution des cancers et des facteurs de risque

La mise en place d'une stratégie de surveillance des cancers et des facteurs de risque va permettre d'évaluer l'ampleur réelle du problème, de suivre les tendances spatiotemporelles des cas de cancer, des facteurs de risque et de planifier les moyens nécessaires à la prévention et à la prise en charge de ces pathologies. Cette stratégie doit se faire par divers types d'approches selon les objectifs et les moyens disponibles.

### **MESURE 24** : Mesurer l'incidence des cancers

- Institutionnaliser le Registre de population de la Région du Grand-Casablanca ;
- Développer les données du Registre du cancer de la Région du Grand-Casablanca ;
- Implanter des registres hospitaliers dans toutes les structures d'oncologie publiques et privées ;
- Traiter et analyser les données de surveillances au niveau des observatoires régionaux de santé ;
- Etudier l'opportunité de la création d'un autre registre de population dans une autre région.

### **MESURE 25** : Mesurer la mortalité due au cancer

- Former et sensibiliser les médecins sur l'importance du remplissage des bulletins de décès ;
- Instaurer un système de vérification et de contrôle du remplissage des bulletins de décès ;
- Instaurer un système de liaison entre les registres des cancers et les registres de mortalité.

### **MESURE 26** : Surveiller les risques liés aux expositions professionnelles

- Instaurer des dossiers de suivi médical en relation avec les activités professionnelles à risque du travailleur ;
- Sensibiliser les personnes exposées à des produits cancérigènes à déclarer leurs expositions en cas de cancers après la retraite ;
- Instaurer un système de vérification régulière des expositions aux facteurs de risque sur les lieux de travail ;
- Instaurer un système de centralisation des données de surveillance des risques et des cancers professionnels afin de permettre aux services publics concernés l'analyse et la prise de décisions.

### **MESURE 27** : Mesurer la prévalence des risques liés au cancer

- Mener régulièrement des études de prévalence des facteurs de risques comportementaux ;
- Mener des enquêtes sur la prévalence des expositions aux risques dans les milieux de l'artisanat, de l'agriculture et du BTP.

### **MESURE 28** : Evaluer les connaissances

- Mener des études CAP de la population vis-à-vis des cancers et des facteurs de risque pour évaluer notamment les actions d'information, d'éducation et de communication mises en place ;
- Mener des études CAP dans les milieux professionnels.

## Développer une stratégie de formation en prévention

**MESURE 29** : Développer la formation de base et la formation continue en matière de prévention des cancers

La formation, en matière de prévention, doit intéresser tous les secteurs, elle doit être coordonnée et normalisée.

Pour la formation de base :

- Intégrer un module sur la prévention du cancer dans tous les cycles de l'enseignement ;
- Donner plus d'importance à l'enseignement de la santé publique dans le cursus de base du personnel médical et paramédical ;
- Renforcer dans chacune des spécialités d'organe, le volet santé publique, épidémiologique et oncologique.

Pour la formation continue :

- Mettre en place un programme de formation continue dans le domaine de la prévention pour les professionnels de santé.

## Développer les axes de recherche en prévention

**MESURE 30** : Développer la recherche en matière de prévention des cancers

- Développer la recherche fondamentale en matière de prévention ;
- Faire des études spécifiques sur l'incidence, la mortalité et la prévalence relatives à certaines formes de cancers ;
- Développer la recherche sur l'identification et la quantification des facteurs de risque ;
- Initier la recherche opérationnelle du coût/bénéfice des actions de prévention ;
- Mener des études dans les domaines des sciences du comportement et de la socio-anthropologie ;
- Mener des études sur les cancers familiaux.

## 5. Stratégie de détection précoce

Les activités de détection précoce sont très importantes dans la réduction de l'incidence de certains cancers. En effet, on pourrait réduire d'environ un tiers la charge du cancer par la détection précoce et le traitement des cas au début de la maladie, phase où le traitement est le plus efficace. Ceci peut se réaliser en informant la population sur les signes précoces du cancer et en organisant des programmes de dépistage pour les personnes à risque, afin de détecter la maladie avant même l'apparition des premiers signes.

### 5.1 Analyse de la situation

Concernant le comportement de la population vis-à-vis de la surveillance de son état de santé, **seulement 1 marocain sur 10** fait des visites médicales de façon régulière, alors qu'environ les **trois quart des femmes** ne vont jamais en consultation chez un gynécologue.

La détection précoce comporte deux composantes : le dépistage et le diagnostic précoce.

- Détecter à l'aide d'un test **avant l'apparition des symptômes** (phase préclinique) chez une population non malade, c'est le **dépistage** ;
- Détecter **dès l'apparition des premiers symptômes** du cancer, c'est le **diagnostic précoce**.

Le dépistage s'adresse à l'ensemble d'une population «ciblée» en raison d'un risque de cancer spécifique, c'est-à-dire pour laquelle il est possible de proposer une détection par un test en dehors de l'existence de tout symptôme, le but étant, si une lésion est détectée, que le traitement soit plus efficace et moins lourd.

Le diagnostic précoce s'adresse aux sujets présentant des symptômes qui doivent faire une démarche de consultation auprès des professionnels de santé le plus rapidement possible. Puis ces sujets devront être, sans délai, orientés par ces professionnels vers les moyens diagnostiques adéquats et, si nécessaire, vers les services de traitements spécifiques.

La mise en place d'une stratégie de détection précoce ne comporte pas systématiquement un effet bénéfique sur la santé, mais toujours des coûts économiques et quelques fois des nuisances. Il est donc nécessaire d'examiner la situation du Maroc en termes de type de cancers fréquents, puis l'efficacité possible des traitements en cas de diagnostic précoce et de dépistage, en se basant sur les connaissances apportées par la littérature internationale.

Le dépistage est efficace dans :

- Le cancer du sein
- Le cancer du col utérin
- Le cancer du colon-rectum

Le diagnostic précoce est très utile dans les cas de cancer : du sein, du col utérin, de la thyroïde, de la prostate, du colon-rectum, du cavum, les cancers de l'enfant, les lymphomes, du larynx et de la vessie.

Au Maroc les priorités retenues sont  
le dépistage du cancer du sein et du col utérin

## 5.2 Objectifs spécifiques

- Etablir les priorités pour des programmes de détection précoce des cancers et leurs modalités ;
- Définir la stratégie pour la promotion auprès du grand public de prise de conscience et de l'intérêt du diagnostic précoce et du dépistage ;
- Définir la stratégie pour le développement de l'offre et l'accès aux programmes de détection précoce ;
- Définir un protocole d'assurance qualité et de suivi des processus de détection précoce et de prise en charge ;
- Mettre en place un système d'indicateurs et d'analyse pour évaluer les programmes de détection précoce ;
- Etablir une stratégie de formation des personnels de santé ;
- Définir les axes de recherche dans ce domaine.

## 5.3 Détection précoce : mesures 31-43

### Mettre en place une stratégie de dépistage

**MESURE 31** : Instaurer le programme de dépistage du cancer du sein

- Au Maroc la méthode retenue actuellement est la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du sein basé sur l'examen clinique ;
- La population cible retenue pour ce programme de dépistage est toutes les femmes âgées de plus de 45 ans ;
- La mise en place du programme de dépistage du cancer du sein, à l'échelle nationale, peut se faire à court terme.

**MESURE 32** : Instaurer le programme de dépistage du cancer du col utérin

Les deux tests utilisés pour le dépistage du cancer du col utérin sont le frottis cervicovaginal et l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA).

- Au Maroc la méthode retenue actuellement est la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du col utérin basé sur l'IVA ;
- La population cible retenue pour ce programme de dépistage est celle des femmes âgées de 30 à 50 ans ;
- La mise en place du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, à l'échelle nationale, peut se faire à moyen terme (projet pilote qui sera généralisé ultérieurement).

### Mettre en place une stratégie de diagnostic précoce

**MESURE 33** : Améliorer les possibilités d'accès aux services de diagnostic précoce

- Réduire l'obstacle géographique en multipliant le nombre des centres de confirmation du diagnostic (centres de diagnostic) ;
- Réduire l'obstacle économique ;
- Mettre à disposition des centres les ressources nécessaires.



**MESURE 34** : Assurer la formation en matière de technique de diagnostic précoce

- Programmer la formation en matière de techniques de diagnostic précoce ;
- Commencer le plus tôt possible ces formations dans les régions où les structures de prise en charge de cancer existent déjà.

### Assurer l'accès aux programmes de détection précoce

**MESURE 35** : Intégrer les programmes de détection précoce dans le système de santé

- Faire le recrutement de la population cible pour le dépistage des cancers du sein et du col utérin au niveau des centres de santé et des cabinets des médecins généralistes ;
- Faire les explorations de confirmation du diagnostic au niveau des structures provinciales et des cliniques du secteur privé ;
- Arrêter la décision thérapeutique multidisciplinaire et définir le rythme et le lieu du suivi des patientes au niveau des CHU, des pôles régionaux d'oncologie et des cliniques privées d'oncologie ;
- Assurer le suivi des personnes cibles ayant des examens négatifs par les centres de santé et les cabinets des médecins généralistes ;
- Faire la promotion du diagnostic précoce et en assurer les activités à tous les niveaux.

**MESURE 36** : Former les professionnels de santé sur les programmes de détection des cancers du sein et du col de l'utérus

- Elaborer un programme de formation des professionnels de la santé spécifique à chaque niveau de soins ;
- Etablir les référentiels de dépistage des cancers du sein et du col utérin ;
- Assurer la formation du personnel sur les techniques de communication et de psychologie ;
- Former les gestionnaires de programme au niveau provincial régional et central ;
- Elaborer des modules de suivi et d'évaluation.

**MESURE 37** : Informer et sensibiliser la population sur le programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus

- Assurer une communication permanente et adaptée aux différents publics ;
- Organiser une communication de proximité dans les différentes structures de santé ;
- Impliquer la société civile et ses acteurs dans la communication.

**MESURE 38** : Mettre en place les structures et les ressources nécessaires pour le programme de détection précoce

- Mettre en place les structures et les équipements nécessaires ;
- Mettre à disposition les tests de dépistage au niveau des soins de santé de base ;
- Réduire les obstacles économiques relatifs aux examens de diagnostics et à la prise en charge thérapeutique.

**MESURE 39** : Mettre en place un système d'assurance qualité du programme de détection précoce

- Élaborer des référentiels écrits, pour toutes les étapes des programmes de détection précoce ;
- Élaborer des audits systématiques ;
- Instaurer un système d'accréditation pour toutes les structures (publiques ou privées) impliquées dans les programmes de détection précoce aux différents niveaux.

**MESURE 40** : Mettre en place un système de monitoring et d'évaluation

- Assurer un monitoring permanent des programmes de détection précoce ;
- Développer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs :
  - des tests, des examens et des traitements ;
  - de respect des procédures et des délais ;

- de satisfaction des patients ;
- d'évolution des coûts.
- Créer des supports d'information standardisés pour le recueil de ces indicateurs et à mettre à la disposition des différents acteurs des programmes, à tous les niveaux ;
- Mener périodiquement des revues externes des programmes de détection précoce.

**MESURE 41** : Sensibiliser la population aux symptômes précoces et aux possibilités de guérison

- Assurer une communication adaptée aux différents publics et en particulier pour les populations ciblées, cette communication doit être permanente et sous forme de campagnes spécifiques ;
- Organiser la communication de proximité dans les différentes structures de santé, en particulier dans les centres de santé, les dispensaires et cabinets privés ;
- Impliquer les associations dans les programmes de communication après avoir assuré la sensibilisation et la formation de leurs membres.

### Développer un système d'information

**MESURE 42** : Instaurer un système d'information des activités de détection précoce

- Implanter à tous les niveaux impliqués dans la détection précoce un système de collecte, d'archivage et d'analyse pour permettre le monitoring et l'évaluation des résultats des programmes de détection précoce et pour assurer la restitution des résultats ;
- Informatiser le système de recueil pour une meilleure gestion des programmes ;
- Mesurer les principaux indicateurs.

## Développer la recherche

### **MESURE 43** : Développer la recherche en matière de détection précoce

- Mener des recherches opérationnelles sur le programme de détection précoce ;
- Faire des études de comparaison dans le contexte marocain du test VIA et du frottis cervical pour le dépistage des cancers du col de l'utérus ;
- Mener des études périodiques d'évaluation des tests de dépistage utilisés : leur performance, leur reproductibilité, leur qualité, leurs nuisances éventuelles et leur coût.

## 6. Stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique

### 6.1 Analyse de la situation

#### Prise en charge

Les études de l'état des lieux ont révélé l'insuffisance des structures de soins et des ressources humaines spécialisées, obligeant les patients à de longs déplacements pour des rendez-vous très tardifs. La grande difficulté à l'accès aux soins de façon générale fait que les patients sont diagnostiqués le plus souvent à des stades très avancés de la maladie : pour les cancers du sein le diagnostic est fait au **stade I dans seulement 6% des cas** contre 57% des cas au stade III et IV, quant aux cancers du poumon leur diagnostic n'est fait aux stades I ou II que dans 4% des cas alors que **96% des cas sont diagnostiqués aux stades III et IV.**

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation est supérieur à un mois dans 36% des cas, ce délai est **supérieur à 6 mois dans 14% des cas.** Par ailleurs, la période entre la première consultation et le diagnostic du cancer est **supérieure à 3 mois dans 52% des cas** et supérieure à 6 mois dans 27% des cas.

L'absence de protocoles normalisés pour le diagnostic et le traitement est à l'origine d'une mauvaise qualité et d'un coût élevé de prise en charge.

La durée de suivi des patients atteints de cancer est très faible avec beaucoup de perdus de vue. En effet, **la durée du suivi est inférieure à 2 ans dans 74% des cas.**

Par ailleurs, environ **la moitié des malades sont perdus de vue à un an** et presque sept malades sur dix sont perdus de vue à la 2ème année, 83% sont perdus de vue à la 3ème année et **96% des patients sont perdus de vue à 5 ans.** Ainsi, il n'y a pas de données fiables pour estimer la survie des patients à cinq ans qui est un indicateur essentiel de la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer.

En plus de l'insuffisance et de la répartition mal équilibrée des structures de prise en charge, il y a un déficit en moyens techniques et humains spécialisés, par exemple il y avait en 2007 :

- 7 mammographes pour 1 000 000 de femmes ;
- 1,3 IRM pour 1 000 000 d'habitants ;
- 2,2 laboratoires d'anatomopathologie pour 1 000 000 d'habitants ;

- Un simulateur pour 5 000 000 d'habitants ;
- Un poste de cobalthérapie pour 5 000 000 d'habitants ;
- Un accélérateur pour environ 2 800 000 d'habitants ;
- 2,1 médecins radiothérapeutes pour 1 000 000 habitants ;
- 2,8 médecins oncologues pour 1 000 000 habitants.

### Connaissances, attitudes, perceptions et pratiques

L'étude auprès de la population sur l'état des connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer a montré que les termes les plus utilisés pour désigner le cancer sont : « *Li makaytssamach* », « *Al mard el khaïb* », « *Al mard laqbih* », « *Al hay* », « *Laâdou* ».

Certaines évocations spontanées liées au terme « Cancer » et la symbolique associée à la maladie sont : peur, isolement, punition divine, malédiction, mort, maladie qui ruine les familles, éclatement de la famille, maladie sans remède, maladie très coûteuse avec la mort au bout du chemin même avec le traitement. En milieu rural, le malade se dit « *qu'il vaut mieux économiser ses biens et son bétail et les laisser à ses enfants puisqu'il va finir par mourir.* »

La méconnaissance de la maladie et le caractère crédule des populations rurales se traduisent paradoxalement par la vraisemblance d'une curabilité du cancer par les produits traditionnels. Les plantes ou ingrédients généralement utilisés pour traiter le cancer s'avèrent souvent avoir des effets agressifs ou toxiques, « *Le cancer est un poison, seul un poison peut le combattre.* »

Les cancers les plus connus sont ceux du sein, de l'utérus, de la gorge, du poumon et de la prostate. Les symptômes sont souvent confondus avec les effets secondaires du traitement (chute de cheveux, nausées et brunissement de la peau).

Les principaux freins à la détection précoce sont le manque de moyens et l'absence de couverture médicale, l'ignorance des signes précurseurs des cancers les plus fréquents, l'ignorance que le diagnostic précoce peut augmenter les chances de guérison et le fait de ne pas savoir où s'orienter.

Parmi les raisons de la période de flottement plus ou moins importante entre la découverte des premiers signes, la première consultation, voir même après le diagnostic et le début du traitement, il y a le fait que la formulation de la maladie par le médecin est souvent mal ressentie par le malade car elle reste ambiguë. Ce comportement médical ne semble pas être en faveur d'une mobilisation du malade. Certains malades ont dit avoir « *préféré être fixés sur la réalité de la maladie pour pouvoir s'armer psychologiquement d'une grande volonté* ».

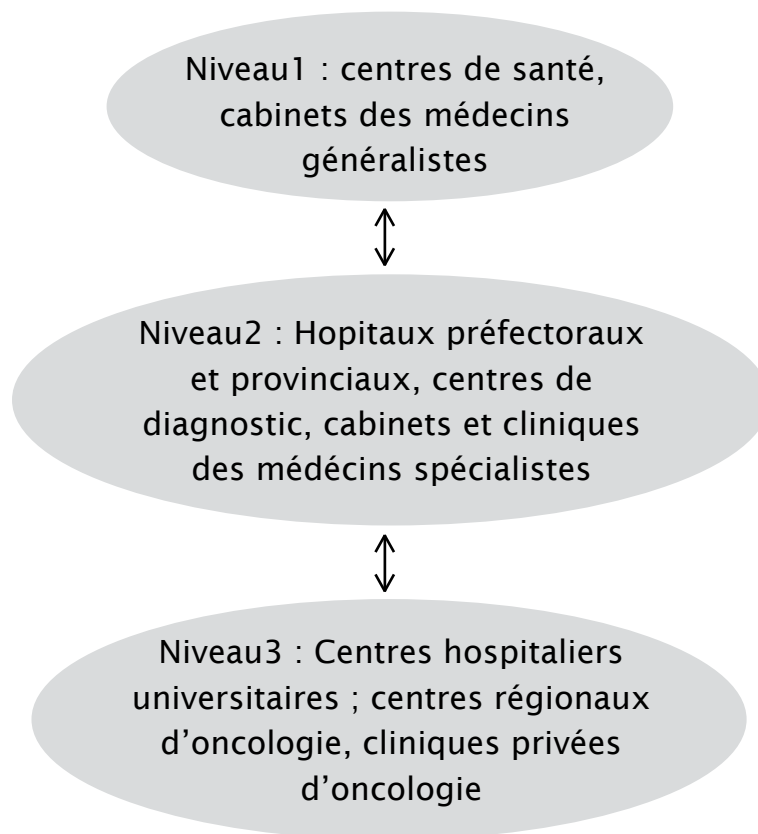
### Législation

En ce qui concerne le volet législatif, les laboratoires privés d'analyses de biologie médicale sont légiférés par la loi de 2002. Cette loi ne consacre pas de laboratoires privés spécialisés en anatomopathologie. L'unique possibilité qu'elle offre à l'anatomopathologiste candidat à l'exercice à titre privé est de conclure une convention avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale dont il ne peut être propriétaire ou copropriétaire.

Concernant les médicaments, ils sont réglementés par la loi 17-04 de 2006, portant code du médicament et de la pharmacie. C'est en effet à ce texte qu'il faut se référer chaque fois qu'il s'agit des anticancéreux, antimétabolites, des médicaments radio-pharmaceutiques ou des produits supprimant ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Il y a une place à part aux relations entre les patients et les professionnels et établissements de santé. En droit, le patient, hospitalisé ou non, se trouve dans des situations juridiques différentes selon qu'il s'adresse au secteur public ou au secteur privé. Certains de ces droits sont évoqués dans les textes suivants : code de déontologie médicale, loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine, loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base, et le nouveau règlement intérieur des hôpitaux.

Les 3 niveaux du système de santé marocain impliqués dans la prévention et le contrôle du cancer concernent les types d'établissements détaillés dans la figure 3.



*Figure 3 : Types d'établissements impliqués dans la lutte contre le cancer*

## 6.2 Objectifs spécifiques

- Améliorer la perception de la population vis-à-vis du cancer ;
- Etablir les normes de qualité de la prise en charge des malades ;
- Définir quelles offres de soins aux malades atteints de cancer : imagerie, anatomie pathologique et diagnostic biologique, chirurgie/anesthésie, radiothérapie, traitements médicaux et soins de support en cours de traitements ;
- Identifier et développer la coordination entre les centres de traitements (publics et privés) des différents niveaux ;
- Définir la formation et le développement des ressources humaines ;
- Etablir les axes de recherche clinique en matière de cancer.



## 6.3 Prise en charge diagnostique et thérapeutique : Mesures 44-61

### Améliorer la perception de la population vis-à-vis du cancer

**MESURE 44** : Développer des actions de démystification de la maladie

- Définir les axes de communication ;
- Développer le référentiel des messages ;
- Identifier les cibles: prioritaires, subsidiaires ;
- Définir les formes, les types et les canaux de communication selon les cibles ;
- Identifier les rouages.

### Assurer l'offre de soins aux malades atteints de cancer aux trois niveaux du système de santé

**MESURE 45** : Assurer les activités d'information, de détection et de suivi au niveau 1

Le niveau 1 est représenté par le réseau des centres de santé et des cabinets des médecins généralistes privés.

- Assurer les activités de dépistage, de suspicion de diagnostic de cancer, de tri et d'orientation des patients, ainsi que les activités de suivi post thérapeutique ;
- Sensibiliser les personnels des centres de santé et des cabinets des médecins généralistes à la cancérologie ;
- Organiser une formation continue pour le personnel de premier niveau aux différentes étapes de prise en charge des patients ;
- Elaborer des référentiels et des arbres décisionnels simples pour la détection des cancers les plus fréquents ;
- Sensibiliser les patients dès la salle d'attente par des brochures, des posters et des supports audio-visuels pour une meilleure acceptation de l'examen clinique approprié du médecin ;
- Doter chaque centre de santé en moyens de communication.

**MESURE 46** : Assurer les activités de prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients au niveau 2

Le niveau 2 est représenté par les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux et les cabinets et cliniques privés des médecins spécialistes.

- Faire la confirmation du diagnostic du cancer et le bilan d'extension standard en assurant les examens suivants :
  - L'endoscopie avec biopsie : digestive, urologique, bronchique et ORL ;
  - Les biopsies chirurgicales ;
  - L'anatomopathologie, l'immuno-histochimie (récepteurs hormonaux compris) ;
  - La biologie standard : hématologie, biochimie, microbiologie ;
  - L'imagerie : radiographie standard, radiographie avec produit de contraste, mammographie, échographie et la TDM ;
- Assurer la prise en charge thérapeutique en particulier la chirurgie gynécologique et viscérale ;
- Assurer le suivi post thérapeutique des patients ;
- Mettre en place les moyens techniques et humains nécessaires pour la réalisation de ces activités :
  - Laboratoire de biologie ;
  - Laboratoire d'anatomopathologie ;
  - Equipement d'exploration radiologique et endoscopie ;
  - Plateau technique pour la chirurgie ;
  - Service d'anesthésie réanimation ;
  - Hôpital de jour avec les outils nécessaires pour la chimiothérapie ;
  - Service de pharmacie sous la responsabilité d'un pharmacien.

**MESURE 47** : Assurer les activités de prise en charge spécialisée, de formation et de recherche au niveau 3

Le niveau 3 est représenté par les CHU, les centres régionaux d'oncologie et les cliniques privées spécialisées en radiothérapie et en oncologie.

- Compléter les explorations diagnostiques et les bilans d'extension ;
- Définir les stratégies thérapeutiques dans des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires ;
- Assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi ;
- Assurer la formation, l'enseignement et la recherche par les CHU ;
- Mettre en place les moyens diagnostiques nécessaires :
  - Tout le panel de l'imagerie y compris IRM, scintigraphie, mammographie, etc. Certaines techniques seront réservées au CHU telle que : l'imagerie fonctionnelle, la radiologie interventionnelle, le PET-scanner et les explorations isotopiques spéciales ;
  - L'anatomopathologie, l'immuno-histochimie et les techniques d'anatomopathologie avancées comme l'Hybridation In Situ à Fluorescence (FISH) et l'Hybridation In Situ à Colorimétrie (CISH). Certaines techniques seront réservées aux CHU telle que : la biologie moléculaire, la cytométrie de flux et la tumorothèque ;
  - Le laboratoire de biologie, bactériologie, hématologie, biochimie, marqueurs tumoraux, et des techniques spécifiques aux CHU tel que l'immunophénotypage et la cytogénétique ;
  - Tous les types d'endoscopie, en réservant l'endoscopie interventionnelle aux CHU ;
- Assurer la chirurgie oncologique complète :
  - Une unité d'hospitalisation et une unité de réanimation chirurgicale ;
  - Un hôpital de jour de chirurgie pour développer la chirurgie ambulatoire oncologique ;
  - Au niveau des CHU il doit y avoir : la neurochirurgie pour les tumeurs

cérébrales, l'oncochirurgie coelioscopique, la technique du ganglion sentinelle, la chirurgie réparatrice (cervico-faciale, osseuse et mammaire), chirurgie d'exérèse et la radiofréquence des métastases hépatiques, pulmonaires et cérébrales et la chirurgie des tumeurs oculaires ;

- Assurer la radiothérapie avec au niveau de chaque site :
  - Deux (2) accélérateurs linéaires avec collimateur multi-lames ;
  - Un système de simulation (standard ou TDM), un système de planification dosimétrique (TPS) et une liaison en réseau y compris avec la TDM ;
  - Curiethérapie à Haut Débit de Dose (HDR) avec salle d'application et Chaîne de dosimétrie (contrôle qualité) ;
  - Les règles et moyens de radioprotection adaptés pour tous les centres ;
  - Techniques spécifiques pour le CHU : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, radio-chirurgie stéréotaxique (un seul gamma knife pour tous les centres) ;
- Assurer l'oncologie médicale avec :
  - Une unité d'hospitalisation d'au moins 10 lits ;
  - Un hôpital de jour avec au moins 8 fauteuils ;
  - Une unité de préparation centralisée de chimiothérapie (Hotte à Flux laminaire avec système de distribution) ;
  - La mise en place d'une voie veineuse centrale avec chambre implantable pour tous les patients sous chimiothérapie de longue durée ;
  - Techniques spécifiques pour le CHU : Intensification de chimiothérapie avec autogreffe de cellules souches périphériques et allogreffe de moelle osseuse, avec centre de cryopréservation, moyens pour les essais de nouvelles thérapies ;
- Réserver les consultations spécialisées au CHU : l'oncogénétique, les cancers rares ;
- Assurer les soins de support adaptés : les ressources nécessaires comprennent algologues, kinésithérapeutes, psychologues, dentistes, diététiciens, service social (les soins palliatifs font l'objet d'une chapitre à part).

#### **MESURE 48** : Développer la législation relative aux structures de soins

- Fixation réglementaire des normes techniques des centres de radiothérapie et des centres de chimiothérapie ;
- Consécration juridique des laboratoires privés d'anatomopathologie ;
- Insertion de l'oncologie parmi les disciplines dont les prestations sont assurées par les centres hospitaliers régionaux.

#### **MESURE 49** : Créer des structures de prise en charge spécialisée en oncologie

- Construire des centres d'oncologie à Meknès, Tanger, Safi, Laâyoune ;
- Créer des centres d'oncologie de proximité dans les hôpitaux provinciaux ;
- Créer 2 centres d'onco-gynécologie dans les CHU de Rabat et Casablanca ;
- Créer 2 centres d'hémato-oncologie pédiatrique dans les CHU de Fès et Marrakech.

#### **MESURE 50** : Assurer l'accessibilité aux médicaments

- Assurer la disponibilité des médicaments ;
- Développer l'utilisation des médicaments génériques ;
- Réduire les prix de vente ;
- Créer une commission d'achat des médicaments.

#### **MESURE 51** : Développer la législation relative à l'accès aux médicaments anticancéreux

- Réexaminer les marges de la chaîne de distribution des médicaments ;
- Réviser les modes de calcul des prix des médicaments ;
- Encourager la fabrication locale des médicaments anticancéreux ;
- Activer le processus d'élaboration des textes relatifs à la bioéquivalence.

**MESURE 52** : Développer des référentiels nationaux de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques

- Assurer les normes et standards de la démarche diagnostique ;
- Respecter les normes et standards des bilans d'extension ;
- Elaborer les protocoles de chimiothérapie standardisés ;
- Respecter les standards de préparation de la chimiothérapie ;
- Développer des référentiels de bonnes pratiques chirurgicales ;
- Instaurer des référentiels de bonnes pratiques de radiothérapie.

**MESURE 53** : Mettre en place un système d'assurance qualité dans la prise en charge

- Définir les critères de qualité pour l'ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques ;
- Définir les critères de qualité pour l'ensemble de l'équipement dès leurs installations avec un programme détaillé de démarche et contrôle qualité et de maintenance.

**MESURE 54** : Instaurer un système de suivi et d'évaluation de la prise en charge des patients

- Etablir les seuils et mesurer les indicateurs suivants pour évaluer la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique à chaque niveau :
  - Délai entre la première consultation et le diagnostic ;
  - Délai entre le diagnostic et le début du traitement ;
  - Observance du traitement de chimiothérapie et de radiothérapie ;
  - Respect des délais entre les traitements et pour chaque traitement (l'étalement en radiothérapie) ;
  - Nombre de perdus de vue ;
  - Proportion des cas diagnostiqués par rapport aux cas attendus ;

- Proportion des cas traités par rapport aux cas diagnostiqués ;
- Satisfaction des patients ;
- Assurer la traçabilité de tous les actes faits à chaque patient.

### Elaborer un système de coordination entre les différents niveaux de prise en charge

**MESURE 55** : Assurer la coordination entre les différents niveaux de prise en charge

- Mettre à la disposition de chaque patient un cahier de suivi dès le début de sa prise en charge (niveau 1). Ce cahier comportera l'essentiel des informations concernant sa maladie, son bilan, son traitement et ses rendez-vous de consultation ;
- Enregistrer tout patient cancéreux à tous les niveaux sur des registres standardisés ;
- Créer un réseau de communication reliant tous les niveaux de prise en charge ;
- Elaborer un système de référence contre référence ;
- Assurer le rendez-vous de prise en charge du patient au niveau 2, en cas de suspicion de cancer, avant qu'il ne quitte le centre de santé ou le cabinet du médecin de première ligne ;
- Valider la référence du niveau 2 au niveau 3, de chaque nouveau patient atteint de cancer, par une commission lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :
  - Instaurer le système de RCP aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. La RCP doit être composée d'au moins quatre médecins spécialistes parmi les radiologues, chirurgiens, anatomopathologistes, radiothérapeutes, oncologues médicaux, spécialistes d'organes ... ;
  - Quand la RCP n'est pas dans la même ville que le niveau 2, assurer une concertation téléphonique avec au moins un des membres de la RCP, avant la mise en route d'une chirurgie ou d'une chimiothérapie au niveau 2, tout en assurant la traçabilité de la décision ;

- Assurer le rendez-vous au niveau 3, avant que le patient ne quitte le niveau 2, s'il doit être référé pour être pris en charge au niveau 3 ;
- Assurer l'information du niveau 2 et/ou du niveau 1 de ce qui a été fait comme traitement au niveau 3 et de la suite de la prise en charge (traitement et suivi) ;
- Instaurer au niveau 2 des référentiels de bonnes pratiques cliniques et de bonnes pratiques chirurgicales, s'inscrivant dans la politique nationale d'uniformisation et de généralisation des référentiels de prise en charge diagnostique et thérapeutique, entrant dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- Assurer que le patient bénéficie de l'ensemble de son dossier médical ou de sa copie, lorsqu'il passe du secteur public au secteur privé ou vice-versa.

### Elaborer une stratégie de formation et développement des ressources humaines nécessaires aux différents niveaux

#### **MESURE 56** : Développer les ressources humaines de la cancérologie du niveau 1

- Former et sensibiliser les médecins du premier niveau (public et privé) à la détection des cancers les plus fréquents et au suivi post thérapeutique, utilisant ainsi la bonne couverture du pays en médecins généralistes ;
- Former les infirmiers sur les signes et symptômes des cancers pour faciliter le tri des patients pour un examen clinique approprié du médecin généraliste ; il faut au moins 2 infirmiers par centre de santé, dont 1 de sexe féminin ;
- Former et sensibiliser les équipes mobiles.

#### **MESURE 57** : Développer les ressources humaines de la cancérologie du niveau 2

Le niveau 2 est la plaque tournante du système. Il doit être rapidement mis à niveau en termes de moyens humains et techniques pour répondre à la demande qui arrivera d'une montée en charge du niveau 1 et d'un retour du niveau 3.



Former et assurer la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour le diagnostic :

- Service d'imagerie (radiologie standard, radiographie avec produit de contraste, échographie, mammographie et scanner) avec :
  - Au minimum 2 radiologues par structure, et au-delà en fonction du volume d'activité ;
  - Techniciens de radiologie à raison d'un par poste de radiographie standard, un par mammographe et trois par scanner ; en moyenne, il faut 5 à 6 techniciens pour un centre équipé pour l'ensemble des techniques de radiologie ;
- Service d'anatomopathologie avec :
  - Au minimum 2 anatomopathologistes par laboratoire, et au-delà en fonction du volume d'activité ;
  - Au minimum 2 techniciens de laboratoire, et au-delà en fonction du volume d'activité ;
- Endoscopie diagnostique des organes : il faut au moins 2 pneumologues, 2 gastroentérologues, 2 gynécologues, 2 urologues et le personnel paramédical approprié ;
- Biologie standard : le laboratoire de biologie doit avoir au moins deux biologistes et un nombre de techniciens suffisant ;
- Etablir des partenariats public/privé, pour l'achat de service là où il y a un besoin.

Former et assurer la disponibilité de ressources humaines nécessaires pour le traitement (le traitement est fait sur prescription du niveau 3) :

- Médecins : au moins 2 médecins pour la pratique de la chimiothérapie dont au moins 1 qualifié spécialiste en oncologie médicale ; pour les enfants la chimiothérapie doit être assurée par un pédiatre ayant reçu une formation pratique à cet égard ;
- Chirurgiens : au moins 2 chirurgiens gynécologues habilités à faire la chirurgie oncologique du sein et 2 chirurgiens viscéraux habilités à faire la chirurgie des cancers du colon, de la peau et les biopsies chirurgicales (dont les ganglions) ;

- Anesthésistes réanimateurs : au moins 2 ;
- Personnel de soins : doit être en nombre suffisant ayant la formation pratique appropriée, une formation continue est également nécessaire ;
- Personnel de soutien et de prise en charge palliative : algologues, psychologues kinésithérapeutes, diététiciens ... ;
- Personnel administratif : secrétaires, assistantes sociales ... .

### **MESURE 58** : Développer les ressources humaines de la cancérologie du niveau 3

Former et assurer la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour le diagnostic :

- Service d'imagerie : le nombre de personnel médical et paramédical dépendra de l'étendue du plateau technique et du niveau d'activité de chaque centre :
  - Au minimum 2 radiologues par structure ;
  - Au minimum 2 médecins nucléaires ;
  - Techniciens de radiologie : un par poste de radiographie standard, un par mammographe et trois par scanner, trois par IRM, trois par appareil de médecine nucléaire et trois par PET-scanner ;
- Laboratoire d'anatomopathologie :
  - Au minimum 3 médecins anatomopathologistes, et au-delà en fonction des techniques mises en œuvre et du volume d'activité ;
  - Au minimum 3 techniciens de laboratoire, et au-delà en fonction des techniques mises en œuvre et du volume d'activité ;
- Laboratoires spécialisés au niveau des CHU avec le personnel approprié : pour biologie moléculaire, cytogénétique, génétique constitutionnelle, génétique somatique, immunologique etc. ;
- Planifier l'option de partenariat public/privé, pour l'achat de service.

Former et assurer la disponibilité des ressources nécessaires pour la prise en charge thérapeutique :

- Chirurgie :
  - Au moins 2 chirurgiens oncologues, et au-delà en fonction du volume d'activité ;
  - Pour la chirurgie spécialisée d'organe : au moins 2 chirurgiens habilités pour la chirurgie oncologique par spécialité (gynécologie, urologie, ORL, thoracique, viscérale, osseuse, neurochirurgie) ;
  - Au niveau des CHU, il faut au moins 2 chirurgiens habilités pour faire de la chirurgie plastique et réparatrice ;
  - Le personnel nécessaire ayant la formation pratique appropriée pour l'anesthésie réanimation et le bloc opératoire en fonction du volume d'activité ;
  
- Radiothérapie :
  - Au minimum 2 radiothérapeutes, et au delà en fonction de l'activité sur la base d'un radiothérapeute pour 400 à 500 malades traités par an ;
  - Au minimum 2 radiophysiciens, et au delà en fonction de l'activité sur la base d'un radiophysicien pour 600 à 700 malades traités par an ;
  - Au minimum 12 manipulateurs de radiothérapie ;
  - Au minimum 2 manipulateurs pour la curiethérapie ;
  - Au minimum 1 dosimétriste, et au delà en fonction de l'activité ;
  - Au moins 2 techniciens pour la confection des systèmes de contention, la maintenance et le contrôle de qualité des appareils ;
  
- Traitements médicaux :
  - Au moins 2 oncologues médicaux et au-delà en fonction de l'activité sur la base d'un oncologue pour 300 nouveaux malades traités par an ;
  - Pour les services qui prennent en charge les pathologies hématologiques malignes, au moins 2 hématologues et au-delà en fonction de l'activité en particulier en cas de greffe de moelle osseuse ;

- Le personnel soignant : en nombre adapté et ayant une formation pratique appropriée ;
- Le personnel en soins de support en nombre approprié : réanimateurs, transfuseurs, algologues, psychologues, kinésithérapeute, nutritionniste, assistantes sociales, soutien spirituel etc. ;
- Le personnel d'accueil et de secrétariat doit être en nombre suffisant et avec une formation pratique adaptée à cette pathologie lourde.

### Développer la formation

**MESURE 59** : Développer la formation de base et la formation continue en oncologie

- Instituer une formation initiale complémentaire en oncologie :
  - pour les chirurgiens qui seront habilités à pratiquer la chirurgie des cancers ;
  - pour les médecins généralistes ou spécialistes non oncologues médicaux qui seront habilités à pratiquer la chimiothérapie des cancers ;
- Assurer la formation continue de tout le personnel des trois niveaux.

### Développer les axes de recherche

**MESURE 60** : Développer la recherche en matière de prise en charge des patients

Les types de recherche à promouvoir dans le respect de la déontologie et des bonnes pratiques sont :

- Les essais cliniques (nationaux et internationaux), médicamenteux ou stratégiques ;
- Les études biologiques (tumorothèque, cellulothèque, sérothèque ... ) ;
- La recherche organisationnelle ;
- Les études d'évaluation : des activités, des processus, de l'utilisation des référentiels, des structures.

## Mettre en place un système d'information

### **MESURE 61** : Instaurer un système d'information des activités de prise en charge

- Assurer la transmission des informations nécessaires à la prise en charge des patients entre les différents niveaux et entre les différents secteurs ;
- Instaurer un système comprenant :
  - Un enregistrement de tous les cas de cancer diagnostiqués et des cas traités ;
  - Un dossier médical par patient avec une traçabilité pour tous les actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui ont été réalisés ;
  - Un répertoire d'enregistrements des événements indésirables graves ;
  - Un système de conservation et d'archivage des dossiers médicaux ;
- Assurer la collecte des informations pour mesurer les principaux indicateurs d'évaluation et de suivi de la qualité de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

## 7. Stratégie des soins palliatifs

### 7.1 Analyse de la situation

L'état des lieux en matière des soins palliatifs relève de grandes problématiques :

- Insuffisance de la formation des professionnels dans le domaine des soins palliatifs, de l'approche globale de la personne malade ;
- Insuffisance d'articulation entre les champs psychologique et éthique et cloisonnement très marqué entre les champs sanitaire et médico-social, la ville et l'hôpital, le court et le long séjour, etc. ;
- Manque de moyens en personnels : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aide soignants, etc. ;
- Absence de lieux de séjours de répit adaptés aux soins palliatifs généraux et soins palliatifs terminaux ;
- Insuffisance des suivis des soins palliatifs après le retour à domicile ;
- Absence d'accompagnement régulier des patients ;
- Absence de soins de support et de culture citoyenne sur le sujet de la fin de vie et de la mort.

### 7.2 Objectifs spécifiques

- Développer la prise en charge de la douleur (en hospitalier, en ambulatoire et à domicile) ;
- Définir les activités pour l'accompagnement familial et social ;
- Développer et organiser les réseaux des soins palliatifs (en hospitalier, en ambulatoire et à domicile) ;
- Définir les axes de recherche.

## 7.3 Soins palliatifs : Mesures 62-74

### Développer la prise en charge de la douleur

**MESURE 62** : Institutionnaliser la prise en charge de la douleur à tous les niveaux

**MESURE 63** : Développer la législation relative à l'accès aux soins palliatifs

- Refonte du dahir de 1922 sur les substances vénéneuses ;
- Activer le processus d'élaboration des textes sur la bioéquivalence.

**MESURE 64** : Lutter contre la "morphinophobie" ("protocolisation")

- Faciliter la disponibilité de la morphine et les procédures (carnet à souches, loi des 7 jours) ;
- Remplacer les carnets à souches par des ordonnances sécurisées ;
- Augmenter la durée de prescription selon les besoins du malade et le mode d'administration ;
- Permettre à une personne de «confiance» de retirer l'ordonnance et de s'approvisionner en morphine pour le malade ;
- Rendre «obligatoire» la prise en charge de la douleur (par circulaire ministérielle en attendant).

**MESURE 65** : Développer la référence de prise en charge de la douleur

- Développer des centres de référence antidouleur au niveau des CHU. Ces centres doivent rassembler les activités de soins, d'enseignement et de formation continue des différentes catégories du personnel ;
- Instaurer des comités de lutte contre la douleur au niveau des centres hospitaliers régionaux et provinciaux ;
- Développer un enseignement de la prise en charge de la douleur adapté à chaque niveau, avec élaboration de protocoles, de guidelines et création de diplôme universitaire de douleur et soins palliatifs.

## MESURE 66 : Décentraliser la prise en charge de la douleur

- Elargir la prise en charge de la douleur dans un cadre global à tous les niveaux, avec des accueils thérapeutiques à temps partiel « hôpital de jour », le réseau ville-hôpital et des équipes mobiles ;
- Développer les consultations externes de soins palliatifs et mettre en place des antennes téléphoniques régionales spécialisées de conseils ;
- Mener des actions de développement durable des bonnes pratiques de prise en charge des patients douloureux en assurant un appui en soins palliatifs aux équipes médicales dans les services où elles exercent ;
- Mener des campagnes d'information et sensibilisation des patients et du public sur la prise en charge de la douleur.

## Assurer l'accompagnement familial et social

### MESURE 67 : Assurer l'accompagnement familial

- Renforcer la formation des assistantes sociales et les sensibiliser à leurs rôles dans les centres d'oncologie ;
- Affecter des assistantes sociales dans tous les centres d'oncologie ;
- Mettre à la disposition des familles des fiches techniques avec des adresses où ils peuvent se procurer le nécessaire pour les soins palliatifs : oxygène, alimentation entérale, kinésithérapie, matelas anti-escarres ... ;
- Elaborer une fiche de liaison obligatoire à la sortie du malade ;
- Définir un interlocuteur (un médecin) vis-à-vis de la famille, et définir un interlocuteur parmi la famille (le plus proche possible, majeur, désigné par le patient) ;
- Formaliser l'hospitalisation de répit et informer le médecin traitant et la famille de cette possibilité ;
- Désigner un médecin référent qui doit rester responsable du malade jusqu'à la fin de vie avec agenda de consultations ;
- Assurer le transport entre les centres d'oncologie et le domicile ;



- Créer une cellule d'écoute avec des psychothérapeutes, psychologues en ligne, ce qui nécessite le développement de la formation des psychologues et des assistantes sociales ;
- Encourager le développement des équipes ambulatoires de soins palliatifs ;
- Impliquer les hôpitaux provinciaux et les centres de santé dans le suivi des patients cancéreux et dans la prise en charge de la fin de vie, tout en assurant la formation appropriée au personnel soignant ;
- Veiller à l'intégration du secteur privé dans la prise en charge des patients en fin de vie en développant le partenariat public/privé ;
- Développer un projet pilote des soins palliatifs dans une ville pour le généraliser par la suite ;
- Former les infirmiers itinérants pour la prise en charge des patients à domicile ;
- Préparer la famille au deuil en amont le plus possible, cette préparation doit être faite par le médecin référent ;
- Affecter des psychologues dans toutes les unités d'oncologie et les structures d'hébergement (maisons de vies) et les impliquer pour assurer un soutien psychologique précoce à la famille à l'intérieur de l'hôpital en coordination avec les assistantes sociales.

#### **MESURE 68** : Assurer l'accompagnement social

- Assurer la prise en charge financière d'un transport sécurisé de l'hôpital au domicile et du domicile à l'hôpital ;
- Demander le remboursement des frais des soins palliatifs à domicile ;
- Impliquer la société civile, les associations, les imams (validation des messages par le ministère des Habous), les groupes de paroles dans les soins palliatifs ;
- Impliquer tous les autres départements ministériels ;
- Former des bénévoles pour l'accompagnement ;
- Solliciter les étudiants en médecine et les élèves des IFCS pour la prise en charge des patients en fin de vie ;

- Inviter les responsables des hôpitaux de proximité à accepter des hospitalisations de répit familial de courte durée ;
- Accorder un congé d'accompagnement médical au proche du malade ;
- Impliquer les collectivités locales.

#### **MESURE 69** : Assurer l'accompagnement en phase d'agonie

- Garder à l'hôpital les patients avec risque d'hémorragie cataclysmique ;
- Respecter la demande d'accompagnement spirituel ;
- Faciliter les démarches administratives et religieuses en cas de décès à l'hôpital ;
- Structurer les services mortuaires de l'hôpital pour assurer les prestations nécessaires en cas de décès ;
- Rédiger le certificat de décès en bonne et due forme ;
- Donner un certificat prouvant qu'ils sont suivis pour cancer aux patients qui risquent de décéder à domicile.

### Assurer le développement et l'extension des soins palliatifs en réseau

#### **MESURE 70** : Définir les missions des structures de prise en charge des soins palliatifs

Les structures de soins palliatif cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les missions diffèrent selon le niveau où se situent ces structures de prise en charge des soins palliatifs :

- Au niveau des pôles régionaux d'oncologie (PRO), ces structures ont pour mission de :
  - Assurer le paquet d'offre de soins palliatifs ;
  - Coordonner entre les différentes structures de la prise en charge des patients atteints de cancer et nécessitant des soins palliatifs ;
  - Former le personnel médical et paramédical, travaillant dans les structures de soins palliatifs des différents niveaux ;
  - Promouvoir la recherche dans le domaine des soins palliatifs ;
- Au niveau des centres d'oncologie de proximité (COP), sous l'encadrement du PRO, ces structures ont pour missions de :
  - Identifier une unité de soins palliatifs dans l'hôpital avec des lits dédiés ;
  - Disposer d'un hôpital de jour pour les soins de support et de chimiothérapie ;
  - Avoir une équipe mobile capable d'assurer cette mission ;
  - Assurer l'hospitalisation de répit ;
  - Assurer la formation, l'éducation, la consultation et le soutien des patients et de leur famille ;
  - Disposer d'un registre pour le suivi et l'évaluation.
- Au niveau des établissements de soins de santé de base le personnel doit assurer un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrir un système de soutien et aider la famille à tenir pendant la maladie du patient et pendant leur propre deuil en offrant les soins palliatifs au malade en ambulatoire, à domicile par équipe mobile et en assurant conseil et orientation.

## MESURE 71 : Organiser les réseaux de prise en charge en soins palliatifs

- Assurer une planification conjointe des centres d'oncologie et des services ou unités de soins palliatifs avec les ressources nécessaires. Le réseau de prise en charge des malades nécessitant des soins palliatifs doit suivre la même organisation que l'offre de soins actuelle en oncologie. Les trois types de territoires de desserte sont :
  - Centres de référence au niveau des CHU et des pôles régionaux d'oncologie (PRO) ;
  - Centres de proximité au niveau des centres d'oncologie de proximité (COP) et des hôpitaux préfectoraux ou provinciaux ;
  - Etablissements de soins de santé de base (ESSB) ;
- Mettre en place les trois modalités d'offre de soins palliatifs :
  - Les unités résidentielles de soins palliatifs ;
  - Les équipes mobiles en intra-hospitalier (de soins palliatifs) : situées au niveau des centres d'oncologie de proximité, ces équipes spécialisées doivent disposer des moyens et équipements nécessaires pour mener à bien leurs missions. Elles doivent instaurer des registres pour la traçabilité de leurs activités. Le statut de l'équipe mobile au sein de l'établissement doit être clairement établi et reconnu par tous les services de l'hôpital ;
  - Les équipes mobiles au niveau des établissements de soins de santé de base qui auront pour missions de prodiguer des soins palliatifs à domicile et d'assurer le suivi des malades. Les soins palliatifs à domicile nécessitent l'implication des ONG, du Croissant Rouge et des membres de la famille. Ces derniers seront sensibilisés et éduqués en matière de prise en charge palliative lors du séjour de leur malade dans l'unité des soins palliatifs.

Loin de s'exclure, ces différentes modalités de prise en charge doivent se compléter pour offrir aux patients et à leurs proches les réponses évolutives les mieux adaptées à leurs besoins et à leurs souhaits.

## MESURE 72 : Définir les standards et les normes des structures des soins palliatifs

- Niveau des CHU et des Pôles Régionaux d'Oncologie :
  - Un service de 10 à 20 lits anti-escarres avec des chambres collectives et individuelles et le plateau technique nécessaire ;

- Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, infirmiers formés en soins palliatifs, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, aides soignants, nutritionniste, secrétaire et des bénévoles ;
  - Les soins palliatifs sont présomptifs aux soins intensifs et par conséquent la tarification devra être semblable à ces derniers.
- Niveau des Centres d’Oncologie de Proximité :
 

La localisation de l’unité de soins palliatifs de proximité doit être dans l’hôpital régional ou l’hôpital provincial où il y a un COP. Le modèle «Equipe mobile intra-hospitalière» sera adopté ;
  - Niveau des structures de soins de santé de base :
 

L’équipe mobile de l’unité de soins palliatifs sera basée au niveau des établissements de soins de santé de base (ESSB). Le travail de l’équipe mobile se basera en plus sur l’appui des associations, du Croissant Rouge, des bénévoles, etc.

**MESURE 73** : Mettre en place un système d’information en soins palliatifs

### Développer la recherche en soins palliatifs

**MESURE 74** : Développer la recherche en matière de soins palliatifs

- Connaître mieux les patients relevant des soins palliatifs ;
- Etablir et évaluer des protocoles thérapeutiques ;
- Développer la recherche clinique en matière de soins palliatifs ;
- Etudier les pratiques en matière de prise en charge ;
- Effectuer des études médico-économiques et évaluer le besoin et quantités nécessaires en produits morphiniques ;
- Identifier les besoins des patients, des familles et des professionnels de santé ;
- Étudier l’évolution vers les soins de support.

## 8. Mesures d'accompagnement

**MESURE 75** : Assurer les droits des patients atteints de cancer

- Droit à l'assurance maladie ;
- Droit au crédit ;
- Droit à l'assurance vie ;
- Droit des retraités malades ;
- Droit des malades à la promotion dans le cadre professionnel.

**MESURE 76** : Développer le plaidoyer/lobbying pour la mobilisation contre le cancer

- Développer un programme de communication pour la promotion du PNPCC.

**MESURE 77** : Développer une «Charte Nationale du Cancer»

- Développer une charte impliquant tous les partenaires : le gouvernement, les associations de lutte contre le cancer, les élus, les sociétés savantes, le secteur privé, les ONG, etc.

**MESURE 78** : Instaurer une structure de gestion du PNPCC

- Créer un outil de gestion pour assurer l'opérationnalisation des mesures du PNPCC et en garantir le suivi et l'évaluation.

## 9. Résultats attendus et moyens

Les éléments importants de la réussite de la mise en œuvre du PNPCC sont :

- Le Ministère de la Santé doit jouer le rôle de leadership ;
- Une mobilisation sociale et un partenariat à tous les niveaux ;
- La mise en œuvre doit être progressive et basée sur des modèles approuvés scientifiquement ;
- L'approche doit être systémique et toucher tous les axes du PNPCC ;
- Les actions doivent être réalistes et réalisables dans notre contexte social et culturel ;
- L'objectif primordial du plan doit rester concentré sur le patient.

### 9.1 Résultats attendus

Les résultats attendus de la mise en œuvre du PNPCC pour la période 2010 – 2019 sont :

**Prévention** : Réduire de 30% la prévalence des risques comportementaux et environnementaux.

**Détection précoce** :

- Disposer d'un programme de dépistage déployé à l'échelle nationale ;
- Dépister au moins 50% des femmes représentant la population cible pour les cancers du sein et du col de l'utérus.

**Prise en charge diagnostique et thérapeutique** :

- Disposer d'infrastructures répondant aux normes et de ressources humaines compétentes et motivées à travers tout le royaume ;
- Prendre en charge 100% des patients suivant des normes internationales ;
- Guérir 50% des patients pris en charge.

**Soins palliatifs** :

- Disposer d'un réseau de soins palliatifs à l'échelle nationale ;
- Accompagner 100% des patients nécessitant des soins palliatifs.

## 9.2 Financement

Le financement du PNPCC couvre aussi bien le budget d'investissement que celui du fonctionnement pour la période 2010 - 2019. Il va permettre :

- Le renforcement des programmes de prévention et l'implantation des programmes de détection précoce ;
- La création de nouvelles structures et la mise à niveau des celles existantes, pour couvrir l'ensemble du territoire et améliorer l'accessibilité aux services;
- L'amélioration de l'accès aux médicaments innovants;
- Le renforcement des ressources humaines de gestion et de soins ;
- Le développement de la recherche dans tous les domaines du cancer.

Une estimation du budget suivant les différents axes est proposée dans le tableau 2.

*Tableau 2 : Budget prévisionnel du PNPCC 2010 - 2019, en milliers de dirhams*

Année	Total	%
Prévention	578 700	7,1%
Détection précoce	146 000	1,8%
Prise en charge	7 237 000	88,3%
Infrastructures	789 000	9,6%
Médicaments	4 629 000	56,5%
Exploitation	1 782 000	21,7%
Organisation	37 000	0,5%
Soins palliatifs	86 000	1,0%
Mesures d'accompagnement	150 000	1,8%
Total en milliers de DH	8 197 700	

L'échéancier et le budget détaillé se trouvent en annexe.



### 9.3 Indicateurs de suivi et d'évaluation

Pour l'évaluation des résultats attendus, plusieurs indicateurs seront définis et suivis tout au long de la mise en œuvre du plan :

- Réduction de 30% de la prévalence des facteurs de risque ;
- Nombre de femmes dépistées pour le cancer du sein et du col de l'utérus ;
- Nombre de structures de dépistage fonctionnelles à l'échelle nationale ;
- Nombre de patients pris en charge ;
- Nombre de patients guéris ;
- Nombre d'infrastructures de diagnostic et de traitement fonctionnelles ;
- Nombre de patients pris en charge en soins palliatifs.

Ces indicateurs globaux seront détaillés dans les plans d'action spécifiques à chaque composante du PNPC et doivent faire l'objet d'un suivi continu.

# Annexes

Annexes



## Programme de construction des centres d'oncologie

	Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Construction des CRO</b>											
Tanger		●	●	●							
Meknès		●	●	●							
Laâyoune			●	●	●						
Safi			●	●	●						
<b>Extension des CRO</b>											
Marrakech		●									
Casablanca		●	●	●			●				
Rabat		●	●	●							
Oujda			●	●							
Agadir				●	●						
Al Hoceima						●	●				
<b>Centres d'onco-gynécologie</b>											
Casablanca		●	●	●							
Rabat		●	●	●							
<b>Centres d'oncologie pédiatrique</b>											
Fès			●	●							
Marrakech			●	●							
<b>Centre de soins palliatifs</b>											
Casablanca			●	●							
Fès			●	●							
Marrakech				●	●						

## Programme de construction des unités de proximité

Unités de proximité	Année 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ouarzazate	●●									
Béni Mellal	●●									
Errachidia		●●								
Tétouan		●●								
Nador			●●							
Guelmim			●●							
Dakhla				●●						
Taza				●●						
Essaouira					●●					
Khouribga					●●					
El Kalâa des Sraghna						●●				
Tiznit						●●				
Sidi Kacem							●●			
Settat							●●			
El Jadida								●●		
Taroudant								●●		
Khemisset									●●	
Kénitra									●●	
Casablanca (2)										●●

## Programme de construction des centres de détection précoce

Centres de détection précoce	Année 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casablanca (2)	●	●								
Meknès	●									
Errachidia	●									
Témara	●									
Salé		●								
Fès		●								
Kénitra		●								
Marrakech			●							
Tanger			●							
Agadir			●							
Ouarzazate			●							
Oujda				●						
Safi				●						
Béni Mellal					●					
Al Hoceima					●					
Laâyoune						●				
Dakhla						●				
Tétouan						●				
Settat							●			
El Jadida								●		
Taroudant									●	
Nador										●

## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams)

Objectif stratégique 1	PREVENTION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Action 1</b>	<b>Lutter contre le tabagisme</b>	<b>3 000</b>	<b>3 500</b>	<b>2 500</b>	<b>3 500</b>	<b>2 500</b>	<b>3 500</b>	<b>2 500</b>	<b>3 500</b>	<b>2 500</b>	<b>3 500</b>	<b>30 500</b>
Mesures	1- Prévenir l'initiation au tabagisme	1 500	2 000	1 000	2 000	1 000	2 000	1 000	2 000	1 000	2 000	
	2- Encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques	600	800	800	800	800	600	800	800	800	600	
	3- Protéger les non fumeurs	100	300	300	300	300	100	300	300	300	100	
	4- Réduire l'accessibilité aux produits tabagiques et l'incitation à leur consommation											
	5- Ratifier la Convention Cadre de la Lutte Antitabac											
	6- Mettre en place les mesures d'application de la loi (15 - 91)											
	7- Mobiliser les associations œuvrant dans la lutte contre le tabac	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	
	8- Mise en place d'une instance multisectorielle de surveillance de la consommation du tabac et de suivi et évaluation des actions de lutte anti-tabac	500	100	100	100	100	500	100	100	100	500	
<b>Action 2</b>	<b>Promouvoir l'adoption du mode de vie sain</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>20 000</b>
Mesures	9- Promouvoir l'alimentation saine et équilibrée	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	10- Réduire le surpoids et l'obésité	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	11- Promouvoir l'activité physique	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	12- Lutter contre la consommation de l'alcool	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
<b>Action 3</b>	<b>Lutter contre les infections</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>1 500</b>	<b>510 000</b>
Mesures	13- Prévenir les infections aux virus	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	14- Développer un programme pour la vaccination contre le virus HPV	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	

## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

Objectif stratégique 1	PREVENTION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Action 4</b>	<b>Réduire les expositions aux rayons ultraviolets</b>	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2 000
Mesure	15- Prévenir les méfaits des rayons ultraviolets	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
<b>Action 5</b>	<b>Renforcer la protection en milieu professionnel</b>	200	200	200	200	200						1 000
Mesure	16- Améliorer les mesures et les pratiques de protection en milieu professionnels	200	200	200	200	200						
<b>Action 6</b>	<b>Lutter contre les risques environnementaux</b>	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	6 000
Mesures	17- Lutter contre les contaminants du sol	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	18- Protéger contre les expositions aux rayonnements électromagnétiques et ionisants	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	19- Développer la législation relative aux risques liés aux rayonnements ionisants											
	20- Lutter contre la pollution atmosphérique	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	21- Développer la législation relative aux risques liés à l'environnement											
<b>Action 7</b>	<b>Renforcer la protection des consommateurs</b>	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2 000
Mesures	22- Protéger les consommateurs contre les produits cancérogènes	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	23- Développer la législation relative aux risques liés à l'alimentation											



## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

Objectif stratégique 1	PREVENTION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Action 8</b>	<b>Assurer la surveillance de l'évolution des cancers et des facteurs de risque</b>	700	600	1 300	600	600	300	600	1 600	300	600	7 200
Mesures	24- Mesurer l'incidence des cancers	300	600	300	300	600	300	300	600	300	300	
	25- Mesurer la mortalité due au cancer	400			300			300			300	
	26- Surveiller les risques liés aux expositions professionnelles			400					400			
	27- Mesurer la prévalence des risques liés au cancer			400					400			
	28- Evaluer les connaissances			200					200			
	<b>Sous-total prévention (Milliers de DH)</b>	<b>8 400</b>	<b>8 800</b>	<b>8 500</b>	<b>8 800</b>	<b>7 800</b>	<b>107 300</b>	<b>106 600</b>	<b>108 600</b>	<b>106 300</b>	<b>107 600</b>	<b>578 700</b>

## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

Objectif stratégique 2	DETECTION PRECOCE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Action 1</b>	<b>Mettre en place une stratégie de dépistage</b>	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5 000
Mesures	31- Instaurer le programme de dépistage du cancer du sein	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	32- Instaurer le programme de dépistage du cancer du col utérin	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	
<b>Action 2</b>	<b>Mettre en place une stratégie de diagnostic précoce</b>	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5 000
Mesures	33- Améliorer les possibilités d'accès aux services de diagnostic précoce											
<b>Action 3</b>	<b>Assurer l'accès aux programmes de détection précoce</b>	21 600	21 600	21 600	11 600	11 600	11 600	6 600	6 600	6 600	6 600	126 000
Mesures	35- Intégrer les programmes de détection précoce dans le système de santé	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	37- Informer et sensibiliser la population sur le programme de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
	38- Mettre en place les structures et les ressources nécessaires pour le programme de détection précoce	20 000	20 000	20 000	10 000	10 000	10 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
	39- Mettre en place un système d'assurance qualité du programme de détection précoce	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	40- Mettre en place un système de monitoring et d'évaluation	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
	41- Sensibiliser la population aux symptômes précoces et aux possibilités de guérison	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
<b>Action 4</b>	<b>Développer un système d'information</b>	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	10 000
Mesure	42- Instaurer un système d'information des activités de détection précoce	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
	<b>Sous-total détection précoce (Milliers de DH)</b>	<b>23 600</b>	<b>23 600</b>	<b>23 600</b>	<b>13 600</b>	<b>13 600</b>	<b>13 600</b>	<b>8 600</b>	<b>8 600</b>	<b>8 600</b>	<b>8 600</b>	<b>146 000</b>



## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

Objectif stratégique 3	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Action 4	Organisation	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	3 700	37 000
Mesures	44- Développer des actions de démystification de la maladie	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
	48- Développer la législation relative aux structures de soins											
	51- Développer la législation relative à l'accès aux médicaments anticancéreux											
	52- Développer des référentiels nationaux de bonnes pratiques diagnostique et thérapeutique	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	53- Mettre en place un système d'assurance qualité dans la prise en charge											
	54- Instaurer un système de suivi et d'évaluation de la prise en charge des patients atteints du cancer	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	55- Assurer la coordination entre les différents niveaux de prise en charge											
	56- Normaliser les ressources humaines en oncologie du niveau 1											
	57- Normaliser les ressources humaines en oncologie du niveau 2											
	58- Normaliser les ressources humaines en oncologie du niveau 3											
	61- Instaurer un système d'information des activités de prise en charge	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
	<b>Sous-total prise en charge diagnostique et thérapeutique (Milliers de DH)</b>	<b>525 700</b>	<b>618 700</b>	<b>709 700</b>	<b>583 700</b>	<b>586 700</b>	<b>710 700</b>	<b>764 700</b>	<b>837 700</b>	<b>911 700</b>	<b>987 700</b>	<b>7 237 000</b>

## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

Objectif stratégique 4	SOINS PALLIATIFS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>Action 1</b>	<b>Développer la prise en charge de la douleur</b>	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5 000
Mesures	62- Institutionnaliser la prise en charge de la douleur à tous les niveaux											
	63- Développer la législation relative à l'accès aux soins palliatifs											
	64- Lutter contre la "morphino-phobie"	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	65- Développer la référence de prise en charge de la douleur											
	66- Décentraliser la prise en charge de la douleur											
<b>Action 2</b>	<b>Accompagnement familial et social</b>	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	6 000
Mesures	67- Assurer l'accompagnement familial	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	68- Assurer l'accompagnement social	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
	69- Assurer l'accompagnement en phase d'agonie	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
<b>Action 3</b>	<b>Assurer le développement et d'extension des soins palliatifs en réseau</b>	3 000	4 000	5 000	6 000	7 000	8 000	9 000	10 000	11 000	12 000	75 000
Mesures	70- Définir les missions des structures de prise en charge des soins palliatifs	2 500	3 500	4 500	5 500	6 500	7 500	8 500	9 500	10 500	11 500	
	71- Organiser les réseaux de prise en charge en soins palliatifs											
	72- Définir les standards et les normes des structures des soins palliatifs											
	73- Mettre en place un système d'information en soins palliatifs	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	<b>Sous-total soins palliatifs (Milliers de DH)</b>	<b>4 100</b>	<b>5 100</b>	<b>6 100</b>	<b>7 100</b>	<b>8 100</b>	<b>9 100</b>	<b>10 100</b>	<b>11 100</b>	<b>12 100</b>	<b>13 100</b>	<b>86 000</b>

## Budget prévisionnel 2010 - 2019 (en milliers de Dirhams) (Suite)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
<b>MESURES D'ACCOMPAGNEMENT</b>											
<b>Organisation</b>	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	11 000
Mesures	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
75- Assurer les droits des patients atteints de cancer											
76- Développer le plaidoyer/lobbying pour la mobilisation contre le cancer	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	
77- Développer une "Charte Nationale du Cancer"											
78- Instaurer une structure de gestion du PNPCC	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	
<b>Formation</b>	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	7 900	79 000
Mesures	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
29- Développer les formations de base et la formation continue en matière de prévention des cancers											
34- Assurer la formation en matière de technique de diagnostic précoce	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
36- Former les professionnels de santé sur les programmes de détection des cancers du sein et du col de l'utérus	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
59- Développer les cursus de base et la formation continue en oncologie	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
<b>Recherche</b>	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	60 000
Mesures	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
30- Développer la recherche en matière de prévention des cancers											
43- Développer la recherche en matière de détection précoce	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
60- Développer la recherche en matière de prise en charge des patients	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
74- Développer la recherche en matière de soins palliatifs	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
<b>Sous-total mesures d'accompagnement (Milliers de DH)</b>	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	150 000
<b>TOTAL (Milliers de DH)</b>	576 800	671 200	762 900	628 200	631 200	855 700	905 000	981 000	1 053 700	1 132 000	8 197 700





جمعية للاسلمى لمحاربة داء السرطان  
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

[www.contrelecancer.ma](http://www.contrelecancer.ma)

---